

간호교육에서의 전문직 간 교육에 대한 현황과 발전방향

김건희¹ · 황은희² · 신수진³¹한국간호교육평가원 사무처, ²원광대학교 간호학과, ³이화여자대학교 간호대학

Current Status and Future Direction of Interprofessional Education in Nursing Education

Kon Hee Kim¹ · Eunhee Hwang² · Sujin Shin³¹Secretariat, Korean Accreditation Board of Nursing Education, Seoul; ²Department of Nursing, Wonkwang University, Iksan; ³Ewha Womans University College of Nursing, Seoul, Korea

This study examined the perception and readiness of nursing educators regarding interprofessional education (IPE), and discussed the validity and application of IPE in nursing. From December 2016 to January 2017, 239 nursing professors and nurses completed a structured questionnaire consisting of general characteristics, the Interdisciplinary Education Perception Scale, the Readiness for Interprofessional Learning Survey (RIPLS), and an IPE action plan. The collected data were analyzed by descriptive statistics and t-test using the IBM SPSS ver. 23.0 program (IBM Corp., Armonk, NY, USA). The analysis revealed that 91.6% of the participants had not experienced IPE, and only 11.7% knew about IPE. However, approximately 80.0% answered that IPE is necessary. The results of this study showed that the score of the perceived need for cooperation was higher in nurses than it was in professors, while the score on competency and autonomy was higher in professors than it was in nurses. With reference to the scores on the RIPLS, those of professors were high on the sub-scales of teamwork and collaboration, professional identity, and roles and responsibility. The results revealed that participants considered the upper-grade undergraduate years as the ideal time for imparting IPE, and it was deemed suitable to include communication, simulation, and clinical practice in IPE. Doctors, pharmacists, and physiotherapists were thought to require cooperation for IPE the most. Despite the presence of several barriers to IPE, the participants thought that IPE can achieve learning outcomes such as interprofessional communication and cooperation, conflict resolution, and teamwork. It is necessary to cooperate with professionals in the complex clinical environment as professional areas are specialized and subdivided. Therefore, it is necessary to examine the application of IPE in undergraduate education and in on-the-job training.

Corresponding author

Sujin Shin
Ewha Womans University College of
Nursing, 52 Ewhayeodae-gil,
Seodaemun-gu, Seoul 03760, Korea
Tel: +82-2-3277-2726
Fax: +82-2-3277-2850
E-mail: ssj1119@ewha.ac.kr
http://orcid.org/0000-0001-7981-2893

Received: January 31, 2017
1st revised: February 21, 2017
Accepted: February 22, 2017

Keywords: Interprofessional education, Nursing, Perception

서론

효과적인 보건의료서비스 전달을 위해서는 팀기반 접근이 필요하고[1], 환자 중심의 최적의 의료서비스를 제공하기 위해서는 보건의료분야 간의 효과적인 협력과 소통이 필수적이다. 전문직 간 교육(interprofessional education)이란 대상자 중심의 보건의료 제공을 목표로 전문직 교육과정의 일부 혹은 전체에서 둘 이상의 보건의료 전공 학생이 함께 학습할 때 발생하는 것으로[2], 면허 취득 전 단계에서 적용되었을 때 실무에서의 의사소통 및 협업능력을 향상시켜 보건의료서비스의 질적 향상과 더불어 환자 간호의 성과를 향상시키는 것으로 알려져 있다[3].

보건의료분야의 전문직 간 교육은 2000년대 초반부터 유럽, 캐나

다, 호주 등의 국가에서 활발하게 논의되고 보건의료현장에 적용되기 시작하였고, 미국의 의학, 간호학, 약학대학에서도 학제 간 교육을 도입하고 있다[4]. 세계보건기구는 42개국의 교육, 행정, 실무, 연구 분야 전문가를 대상으로 전문직 간 교육에 대한 조사에서 다양한 보건의료분야에서 전문직 간 교육이 이루어지고 있으며, 보건의료, 조산, 간호 및 사회복지 등을 포함하는 폭넓은 학문분야의 학생이 이에 포함되어야 한다고 제시하였다[5].

최근에는 간호교육 전문가들도 보건의료분야의 전문직 간 협력은 환자 간호에 대한 효율적인 접근을 위해 필수적이고, 보건의료분야의 교육에서 다른 의료직종에 대한 존중과 환자 중심 접근이라는 공통의 목표를 위해 협업하기 위한 전략을 개발하는 것이 필요하다는 목소리를 내고 있다[6]. 최근 의료분야에서는 환자 중심성의 가치

가 중요해짐에 따라 간호교육의 패러다임이 지식기반에서 역량기반으로 변화하고 있으며, 다른 보건의료인과의 효율적 의사소통, 환자 중심 간호가 핵심역량으로 대두되고 있다. 이와 함께 협력적 보건의료서비스 제공의 필요성은 더욱 강조되고 있다. 의학교육에서도 전문직 간 교육을 통해 환자 중심의 전문직 정체성을 개발하는 것이 촉진될 수 있다는 연구개기 보고된 바 있듯이 간호학생에게 전문직 간 교육을 통해 강화할 수 있는 핵심역량을 개발하기 위해서는 간호교육에서도 전문직 간 교육을 적극적으로 검토해보아야 하는 시점이다. 특히 전문직 간 교육을 통해 학생은 자신의 관점을 공유하고 지식을 습득할 수 있는 성장 가능한 분위기에서 학습할 수 있고, 미래 보건의료 전문가와의 상호작용을 통해 실무 역량을 강화하는 동시에 다학제 팀 내에서 타 전문가에 대한 지식을 습득하여 환자 간호를 향상시키도록 하는 전문직 간 교육의 장점을 고려할 때 간호교육에서의 전문직 간 도입이 절실하다.

모든 보건의료계열 교과과정에 전문직 간 교육이 필수적인 요소라고는 할 수 없지만, 전문직 간 교육은 교육목표에 따라 효과적인 교육전략으로 활용될 수 있다. 그러나 우리나라 간호교육현장에서 전문직 간 교육을 도입한 사례나 효과에 대한 연구가 전무한 실정이며, 일 연구에 의하면 의사의 86%와 간호사의 62.6%가 전문직 간 교육에 대한 경험이 없는 것으로 보고되었다[8]. 즉 전문직 간 교육에 대한 필요성에 공감하고 교육적 전략에 관심이 증가하고 있는 국외 현실과 달리 국내 간호교육 관련 분야에서는 아직 이에 대한 논의가 적극적이지 못한 현실이다.

따라서 본 연구는 전문직 간 교육에 대한 간호교육자의 인식과 준비도를 파악하고 전문직 간 교육 도입의 타당성과 적용방안을 논하고자 한다. 간호교육은 이론교육에서 습득한 지식을 임상현장에 적용하고 응용하는 기술을 익히는 임상현장에서의 실습교육으로 구성되는 특성을 가지고 있다[9]. 하지만 간호학은 실무 중심의 학문임에도 의과대학과 달리 임상현장에서 분리되어 대학에만 소속된 교수가 이론교육을 주로 담당하고 임상실습현장에는 간호사가 주요한 교육자원이다. 따라서 이론 및 교내실습의 주 담당자인 대학교수와 임상현장의 주요 교육자인 간호사를 대상으로 간호분야의 전문직 간 교육의 현황을 확인하였다. 이에 따라 본 연구의 구체적인 목적은 (1) 간호대학 교수와 간호사의 전문직 간 교육에 대한 인식과 준비도의 정도를 파악하고, (2) 간호대학 교수와 간호사의 전문직 간 교육에 대한 인식과 준비도의 차이를 분석하고, (3) 전문직 간 교육의 실행방안과 장애요인을 파악하여 향후 간호교육분야의 전문직 간 교육과정 개발과 교육전략에 대한 방향을 제시하는 것이다.

연구대상 및 방법

1. 연구대상

연구의 대상자는 간호교육현장에서 교수자의 역할을 수행하는

대학 교수와 임상간호사를 근접 모집단으로 서울, 충청, 경상, 전라지역의 교수와 간호사를 편의표출하였다. 교수의 경우 교육경력 1년 이상, 간호사의 경우 임상경력 1년 이상을 대상으로 하였고, 최종적으로 간호사 136명, 교수 103명이 참여하여 연구대상자는 총 239명이었다.

2. 연구도구

본 연구의 도구는 총 41문항이며, 일반적 특성 및 전문직 간 교육에 대한 인지 정도, 인식과 준비도, 전문직 간 교육의 실행방안에 대한 질문으로 구성되었다.

1) 일반적 특성 및 전문직 간 교육에 대한 인지 정도

일반적 특성 및 전문직 간 교육에 대한 인지 정도를 측정하는 도구는 연구자가 개발하였다. 일반적 특성(나이, 직업, 전문직 간 교육경험 유무, 간호대학생 교육경험 유무) 4문항, 전문직 간 교육에 대한 인지 정도 2문항(전문직 간 교육에 대해 알고 있는가?, 간호분야에 전문직 간 교육이 필요하다고 생각하는가?)으로 구성되었다.

2) 전문직 간 교육에 대한 인식

전문직 간 교육에 대한 인식은 Interdisciplinary Education Perception Scale를 연구자가 번역한 후 이중언어 사용자가 번역의 정확성을 검토한 후 사용하였다[10]. 이 도구는 총 12문항으로 구성되었으며, 실제적인 협력에 대한 인식 5문항, 협력의 필요성에 대한 인식 2문항, 역량과 자발성에 대한 인식 5문항으로 총 3개 하위영역으로 구성되었다. 각 항목별로 매우 반대함(1)에서 매우 동의함(6)의 6점 Likert 척도로 응답하는 도구이며, 점수가 높을수록 전문직 간 교육에 대해 긍정적인 인식을 가지고 있음을 의미한다. 개발 당시 도구의 신뢰도 Cronbach's α 값은 0.88이었으며, 본 연구에서의 Cronbach's α 값은 0.835, 하위영역별 Cronbach's α 값은 0.663-0.876이었다.

3) 전문직 간 교육에 대한 준비도

전문직 간 교육에 대한 준비도를 측정하기 위해서 Readiness for Interprofessional Learning Survey 도구 개정판을 연구자가 번역한 후 이중언어 사용자가 번역의 정확성을 검토한 후 사용하였다. 이 도구는 1999년 Parsell과 Bligh가 개발한 도구를 McFadyen 등[10]이 18문항으로 개정한 것으로 팀워크와 협력 9문항, 전문직 정체성 6문항, 역할과 책임 3문항의 3개 하위영역으로 구성되어있다. 각 문항은 5점 Likert 척도로 구성되어있고 점수가 높을수록 각 영역의 목적을 위해 전문직 간 교육을 채택하고자 하는 의향이 높음을 의미한다. 개발 당시 도구의 신뢰도 Cronbach's α 값은 0.89이었으며, 본 연구에서의 Cronbach's α 값은 0.835, 도구의 신뢰도 Cronbach's α 값은 0.865였으며 하위영역별 Cronbach's α 값은 0.780-0.876이었다.

4) 전문직 간 교육의 실행방안

전문직 간 교육의 실행방안에 대해서는 연구자가 문헌고찰을 통해 문항을 개발하였으며, 전문직 간 교육이 필요하다고 생각하는 시기, 교과목, 분야, 전문직 간 교육의 장애요인과 갈등요인, 학습성과의 5문항으로 구성되었다. 전문직 간 교육과 학습성과의 관련성에 대해서는 매우 높음(4점)에서 매우 낮음(1점)의 4점 척도로 응답하도록 하였다.

3. 자료수집방법

자료수집은 2016년 12월 29일부터 2017년 1월 16일까지 진행되었다. 연구자가 직접 연구의 목적과 익명성 및 비밀보장에 대해 설명하고 이에 대해 동의한 대상자에게 설문지를 배부하였으며, 연구참여에 동의한 대상자가 설문을 읽고 직접 응답하도록 하였다. 총 240명에게 설문을 배포하였으며 239부가 회수되어 회수율은 99.6%였다.

4. 자료분석방법

수집된 자료는 IBM SPSS ver. 23.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) 프로그램을 이용하여 분석하였다. 일반적 특성과 전문직 간 교육의 실행방안에 대한 의견 분석은 기술통계를 이용하였으며, 간호사와 간호학 교수의 전문직 간 교육에 대한 인식과 준비도의 차이는 t-test로 분석하였다.

5. 연구대상자의 윤리적 고려

연구대상자에 대한 윤리적 고려로 연구대상자의 익명성 보장, 비밀유지, 연구자료 이외의 목적으로 사용하지 않은 것, 연구참여 거부에 대한 자율성 등을 설명하고 서면동의서를 획득하였고 대상자의 개인식별정보를 수집하지 않았다.

결 과

1. 대상자의 일반적 특성

연구의 대상자는 총 239명으로 간호사가 56.9%, 간호대학 교수가 43.1%였다. 대상자의 평균나이는 38.14세로 40대(33.5%)와 20대(27.6%)가 가장 많았다. 대상자의 91.6%가 전문직 간 교육에 참여한 경험이 없다고 응답하였고 8.4%만이 전문직 간 교육에 참여한 경험이 있는 것으로 나타났다.

연구의 참여자 중 전문직 간 교육에 대해 알고 있다고 응답한 대상자는 11.7%였으며, 36.4%가 들어본 적이 있다고 응답하였고, 51.9%의 대상자는 들어본 적이 없다고 응답하였다. 전문직 간 교육의 필요성에 대해서는 72.5%가 필요하다고 응답하였으며 그저 그렇다 24.7%, 필요 없다는 응답은 2.9%였다(Table 1).

2. 전문직 간 교육에 대한 인식과 준비도

임상현장에서 업무를 수행하고 간호학생의 실습을 지도하는 간호사와 간호대학 교수의 전문직 간 교육에 대한 인식에 대한 차이를 분석한 결과, 6점 척도로 측정된 실제적인 협력에 대한 인식은 간호대학 교수 4.66, 간호사 4.54로 두 그룹 모두 실제적인 협력을 위해 전문직 간 교육이 필요하다고 생각하는 것으로 나타났다. 협력의 필요성에 대한 인식은 간호대학 교수 3.85, 간호사 4.05점으로 간호대학 교수에 비해 간호사가 높게 인식하는 것으로 나타났다($t=2.486, p=0.014$). 역량과 자발성 영역은 간호대학 교수 4.66, 간호사 4.44로 간호대학 교수가 비교적 높게 인식하고 있는 것으로 나타났다($t=-4.053, p<0.001$).

전문직 간 교육에 대한 준비도를 분석한 결과, 팀워크와 협력($t=-6.209, p<0.001$), 전문직 정체성($t=-5.468, p<0.001$), 역할과 책무성($t=-4.800, p<0.001$)의 3개 하위영역에서 모두 간호대학 교수가 간호사보다 높은 점수를 보여 전문직 간 교육에 대한 준비도는 간호대학 교수 그룹에서 상대적으로 높은 것으로 나타났다(Table

Table 1. General characteristics of participants (N = 239)

Characteristic	Value
Age (yr)	38.14 ± 10.45
20-29	66 (27.6)
30-39	60 (25.1)
40-49	80 (33.5)
50-59	26 (10.9)
≥60	7 (2.9)
Occupation	
Nurse	136 (56.9)
Professor	103 (43.1)
Experience participating in IPE	
Yes	20 (8.4)
No	218 (91.6)
Missing	1
Experience teaching nursing students	
Yes	120 (50.2)
No	119 (49.8)
Awareness of IPE	
I know it very well	2 (0.8)
I know it	26 (10.9)
I've heard of it	87 (36.4)
I know a little	104 (43.5)
I've never heard about it	20 (8.4)
Necessity of IPE	
Strongly agree	25 (10.5)
Agree	148 (61.9)
Neutral	59 (24.7)
Disagree	6 (2.5)
Strongly disagree	1 (0.4)

Values are presented as mean ± standard deviation or number (%). IPE, interprofessional education.

Table 2. Perception of and readiness for interprofessional education (N=239)

Subscale	Professor (n=103)	Nurse (n=136)	t-value (p-value)
Perception			
Perception of actual cooperation	4.66±0.62	4.54±0.51	-1.555 (0.122)
Perceived need for cooperation	3.85±0.63	4.05±0.60	2.486 (0.014*)
Competency and autonomy	4.77±0.59	4.44±0.65	-4.053 (<0.001**)
Readiness			
Teamwork and collaboration	4.11±0.40	3.75±0.48	-6.209 (<0.001**)
Professional identity	3.76±0.52	3.40±0.49	-5.468 (<0.001**)
Roles and responsibility	3.68±0.46	3.38±0.50	-4.800 (<0.001**)

Values are presented as mean±standard deviation.
*p<0.05. **p<0.001.

Table 3. Implementation strategies of IPE (N=239)

Variable	No. (%)
When IPE is needed	
Undergraduate (1st-2nd year)	25 (10.5)
Undergraduate (3rd-4th year)	85 (35.6)
Novice nurse	50 (20.9)
1st-3rd year nurse	58 (24.3)
3rd year or more nurse	25 (10.5)
Courses to apply IPE	
Health-communication	129 (54.0)
Communication	46 (19.2)
Medical ethics	16 (6.7)
Simulation	46 (19.2)
Clinical practicum	34 (14.2)
Others	2 (0.8)
Field related with IPE	
1st	
Medical	227 (95.0)
Social welfare	5 (2.1)
Pharmacy	4 (1.7)
2nd	
Pharmacy	100 (41.3)
Physical therapy	50 (20.9)
Social welfare	32 (13.4)
Barriers of IPE ^{a)}	
Lack of experience in cooperative practice	160 (66.9)
Lack of experience in guiding students	42 (17.6)
Lack of support from hospitals	80 (33.5)
Heavy workload	183 (76.6)
Awareness of low relevance	47 (19.7)
Geographical factors	7 (2.9)
Negative experience (ignorance, etc.)	91 (38.1)

IPE, interprofessional education.
^{a)}Multiple responses.

2). 즉 실제적 협력의 필요성에 대한 인식을 제외하고 전문직 간 교육에 대한 인식과 준비도의 모든 하위영역에서 두 그룹 간에 유의한 차이가 있었다.

Table 4. Learning outcomes related to interprofessional education (N=239)

Learning outcomes	Mean ± standard deviation
Interprofessional communication and cooperation	3.41 ± 0.56
Interprofessional conflict resolution	3.33 ± 0.62
Team work and functioning	3.31 ± 0.57
Interpersonal skills	3.31 ± 0.55
Problem solving ability	3.31 ± 0.54
Collaborative leadership	3.19 ± 0.61
Critical thinking ability	3.15 ± 0.61
Patient centeredness	3.13 ± 0.59
Role clarification	3.12 ± 0.58
Professional identity	3.03 ± 0.59
Clinical performance ability	3.08 ± 0.63
Self-directed learning	2.84 ± 0.66

3. 전문직 간 교육의 실행방안에 대한 의견

전문직 간 교육의 실행방안에 대해서는 전문직 간 교육이 필요한 시기, 교과목, 협력이 필요한 분야, 장애요인을 분석하였다. 전문직 간 교육이 필요한 시기는 간호대학 학부 고학년(35.6%)과 간호사 경력 1-3년(24.3%), 신입간호사 발령 직후(20.9%) 순으로 높게 나타났다. 전문직 간 교육이 필요한 교과목으로는 의료커뮤니케이션(54.0%), 의사소통(19.2%), 시뮬레이션실습(19.2%), 임상실습(14.2%) 순으로 나타났다. 간호교육에서 전문직 간 교육을 위해 협력이 필요한 직종은 1순위에서는 의사(95.0%), 2순위에서는 약사(41.3%), 3순위에서는 물리치료사(22.6%)가 가장 다빈도분야로 나타났다. 그러나 전문직 간 교육의 장애요인으로 과중한 업무로 인한 우선순위 밀림(76.6%), 협력적 실무에 대한 경험 부족(66.9%), 상호 비하 등의 부정적인 경험(38.1%), 병원의 지원 부족(33.5%)에 대한 응답이 높게 나타났다(Table 3).

4. 전문직 간 교육과 학습성과의 관련성

전문직 간 교육을 통해 달성 가능한 학습성과는 전문직 간 의사소통과 협력(3.41), 전문직 간 갈등해결능력(3.33), 팀워크(3.31), 문제해결능력(3.31), 대인관계능력(3.31), 협력적 리더십(3.19) 등이 높

은 순위를 차지하였다(Table 4).

고 찰

이 연구는 간호대학 교수진과 간호사로 대표되는 간호교육자의 전문직 간 교육에 대한 인식과 준비도를 확인하고, 전문직 간 교육의 실행방안과 장애요인을 파악하여 향후 간호교육분야의 전문직 간 교육과정 개발과 교육전략에 대한 방향을 제시하고자 시도되었다. 간호교육은 이론교육에서 습득한 지식을 임상현장에 적용하고 응용하는 기술을 익히는 임상현장에서의 실습교육으로 구성되는 특성을 가지고 있다[9]. 따라서 이론 및 교내실습의 주 담당자인 대학교수와 임상현장의 주요 교육자인 간호사를 대상으로 간호분야의 전문직 간 교육의 현황을 확인하였다.

먼저, 전문직 간 교육에 대한 인지도와 참여경험에 대한 조사결과, 연구대상자의 8.4%만이 전문직 간 교육에 참여한 경험이 있으며, 전문직 간 교육에 대해 알고 있다고 응답한 대상자는 약 12% 수준이었다. 이는 79.7%의 교수진이 임상현장 또는 실습현장에서 전문직 간 팀 활동을 경험한다는 국외의 연구결과[11]와 비교할 때 매우 낮은 수준이다. 이는 전문직 간 교육이 30여 년 전 소개된 후 최근 보건의료전달체계 및 성과의 향상에 주요한 역할을 한다고 확인되는 등 교육 및 임상현장에서 다양하게 적용되어왔던 국외에 비해[5,12] 전문직 간 교육에 대한 인지가 낮은 국내의 현실을 반영하는 결과이다. 전문직 간 교육을 통해 상호 신뢰하고 존중하며 차이를 인식하고 편견과 오해에 맞서게 하며 불필요한 경쟁의식을 감소시키는 한편 환자 간호에 있어 긍정적인 성과를 내도록 하는 전문직 간 교육의 장점을 고려할 때[13], 이에 대한 인식 제고와 함께 교육기회의 확대가 필요하다.

한편 전문직 간 교육이 필요하다고 응답한 대상자 72.4%로 나타나 간호교육자 본인이 전문직 간 교육에 참여한 경험은 없으나 업무의 특성상 추후 전문직 간 교육 도입의 필요성에 대해서는 긍정적인 생각을 가지고 있는 것으로 나타났다. 약 80%의 대학병원 간호사가 근무현장에서의 경험과 개인적인 의사소통을 하면서 타 의료전문직의 직무에 대해 학습한다는 결과[8]와 같이 정규 교육과정이나 임상현장이라는 비정규 교육과정에 의해 전문직 간 교육을 경험하면서 그 필요성을 인식하고 있음을 의미한다. 그러나 전문직 간 교육에 대해 인식하고 활발한 교육과 연구를 진행해온 유럽, 미국 등에서도 전문직 간 교육이 환자 간호를 위한 팀 접근의 향상과 잠재적인 의료요류를 감소시킬 수 있는 효과적인 전략이라고 보고 있으나 정규 교육프로그램에 포함시키는 과정에서 구조적 문제와 더불어 교육과정 및 인력의 문제를 겪고 있다[14]. 따라서 현실적으로 전문직 간 교육의 필요성을 인식하고 있는 국내에서도 정규교육과정 내에 전문직 간 교육을 통합하는 과정에 대한 구조적 문제를 구체적으로 파악해 볼 필요가 있으며, 다양한 보건의료 전공자와

협력하는 기회를 제공하여 역할에 대한 이해를 증진시키고, 팀으로 함께 일하는 것의 중요성을 학습시키는 의사소통 실습교육 및 시뮬레이션 교육 등[13]을 정규 교육과정에 점진적으로 편성하여 환자 중심의 보건의료 제공을 위한 상호협력적인 태도를 갖춘 간호사를 양성할 수 있도록 해야 하겠다.

본 연구에서는 연구대상에 간호교육 제공자인 간호사와 간호대학 교수를 모두 포함하였으며, 업무나 환경적 특성이 다른 두 집단의 인식의 차이를 파악하여 시사점을 찾고자 임상현장에서 실제 간호업무 수행하는 간호사와 학생교육을 주로 담당하는 간호대학 교수 간의 전문직 간 교육에 대한 인식과 준비도의 차이를 분석하였다. 간호사와 간호대학 교수의 전문직 간 교육에 대한 인식의 차이를 분석한 결과 실제적인 협력에 대해서는 두 그룹 간의 유의한 차이가 없어 학교현장과 임상현장에서 모두 실제적인 협력에 대해 긍정적인 것으로 나타났다. 그러나 두 그룹의 평균점수가 보건의료전공 대학생을 대상으로 한 선행연구[1]에 비해서는 낮은 수준이었다. 이러한 차이는 전문직 간 교육이 의학이나 약학분야에서 교육프로그램 평가 인증의 한 기준으로 제시되고 있는 북미와 달리[15,16] 한국 간호교육에 있어 전문직 간 교육이 이제 막 소개되는 시점이라는 것에서 기인한다. 그러나 전문직 간 교육에 대한 인식 정도가 교수진의 전문직 간 교육에 연관되는 유일한 예측인자임을 고려할 때[17], 간호교육 제공자인 간호대학 교수뿐만 아니라 간호사를 대상으로 전문직 간 교육에 대한 인식 제고가 필요함을 의미한다. 또한 협력의 필요성에 대해서는 간호사가 교수보다 더 높게 인식하고 있는 것으로 나타났고, 역량과 자발성에 대해서는 간호대학 교수의 인식점수가 더 높았다. 이처럼 실제 직무를 수행하는 현장에 있는 간호사가 협력의 필요성을 더 높게 인지하고 있다는 것은 교육현장에 직무 중심의 실질적인 교육이 도입되어야 함을 시사한다. 또한 간호대학 교수는 역량에 대한 인지가 높았는데 이는 전문직 간 교육을 기반으로 한 역량의 고찰과 개발을 통해 성과기반 간호교육을 확대시킬 필요가 있음을 제시하는 결과이다. 그러나 이러한 차이가 구체적으로 어떠한 특성을 반영하는지에 대해서는 추가 연구가 필요하다.

한편 전문직 간 교육에 대한 준비도 측면에서는 '팀워크와 협력,' '전문직 정체성,' '역할과 책무성' 모두에서 교수가 간호사보다 높은 점수를 보여 간호대학 교수가 전문직 간 교육을 실행할 의향이 높은 것으로 나타났으며, 국외의 경우 약 80%의 교수진이 임상현장 또는 실습현장에서 전문직 간 팀 활동을 경험하며, 전문직 간 팀 활동을 경험한 교수진이 타 전문직 학생 및 교수와의 밀접한 상호작용을 한다는 연구결과를 고려할 때[11], 전문직 간 교육에 대한 교수개발 프로그램 등을 통해 실제적인 교육적 중재의 적용을 기대해볼 수 있을 것으로 생각된다. 또한 상대적으로 준비도가 낮은 간호사를 교육프로그램에 함께 참여하도록 한다면 더 높은 교육효과를 기대할 수 있을 것이다.

전문직 간 교육을 적용한다면 어떻게 실행하는 것이 타당한가에

대해 간호교육자의 의견을 분석한 결과, 전문직 간 교육이 필요한 시기는 임상실습을 시작하는 학부 고학년과 간호사 경력 3년 이내가 가장 필요하다고 하였다. 즉 전문직 간 교육은 보건의료 전문가로 훈련받는 사람에게 양질의 서비스 전달 및 사용자의 성과를 강화시키고 학생이 상호연관된 전문 실무현장에서 협력적일 수 있게 준비시키는 것이므로 전문직 간 교육이 면허를 취득하기 전 단계에서 이루어졌을 때 임상실무에서의 전문직 간 의사소통과 협력이 향상될 수 있으며 나아가 양질의 의료서비스 제공이 가능하고 환자 간호의 성과가 증진될 것이며[3], 학생 시기와 전문가로 훈련받기 시작한 사람에게 적용되는 것이 적합하다는 것을 의미한다[18].

전문직 간 교육을 적용하기에 적합한 교과목은 의료커뮤니케이션, 의사소통, 시뮬레이션 실습, 임상실습이라는 응답이 많았다. 현재 간호교육에서 의사소통 교과목의 교수법으로 상황극이나 시뮬레이션 등을 통한 실제 사례기반의 교육이 많이 활용되고 있는데, 전문직 간 교육을 통해 직역 간 이해를 증진시킬 수 있으리라 기대하기 때문이라고 생각된다. 이는 실습교육을 통해 다양한 보건의료전공 학생과 협력하고 역할에 대한 이해를 증진시키고 경험학습을 할 수 있는 기회를 제공하는 동시에 팀으로 함께 일하는 중요성을 알도록 하는 것이 바람직하다는 선행연구와 맥락을 같이 한다[13]. 간호교육현장에서 전문직 간 교육을 위해 협력이 필요한 직종은 의사와 약사가 가장 다빈도로 나타났다. 이들은 임상현장에서 환자를 돌봄에 있어 자주 접촉하게 되는 전문직으로 의료협력팀에 의한 의료 제공이 급성기 및 일차진료상황에서 환자가 높은 수준의 만족도와 높은 치료 순응도, 향상된 건강성상을 보고한 연구결과를 고려할 때 전문직 간 교육 시 중점을 두어야 할 부분이다[19].

그러나 이러한 필요성과 구체적인 실행방안에 대한 의견에도 불구하고 다수의 대상자가 과중한 업무로 인한 우선순위 밀림, 협력적 실무에 대한 경험 부족, 병원의 지원 부족 등을 전문직 간 교육의 장애요인으로 지적하였다. 선행연구에서도 캠퍼스 내 타 보건의료 전문프로그램 부족, 전문직 간 교육에 대한 지각된 이익 부족, 전문직 간 교육에 대한 기관차원의 지원 부족, 학문 간 융합된 교육과정 부족, 타 보건의료 전문직 프로그램 간의 일정 충돌 등이 전문직 간 교육에 대한 장애요인으로 나타났고[20,21], 이는 전문직 간 교육이 가지는 근본적인 문제이며 이를 극복하는 것이 본 교육의 첫 시작점이 되어야 함을 의미한다. 한편 보건의료계열의 학생들 간에 교류가 없는 상태에서 교육을 받으므로 서로에 대한 고정관념을 극복할 수 없고 전문직 간 갈등을 탐색할 수 없으며 보건의료체계에서 발생하는 문제행동을 효과적으로 감소시킬 수 없기 때문에 환자를 돌봄에 있어 의사와 간호사 사이의 갈등이 흔히 발생한다는 연구결과를 고려할 때[22-24], 전문직 간 교육의 장애요인과 필요성이 서로 상충되는 요인임을 알 수 있다. 이는 교육기관과 교육자의 전문직 간 교육에 대한 인식 제고를 통해 점차적으로 저변을 넓혀가는 장기적인 계획이 필요함을 의미한다.

마지막으로 전문직 간 교육이 적용되기에 적합한 학습성과로 전문직 간 의사소통과 협력, 전문직 간 갈등해결능력, 팀워크, 문제해결능력, 대인관계능력 등이 높은 순위를 차지하였다. Thistlethwaite 등[25]은 팀워크에 대한 지식과 기술, 전문직의 역할과 책임, 의사소통, 팀 내 자신의 관계를 학습하고 반성하는 것, 전문직 간 돌봄에서 환자 중심 역할을 수행하는 것, 윤리 및 태도 등을 전문직 간 교육의 학습성과로 제시하여, 학습성과에 따라 효과적인 교육전략으로 전문직 간 교육이 채택될 수 있다고 하였다. 한편 실제적인 경험은 교육적인 학습, 학습과 임상실무와의 연관성을 심화시키고 강화시키며[26,27], 전문직 간 협력에 대한 실제적인 경험이 팀워크에 대한 이해도를 높이고 전문직 내외 전문직 간 관계를 형성하는 기회를 제공하며, 학생으로 하여금 멘토인 교수와 공동으로 접근하는 방법을 시험할 수 있도록 하는 등 전문직 간 교육의 효과적인 전략으로 알려진 실제적인 경험, 시뮬레이션 등의 교수학습방법을 개발, 적용시키는 단계적인 노력이 필요하겠다[14].

보건의료분야 특히 간호분야는 이론교육과 실습교육이 병행되는 교육적 특성을 지니고 있으며, 대상자의 건강과 관련한 성과를 향상시키는 양질의 간호인력 양성이라는 사회적 책무성을 다해야 한다. 대상자 중심의 간호는 다양한 보건의료 전문직의 협력이 필수불가결하며 이는 전문직 간 교육을 통해 습득될 수 있다. 이론교육과 실습교육의 주요 간호교육자가 현실적으로 이원화되어 있는 상황에서 간호대학 교수와 간호사의 전문직 간 교육에 대한 인식과 준비도 확인은 전문직 간 교육의 교육과정으로의 도입에 선행되어야 한다. 간호교육자는 전문직 간 교육에 대한 인지 정도는 낮으나 필요성은 인식하고 있으며, 특히 간호사의 경우 전문직 간 협력의 필요성을 높게 인식하고 있고 교수집단의 경우 전문직 간 교육에 대한 실행 의향이 비교적 높은 것으로 나타났다. 전문직 간 영역이 전문화, 세분화되면서 복잡해진 임상환경 속에 전문직 간 협력은 필수불가결해졌으며, 전문직 간 교육의 도입을 현실적으로 검토해 보아야 하는 시점임을 알 수 있다. 전문직 간 협력 및 의사소통이 비정규 교육과정을 통해 습득되는 현황을 고려하여 전문직 간 교육을 단계적이고 점진적으로 정규 교육과정에 적용하는 동시에 타 전공학생과의 의사소통 실습, 시뮬레이션 실습 등의 방안을 고려할 수 있겠다. 하지만 교수자의 인식 및 준비도를 확인하였으므로 향후 학습자인 간호대학생으로 대상을 확대하여 전문직 간 교육에 대한 인식 및 준비도를 확인할 것을 제안한다. 또한 이론 및 실습교육에 있어 전문직 간 교육방법의 효과를 검증하며, 전문직 간 교육의 주요 영향요인인 교수자의 전문직 간 교육역량을 강화하기 위한 교수개발프로그램의 개발 및 효과 검증 연구를 제안한다.

REFERENCES

1. Fernandes AR, Palombella A, Salfi J, Wainman B. Dissecting through

- barriers: a mixed-methods study on the effect of interprofessional education in a dissection course with healthcare professional students. *Anat Sci Educ.* 2015;8(4):305-16.
2. Shakman L, Renu G, Obeidat A. Inter professional education in health care. *Int J Nurs Educ.* 2013;5(1):86-91.
 3. Hammick M, Freeth D, Koppel I, Reeves S, Barr H. A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME guide no. 9. *Med Teach.* 2007;29(8):735-51.
 4. Yoon BJ, Lee JH. A review study on interprofessional college education in health care sector. *J Korean Soc Sch Health Educ.* 2010;11(1):149-58.
 5. World Health Organization. Framework for action in interprofessional education & collaborative practice [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2010 [cited 2017 Jan 16]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf.
 6. Stone T, Hua S, Turale S. Evaluation of an international and inter-professional collaboration forum. *Nurse Educ Today.* 2016;46:10-16.
 7. Barr J, Bull R, Rooney K. Developing a patient focussed professional identity: an exploratory investigation of medical students' encounters with patient partnership in learning. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2015;20(2):325-38.
 8. Lee YH, Ahn D, Moon J, Han K. Perception of interprofessional conflicts and interprofessional education by doctors and nurses. *Korean J Med Educ.* 2014;26(4):257-64.
 9. Kim HS. Problems and improvement plans of practice curriculum in health and nursing department. Seoul: Educational Research Institute of Korean Council for College Education; 2013.
 10. McFadyen AK, Maclaren WM, Webster VS. The Interdisciplinary Education Perception Scale (IEPS): an alternative remodelled sub-scale structure and its reliability. *J Interprof Care.* 2007;21(4):433-43.
 11. Curran VR, Sharpe D, Forristall J. Attitudes of health sciences faculty members towards interprofessional teamwork and education. *Med Educ.* 2007;41(9):892-6.
 12. Gotlib Conn L, Reeves S, Dainty K, Kenaszchuk C, Zwarenstein M. Interprofessional communication with hospitalist and consultant physicians in general internal medicine: a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2012;12:437.
 13. George A, Renjith V, Renu G. Inter-professional education. *IOSR J Dent Med Sci.* 2015;14(3):35-8.
 14. Loversidge J, Demb A. Faculty perceptions of key factors in inter-professional education. *J Interprof Care.* 2015;29(4):298-304.
 15. Accreditation Council for Pharmacy Education. Accreditation standards and guidelines for the professional program in pharmacy leading to the doctor of pharmacy degree [Internet]. Chicago (IL): Accreditation Council for Pharmacy Education; c2011 [cited 2017 Jan 16]. Available from: <http://www.acpe-accredit.org/pdf/FinalS2007Guidelines2.0.pdf>.
 16. Zorek J, Raehl C. Interprofessional education accreditation standards in the USA: a comparative analysis. *J Interprof Care.* 2013;27(2):123-30.
 17. Olenick M, Allen LR. Faculty intent to engage in interprofessional education. *J Multidiscip Healthc.* 2013;6:149-61.
 18. Bennett PN, Gum L, Lindeman I, Lawn S, McAllister S, Richards J, et al. Faculty perceptions of interprofessional education. *Nurse Educ Today.* 2011;31(6):571-6.
 19. Mickan SM. Evaluating the effectiveness of health care teams. *Aust Health Rev.* 2005;29(2):211-7.
 20. Sheldon M, Cavanaugh JT, Croninger W, Osgood W, Robnett R, Seigle J, et al. Preparing rehabilitation healthcare providers in the 21st century: implementation of interprofessional education through an academic-clinical site partnership. *Work.* 2012;41(3):269-75.
 21. Breitbach AP, Sargeant DM, Gettemeier PR, Ruebling I, Carlson J, Eliot K, et al. From buy-in to integration: melding an interprofessional initiative into academic programs in the health professions. *J Allied Health.* 2013;42(3):e67-73.
 22. Paul Olson TJ, Brasel KJ, Redmann AJ, Alexander GC, Schwarze ML. Surgeon-reported conflict with intensivists about postoperative goals of care. *JAMA Surg.* 2013;148(1):29-35.
 23. Karimi R, Pelham-Foster S, Scott BJ, Aamodt G. Developing and implementing an interprofessional course and identifying its strengths and challenges. *Health Interprof Pract.* 2012;1(2):eP1019.
 24. Friend ML, Friend RD, Ford C, Ewell PJ. Critical care interprofessional education: exploring conflict and power-lessons learned. *J Nurs Educ.* 2016;55(12):696-700.
 25. Thistlethwaite J, Moran M; World Health Organization Study Group on Interprofessional Education and Collaborative Practice. Learning outcomes for interprofessional education (IPE): literature review and synthesis. *J Interprof Care.* 2010;24(5):503-13.
 26. Doman T, Littlewood S, Margolis SA, Scherpbier A, Spencer J, Ypinazar V. How can experience in clinical and community settings contribute to early medical education?: a BEME systematic review. *Med Teach.* 2006;28(1):3-18.
 27. Gonzalo JD, Haidet P, Wolpaw DR. Authentic clinical experiences and depth in systems: toward a 21st century curriculum. *Med Educ.* 2014;48(2):104-5.