

의사와 간호사 간 관계에서 나타나는 갈등의 유형, 원인 및 비대칭성

이 병 주

김 명 언[†]

서울대학교 심리학과

본 연구는 의료조직의 주요 구성원인 의사와 간호사 관계에서 발생하는 갈등의 유형, 원인 및 비대칭성에 대해 살펴보았다. 연구대상은 대학병원에 소속된 의사와 간호사였으며, 반구조화된 면접을 통해 자료를 수집하였다. 내용분석을 실시한 결과, 일반조직과 마찬가지로 두 전문직종간에는 Jehn(1997)이 제안한 과제갈등, 관계갈등, 과정갈등이 모두 존재함을 확인하였다. 하지만 이 세 유형에 해당하지 않는 갈등 유형으로, 지식·기술 부족, 처치명령 시행 미비 등 역할행동의 부실수행으로 야기되는 갈등도 있었다. 또한 권한과 인식의 차이로 인해 의사와 간호사는 갈등 유형에 있어서 비대칭성을 보였으며, 동일한 유형의 갈등을 보고한 경우에도 세부원인은 다르게 보고하는 원인의 비대칭성도 보였다. 마지막으로 본 연구의 의의 및 시사점과 제한점을 논하였다.

주요어 : 의사와 간호사 관계, 협력, 갈등 원인, 갈등 비대칭성

[†] 교신저자 : 김명언, 서울대학교 사회과학대학 심리학과, 02-880-6439, myungun@snu.ac.kr

의료기술의 발달에 신규 질병의 증가, 난치병 치료기술의 향상, 고령화 사회로의 진입과 함께 의료행위에 대한 사회전반의 수요 급증의 결과로 우리나라 의료산업은 급성장하여 왔다(이영석, 오동근, 김명언, 이운성, 신좌섭, 2010). 하지만 우리나라에서 의료산업은 최근 까지도 전통적인 제조 및 서비스 산업의 발전 패러다임과는 별개의 산업으로 간주되어 다소 특수하게 취급되어 왔다. 이와 대조적으로 미국 및 유럽 등의 선진국의 의료기관에서는 보건의료를 서비스업으로 간주하고 의료기관의 구조조정과 경영혁신을 통하여 서비스의 품질과 고객만족도를 향상시키고자 하는 노력이 80년대 후반부터 보다 급속도로 진행되어 왔다(Schulz & Johnson, 2003). 최근 들어 우리나라에서도 의료산업의 발전과 경쟁의 심화로 인하여 일반 제조업 및 서비스 산업에서 나타나는 조직현상들이 병원조직에서 동일하게 출현하고 있다(이영석 등, 2010).

첫째로, 사회 전반적으로 소비자의 만족도 증진이 강조되면서 이제는 의료행위에도 서비스 측면을 강조하게 되었다. 실제로 환자 만족도 조사나 의료서비스 조사라는 이름으로 각 의료기관이 제공하는 의료행위를 소비자들이 얼마나 만족스럽게 생각하는가에 대한 조사가 급증하고 있다. 둘째, 의료조직도 경영 성과 등 일반 기업의 경영 평가와 유사한 평가 기준을 도입하고 있다(류정걸, 양동현, 2006). 셋째, 조직과학의 분석이론들이 의료기관의 분석에 지속적으로 도입되고 있다. 이에 따라 병원경영과 관련한 최근의 국내 연구들은 경영이념(조영호, 이혜숙, 서형도, 2008), 조직문화(최수형, 조덕영, 홍태호, 2006), 리더십(이영석 등, 2010; 조운근, 황호영, 2007) 등의 조직과학적 연구주제들을 다루어

오고 있다.

그러나 병원의 주요업무를 수행하는 구성원들이 조직내부에서 실제로 어떤 생활을 하며 어떤 어려움을 겪는지 등에 관한 연구는 상대적으로 적은 편이다. 어느 조직이든지 조직의 내부고객인 구성원이 만족스러운 조직생활을 하여야 조직의 외부고객도 만족시킬 수 있다(Cummings & Worley, 2009)는 점에서 병원 조직 구성원들의 조직생활에 대한 실증연구는 그 필요성이 매우 높다고 할 수 있다.

특히 병원조직은 여타 일반조직들에 비해 독특한 성향을 지닌다. 병원조직 구성원들의 업무는 사람의 생명과 직결되며, 업무수행의 결과가 환자의 상태 변화로 즉각적으로 피드백 된다는 점에서 업무수행자가 처한 과제환경이 매우 중요하다(Kozlowski & Ilgen, 2006). 병원업무는 다른 어떤 조직의 업무보다 실수가 없어야 하며(Garman, Leach, & Spector, 2006), 문제 발생 시 즉각적으로 의사결정권자(대부분 경우 의사)에게 전달되어야 할 필요가 있다. 질병의 원인과 처치가 다양하며, 전개과정 또한 예상하지 못한 방향으로 나아갈 수 있다. 따라서 환자를 가장 가까이에서 보살피는 간호사와 진단과 처치에 대하여 판단을 내리는 의사는 병원조직에서 가장 중요한 협업을 수행할 필요가 있다(Casanova, Day, Dorpat, Hendricks, Theis, & Wiesman, 2007).

하지만 실상은 그러하지 못한 경우가 많다. 간호사들은 치료행위의 최종 판단과 책임은 의사들에 있기에 잘못된 처치명령이라도 이견제시를 하지 않고 따라야 한다는 일종의 규범적 압박감을 가지고 조직생활을 한다(Curtis, 1994). 의사들은 간호사와의 관계가 원만하지 않으면 환자에 대한 정보수집이나 업무협조를 요청하기 어려움에도 불구하고 상대적 권한

우위를 바탕으로 강압적이거나 일방적인 관계를 간호사들과 형성하기 십상이다. 이로 인해, 병원조직에서는 직종간(즉, 의사와 간호사 간)이나 동일직종내 상하간에 갈등전이가 빈번하게 일어난다(성양경, 2006; 이준모, 2005; Greer, Jehn, & Mannix, 2008). 한 예로, 2004년 4월 7일에 대한의사협회와 한국간호사협회가 공동으로 참여하여 <의사·간호사 상호존중 선언식>을 개최할 정도로 의사와 간호사 간의 관계에서는 갈등이 끊이지 않아왔다. 물론 상호 역기능적 갈등은 우리나라에 국한된 현상은 아니다. 미국의 경우에도 과거에 비하여는 관계가 향상되었으나, 여전히 의사가 간호사를 존중하지 않으며, 간호사는 의사에게 자신의 의견을 개진하지 못하는 경향을 보이고 있다(Johnson, 2009). 따라서 병원의 최종목표인 성공적 환자치유에 필수적인 의사와 간호사 간의 협업 증진을 극대화하기 위해선 이들 두 전문직종들이 어떤 과업환경에서 자신의 업무를 수행하고 있는가에 대한 체계적인 이해가 우선적으로 필요하다.

연구배경

의사와 간호사의 관계에 초점을 두고 이루어진 기존연구들은 대부분 간호사만을 대상으로 수행되어 왔으며, 의사와의 관계가 간호사의 직무만족과 스트레스 등에 영향을 미친다는 연구결과를 일관적으로 보여주었다(이지연, 2002; 한혜라, 박영숙, 1994; Copnell, Johnston, Harrison, Wilson, Robson, Mulcahy, Ramudu, McDonnell, & Best, 2004). 이들 연구는 주로 간호학 관련 학술지에서 찾아볼 수 있는데, 이것은 권한에 있어 상대적으로 열세에 있는 간

호사가 의사에 비하여 조직생활의 어려움을 보다 많이 겪고 있다는 간접적 증거라고 볼 수 있다.

Treiman(1977)이 전 세계 60개 국가를 대상으로 직업의 지위점수를 산출한 바에 의하면, 100점 만점에 의사는 78점, 간호사는 54점이었다. 노연희(2008)의 연구결과에 의하면 우리나라 의사의 직업지위평균은 82.6이며, 간호사는 53.5였다. 여러 나라를 대상으로 30년 전에 산출한 직업지위 점수와 우리나라의 최근 직업지위 점수가 큰 차이가 없음을 감안하면, 의사와 간호사간의 직업지위 점수는 상당한 차이를 가지며 지속되고 있다고 볼 수 있다.

한 실험 연구에 의하면, 문제 발생 시 지위가 높은 사람은 분노를 경험하지만, 지위가 낮은 사람은 죄의식이나 슬픔을 느낀다(Tiedens, 2000; Callister & Wall, 2001에서 재인용). 높은 지위를 갖고 있는 사람은 자신에 대한 위협을 지위에 대한 잠재적인 손실로 여기며 공격적인 행위나 분노 표출을 통하여 자신의 지위를 방어하고 보존하고자 하기 때문에 얻어진 결과로 해석할 수 있다(Callister & Wall, 2001). 또한 권한이 낮은 집단과 높은 집단 간에 이동이 불가능하면, 권한이 낮은 집단은 권한이 높은 집단에 대해서 덜 우호적으로 생각하며 갈등상황에서 공동으로 대응하며 고정관념을 부각시키는 경향이 있다(Haslam, 2004).

이상의 연구결과들은 의사와 간호사 간의 관계는 잠재적 갈등이 항존하는 관계로 볼 수 있음을 시사해 준다. 본 연구에서는 집단 내/간 갈등에 대한 연구를 바탕으로 의사와 간호사 간에 나타나는 갈등의 원인과 비대칭성에 대하여 살펴보고자 한다.

갈등의 유형

조직에서 일어나는 행위를 일반적으로 일에 관련된 것과 인간관계에 대한 것으로 나눌 수 있듯이, 갈등 또한 과제갈등과 관계갈등으로 나누어 볼 수 있다(성양경, 2006; 이준모, 2005; Jehn, 1995). Jehn(1997)은 다양한 집단을 대상으로 살펴본 결과, 이전연구에서 주로 다루어져 온 과제갈등(task conflict)과 관계갈등(relationship conflict) 이외에 과정갈등(process conflict)이 별도의 갈등 유형으로 분류될 수 있음을 발견하였고, 이후 여러 연구(Greer 등, 2008; Jehn & Bendersky, 2003)를 통해 집단 내 갈등을 원인에 따라 세 유형으로 분류하는 것이 타당함을 확인했다.

과제갈등

집단 구성원들 간에 집단이 수행해야 하는 과제의 내용이나 목표에 대한 불일치가 있을 때 이를 과제갈등이라 한다(Jehn, 1997; Jehn & Bendersky, 2003). 즉, '무엇'에 대한 의견이 일치하지 않을 때를 말한다. 예를 들어, 연구 개발 부서의 구성원들이 자료 해석이나 연구결과의 의미에 대해 의견이 불일치할 때 이를 과제갈등이라 한다(Jehn, Greer, Levine, & Szulanski, 2008). 과제갈등은 과제를 바라보는 관점 차이, 과제의 특성 및 권한 차이에 따라 발생할 수 있다(Jehn & Bendersky, 2003).

과제갈등과 수행 간의 관계는 과제의 유형에 따라 다르게 나타나는데, 과제가 정형화되어 있는 경우에는 과제갈등이 수행을 저하시키나, 과제가 정형화되지 않은 경우에는 역 U형 관계를 보인다(Jehn, 1995). 정해진 틀이 없는 비정형화된 과제는 여러 가지 의견을 통합하여 해결할 때 효과적으로 과제를 수행할 수

있는데, 과제갈등이 중간 정도로 존재하면 과제와 관련된 다양한 의견이 집단 내에 존재하면서 동시에 의견이 통합될 가능성이 있기 때문이다. 특히 갈등을 드러낼 수 있는 개방적인 규범이 집단내 존재하는 경우에는 서로 다른 의견이 논의될 수 있어 수행수준이 높아진다(성양경, 2006; Jehn, 1995).

과제갈등과 팀 수행 간의 관계를 종단적으로 살펴보면, 고수행 집단(high-performing group)은 초기에서 중기로 가면서 갈등이 상승하여 중간 정도의 갈등을 보이며 후기에는 갈등이 감소하는 형태를 보이나, 저수행 집단(low-performing group)은 초기와 중기에 중간 정도의 갈등을 보이고 후기에 갈등이 증가하는 양상을 보인다(Jehn & Mannix, 2001). 과제 수행의 중간 단계까지는 과제갈등 자체가 문제가 되지 않으나, 과제를 마무리하는 단계까지 과제갈등이 있다면 이것은 완료시점까지 과제의 목표가 합의되지 않아 과제수행이 제대로 이루어지지 않아서 나타나는 양상으로 간주할 수 있다.

관계갈등

성격 차이나 업무 외적인 사안(예를 들면, 종교, 사회, 정치)에 대한 의견이나 선호의 차이로 말미암아 집단 구성원들 간 인간관계가 원만하지 않을 때 이를 관계갈등이라 한다. 예를 들어, 집단 구성원들 간에 서로의 태도나 성격을 문제 삼는다면 이것은 관계갈등이 있는 것이다. 관계갈등은 정서성(emotionality)을 내포하고 있어 관계갈등이 발생하면 목소리를 높이고 타인에 대한 공격성을 보이는 등 집단 내에 부정적인 행동이 나타나고, 구성원들의 관심이 인간관계적 측면에 집중되면서 과제로부터 멀어지게 되어 팀 수행이 방해를 받을

수 있다(Jehn, 1995). 또한 관계갈등은 구성원 간 호감도나 팀에 남고자 하는 의도를 약화시킨다(Jehn, 1995).

과제갈등은 동일한 집단이라 하더라도 당면한 사안에 따라 발생하기도 하고 발생하지 않기도 하지만, 관계갈등은 사안에 관계없이 발생하는 양상을 보인다(Simons & Peterson, 2000). 집단규범에 따라 관계갈등의 발생 양상과 갈등의 팀 수행에 대한 영향이 달라지는데, 구성원들 간 성격차이로 인하여 관계갈등이 발생할 가능성이 있더라도, 차이 인정의 집단규범이 존재하면 관계갈등이 적게 지각된다(성양경, 2006). 과제갈등과는 달리, 갈등을 공개적으로 드러낼 수 있는 규범이 집단 내 존재하는 경우에는 팀의 수행이 오히려 저하된다(Jehn, 1997; Jehn & Bendersky, 2003).

관계갈등은 과제갈등이 전이되어 나타나기도 하는데, 과제갈등의 원인을 개인적인 이유로 오귀인하는 경우와 업무수행 중 언성을 높여 의사소통하는 경우에 이러한 현상이 나타난다(Simons & Peterson, 2000).

과정갈등

자원갈등(conflicts of resources)이나 분배갈등(distributive conflict) 등과 같이 과정갈등과 유사한 개념은 기존에도 갈등연구에서 언급이 되었으나(Jehn 등; 2008), 대부분의 연구에서 과제갈등과 구별되지 않은 채 연구되었다(Jehn & Bendersky, 2003). Jehn(1997)은 과제를 수행하는 과정에서 목표를 달성하는 방법과 관련되어 과제수행 과정에서 발생하는 갈등, 즉 과제를 어떻게 진행할 것인가, 누가 무엇을 책임질 것인가, 자원을 어떻게 나눌 것인가, 어떤 절차로 일을 위임할 것인가 등에 대한 구성원간의 불일치를 과정갈등으로 보았다. 예를 들어,

연구개발 부서의 구성원들이 최종보고서를 누가 쓸 것인지, 누가 발표를 할 것인지에 대하여 의견이 일치하지 않는다면 이는 과정갈등이 있는 것이다(Jehn 등, 2008).

과제갈등과 과정갈등이 모두 과제에 대한 것이지만 이 두 가지는 다음과 같은 이유로 구분하는 것이 타당하다. Weingart(1992)와 Jehn(1997)에 의하면, 사람들은 과제의 내용과 과제 수행 방법에 대한 갈등을 별개로 인식하고 있으며, 두 유형의 갈등이 집단의 역학이나 수행결과에 미치는 영향도 다르다(Jehn 등, 2008). 또한 과정갈등은 과제갈등과 달리 자원의 분배, 권력 차이, 업무 분배 등 정치적이면서 사람과 관련된 특성을 갖고 있다(Jehn & Bendersky, 2003).

Greer 등(2008)의 갈등에 대한 종단연구에 의하면, 팀 수행 초기에 발생한 과정갈등이 이후에 과제갈등과 관계갈등으로 전이되며, 심지어 과정갈등이 사라진 이후에도 초기 과정갈등에 수반된 부적 정서와 모호성이 지속되어 팀 수행에 좋지 않은 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이러한 과정갈등의 지속적 영향력은 과제갈등에서는 드물게 나타나는 특성으로, 초기관리가 중요함을 시사한다(Greer 등, 2008).

갈등의 비대칭성

Jehn, Rispens 및 Thatcher(2010)는 기존의 갈등연구가 주로 갈등의 집단 평균을 분석하였으며, 집단 내의 분산, 즉 갈등 비대칭성(conflict asymmetry)을 간과했다는 사실에 주목하였다. 이들은 갈등 비대칭성을 크게 두 가지로 나누어보았다. 집단 갈등 비대칭성(group conflict asymmetry)은 집단 내 갈등 정도에 대한 구성원들의 지각이 얼마나 다른가를 말

하며, 개인 갈등 비대칭성(individual conflict asymmetry)은 한 구성원이 다른 집단 구성원에 비하여 얼마나 갈등을 많이 혹은 적게 지각하는가를 말한다. 연구 결과, 집단 갈등 비대칭성이 큰 집단의 경우에는 집단의 수행과 창의성이 감소하며, 개인 갈등 비대칭성이 큰 경우에는 집단에 만족하지 못하고 낮은 수행을 보이는 등 집단 구성원으로서 효과적으로 기능하지 못하는 것으로 나타났다.

갈등의 비대칭성은 갈등의 정도와 유형 모두에서 나타날 수 있다. 집단 내에 존재하는 권력이나 지위의 차이가 집단 구성원들이 지각하는 갈등의 양에 대한 비대칭성을 유발할 수 있을 뿐만 아니라, 개개인이 지각하는 갈등 유형의 비대칭성(conflict type asymmetry) 또한 야기할 수 있다(Jehn, Rispens, & Thatcher, 2010; Jehn, Rupert, Nauta, & van den Bossche, 2010). 예를 들어, 많은 권한을 가진 사람들은 다른 사람의 입장을 덜 고려할 수 있지만 성과에 대한 책임은 더 많이 가지기에 갈등 발생 시 관계보다는 과제 측면에서 갈등을 바라보는 경향이 높은 반면, 권한이 적은 사람들은 관계적 측면에서 갈등을 조망할 가능성이 높다(Galinsky, Magee, Ena Inesi, & Gruenfeld, 2006). 갈등 발생 시 때로는 중재를 통하여 갈등을 해결하기도 하는데, 갈등 비대칭성은 중재에 대한 만족과 부적 관계를 보이며, 특히 관계갈등 비대칭성이 큰 경우에는 중재자가 편파적이라고 느끼고 중재에 대한 만족도가 낮았다(Jehn, Rupert 등, 2010).

갈등 연구로 비추어 본 의사-간호사 관계

갈등 유형과 의사-간호사 관계

집단 내 갈등에 대한 Jehn(1997)의 연구는

갈등을 발생시키는 원인을 중심으로 유형을 분류한 것으로, 환자 치료라는 동일목표를 달성하기 위해 협업을 해야 하는 의사와 간호사의 상호작용을 살펴보는 데에 유용한 분류체계를 제공한다.

Hojat 등(2003)은 의사와 간호사가 상호보완적으로 기능하기 때문에 역할 애매성이 생겨 역할에 대한 갈등이 더 빈번하게 발생할 수 있다고 주장했다. 이상돈(1998)은 의료사고에 대한 판례 연구를 통해 의사와 간호사의 업무를 정확하게 분할하는 것이 쉽지 않음을 보여주었다. 병원조직에서의 갈등의 전이현상에 대한 연구를 수행한 이준모(2005)의 연구는 의사와 간호사 간의 권한의 비대칭성에 의해 과정갈등이 발생할 가능성이 있음을 암시해주고 있다. 이 연구들 모두가 과제갈등과 과정갈등이 의사와 간호사 사이에서 발생할 가능성이 높음을 시사해준다.

의사와 간호사 관계에서는 관계갈등도 적지 않게 발생한다. 김용순, 박진희, 임기영(2006)에 의하면 의사(전공의)는 10점 만점에 4.21, 간호사는 4.94의 관계갈등을 경험하는 것으로 나타났다. 이 연구에서는 갈등의 대상이 명시되지 않아 연구결과가 의사와 간호사 관계에서 발생하는 것이라고 단정 지을 수는 없으나, 의사와 간호사 모두 관계갈등을 경험한다고 볼 수 있다. 조남욱, 홍여신, 김현숙(2001)에 의하면 의사가 간호사를 무시하는 듯한 어투로 말할 때 대인갈등이 발생되며, 김남수, 유승흠, 손태용(2002)은 의사에 의한 간호사의 전문성 무시가 간호사 탈진의 주요한 요인으로 작용함을 밝혔다. 이지연(2002)은 진료파트 특성과 간호사-의사 간 의사소통에 대한 연구에서 내과에 비하여 외과에서 간호사의 의견이 반영될 가능성이 더 높아 의사와의 갈등이

내과에 비하여 적게 나타날 수 있음을 시사했다. 업무적 대화에 있어서 의사의 의견 무시, 비하적 말투 등의 관계갈등 유발요소가 의사와 간호사 관계에 상존함을 보여주는 연구결과들이다.

이상의 기존 연구결과들은 Jehn(1997)이 제안한 3가지 유형(과제갈등, 관계갈등, 과정갈등) 모두가 의사와 간호사 관계에서도 발생할 수 있음을 보여주고 있다. 그러나 기존연구들은 주로 두 직종 간의 관계갈등에 초점을 맞추어 수행되어 왔기 때문에 과제갈등과 과정갈등도 존재하는지에 대해 경험적 자료를 수집하여 실증적으로 확인할 필요가 있다. 또한 조남욱 등(2001)의 연구에서는 의사의 입장이 반영되지 않았으며, 김남수 등(2002), 김용순 등(2006)과 이지연(2002)은 의사를 연구대상에 포함시켰으나, 응급실을 대상(김남수 등, 2002)으로 하거나 의사소통에만 중점을 두어 연구(김용순 등, 2006; 이지연, 2002)를 진행하였다. 본 연구에서는 일반병동과 특수병동에 근무하는 의사와 간호사로부터 자료를 수집하여 양자 모두의 입장에서 갈등관계를 살펴보았다.

갈등의 비대칭성과 의사-간호사 관계

의사와 간호사의 협력이 중요함에도 불구하고 협력이 잘 이루어지지 않는 주요 원인으로 두 직종 간의 권한의 차이가 주목을 받아왔다. 의사와 간호사는 환자치료라는 동일한 목표를 가지지만, 진단 및 치료를 결정하는 의사와 처치명령을 수행하며 간호 역할을 담당하는 간호사는 담당역할의 속성에 따른 권한의 차이가 크다. 즉, 갈등의 비대칭성을 유발할 수 있는 요인(Galinsky 등, 2006; Jehn, Rispens 등, 2010)이 의사와 간호사의 관계에 상존한다. 선발기준 및 요구능력, 훈련과정, 자격시험, 법

적 권리 등에서의 차이로 인해 근원적으로 주어지는 의사와 간호사간의 권한의 차이는 여러 측면에서 나타난다. Tellis-Nayak과 Tellis-Nayak(1984)에 의하면 의사와 간호사가 병원 내에서 개인적으로 사용하는 공간의 크기와 개방정도, 연봉, 근무시간의 유연성, 제복에 대한 규제 등에서 상징적 권한의 차이가 나타난다. 의사의 시간은 간호사의 시간보다 더 가치 있는 것으로 여겨져 간호사가 의사를 기다리는 것이 당연시된다. 의사는 부정적 정서를 표현할 수 있지만 간호사는 자신이 느낀 부정정서를 의사들 앞에서 쉽게 표현할 수 없다. 그 결과, 간호사들은 의사들에 비해 더 많은 갈등을 병원조직 생활에서 경험할 수 있다.

Lockhart-Wood(2000)는 간호사를 대상으로 한 연구에서 권한 불균형을 의사와의 협업을 방해하는 주요 요인으로 언급하였다. Hojat 등(2003)은 여러 나라를 대상으로 의사와 간호사의 협력 관계를 살펴보았는데, 의사와 간호사가 환자치료에서 상호보완적인 역할과 책임을 가지며 권한을 공유하는 사회인 미국과 이스라엘은 직종 간 관계가 상호보완적이었고, 의사가 권한을 가지며 간호사는 자율성이 거의 없는 이탈리아와 멕시코는 직종 간 관계가 위계적이었다. 그리고 권한 비대칭이 높은 나라일수록 협력의 필요성을 덜 느낀다는 사실을 검증하였다. Nembhard와 Edmondson(2006)은 의사와 간호사 간에 존재하는 직종 간 위계 때문에 정보가 서로 공유되지 않으며 협조를 통한 학습이 제대로 이루어지지 않는다고 주장했다.

Keenan, Cooke 및 Hillis(1998)는 권한의 크기가 다르다고 해서 항상 갈등이 빚어지는 것은 아니지만, 일단 갈등이 발생하는 경우 권한의 차이로 인하여 해결 과정이 원만하지 않

게 될 가능성이 크다고 보았다. Hendel, Fish 및 Berger(2007) 또한 의사와 간호사가 갈등하는 경우 의사가 자신의 권한을 내세우는 경향성이 두 전문직종 간 협업의 중요한 방해요인이라고 주장했다.

의사들은 그들만의 지식과 전문성을 다른 직종과 공유하기 꺼려하는 경향성을 지닌다(Reeves, Freeth, Glen, Leiba, Berridge, & Herzberg, 2006). 의사와 간호사는 중시하는 측면에서도 차이를 보여 협력에 대해 상이한 시각을 가진다(Copnell 등, 2004). 의사는 의학적 측면을 중시하는 데 비하여 간호사는 환자 개개인의 처지를 중시하며, 의사는 간호사를 자신의 처치명령을 수행하는 직종으로 여기지만 간호사는 자신이 알고 있는 지식을 직접 환자치료에 적용해보고자 한다(Casanova 등, 2007). 또한 의사는 간호사들이 환자의 상태에 대하여 자신에게 알려주는 것이 협력하는 것이라고 생각하나, 간호사는 스스로를 환자 입장을 대변하는 사람으로 여기며 이러한 정보제공은 단순한 사실적 정보의 교환일 뿐이라고 생각한다(Baggs & Schmitt, 1997). 의사는 자신이 환자 치료에 있어서 우월한 권위를 가지고 있으며 간호사와 대등한 협력을 주고받는 것이 자신의 권위를 훼손시키는 행위라고 생각하지만, 간호사는 환자치료에는 여러 분야의 전문가가 필요하며 의사가 그 중의 하나라고 생각한다. 또한 간호사가 처치명령의 의도를 파악하고자 질문하였음에도 불구하고, 의사는 그것을 자신의 권위에 대한 도전이라고 생각하는 경우도 있다(Casanova 등, 2007). 의료사고 방지의 최종책임을 지닌 의사로서의 자격 부족은 스스로에게도 용납될 수 없기 때문에 의사들은 개인적 관심이나 이해를 팀웍이나 맥락 보다 중시하고, 협력적이기보다는 경쟁적인 행동을

강화한다(Garman 등, 2006). 이와 같은 의사와 간호사 간의 다양한 차이는 갈등의 양과 유형에 있어서 차이를 가져올 수 있다.

의사와 간호사의 인식 차이를 살펴본 국내 연구로는 다음과 같은 연구들이 있다. 김남수 등(2002)은 응급실의 의사와 간호사를 대상으로 의사의 주요 탈진요인과 간호사의 탈진요인이 다름을 보였다. 김용순 등(2006)에 의하면 의사(전공의)보다 간호사가 인간관계 갈등을 보다 많이 경험하는 것으로 나타났으며, 의사소통 상에서 간호사들의 불만이 더 컸다. 또한 의사는 타직종 종사자가 자신의 말을 바로 따르기를 바라며 간호사는 자신의 의견을 개진하지 못하고 의사의 처치명령에 따라야만 하는 것이 가장 불만이었다. 이명옥(1997)은 의사의 권력이 상대적으로 간호사보다 크기 때문에 간호사가 의사와의 관계에서 갈등을 많이 겪게 되며 갈등을 해결하는 것도 용이하지 않음을 확인했다.

이상과 같이 기존 연구를 살펴보면 몇 가지 보완점을 발견할 수 있다. 첫째, 연구의 대상 측면에서 관계의 두 당사자인 의사와 간호사의 입장을 모두 알아볼 필요가 있다. 둘째, 의사와 간호사 모두를 대상으로 한 기존 연구는 주로 특수병동 근무자를 대상으로 하였는데, 보다 일반적인 형태의 의사와 간호사 관계에서 발생하는 갈등을 살펴볼 필요가 있다. 셋째, 대부분의 연구는 권한 차이, 인식 차이 등에 의해 나타나는 관계갈등을 주로 다루었으며, 과제갈등이나 과정갈등에 대한 연구는 찾아보기 힘들었다. 의사와 간호사가 관계갈등 이외에 다른 유형의 갈등을 어떤 이유로 얼마나 경험하는지, 또한 경험하는 갈등의 유형이 동일한지를 살펴볼 필요가 있다. 넷째, 국내 연구를 살펴보면, 주로 간호사를 대상으로 한

의사소통에 연구가 집중되어 왔다. 이것은 우리나라 언어에 존칭과 하대가 분명하여 우리나라 간호사들이 의사와의 의사소통에서 비하적 언사에 따른 부적 경험을 빈번히 하기 때문이라고 볼 수 있다. 그러나 이외에 다른 갈등 요인들이 있을 수 있으므로 이에 대한 파악이 필요하다.

이러한 보완점을 바탕으로 본 연구에서는 일반병동과 특수병동을 모두 운영하는 대학병원의 진료과를 선택하여 어떤 유형의 갈등을 경험하는지 살펴보고, 의사와 간호사 간에 발생하는 갈등에 비대칭성이 존재하는지 알아보려고 하였다.

방 법

본 연구를 위하여 국내 A대학병원의 1개 진료과를 선택하여 면접을 실시하였다. 본 연구는 의사와 간호사 관계에서 발생하는 갈등 양상을 살펴보는 기초적인 연구로서, 동일 조직에 근무하는 의사와 간호사를 대상으로 자료를 수집하였다.

연구대상의 특성

연구대상 조직의 의료진은 전임의 11명, 전공의 7명, 간호사 36명으로 구성되어 있었으며, 이 진료과는 특수병동과 일반병동을 모두 운영하고 있었다. 전공의와 전임의는 필요에 따라 일반병동과 특수병동의 환자를 모두 돌보며, 간호사는 자신이 배치된 병동에서만 교대근무를 한다. 병동에 따라 간호사의 근무형태와 자격요건이 다른데, 일반병동 간호사는 3교대 근무를 하며, 특수병동 간호사는 야간근무 없이 2교대 근무를 한다. 특수병동 간호사

는 다년간의 경력이 있어야 배치가 가능하며, 당직 순번을 정하여 야간 대기(on call)를 한다.

본 연구에서는 동일 진료과에 근무하는 의사와 간호사들을 대상으로, 특히 전임의 경우에는 파견근무 중인 일부를 제외한 전원을 면접함으로써 간호사 위주로 이루어진 기존 연구에 비하여 의사의 입장을 보다 다양하고 깊이 있게 파악해볼 수 있었다. 또한 연구대상 조직은 일반병동과 특수병동을 모두 운영하고 있어, 이 두 병동 간호사들의 응답을 비교함으로써 간호사의 전문성 정도에 따라 달라질 수 있는 의사와 간호사 관계도 알아볼 수 있었다.

면접

질문지. Jehn(1997)의 갈등 연구 모형과 일반적인 조직 진단의 기본 설문으로 많이 사용되는 Weisbord(1976)의 ODQ(Organizational Diagnosis Questionnaire)의 항목을 참조하여 질문지를 작성하였다. 기존에 밝혀진 전향적인 갈등들 이외의 다양한 갈등들도 발생할 가능성을 감안해서 근거이론(grounded theory)(Strauss & Corbin, 1998)에서 제시하는 바와 같이 사전 문헌조사를 통해 기본적인 연구모형을 설정한 후 이를 토대로 한 질문을 통해 일차자료를 수집하여 모형을 다듬고 이를 토대로 상세 질문을 작성한 후 보다 구체적이고 체계적인 자료를 수집하는 과정을 통해 두 전문직종 간의 갈등에 대한 탐색적 모형을 모색하였다. 즉, 본 면접 시행 전에 관련문헌을 검토하여 도출한 질문내용들을 가지고 진료과의 내부상황을 잘 아는 간호사 1인과의 면접을 통하여 대상 조직의 구조와 기본적인 업무내용에 대한 자료를 수집하여 보다 구체적인 질문의 틀을 설정하였고, 이를 바탕으로 최종적으로 반구조

화된 질문지를 작성하였다. 질문의 예로는, 피면접자의 경력을 파악하기 위해서 ‘그간 어떤 경력을 거치셨습니까?’라는 질문을 사용하였고, ‘의사(간호사)들과의 관계는 어떠신지요?’라는 중립적인 질문을 통해 갈등 여부를 확인하였다. ‘의사(간호사)들과 갈등을 경험하는 경우는 어떤 상황에서 어떤 행동이나 사건이 발생하였고, 갈등의 주요 요인은 무엇이라고 생각하시나요?’라는 질문을 통해서는 보다 구체적인 갈등의 상황과 생성원인에 대해 자료를 수집하였다. 갈등 이후의 해결 방법을 알아보기 위해서는 ‘갈등이 생기면 어떤 방식으로 해결을 하나요?’라는 질문을 사용하였다. 반구조화된 방식을 사용하였기 때문에 피면접자가 다양한 방향으로 응답할 수 있었고, 응답이 불충분하다고 생각되는 경우 추가로 질문하였다.

면접 방법. 면접에는 의사 12명, 간호사 7명이 참여하였다(표 1). 전체 전임의 11명 중 9명이 면접에 참여하였고, 전공의는 전체 7명 중 2, 3, 4 년차 각 1명씩 총 3명이 면접에 참여하였다. 이들 중 남성은 7명, 여성은 5명이었고, 연구대상 조직의 경우 이미 여의사들이 적지 않게 근무해왔기 때문에 의사업무를 수행함에 있어서 남성과 여성의 차이를 느끼지 못한다고 응답하였다. 간호사는 모두 여성이었고 두 개 병동의 전체 36명 중 7명이 면접에 참여하였는데, 직급과 병동을 고려하여 면접을 실시하였다. 면접은 근무시간 중에 병원 내에 별도로 마련된 장소에서 진행되었으며, 면접에 소요된 시간은 약 1시간 정도였다. 면접을 시작하면서 우선 면접 취지와 익명성 보장에 대해 설명하였고, 면접내용 녹음에 대한 동의를 구하였다. 또한 대학 졸업 이후 현재

까지의 경력, 해당 진료과를 선택한 이유 등에 대한 질문을 통하여 면접 분위기를 부드럽게 조성함과 동시에 피면접자에 대한 개략적인 이해를 한 후, 의사와 간호사 관계에 대한 질문을 본격적으로 실시하였다.

표 1. 면접대상

직종	직급 ¹⁾	면접인원수
의사	전임의	9명
	전공의	3명
간호사	수간호사	3명 ²⁾
	책임간호사	2명
	일반간호사	2명

분석 방법. 우선 녹음된 자료를 스크립트로 만들었다. 면접의 스크립트 중 갈등을 일으키는 상황에 대한 언급, 갈등의 원인으로 직접 지목한 부분, 협조를 증진시키는 요인에 대한 언급을 발췌하고, 의사의 응답과 간호사의 응답을 나누었다. 한 사람이 말한 것이라 하더라도 내용이 다르다면 별도로 분리하여 분석했다³⁾. 그 다음으로는 Jehn(1997)이 제시하는 과제갈등, 관계갈등, 과정갈등에 대한 정의에

- 1) 조직특성상 직급과 조직재직연수가 거의 일치하기 때문에 직급만을 제시하였다.
- 2) 연구대상 조직의 두 병동 중 한 병동의 수간호사가 면접 약 3개월 후에 바뀌었는데, 새로 온 수간호사를 대상으로 발령 약 한 달 후에 추가 면접을 실시하였고, 이를 본 연구의 분석에 포함시켰다. 따라서 본 연구대상인 진료과의 병동은 2개이나, 본 연구에서 면접한 수간호사는 3명이다.
- 3) 하나의 문장에도 여러 개의 내용이 있을 수 있고, 여러 개의 문장이 하나의 내용으로 취급될 수도 있다.

표 2. 의사-간호사 관계에서 발생하는 갈등 유형 분류 기준

갈등 유형	Jehn(1997)의 정의	분류 기준
과제갈등	집단 구성원 간에 집단이 수행해야 하는 과제의 내용이나 목표에 대한 불일치	1. 처치명령 내용에 대한 불일치 ⁴⁾
관계갈등	성격 차이, 업무 외적인 사안(예를 들면, 종교, 패션, 정치)에 대한 의견이나 선호의 차이로 말미암아 집단 구성원들 사이에 대인관계상 원만하지 않을 때	2. 과제와 상관없이 개인의 성격, 성향, 선호에 의해 생기는 불일치 3. 어투로 인하여 발생하는 문제
과정갈등	과제를 수행하는 과정에서 발생하는 갈등, 즉 과제를 어떻게 진행할 것인가, 누가 무엇을 책임질 것인가, 자원을 어떻게 나눌 것인가, 어떻게 위임할 것인가 등에 대한 구성원 간의 불일치	4. 의사소통이 안 되어 발생하는 업무상 문제 5. 환자 처치를 누가 하느냐에 대한 의견 불일치 6. 환자에 대한 책임을 누가 지는가에 대한 의견 불일치 7. 처치 순서에 대한 의견 불일치 8. 처치 과정에 대한 의견 불일치

의거하여 연구자와 조직심리를 전공하는 석사 과정생 한명이 독립적으로 각 응답을 분류했다. 그 결과 54%의 일치도를 보였는데, 이 결과는 Jehn(1997)이 제시하는 정의 기준이나 내용만으로는 두 전문직종간 갈등의 유형을 명확히 분류하기 어려운 부분이 있음을 의미한다. 특히 처치에 대한 논의는, 내용상의 의견 불일치로 본다면 과제갈등이 되는 반면, 누가 어떤 순서로 처치할 것인가에 대한 의견불일치로 본다면 과정갈등으로도 분류될 수 있어 갈등 유형 분류를 위한 기준을 세울 필요가 있었다. 이에 따라 연구자 2인이 인터뷰 내용, 병원장면과 관련된 경험, 기존 연구결과를 바탕으로 병원장면에 적용될 수 있는 의사와 간호사 간의 갈등 유형의 분류기준을 작성하였다. 구체적인 분류기준은 표 2에 제시하였다.

4) 환자에 대한 처치명령은 의사의 고유권한이나,

다음으로는 Jehn(1997)의 세 가지 갈등 유형에 대한 정의와 표 2의 분류기준을 제시하고, 1차 분류에 참여하지 않은 조직심리 전공 석사과정생 2인으로 하여금 각 응답을 세 가지 갈등 유형으로 분류하도록 했고, 분류기준에 해당하지 않는 응답은 기타로 분류하도록 했다. 그 결과 80%의 일치도를 보여 분류기준을 제시하기 이전보다 평정자간 일치도가 상승했다. 평정자간의 분류가 일치하지 않은 응답은, 응답에 대한 배경설명 없이 단순 문장만으로는 판단하기 어렵거나, 과정갈등인지 과제갈등인지의 구분이 불분명한 것으로 드러났다. 따라서 보다 상세한 기준을 마련할 필요성을

간호사가 본인의 경험이나 지식을 바탕으로 처치명령에 대하여 이견을 제시하는 경우 처치명령의 내용에 대한 의견 불일치이므로 이를 과제갈등으로 분류하였다.

인식하며 연구자 2인은 면접응답의 내용을 재 검토하고 기준을 보다 구체화하여 최종 세부 분류 작업을 수행했다.

결 과

면접내용에 대한 세밀한 검토결과, 갈등의 유발요인을 바탕으로 한 세부분류 기준을 선정하는 것이 명확한 유형분류는 물론 두 직종 간의 비대칭성을 파악함에 유용함을 발견하였다.⁵⁾

표 3에 제시되었듯이, 갈등유발 요인을 기준으로 분류한 결과 Jehn(1997)의 갈등모형에서 제시하는 과제갈등, 관계갈등, 과정갈등이 의사와 간호사 관계에서 모두 존재하는 것으로 나타났다. 각 유형별로는 관계갈등이 8개, 과정갈등이 7개, 과제갈등이 1개의 유발요인이 규명되었다. 그리고 이 세 가지 유형에 속하지 않는 6개의 갈등요인도 발견되었는데 이들 요인들은 역할 행동(in-role behavior)이 원활히 수행되지 않아 발생하는 갈등이었다. 의학적 지식·기술이나 경험 부족으로 제대로 역할을 해내지 못하거나 처치명령을 원활히 수행하지 못하는 것이 여기에 해당되는데, 이것은 업무의 상호의존성이 높은 상황에서 두 전문직종(의사, 간호사) 중 어느 한 쪽이 제 기능을 다하지 못하는 경우 갈등이 경험됨을 의미한다. 상호의존성이 높은 병원조직은 업무 특성상 어느 한 쪽이 맡은 바 역할을 제대로 수행하지 않으면 환자에게 좋지 않은 영향을

미칠 수 있기 때문에 갈등이 유발될 수 있다.

의사와 간호사의 응답을 비교하여 살펴보면, 갈등 수준면에서 의사와 간호사 간에 인식 차이가 있음을 알 수 있다. 각 직종별 응답 수를 산출해보면, 인터뷰에 참여한 의사는 12명으로 총 31개의 내용을 언급하여 1인당 평균 약 2.5개 정도를 언급하였으며, 간호사는 7명이 총 29개의 내용을 언급하여 1인당 평균 약 4개 정도를 언급하였다. 적은 사례수로 인한 한계점은 있지만, 이 결과는 의사와 간호사 간의 갈등 수준의 비대칭성이 존재할 가능성이 높음을 시사해준다고 볼 수 있다. 그리고 이 비대칭성은 동일 집단 내의 구성원들이 개인적으로 상이한 갈등을 경험하는 것이기에 Jehn, Rispens 등(2010)이 제안한 두 비대칭성 중 '개인 갈등 비대칭성'에 해당한다. 표 4에는 본 연구에서 분석한 소분류 항목(즉, 갈등유발 요인)별 면접 사례들을 제시했다.

의사와 간호사 간에는 갈등 수준에 더해 갈등 유형의 비대칭성도 존재했다. 가장 빈번한 예로, 의사의 처치명령에 간호사가 이견을 제시하는 상황에서 발생하는 갈등을 들 수 있다. 이 경우에 의사는 처치명령의 옳고 그름에 대한 논의에 초점을 두어 과제갈등으로 보거나 간호사가 권한 밖의 일을 하려하는 것으로 여겨 과정갈등으로 보는 반면, 간호사는 의사가 자신의 의견을 수용하지 않는다는 점에 초점을 두어 이를 관계갈등으로 보았다. 의사의 입장을 들여다보면, 간호사가 질환과 관련된 경험은 있을지 모르나 의학적 지식이 부족할 수 있으므로 환자의 특수한 상황을 고려해야 할 때 간호사의 의견에 문제가 있을 수 있다고 본다. 이에 더해 정기적으로 여러 진료과로 순환배치 되기 때문에 간호사로서의 경험이 많다는 것이 해당 진료과의 질환에 대한

5) 본 연구는 탐색적 연구로서 갈등유발 요인의 추출을 주목적으로 수행하였다. 따라서 갈등유발 요인의 중요도나 타당성을 검증하는 것은 본 연구에서는 시도하지 않았다(Suddaby, 2006 참조).

표 3. 의사-간호사 관계에서 발생하는 갈등 원인 분류표

유형	소분류	분류기준 (표 2 번호)	언급된 수	
			의사	간호사
과제갈등	처치명령 내용에 대한 이견	1	2	-
	의사의 무시하는 태도	2	2	10
관계갈등	간호사의 부정적 태도	2	5	-
	상호존중 부족	2	-	2
	상대방의 필요성 인정 부족	2	1	-
	의사의 어투	3	2	1
	간호사의 어투	3	1	-
	의사의 사회생활 경험 부족	2	-	1
	시간 부족	2	-	3
	상대방의 업무흐름 파악 부족	7	3	-
과정갈등	간호사의 책임의식 부족	6	2	-
	간호사의 처치명령 체계 미준수	8	2	-
	간호사의 처치명령 불이행	5	2	-
	의사의 책임 전가	6	-	1
	의사소통 미흡	4	-	3
	업무영역 중복	5	1	2
	간호사의 의학적 지식·정보 부족	-	4	2
기타	의사의 의학적 지식·정보 부족	-	2	2
	간호사의 처치명령 시행 미비 ⁶⁾	-	1	-
	간호사의 방식 개선 미비	-	1	-
	빈번한 주치의 교대	-	-	1
	시스템에 대한 사전 지식 부족	-	-	1
	응답 수		31	29

지식이나 기술이 많다는 것을 의미하지는 않는다고 생각한다. 이에 반해 간호사들은 일정

기간 해당 진료과에 근무한 경력을 통해 주치의보다 경험이나 지식이 풍부할 수 있음에도 불구하고 의사들이 의견을 받아들이지 않는

6) 과정갈등의 '간호사의 처치명령 불이행'은 처치명령을 내리는 과정에서 이견을 제시하고 처치명령을 따르지 않는 것을 말하며, 기타의 '간호

사의 처치명령 시행 미비'는 이미 내려진 처치명령을 제대로 시행하지 않는 경우를 말한다.

표 4. 갈등 원인 사례

유형	소분류	사례
과제 갈등	처치명령 내용에 대한 이견	간호사들 입장에서는 본인이 더 잘 아니까 주장하는 분들도 있는데, 그들은 경험에 의존하고 환자 특수 상황 고려하지 못하죠. (의사 E)
	의사의 무시하는 태도	경험이 많은 간호사가 그렇게 하는 경우가 있는데, 그런 경우에 간호사의 말을 수용하는 것은 화낼 것도 아니거든요? 트러블이 좀 생기는 의사는 처음부터 그런 것을 잘 수용하지 않는 것 같아요. (의사 C) 의사들이 신규라는 것을 알고 부당하게 몰아붙이는 경우에는 ... (간호사 A)
관계 갈등	간호사의 부정적 태도	대부분의 간호사들은 관계 유지를 위해서 “~이렇게 해보는 것은 어떨까요?”라고 제안을 하는데, 그 분은 “이렇게 하는 것 맞아요? 이것이 맞지 않나요?”하고 도전적으로 나오세요. (의사 D)
	상호존중 부족	서로 간에 존중이라는 것이 전혀 없어요. 스스로 부족하고 도움을 받을 수 있는 것은 받고 상호 협력하면 좋은데, 그거를 서로 안하니까. (간호사 D)
	상대방의 필요성 인정 부족	사실은 자신을 도와주는 사람이고, 환자에게 꼭 필요한 존재인데 그것을 인정을 안 하려는 것 같습니다. (의사 K)
과정 갈등	의사의 어투	존댓말 쓰는 문제라든지 반말을 섞어서 쓴다든지 이런 것도 갈등의 요지가 됐다고 옆에서 본 것도 그렇고 들은 적도 있고 (의사 F) 의사는 와서 완벽하게 쓰면 되잖아요. 근데 자기가 완벽하지 않아서 그런 건지 뻑뻑 소리를 질러요. (간호사 D)
	간호사의 어투	의사도 바쁜데도 힘들게 왔는데 싫은 소리 들어야 하니까 감정적으로 갈등이 생기는 ... (의사 G)
	의사의 사회생활 경험 부족	전임의 정도 되면 간호사에게 마음이 넓어지고 그래요. (간호사 F)
	시간 부족	레지던트와 부딪쳐요. 인간적인 삶이 불가능하고 가장 힘든 시기예요. 집에도 못 가고 ... 얼마나 짜증이 나겠어요? 그래서 간호사들이랑 많이 싸우기도 해요. (간호사 B)
과정 갈등	상대방의 업무흐름 파악 부족	실제로 그 오더가 실행될 때까지 어떤 과정을 거치는지를 확인하면, 그 다음에 오더를 내릴 때에도 원활히 될 수 있도록 하면 오더 받는 사람의 입장에서도 자신의 일을 알고 지시를 자세하게 내려주니까 좋고 일 처리도 빨리 됩니다. (의사 K)
	간호사의 책임의식 부족	환자는 가만히 있고 담당 간호사는 바뀌잖아요. 담당한 자기 담당 시간만 책임지려고 그래서 ... (의사 L)
	간호사의 처치명령 체계 미준수	수간호사가 가장 실수를 할 때는 ... 간호사로서의 권한 밖의 일을 하려고 하는 거 (의사 H)

	간호사의 처치명령 불이행	아주 중요한 때 요구를 하는데 잘 따라오지 않거나 불만을 얘기하면, 의사 입장에서는 자기들이 책임질 것도 아닌데 저런 식으로 오더 안 따르니까 (의사 G)
	의사의 책임 전가	의사 잘못도 간호사한테 연결하고 ... (간호사 D)
	의사소통 미흡	바늘 다 꽂아가지고 했는데, 이제 수술을 할 거여서 했는데 간호사는 수술 전에 하는 걸로, 의사는 수술 후에 하는 걸로 알았는데 커뮤니케이션이 안 되가지고 환자가 오르락내리락 하는 경우도 있고. (간호사 G)
	업무영역 중복	업무 영역과 관련이 되죠. 이 일은 내가 해라, 내가 해라, 그런 식의 다툼이죠. (의사 M) 전공의 너네가 (이 일을) 해야 되는데 왜 내가 대신 해줘야하나 하기도 하고 ... 일이 바쁘니까 핑크가 나면 하나가 잘못을 했다는 것이기 때문에 ... (간호사 F)
	간호사의 의학적 지식·정보 부족	트레이닝이 조금 부족한 점이 있는 것 같아요. 루틴으로 어떨어떠한 것을 해야 하는데 자꾸 빠뜨려서 못한다든가, 환자가 어떤 프로시저가 바뀌면 어떤 일을 해야 하는지 잘 모르는 경우 ... (의사 L) 간호사들이 ... 잘 못 해요. 왜 당신이 그러냐고 의사한테 뭐라고 못 하는 것이, 우리 간호사들도 잘 못하고, 도와줘야 하는 부분이 있으니까. (간호사 D)
	의사의 의학적 지식·정보 부족	처음에 1년차 때는 지식적으로 좀 밀리고 스트레스도 받고 그러니까 싸우지만 ... (의사 D) 주치의는 미숙하잖아요. 펠로우나 교수님들은 코워커로 일을 하는 게 편하죠. 옆 사람이 일을 잘해야지 자기가 더 편하니까요. (간호사 A)
기타	간호사의 처치명령 시행 미비	간호사가 오더대로 철저히 시행하지 않으면 의사는 어떤 이유가 됐던 화가 나거든요. 뭐라고 말을 하겠지만, 그냥 화가 나거든요. (의사 C)
	간호사의 방식 개선 미비	간호사들 입장에서는, 발전을 위해선 문제가 생기면 이제 시행착오를 거쳐 바꿔야하는데, 바꾸려는 시도를 안 하는 것 같습니다. 새로운 방식을 제안하면 변화에 대한 불안감이 있어서 잘 바꾸려고 하지 않는 것 같습니다. (의사 K)
	빈번한 주치의 교대	매일어요. 매일 부딪혀요. 한 달마다 바뀌는 주치의(인턴, 일년 차 두 명)한테 적응하느라고 죽어나요. (간호사 D)
	시스템에 대한 사전 지식 부족	업무 플로우 오리엔테이션을 받고 왔으면 좋겠어요. 저희도 바쁜데 자꾸 이거 뭐예요 이런 거 물어보고, 환자들 컴플레인 들어오고 그런 점이 어렵죠. (간호사 E)

경우 자신을 존중해주지 않는다고 느끼는 것이다. 요약하면, 동일 상황에 대해 두 전문직 종은 서로 상이한 관점을 가지는 경향이 있음을 의미한다. 이 같은 관점의 차이로 인해, 세 유형의 갈등 중 관계갈등에 대한 언급은 의사의 경우 전체의 약 1/3이었고 간호사는 전체의 1/2을 상회하여 간호사들이 자신들이 경험하는 갈등을 관계갈등으로 인식하는 경향이 큼을 보여주고 있다.

표 3에서 알 수 있듯이, 대체로 갈등의 발생 원인에 대해서도 상이한 인식을 하고 있다. 이 결과는 갈등 원인에 있어서 비대칭성이 존재함을 의미한다. 우선 관계갈등을 살펴보면, 간호사는 자신의 부정적인 태도나 어투로 인하여 갈등이 발생한다고 보는 응답이 없다. 간호사의 입장을 구체적으로 살펴보면, 의사들이 간호사를 처치명령을 받는 상하관계로만 인식하고 배려 및 존중하지 않거나 간호사가 신규라는 사실 때문에 부당하게 대하는 등 의사가 간호사를 무시하는 태도를 보일 때 관계갈등이 발생한다고 본다.

이런 현상은 특수병동에 비해 전출입이 단기적으로 이루어지는 일반병동에서 특히 많이 발생하는 것으로 나타났으며, 일반간호사뿐 아니라 책임간호사와 수간호사도 주치의의 무시하는 듯한 어투나 태도의 개선을 바라는 것으로 나타났다.⁷⁾ 이것은 이들도 평간호사 시절에 동일한 경험을 하였고, 팀장 역할을 하는 현재에는 팀원(간호사)들의 문제를 해결하

는 위치에 있기 때문에 얻어진 결과로 볼 수 있다. 특수병동의 경우는 의사와 간호사의 관계가 일반병동에 비하여 원만한 편이었는데, 대부분의 소속의사들이 연차가 높은 전공의나 전임의이며, 간호사 또한 장기근속으로 구비한 전문성을 인정받으며 자신의 의견이 상당히 존중받는다고 느꼈기 때문이라 볼 수 있다.

과정갈등의 이유에 대한 언급을 살펴보면 책임 회피나 전가와 관련되어 있다. 의사는 간호사가 인턴에게 명령을 내려 처치명령 체계를 준수하지 않거나, 처치명령을 이행하지 않으려 하고, 책임의식이 부족한 경우가 있다고 인식한다. 반면에 간호사는 의사가 책임을 자신들에게 전가하거나 의사소통이 미흡하여 갈등이 발생한다고 보았다. 의사의 입장에서 볼 때, 주치의는 당직이 아니더라도 환자에 대하여 책임을 지는데 비하여 간호사는 자신의 담당 시간만 책임지려 하며 1차적인 책임을 지려하지 않는 경향이 있다는 것이다. 간호사는 의사소통을 구두로 하는 경우에 발생하는 책임소재로 인한 갈등 문제를 언급하였다. 연구대상 조직의 경우 간호사가 의사에게 문자를 보낼 수 있는 전화를 도입함으로써 이 문제를 상당부분 해결한 바 있는데, 의사의 처치명령에 대해서는 의사가 문서화할 것을 요구하였으며 구두로 전달하는 상황에서는 이를 기록해둠으로써 문제발생을 감소시키고자 하였다. 간호사 교대 시에 문서화되지 않은 사항이 다음 근무자에게 전달되지 않아 문제가 생길 수 있기 때문이다.

의사와 간호사가 모두 할 수 있는 업무의 경우에도 상대방에게 업무를 미룰 때 일종의 과정갈등이 유발한다고 보고 있다. 그리고 서로 상대방에게 잘못이 있는 것으로 생각하는 경향을 보였다. 흥미로운 것은, 의사의 업무를

7) 소수이긴 하나 간호사의 응답 중 의사의 입장을 이해하는 응답도 있었다. 이들 관용적인 간호사들은 의사들이 연차가 올라가면 경험이 많아지고 시간적으로 여유가 좀 생기면서 간호사를 대하는 태도가 긍정적으로 향상되는 경향을 보일 것으로 예상하였다.

간호사가 하는 것에 대해 특수병동 간호사들은 만족감을 보였으나, 일반병동에서는 바쁜 와중에 왜 의사의 일까지 대신하느냐는 불만을 보였다. 이 결과는 업무와 관련된 전문성 구비수준에 따라 간호사의 반응이 다르게 나타날 수 있음을 보여준다.

기타 원인을 살펴보면, 표 3에서 알 수 있듯이 의사와 간호사 모두 상대방뿐만 아니라 자기 직종사람들도 환자 치료에 필요한 지식이 부족하여 갈등이 생긴다는 것을 인정하고 있었다. 이 같은 사례는 일반적 예상을 벗어난 흥미로운 결과이다. 반면에 사례가 하나씩 이긴 하지만 상대방 직종에게만 갈등의 원인을 부여하기도 했다. 의사는 간호사가 처치명령을 제대로 시행하지 못하고 개선하려는 노력이 부족한 것에 대하여 문제시하였고, 간호사는 주치의가 자주 바뀌어 적응할 시간이 없는 것, (다른 병원 출신의) 의사가 시스템에 대한 지식이 부족한 점이 갈등의 원인이 된다고 보았다.

논 의

본 연구는 의사와 간호사 관계에서 나타나는 갈등에 대한 탐색적 연구로, 간호사뿐 아니라 의사를 대상으로 자료를 수집함으로써 기존의 간호사 중심 연구가 가지는 한계를 줄이고자 했다. 동일 진료과에 소속된 전공의와 전임의를 연구대상으로 함으로써 연차에 따른 간호사와의 관계 변화에 대하여 알 수 있었고, 일반병동과 특수병동 간호사들 간의 응답을 비교하여 간호사들의 전문성에 따른 의사와의 관계 양상도 살펴볼 수 있었다. 또한 의사와 간호사 관계에 대한 기존연구에서는 주로 의

사소통에 기인한 관계갈등만을 다루었으나, 반구조화된 면접을 통해 다른 유형의 갈등이 병원조직에서도 나타나는지를 살펴보았다.

연구의 시사점

주요 연구결과 및 시사점

본 연구의 주요결과 및 시사점은 다음과 같다. 첫째, Jehn(1997)이 제안한 세 가지 유형의 갈등이 병원조직에도 나타남을 확인했다. 목표나 과제내용에 대한 차이에서 생기는 과제갈등은 주로 의사가 내린 처치명령에 대한 간호사의 이견제시에 의해서 나타났다. 기존연구에서 주로 다루어졌던 관계갈등도 다수 확인되었다. 책임소재, 권한소유 그리고 업무수행방식에 대한 차이로 인한 과정갈등도 존재함을 확인하였다. 이들 세 유형으로 분류되지 않는 갈등들도 파악되었는데 이들 갈등은 주로 상대직종의 역할행동의 미흡이나 역량부족에 기인했다. 이는 직종들 간의 업무적 상호 의존성이 높은 경우에는 역할 및 역량 미흡으로 인한 갈등이 적지 않게 일어날 수 있음을 시사해 준다. 따라서 앞으로의 갈등연구에서는 이 같은 역할 및 역량 미흡으로 인한 갈등이 병원조직의 의사-간호사 간에 일반적으로 나타나는지, 그리고 보건기술직이나 원무직을 포함한 다른 직종들 간에서도 나타나는지에 대해 검증해볼 필요가 있다.

둘째, 간호사가 의사보다 더 많은 갈등을 경험하는 것으로 나타나 갈등 수준에서의 비대칭성이 존재하는 것으로 파악됐다. 이 비대칭성은 동일 진료과 소속의 구성원들이 지각한 갈등 정도에서의 차이라는 점에서 Jehn, Rispens 등(2010)이 제안한 두 종류의 비대칭성 중 '개인 갈등 비대칭성'에 해당한다고 볼 수

있다. 하지만 이 진료과가 두 직종으로 구성되어 있고 이들 두 직종이 지각하는 갈등의 정도에서 차이를 보인다는 점에서는 '직종 갈등 비대칭성'이라 하는 것이 보다 정확할 수 있다.

셋째, 각 유형별로도 의사와 간호사는 상이한 수준의 경험을 하는 것으로 나타나 갈등 유형의 비대칭성도 엿볼 수 있었다. 특히 간호사들은 의사들에 비해 관계갈등을 훨씬 더 많이 경험하는 것으로 드러났다. 이들 두 직종 간에 권한의 비대칭성이 크다는 점을 감안하면, 권한 비대칭성은 여러 유형의 갈등 중에서 특히 관계갈등의 비대칭성을 가장 많이 야기함을 시사해주는 결과로 볼 수 있다.

넷째, 대체적으로 의사와 간호사는 갈등이 발생하는 원인에 대해서도 다르게 인식하였다. 관계갈등의 원인에 대해선 의사는 간호사의 권위에 대한 도전, 간호사는 의사의 무시하는 태도를 가장 많이 언급한다는 점에서, 두 직종간의 권한 비대칭성이 관계갈등의 주요 근간을 이루고 있음을 시사해주고 있다. 과정갈등의 원인에 있어서도 간호사는 의사소통의 미흡을 가장 많이 언급하고 있는데 반해 의사는 하나도 언급하지 않았다는 사실 또한 권한의 비대칭성이 과정갈등을 유발하는 근원이 됨을 시사해준다.

아울러 앞의 두 연구결과는 Jehn, Rispens 등 (2010)이 제안한 갈등의 비대칭성 개념의 확장이 필요함을 시사해주고 있다. 이들이 제안한 비대칭성은 갈등의 정도에 있어서의 비대칭성으로 정의되고 있다. 본 연구에서는 이외에도 갈등의 유형과 이유에 있어서의 비대칭성이 확인되었다. 추후 연구에서는 이들 새로운 비대칭성이 어떠한 효과를 초래하는지에 대해 살펴볼 필요가 있다.

다섯째, 적은 사례 수이기는 하나, 몇몇 경우에는 예상 밖의 대칭적 결과도 있었다. 전임의나 선임 전공의(chief resident) 등의 숙련된 의사들은 의사들의 어투, 의학적 지식이나 정보, 간호사를 무시하는 태도가 간호사와의 갈등을 야기할 수 있음을 인정하고 있었다. 수간호사나 고참 간호사 또한 간호사들의 의학적 지식이나 정보 부족을 인정하고 있었다. 이들 두 연구결과는 두 전문직종 모두 경험이 많은 계층의 사람들이 자기 직종의 전문 지식 구비의 미비를 자인하고 있다는 점에서 갈등 해결의 실마리가 존재함을 시사해준다.

여섯째, 일반병동에 비해 특수병동에서는 상대적으로 적은 갈등이 나타나는 것으로 확인되었다. 특수병동에는 연차가 높은 전공의나 전문의와 장기근속 간호사들이 주로 근무한다는 점을 감안하면 두 전문직종의 전문성과 근속 높낮이가 상호존중에 영향을 줄 수 있음을 시사해준다.

의사와 간호사 간 갈등의 기저요인

심층면접을 통해 수집된 이들 두 전문직종간의 갈등을 유발하는 원인들의 기저요인을 몇 가지 추론해보면, 첫째, 권한과 경험의 차이가 근저에 자리 잡고 있음을 알 수 있다. 두 전문분야를 양성하는 학과의 진입기준 및 능력, 수련과정의 난이도 및 기간, 전문가 자격시험의 난이도, 환자 치료에 있어서의 상대적 중요도, 법적으로 주어지는 권한과 책임 등에 의해 병원조직 내 의사 직종은 간호사 직종에 비해 상대적으로 절대적 우위를 점하게 된다. 반면에 간호사들은 전공의나 전임의에 비해 일반적 병동생활과 소속 진료과의 기초적 의료지식은 대등하거나 우월할 수 있다. 특히 수간호사나 고참 간호사들의 경우에는

이들 계층의 의사들에 비해 경험적 지식에서는 앞설 가능성이 높다. 요약하면, 법적 지위와 권한에서는 의사 직종이 우월한 반면, 경험적 지식에서는 간호사들이 대등하거나 우월하기에 잠재적 갈등이 상존하게 된다고 볼 수 있다.

둘째로, 고과평가 및 승진 등의 인사권의 소재 차이를 기저요인으로 볼 수 있다. 의사는 전공의 4년 과정이라는 일정 시간을 거치면 전문의 시험을 볼 수 있는 자격을 갖게 된다. 반면에 간호사는 자신이 속한 부서의 수간호사로부터 추천을 받아야 수간호사 진급 시험에 응시할 수 있으며, 추천대상 선발기준이 명확하지 않았다. 아울러 대부분의 대학병원에서와 마찬가지로 본 연구대상이 속해있는 A대학병원의 경우에도 간호사는 간호부에 소속되어 있으며 인사과과도 진료과장이 아닌 수간호사와 간호부장 소관이다. 따라서 두 직종은 통합적 조직통계의 도구인 인사권에 있어서는 독립적이기에 상호 인식의 차이가 쉽게 표출될 수가 있다.

셋째로, 조직이동의 어려움에 따른 무의식적 좌절감으로 인해 가지게 되는 인간관계에 대한 민감성과 피해의식이 갈등의 기저요인으로 작동할 수 있다. 대부분의 의사들은 일정 수련기간 후에는 소속 진료과를 떠나 타 병원 조직으로 가거나 개업을 하게 되는 반면, 간호사들은 대부분의 경우 동일병원조직의 타 진료과로의 이동만이 가능하다. 따라서 간호사들은 조직생활에 불만을 가지게 되어도 다른 조직으로의 이동이 어렵다는 일종의 조직 족쇄(lock-in the organization)현상을 경험하고 있다고 볼 수 있다. 권한에서의 열세에 더해 조직이동의 부자유로 인해 힘없는 직종(간호사)이 가지는 힘 있는 직종(의사)과의 인간관계에

대한 민감성과 피해의식이 상대적으로 클 가능성이 높다.

갈등 완화 방안 제안

면접에서 극히 적은 수였지만 과정갈등과 관련한 개선안이 언급되었다. 한 예로, 의사는 환자에게 문제가 발생할 때마다 의사를 호출하기보다는 응급상황인 경우를 제외하곤 모아서 호출을 하는 방식을 취한다면 문제가 덜 생길 것이라고 보았다. 의사의 입장에서는 같은 병동에 있지 않거나 보다 시급한 일을 하고 있는 경우에 간호사가 원하는 시간에 병동에 오지 못할 수 있기 때문에 내놓은 개선안이다. 하지만 간호사의 입장에서는 의사가 호출에 즉각 응하지 않는 경우 불만을 가진 환자를 응대해야 하므로 이 같은 개선안이 유용하다고 보지 않을 수 있다. 다른 예로, 의사가 간호사의 업무를 파악하여 효율적이면서 불필요한 간호업무가 발생하지 않는 방향으로 처치명령을 내리면 갈등이 감소할 수 있다고 보았다. 하지만 업무과중으로 수련시간의 압박을 느끼는 의사들에겐 지나친 요구사항이라고 느껴질 수 있다. 이상 면접에서 제안된 갈등 완화방안들은 한쪽의 입장은 반영되나 다른 한쪽의 입장은 덜 고려되어 합의나 수용이 이루어지기 어려운 제안이었다.

본 연구결과의 시사점을 바탕으로 양자가 수용할 수 있는 갈등 완화 방안을 다음과 같이 생각해볼 수 있다. 첫째, 두 집단 간의 업무적 상호의존성이 높음에도 불구하고 서로 비협조적이며 적대적인 관계를 가지고 있을 때 효과적으로 적용할 수 있는 팀간 협력증진 프로그램(ITC, 김명언, 1995)을 실시할 수 있다. 이 프로그램의 핵심활동은 네 마당으로 구성되어 있다. 첫째 마당인 알아주는 마당에

서는 상대직종에 대해 평소 경험한 감사한 협조에 대해 얘기를 교환하는 활동을 한다. 의사들과 간호사들은 상대직종에 대해 평소 느낀 감사한 일들을 언제, 어떠한 행동을 해주어, 어떤 고마운 경험을 체험했다는 식으로 발표한다. 이 마당이 진솔하게 진행된다면 그간의 상대직종에 대한 부정적 편견이 붕괴되는 결과를 가져온다. 두 번째 마당은 알려주는 마당으로, 자신들의 애로사항을 얘기한다. 첫째 마당에서 애로사항을 말할 자격증을 구비하였기에 상대방의 애로사항에 대해 경청하는 모습을 보인다. 셋째 마당에선 이전 마당의 애로사항을 듣고 이를 해결해줄 수 있는 방안을 모색해, 언제 누가 어떻게 해주겠다는 해결방안을 발표한다. 마지막 마당에선 앞의 세 마당을 통해 구축된 상호 신뢰와 개방성을 바탕으로 둘째 마당에서 애로사항으로 전달했으나 셋째 마당에 고려되지 않은 사항들 중 긴급을 요하는 사항들을 선정하여 어떻게 해주었으면 하는 해결방안을 제시한다. 앞서 제시된 해결방안이 가져오는 자신과 상대방의 이득에 대해 언급을 했기에 대부분의 경우 상대방이 수용을 한다. 실제 본 연구에 참가한 진료과를 대상으로 이 프로그램을 실시하여 긍정적인 성과를 얻을 수 있었다. 추가적으로 수집한 자료에 의하면, 의사와 간호사 간의 오해가 줄어들고 긍정적 태도를 형성하여 업무협조가 증진되는 성과를 얻었다.

둘째, 권한의 비대칭성으로 인한 원초적인 갈등이 상존할 가능성이 높다는 점을 감안하면, 조직변화의 새로운 패러다임으로 주목받아오고 있는 긍정중심의 조직변화(appreciative inquiry: AI)를 실시할 수 있다(Cooperrider & Whitney, 2005). 전통적으로 취해온 문제중심적인 접근이 아닌 긍정성 중심의 조직변화를 전

제로 전개되는 이 변화 프로그램은 공식적 권한의 비대칭성에 근원을 두는 두 직종간의 갈등을 극복할 수 있는 근간을 마련해줄 수 있다. 이 프로그램은 4단계로 진행할 수 있다. 첫 단계로, 두 직종이 함께 상대직종의 사람들에 의해 직장생활에서 활력을 갖게 된 최상의 경험을 찾아보고 공유한다. 이를 통해 두 직종간의 긍정적 관계를 촉진시켜주는 조직내 긍정적 요인(positive core) 또는 긍정에너지원을 규명해본다. 두 번째 단계로, 이 같은 긍정요소들이 소속 진료과에 존재해왔음을 인식하며 두 직종 모두가 함께 최상의 소속 진료과의 모습을 그려본다. 그려진 최상의 진료과를 이루어 내기 위해 필요한 조직의 제반 영역들에 대한 설계를 해보는 단계가 세 번째로 이루어진다. 마지막 단계로, 설계된 최상의 진료과를 이루어 내기 위한 실천 계획을 수립하고 추진한다. 이러한 프로그램은 문제에 초점을 두지 않고, 양 직종이 경험한 최상의 상태에 대한 반추와 가장 원하는 모습을 그리고 실현해나가는 변화활동이기에, 오랜 기간에 걸쳐 뿌리내린 갈등의 근원들을 무관하게 만드는 효과(undoing effect)를 만들어 낸다.

이밖에도, 정기적으로 간단한 모임을 가짐으로써 두 직종간의 갈등을 완화하고 협업을 증진시킬 수 있다. 관계적 갈등을 든독한 인간관계로 반전하기 위해선 정기적으로 실내외에서 친목모임을 가질 수 있다. 상호 업무이해 및 협업증진을 위해선 정기적 두 직종간 업무 공유회를 가지는 것도 효과적이다. 어떠한 모임을 가지는 시작과 종료를 긍정적인 소규모 활동으로 구성하는 것(positive check-in & positive check-out)은 모임의 효과를 배가시켜 줄 것이다. 대립의 작은 감사와 긍정의 각에 의해 완화되기 때문이다.

연구의 제한점

본 탐색적 연구는 간호사의 입장에 치우친 기존연구에 비해 의사와 간호사 모두의 입장을 반구조화된 면접을 통해 반영했다는 점에서 의미를 지니나 다음과 같은 제한점을 가지고 있다. 첫째, 한 개의 진료과만을 대상으로 자료를 수집했다는 점이다. 의사라는 독특한 전문직종으로부터 자료를 수집했다는 점은 인정받을 수 있으나, 연구결과의 일반화를 위해선 보다 다양한 진료과들로부터의 자료수집이 필요하다. 진료과목에 따른 특성이 의사와 간호사 관계에도 영향을 미칠 수 있으므로(이지연, 2002), 다른 진료과의 의사, 간호사를 대상으로 연구하여 동일한 결과가 나오는지 확인하는 것이 필요하다. 또한 기존연구에서 시사되었듯이(Schulz & Johnson, 2003), 병원의 규모, 특성(대학병원-일반종합병원), 지리적 위치, 노조화 정도 등에 따른 차이점도 연구할 필요가 있다.

둘째, 갈등의 역동적 현상에 대한 심층적인 파악을 위해선 주요 갈등사례에 대한 종단적 추적연구가 필요하다. 갈등은 어떠한 근원으로부터 시작하는지, 전개는 어떠한 갈등 유형으로 시작하여 어떠한 유형으로 확산 또는 변형되어 가는지(Perlow & Repenning, 2009), 직종간 또는 직종내 계층간 갈등의 전이는 어떠한 이유나 루트를 통해 일어나는지(이준모, 2005), 갈등의 비대칭성은 어떠한 결과를 가져오는지(Jehn, Rispens 등, 2010) 등에 대한 연구를 하기 위해서는 종단적 연구가 요긴하다.

셋째, 갈등의 주요 관련변인인 성격특성, 성별, 직책, 근속연수 등의 개인특성 요인들을 살펴보지 못했다. 본 연구에선 직책이나 근속연수의 영향에 대해선 어느 정도 탐색적인 연

구결과를 얻었다고 할 수 있으나 일반화를 하기엔 그 수가 너무 적다. 남자간호사가 급증하는 추세를 감안하면, 간호사의 성별이 의사와의 갈등양상과 어떠한 관련성을 가지는지에 대한 연구는 향후 간호인력의 중장기 수급 정책에 대해서도 중요한 시사점을 제공할 수 있다. 본 연구에서 얻어진 의외의 응답인 자신이 속한 직종의 책임을 인정하는 응답자들은 그렇지 않은 응답자들과 다른 성격을 가져 보인 응답일 수도 있다. 추후 연구에서는 개인 특성에 따라 경험하는 갈등의 정도나 유형이 달라지는지 살펴볼 필요가 있다.

참고문헌

- 김남수, 유승흠, 손태용 (2002). 종합병원 응급실 의사와 간호사의 탈진(burn-out) 요인에 관한 연구. 한국병원경영학회지, 7(3), 1-24.
- 김명언 (1995). 자율적 변화극. 한국심리학회 춘계심포지움.
- 김용순, 박진희, 임기영 (2006). 전공의와 간호사·의료기사간의 인간관계 갈등과 의사소통에 관한 연구. 한국병원경영학회지, 11(2), 16-31.
- 노연희 (2008). 재취업자의 불완전고용: 선행요인 및 그 효과. 서울대학교 대학원 박사학위논문.
- 류정걸, 양동현 (2006). 종합병원의 의료서비스 품질수준과 경영성과 간의 관계. 한국병원경영학회지, 11(4), 82-103.
- 성양경 (2006). 팀 수준에서의 직무갈등과 관계갈등. 서울대학교 대학원 석사학위논문.
- 이명옥 (1997). 간호사의 상대적 권력과 대인갈등. 대한간호학회지, 27(1), 169-177.

- 이상돈 (1998). 의사와 간호사 사이의 분업과 책임의 분할-대법원 1994. 12. 22, 93도 3030 판결에 대한 평석. *판례연구*, 253-284.
- 이영석, 오동근, 김명언, 이윤성, 신좌섭 (2010). 우리나라 의과대학교수를 위한 역량모델 탐색. *한국의학교육*, 313-321.
- 이준모 (2005). 병원 조직에서의 갈등 전이. 서울대학교 대학원 석사학위논문.
- 이지연 (2002). 종합병원의 진료파트별 특성과 간호사-의사간 의사소통 유형. 서울대학교 보건대학원 석사학위논문.
- 조남욱, 홍여신, 김현숙 (2001). 간호사의 인간 관계 갈등과 의사소통에 관한 조사연구. *한국간호교육학회지*, 7(2), 369-378.
- 조영호, 이혜숙, 서형도 (2008). 병원 조직의 정서노동자에게 있어 경영이념(비전) 전파의 노력이 서비스 품질과 조직유효성에 미치는 영향에 관한 연구. *한국경영학회 통합학술대회*.
- 조윤근, 황호영 (2007). 변혁적인 리더십이 부하의 자기효능감에 미치는 영향과 부하의 상사 수용도 조절효과. *한국병원경영학회지*, 12(3), 68-95.
- 최수형, 조덕영, 홍태호 (2006). 대학병원의 조직문화와 직무특성이 조직시민행동에 미치는 영향에 관한 연구. *인적자원관리연구*, 13(4), 191-207.
- 한혜라, 박영숙 (1994). 의사와의 관계에 대한 간호사의 경험 분석. *간호학논문집*, 8(1), 83-92.
- Baggs, J. G., & Schmitt, M. H. (1997). Nurses' and resident physicians' perceptions of the process of collaboration in an MICU. *Research in Nursing & Health*, 20, 71-80.
- Callister, R. R., & Wall, J. A., Jr. (2001). Conflict across organizational boundaries: Managed care organizations versus health care providers. *Journal of Applied Psychology*, 86(4), 754-763.
- Casanova, J., Day, K., Dorpat, D., Hendricks, B., Theis, L., & Wiesman, S. (2007). Nurse-physician work relations and role expectations. *Journal of Nursing Administration*, 37(2), 68-70.
- Cooperrider, D., & Whitney, D. (2005). *Appreciative inquiry*. Berrett-Koehler.
- Copnell, B., Johnston, L., Harrison, D., Wilson, A., Robson, A., Mulcahy, C., Ramudu, L., McDonnell, G., & Best, C. (2004). Doctors' and nurses' perceptions of interdisciplinary collaboration in the NICU, and the impact of a neonatal nurse practitioner model of practice. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 105-113.
- Cummings, T. G., & Worley, C. G. (2009). *Organization development and change(9th ed.)*. South-Western Cengage Learning.
- Curtis, K. A. (1994). Attributional analysis of interprofessional role conflict. *Social Science and Medicine*, 39(2), 255-263.
- Galinsky, A. D., Magee, J. C., Ena Inesi, M., & Gruenfeld, D. H. (2006). Power and perspectives not taken. *Psychological Science*, 17(12), 1068-1074.
- Garman, A. N., Leach, D. C., & Spector, N. (2006). Worldviews in collision: Conflict and collaboration across professional lines. *Journal of Organizational Behavior*, 27, 829-849.
- Greer, L. L., Jehn, K. A., & Mannix, E. A. (2008). Conflict transformation: A longitudinal investigation of the relationships between

- different types of intragroup conflict and the moderating role of conflict resolution. *Small Group Research*, 39(3), 278-302.
- Haslam, S. A. (2004). *Psychology in organizations: The social identity approach(2nd ed.)*. London: Sage.
- Hendel, T., Fish, M., & Berger, O. (2007). Nurse/physician conflict management mode choices: Implications for improved collaborative practice. *Nursing Administration Quarterly*, 31(3), 244-253.
- Hojat, M., Gonnella, J., Nasca, T., Fields, S., Cicchetti, A., Scalzo, A., Taroni, F., Amicosante, A., Macinati, M., Tangucci, M., Liva, C., Ricciardi, G., Eidelman, S., Admi, H., Geva, H., Mashlach, T., Alroy, G., Alcorta-Gonzalez, A., Ibarra, D., & Torres-Ruiz, A. (2003). Comparisons of American, Israeli, Italian and Mexican physicians and nurses on the total and factor scores of the Jefferson scale of attitudes toward physician-nurse collaborative relationships. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 427-435.
- Jehn, K. A. (1995). A multimethod examination of the benefits and detriments of intragroup conflict. *Administrative Science Quarterly*, 40, 256-282.
- Jehn, K. A. (1997). A qualitative analysis of conflict types and dimensions in organizational groups. *Administrative Science Quarterly*, 42, 530-557.
- Jehn, K. A., & Bendersky, C. (2003). Intragroup conflict in organizations: A contingency perspective on the conflict-outcome relationship. *Research in Organizational Behavior*, 25, 187-242.
- Jehn, K. A., Greer, L., Levine, S., & Szulanski, G. (2008). The effects of conflict types, dimensions, and emergent states on group outcomes. *Group Decision and Negotiation*, 17, 465-495.
- Jehn, K. A., & Mannix, E. A. (2001). The dynamic nature of conflict: A longitudinal study of intragroup conflict and group performance. *Academy of Management Journal*, 44(2), 238-251.
- Jehn, K. A., Rispens, S., & Thatcher, S. M. B. (2010). The effects of conflict asymmetry on work group and individual outcomes. *Academy of Management Journal*, 53(3), 596-616.
- Jehn, K. A., Rupert, J., Nauta, A., & van den Bossche, S. (2010). Crooked conflicts: The effects of conflict asymmetry in mediation. *Negotiation and Conflict Management Research*, 3(4), 338-357.
- Johnson, C. (2009). Bad blood: Doctor-nurse behavior problems impact patient care. *Physician Executive*, 35(6), 6-11.
- Keenan, G. M., Cooke, R., & Hillis, S. L. (1998). Norms and nurse management of conflicts: Keys to understanding nurse-physician collaboration. *Research in Nursing & Health*, 21, 59-72.
- Kozlowski, S., & Ilgen, D. (2006). Enhancing the effectiveness of work groups and teams. *Psychological Science in the Public Interest*, 7(3), 77-124.
- Lockhart-Wood, K. (2000). Collaboration between nurses and doctors in clinical practice. *British Journal of Nursing*, 9(5), 276-280.
- Nembhard, I. M., & Edmondson, A. C. (2006).

- Making it safe: The effects of leader inclusiveness and professional status on psychological safety and improvement efforts in health care teams. *Journal of Organizational Behavior*, 27, 941-966.
- Perlow, R., & Repenning, N. (2009). The dynamics of silencing conflict. *Research in Organizational Behavior*, 29, 195-223.
- Reeves, S., Freeth, D., Glen, S., Leiba, T., Berridge, E., & Herzberg, J. (2006). Delivering practice-based interprofessional education to community mental health teams: Understanding some key lessons. *Nurse Education in Practice*, 6, 246-253.
- Schulz, R., & Johnson, A. C. (2003). *Management of hospitals and health services*. Washington, D. C.: Beard Books.
- Simons, T. L., & Peterson, R. S. (2000). Task conflict and relationship conflict in top management teams: The pivotal role of intragroup trust. *Journal of Applied Psychology*, 85(1), 102-111.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory(2nd ed.)*. Sage Publications, Inc.
- Suddaby, R. (2006). From the editors: What grounded theory is not. *Academy of Management Journal*, 49(4), 633-642.
- Tellis-Nayak, M., & Tellis-Nayak, V. (1984). Games that professionals play: The social psychology of physician-nurse interaction. *Social Science and Medicine*, 18(12), 1063-1069.
- Treiman, D. J. (1977). *Occupational prestige in comparative perspective*. New York: Academic Press.
- Weingart, L. (1992). Impact of group goals, task component complexity, effort, and planning on group performance. *Journal of Applied Psychology*, 77, 682-693.
- Weisbord, M. R. (1976). Organizational diagnosis: Six places to look for trouble with or without a theory. *Group & Organization Studies*, 1(4), 430-447.

1차 원고접수 : 2011. 10. 7

2차 원고접수 : 2011. 12. 17

수정원고접수 : 2012. 2. 13

최종게재결정 : 2012. 2. 22

An exploratory investigation on conflicts between physicians and nurses: Types, causes, and asymmetry

Byungjoo Lee

Myung Un Kim

Seoul National University

This study investigated on the conflict types, causes, and asymmetry, which can be witnessed between physicians and nurses who are the essential members of the hospital. The data was collected through semi-structured interviews of physicians and nurses who worked within the same department. The results of this exploratory research illustrated significant indications of task conflicts, relationship conflicts, and process conflicts, in accordance with Jehn's(1997) study, among the two professions. Furthermore, there were some conflicts related to the typical in-role behavior caused by factors such as misperformance due to the lack of knowledge/skill and the partial completion or nonexecution of order along both occupations. Additionally, indications of conflict type asymmetry between physicians and nurses resulting from the differences of power and perception, and asymmetry on conflict causes even when experiencing the same type of conflict existed. The implications and the limitations of this study with invitation of suggestions to remedy such conflicts are discussed.

Key words : *physician-nurse relationships, cooperation, conflict cause, conflict asymmetry*