

Q방법론을 활용한 의료사회복지사의 역할인식에 대한 탐색적 연구

장 수 미

(청주대학교)

황 영 옥

(한양대학교)

[요 약]

학제간 팀 접근을 통해 사회복지서비스를 제공하는 의료현장에서는 의료팀의 사회복지사 역할에 대한 명확한 인식과 기대를 파악하는 것이 사회복지사의 효과적인 역할수행에 매우 중요하다. 이에 본 연구는 의사, 간호사, 영양사 등의 의료팀성원을 대상으로 의료사회복지사의 역할에 대한 인식유형과 각 유형의 특성을 Q방법론을 활용하여 조사하였다. 연구결과 의료사회복지사에 대한 인식은 심리사회적 상담자 유형, 자원개발 및 연결자 유형, 복합기능수행자 유형의 3가지 유형으로 도출되었다. 이상의 결과를 바탕으로 의료사회복지실천의 함의를 찾아보았다.

주제어 : 학제간 팀, 의료현장, 의료사회복지사, 역할, Q방법론

1. 연구의 필요성

의료분야는 사회복지실천의 이차현장(Secondary setting)으로 의료사회복지사는 병원의 다양한 직종과의 협력을 통해 사회복지사의 역할을 수행하게 된다. 이는 의료사회복지사의 효과적인 역할수행에 의사, 간호사 등의 의료전문직 및 행정직과의 팀웍이 매우 중요함을 의미한다.

역할이란 기대되고 예상할 수 있는 특성이 있으며 역할 수행자가 이것을 인식할 때 역할이 형성된다. 역할인식이란 주관적인 개념으로 외부로부터 다양한 역할기대에 대한 인식은 역할수행에 커다란 영향을 주는 요인이다. 역할을 정확히 인식하는 사람일수록 적응성이 높고 상대방의 역할기대를 올바르게 알 수 있으며 자신의 역할을 보다 명확히 수행할 수 있다(Shores, 1978). Toseland, Palmer와

Chapman(1986)은 각 치료전문직이 담당하는 역할이 명확하게 설정되었을 때 자율성을 보장받음과 동시에 협력적인 팀워크를 통해 치료의 효과성을 최대화시킬 수 있다고 하였다. 특히 병원조직은 다양한 전문직이 함께 업무를 수행해야하는 특징이 있기 때문에 부서간 역할이 명확하게 설정되지 않았을 경우, 치료활동의 효과와 조직의 조직효율을 저하시킬 수 있다. 뿐만 아니라 의료사회복지사와 다른 의료전문직이 의료사회복지사의 역할을 인식하는데 많은 차이를 나타낼 수 있기 때문에 각 전문직간의 일치된 규정을 갖고 있지 않으면 이들의 갈등이 더욱 심해질 수 있다(이채원, 1995 재인용).

1958년 한국에 의료사회복지가 시작된 이후부터 현재까지 의료사회복지사의 역할에 대한 논의는 계속되고 있다. 의료사회복지사의 역할에 관한 관련연구를 보면, 유수현(1989)은 종합병원에 근무하는 94명의 의사를 대상으로 한 연구에서 의사의 87.5%가 의료사회사업의 필요성을 인식하고 있었으며, 환자에 대한 경제적 지원을 위해서 85.9%의 의사들이 사회복지사의 도움을 받은 경험이 있었으나 그 외의 의료사회사업가의 직무는 잘 모르고 있는 것으로 나타났다. 오창순(1994)은 의료사회사업에 대한 타전문직 인식의 문제가 의료사회사업 시작 이래 지금까지 해결되지 않은 채 계속 중요한 이슈가 되고 있다고 하면서 이 인식의 문제는 주로 역할인식과 관련된 것으로서, “사회사업”이 주는 이미지에 의해 인지된 타 의료전문직들과 클라이언트들의 의료사회사업가에 대한 역할기대와 사회사업가 자신들이 주장하는 역할인식의 차이가 크기 때문에 빚어지는 문제들이라고 지적했다. 이러한 문제들은 다시 사회사업가 자신들의 역할갈등이나 업무수행의 애로점과 연결되어 의료사회사업 발전의 저해요인으로 작용한다고 하였다. 이채원(1995)은 의료사회사업가의 역할모호성이 낮을수록 직무만족이 높다는 결과를 제시하면서 그 이유가 타전문직에 비하여 의료 세팅 내에서 의료사회사업가의 역할에 대한 기대가 명확히 이루어지지 않기 때문으로 해석했다.

이와 같은 의료사회복지사의 역할에 대한 논의는 2000년대에 와서도 여전히 계속되는 연구주제로서, 이정은(2001)은 병원 내 다른 직원은 물론 사회복지사 자신도 역할정립이 안되어 있으며 역할의 모호성으로 인해 소진에 빠지기 쉽다고 하였다. 의료사회복지사의 소진 보호요인에 관해 연구한 최명민 등(2004)은 ‘좋은 팀워크’가 역할분담을 명확히 하는 등 중요한 요인을 차지한다고 보고하였다. 이들은 의료사회복지현장이 사회복지서비스에 비해 의료서비스가 강조되고 타 전문직의 역할비중이 상대적으로 높은 것이 현실이므로 사회복지사로서의 정체감 혼란을 겪거나 과업수행의 목적과 사명의 상실의 위험이 의료사회복지사로서 생존의 어려움을 초래할 것이라고 하였다. 성기원(2004), 이경아(2006)등 최근의 연구에서도 의료사회복지사의 임상직무가 환자와 가족은 물론 의료기관내의 타전문직, 지역사회로까지 확대되고 직무수행에 필요한 기술도 상담, 자문뿐 아니라 환자옹호나 지역사회조직방법까지 포함하게 되었으나 정작 병원에서 함께 근무하는 직원들은 이에 대해서 잘 알고 있지 못함을 지적하였다.

이상의 선행연구 검토를 통해서 국내에서는 의료사회복지가 시작된 지 반세기가 지난 현재에도 의료팀은 물론 사회복지사 자신도 의료사회복지사 역할에 대한 인식이 충분히 정립되어 있지 않았으며, 결론적으로 전문직으로서의 의료사회복지사의 위치가 확고하지 못하다는 사실을 알 수 있다. 하지만 선행연구들은 의료사회복지사 및 팀 성원들이 의료사회복지사의 역할을 정확히 인식하지 못하고 있다는 것만을 공통적으로 제시할 뿐, 다양한 직종의 의료팀 성원들이 의료사회복지사의 역할을 구체적으

로 어떻게 인식하고 있는지, 인식유형에 차이는 있는지, 차이가 있다면 각각의 특성은 무엇인지에 관한 논의는 없었다.

이에 본 연구에서는 팀성원과 사회복지사를 대상으로 의료사회복지사 역할에 대한 인식유형을 탐색함으로써 유형별 특성을 살펴보고, 각 유형별 차이점을 파악하는 것을 목적으로 하였다. 구체적으로 역할유형의 분류화를 통해 의료팀이 인식한 유형이 의료팀간에 상충되는 점은 없는지, 유사한 점은 무엇인지 살펴보려고 한다. 또한 의료팀간 사회복지사 역할에 대한 인식에 있어서 차이가 발생한다면 그 차이에 관해 논의하고, 이에 따라 구체적인 역할보호성 감소 전략을 탐색해보고자 한다. 특히 의료사회복지사 역할에 대한 팀원간의 인식을 극명하게 살펴보기 위해 다양한 의료직종 및 사회복지사를 포함한 분석결과와 사회복지사를 제외하고 분석한 결과를 비교해보았다. 이러한 시도는 의료팀내에서 사회복지사의 명확한 역할인식과 효과적인 역할수행을 이루는데 실천적 함의를 제공할 것이다.

본 연구의 목적이 의료사회복지사 역할에 대한 조사대상자의 주관적 개념을 살펴보는 것이므로 연구방법으로 Q방법론을 채택하였다. Q방법론은 행위자의 관점에서 출발하여 주관성의 구조에 따라 형성된 유형을 발견하고 각 유형에 대한 이해와 설명이 가능하기 때문이다(김홍규, 1990). 또한 Q방법론은 전통적인 개념인 '변인간의 상관' 대신에 '사람간의 상관'을 탐색함으로써 사람간의 유사성 및 유형을 찾아보려는데 목적이 있으므로(김현수·원유미, 2002), 본 연구에 적합한 연구방법론이 된다.

2. 이론적 배경

1) 의료사회복지의 현황과 동향

국내에서 의료사회복지사 활동의 법적 근거는 1973년 대통령령으로 공포된 의료법 시행령 제24조에 있다. 이 조항은 “종합병원에는 사회복지사업법 규정에 의한 사회복지사업종사자 자격을 가진 자 중에서 환자의 갱생, 재활과 사회복지를 위한 상담 및 지도업무를 담당하는 요원을 1인 이상 둔다”로 의료사회복지사의 활동 근거를 명시하고 있다. 하지만 처음으로 사회복지사가 병원에서 일하기 시작한 것은 1958년 한노병원을 시작으로 하여 세브란스병원, 국립중앙의료원, 원주기독병원, 국립정신병원 등 전국적으로 확대되었다(김규수, 1999). 이후 1977년부터 정신의료영역, 1994년부터 재활의료영역에 사회복지서비스에 대하여 보험수가를 청구할 수 있도록 제도적 기반이 마련되면서 의료사회복지사의 수가 점차 늘어나고 있다.

국내에서 활동 중인 의료사회복지사는 190개 병원에 337명으로 알려져 있으며, 미등록회원까지 합치면 모두 451명이 활동하고 있다고 보고되었다(이광재, 2002)¹⁾. 1인당 병상수로 살펴보면 미국의 경우 의료사회복지사 1인당 18병상임에 비해 우리나라의 경우 의료사회복지사 1인당 70병상으로 산출된다. 또 1997년 종합병원급 이상의 병원 사회사업 실태조사를 보면 100병상이상 병원의 사회사업가 수

1) 2005년도에 발행된 대한의료사회복지사협회 회원수첩에는 총 363명의 회원이 등록되어있다.

는 평균 0.93명으로(강홍구, 1998), 병원 당 매우 적은 인원이 활동하고 있음을 알 수 있다(이정은, 2001 재인용).

현대의학에서는 건강과 질병에 대한 개입이 의료모델에서 생리심리사회적 모델로의 전환과정에서 환자와 가족의 심리사회적 문제를 해결하고 삶의 질을 향상시키기 위해 의료현장에서의 사회복지실천은 점차 더욱 중요해지고 있다. 특히 박테리아나 바이러스성 감염은 공공보건정책을 통해 제어되어 급성질환의 상당부분이 퇴치되었고, 병원 밖에서 자기관리가 필요한 만성질환이 늘어나고 있는데 고령화 사회로 진척되면서 더욱 뚜렷한 현상이 되었다(한인영 외, 2006). 이는 급성질환에서 만성질환으로의 질병양상의 변화로 질병 치료(cure)에서 관리(care)가 중요한 시대가 되면서 의료사회복지사의 역할이 더욱 중요해졌음을 의미한다.

따라서 그동안 병원은 입원환자의 질병치료에 중점을 두었지만 이제는 질병 자체에 머무르지 않고 질병이 야기될 수밖에 없는 환경적, 심리적 요인들에 대해서 집중하게 되었으며, 질병과 관련된 환경적 요인들이 함께 고려된 환자의 치료계획을 수행하는 것이 효과가 크다는 것을 알게 되었다. 따라서 환자중심의 질적인 의료서비스를 제공하기 위해서 전인적인 치료에 도움이 되는 서비스를 제공하고 병원내외의 적절한 서비스와 자원을 연결하고, 환자들의 사회에의 재통합까지의 과정도 계획에 포함함으로써 의료행위의 완성과 사회적, 도덕적 책임을 이행하는 의료사회복지사의 역할이 점차 확대되었다(이경아, 2006).

의료사회복지의 개입대상도 기존의 정신과, 재활의학과, 내과 환자중심에서 당뇨병, 화상, 뇌졸중 등 질병중심으로의 개입이 활발히 진행되고 있다. 또한 고령화 사회로 인해 증가하고 있는 노인전문 병원을 비롯하여 호스피스 기관, 정신보건센터, 알코올상담센터 등 지역사회기관으로 의료사회복지사의 영역이 확대되고 있는 추세이다. 하지만 아직 대부분의 의료사회복지사는 종합병원을 기반으로 활동하고 있다.

2) 팀 접근과 의료사회복지사의 역할

병원은 다양한 의료기술과 기기의 발달에도 불구하고 여전히 인력집약적인 조직이라는 특성을 갖고 있다. 병원은 전문조직으로서 조직내 행정부문의 관료적 성격과 가능하면 이를 배제하여 전문직의 자율성을 확보하려는 전문직의 특성으로 인해 라인과 스텝간의 갈등이 상존한다. 이들은 수행하는 일의 영역과 내용이 다르고 각기 나름대로의 직업적인 규범을 공유하고 의사소통망을 구축하여 집단내에 위계질서를 가지면서 전체병원조직의 위계구조를 형성해 간다(김정선·김희진, 1997). 이와 같이 의료사회복지사는 관료조직인 종합병원에서 행정직뿐만 아니라 다양한 의료전문직과의 협력을 통해 팀 접근(Team Approach)으로 자신의 역할을 수행해야 한다.

팀 접근에는 환자치료의 공동목표를 위해서 독립적으로 일하는 전문직을 의미하는 다학문 팀(multidisciplinary Team)과 환자를 대변하여 최종성과를 이루어내기 위해 팀 성원이 서로 상호작용하는 것을 의미하는 학제간 팀(interdisciplinary team)이 있다(Hall and Weaver, 2001). 국내외적으로 이상적인 팀 접근을 의미하는 학제간 팀에 관한 연구는 그리 많지 않은 편이다. 사회복지백과사전

(Encyclopedia of Social Work)에는 학제간 팀 접근에서 사회복지사의 협력적 기술이 팀 기능에 결정적이라고 설명되어 있다(Black, 2005).

의료사회복지에 관한 많은 최근문헌들이 팀 접근의 어려움과 함께 협력적, 학제간 팀 실천모델의 필요성에 대해 다루고 있다(Mizrahi and Abramson, 2000; Kitchen and Brook, 2005). Gragorian(2005)은 다양한 전문직종으로 구성된 팀 성원들은 사회복지에 대해 각기 다른 지식을 갖고 있고 사회복지사의 역할에 대해 각자 다르게 이해하고 있다고 언급했다. 그는 사회복지사가 직원 및 행정구조에서 일차전문직인 휴먼서비스기관과는 달리 의료사회복지사는 다른 전문직종과 상호작용하며 협력하여 의뢰하는 역할을 더 많이 하지만 때때로 의료팀은 사회복지사가 하는 일을 완전히 이해하지 못하고, 호의적으로 생각하지 않거나, 사회복지개입은 환자치료에 필수적인 것이라 생각하지 않고, 기본적으로 기여하는 것이 없다고 느끼기도 한다고 하였다. 전문직들은 사회복지사가 병원에 기여하는 것이 분명치 않다고 비판하기도 했고(Mizrahi and Berger, 2001), Mizrahi와 Abramson(2000)은 사회복지사와 의사와의 협력적 경험을 평가한 결과, 의사보다 사회복지사가 협력적 노력에 대해 덜 만족한다고 했다.

국내연구에서 의료사회복지사의 역할에 대한 논의는 1980년대 초부터 시작되어 최근까지도 계속되고 있는 의료사회복지분야의 주요 주제이다. 유수현(1980)은 의료사회사업이 병원에서 의사, 간호사, 심리학자등 여러 전문직으로 팀웍을 이루어 함께 업무수행을 하는 까닭에 전문직간의 역할분담, 책임 및 주무영역 등에 있어서 그 경계가 명료하지 않아 역할모호성이 심화되는 상황이라고 하였다. 종합병원 의료사회복지사의 역할인식과 의료전문직의 기대에 관해 연구한 오창순(1994)은 의료사회복지사의 역할에 대한 합의나 업무의 표준화도 이루지 못한 채 개개의 병원이 보유하고 있는 자원, 능력, 제약요건에 따라 의료사회사업이 각기 다른 양상으로 전개되고 있는 현실은 의료사회사업 발전을 저해하는 외적 요인뿐 아니라 자체 내에 내재된 문제들이 있음을 짐작하게 해준다고 지적하였다. 김기환 등(1997)은 의료기관 구성원이 아직까지 의료사회복지사의 역할을 제대로 인식하고 있지 못하는 경우가 많다고 보고 실제로 의료사회사업은 타부서와 중첩되는 업무를 하고 비전문가에 의해서도 수행될 수 있는 단순 행정직무를 수행하거나 병원경영에 도움을 주지 못하는 소비부서로 인식되는 경우가 많다고 하였다. 이채원(1994)은 의료사회복지사의 역할갈등 및 역할모호성과 직무만족간의 관련성을 살펴본 연구에서 역할갈등 및 역할모호성이 낮을수록 직무만족이 높다는 사실을 확인하였다. 이 연구에서는 역할모호성이 역할갈등보다 직무만족을 더 많이 설명하는 변수로서 밝혀졌는데, 이는 타 전문직에 비해 의료셋탕내에서 의료사회복지사의 역할에 대한 팀 성원의 기대가 명확히 이루어지지 않았음을 시사하는 것이라고 해석할 수 있다. 김현진(2001)의 의료사회복지사의 조직몰입에 관한 연구결과에서도 의료사회복지사는 역할과중, 역할모호, 역할갈등의 순으로 느끼고 있음이 나타났고, 최근의 박선주(2004) 연구에서도 의료사회복지사의 직무만족에 가장 큰 영향을 미치는 변수가 역할모호성으로 나타났다.

의료사회복지사의 임파워먼트에 대해서 연구한 이규선(2003)은 의료사회복지사가 자신의 업무에 대해 중요하다고 인식할수록, 단순한 일이 아닌 다양한 일이 필요하다고 인식할수록 임파워먼트에 긍정적인 영향을 준다고 하였다. 따라서 의료사회복지사가 자신의 업무에 대한 중요성을 인식하는 것

뿐만 아니라 다른 전문가들로부터 업무의 중요성을 인정받는 것이 중요하므로 의료사회복지사의 업무를 홍보하는 것이 필요하다고 제안하였다. 성기원(2004)은 최근 의료사회복지사의 임상직무가 환자와 그의 가족은 물론 의료기관내의 타전문직, 지역사회로까지 확대되고 직무수행에 필요한 기술도 상담, 자문뿐 아니라 환자옹호나 지역사회조직방법까지 포함하고 있다고 하였다. 하지만 의료사회복지사의 직무가 전문적이고 중요한 위치에 있음에도 불구하고 정작 병원에서 함께 근무하는 직원들은 이에 대해서 잘 알고 있지 못하거나 제한된 의미로만 잘못 인식하고 있는 것 같다고 하며, 가장 큰 이유로 의료사회복지사에 대한 타전문직의 시각이 불분명하고 역할기대가 모호하여 그로인하여 의료사회복지사들이 전문가로서 분명한 역할을 보여주지 못하고 있기 때문이라고 하였다. 중요한 것은 이러한 문제들이 다시 의료사회복지사 자신들의 실제 업무에 있어서 역할갈등이나 업무수행의 애로점과 연결되어 의료사회사업 발전의 저해요인으로 작용하는 것에 있다.

실제로 선행연구들은 의료사회복지사의 역할모호성과 소진은 매우 관련이 높다고 보고하고 있는데, 한현미(1993)는 병원에 종사하는 사회복지사들의 역할이 모호하고 타 치료진과의 갈등이 심하면 소진이 높으며, 이정은(2001)의 연구에서는 의료사회복지사가 병상수준에 적절한 의료사회사업과의 인력 부족과 역할의 모호성으로 인해 소진에 빠지기 쉽다고 하면서 이로 인해 병원내 직원은 물론 사회사업가 자신도 역할정립이 안되어 있는 상태라고 하였다. 의료사회복지사의 소진 보호요인을 연구한 최명민 등(2004)은 연구결과로 도출된 다양한 보호 요인 중에서 팀 협력이 역할분담을 명확히 하는 등 중요한 요인을 차지한다고 보고하여 역할모호성, 역할갈등의 문제를 해결하는 방안이 효과적인 팀 접근임을 알 수 있다.

3. 연구방법

1) Q방법론에 대한 개요

의료사회복지사의 역할에 대한 의료팀의 인식을 살펴보기 위해서 연구방법으로 Q방법론을 사용하였다. Q방법론은 연구대상자의 특정 주제 및 자극에 대한 주관적 의견이나 인식의 구조를 확인하는데 유용한 연구방법론이다. Stephenson이 1935년에 창안한 Q방법론은 개인을 연구하기 위해 철학적, 심리학적, 통계적, 심리측정과 관련된 아이디어를 통합한 방법론으로써, 객관적인 절차에 의해서 이루어지기 어려운 인간의 주관성을 체계적이고 정량적으로 분석하기 위해 상관분석과 요인분석을 적용한 특수한 통계기법이다(Brown, 1980). Q방법론은 연구자가 탐색하고자 하는 특정주제나 현상에 대해 사람들이 가진 태도, 신념, 확신, 가치 등과 같은 주관적인 반응을 객관적으로 측정할 수 있는 바탕을 제공했다는(황상민·최은혜, 2002)에서 각광을 받고 있다.

김흥규(1990)는 논리 실증주의의 대안적 방법론으로서 Q방법론의 유용성을 다음과 같이 설명하였다. 첫째, 자연현상에는 가치의 구조가 개입되지 않지만 사회 안에서 인간은 특수한 의미와 적합성의

구조를 가지므로 인간의 주관성을 배제하여서는 인간의 본질과 사회현상을 제대로 연구할 수 없다. Q방법론은 응답자 스스로가 진술문을 비교하여 순서를 정함으로써 이를 모형화시키고 자신의 주관성을 스스로 표현해간다. 둘째, 논리 실증주의에서는 사회적 사실과 현상이 자연현상과 마찬가지로 독립적으로 존재하는, 다시 말해 이미 구성된(pre-constituted) 것으로 간주하지만 사회적 현실은 의미적으로 구성되어지기(constructed) 때문에 의미의 해석을 통한 이해의 방법이 필요하다(최협, 1983). 이때 Q방법론은 ‘외부로부터 설명’하는 방법이 아니라 ‘내부로부터 이해’하는 접근방법이므로, 연구대상자가 가지는 주관성의 의미를 파악하는데 유용하다. 이와 같이 스티븐슨은 경험주의방법론이 갖는 한계와 오류를 극복하기 위한 이해의 방법으로 Q방법론을 주창하고 있지만, 해석학이나 현상학에서 제시하는 것처럼 다소 애매모호하고 주관적인 해석방법과는 거리를 두었다. 즉 해석학에서의 간주관성, 감정입과 추체험(Dilthey, 1976; 박순영, 1983) 그리고 현상학에서의 초월과 환원의 방법(Pierce, 1983)등이 객관적 근거를 갖지 못하고 주관적인 해석에 머무를 수 있다는 문제점을 Q방법론에서는 콘코스(Concourse)이론과 요인분석 등을 통해 객관적 측정이 가능하도록 하였다(김홍규, 2003 재인용).

Q방법론이 이론적 배경으로 하는 콘코스 이론에서 콘코스(집합)란 한 문화 안에서 공유되는 의견이나 느낌의 총체를 말한다. 콘코스는 메시지에 관해 사람들이 주관적으로 느낄 수 있고 전달할 수 있는 자극의 집합체로서 대개 진술문 형태로 표현된다. 콘코스의 진술문은 사람과 조건에 대해 다른 의미를 가지므로 Q방법론에서는 연구대상자가 콘코스의 진술문을 느끼는 대로 분류하도록 하여 진술문들의 관계 속에서 새로운 의미를 찾아내는 것이다. 여기서 느낌이란 원초적인 것이며 대개 긍정과 부정으로 양분된다. 어떠한 감정이든 좋은 것과 싫은 것, 찬성과 반대의 양극으로 나뉘며, 그 사이에는 무감정이 있는데 그 모양은 통계적인 정상분포 형태를 갖는 경향이 있다. Q분류에 사용하는 진술문(Q sample)의 수는 요인분석의 기초가 되는 상관관계의 신뢰도를 규정하기 때문에 충분히 많을수록 좋지만 문항이 너무 많으면 분류자의 부담과 문항의 비교문제 때문에 반응의 신뢰도가 낮아질 우려가 있으므로 적당해야한다(김현수·원유미, 2002:13-14, 53). 진술문(Q sample)이 구성된 이후에는 조사대상자(P Sample)가 진술문을 정상분포가 되도록 분류판에 분류하는 단계로, 이를 Q분류(Q sort)라고 한다. Q방법론의 또 하나의 특징은 P표본의 수가 매우 적다는 것이다. Q방법론에 있어서는 조사대상자의 수가 제한이 없다. 심지어 1인을 대상으로도 할 수 있지만, 보통 25-30명 정도의 수가 적정하다(Brown, 1980). 이는 Q방법론이 개인간의 차이(inter-individual differences)가 아니라 개인 내의 중요성의 차이(intra-individual difference in significance)를 다루는 것이기 때문에 P 표본의 수에 제한을 받지 않는 것이다(김홍규, 1990).

Q연구의 목적은 표본의 특성으로부터 모집단의 특성을 추론하는 것이 아니기 때문에 P표본의 선정도 확률적 표집방법을 따르지 않는다(김홍규, 1996). 즉 Q방법론은 연구결과의 일반화보다 가설 발견을 목적으로 하는 방법론적 함의²⁾를 가진다. 조사대상자가 Q분류카드³⁾를 Q분류판⁴⁾에 배열한 Q분

2) 인식론적 관점에서 볼 때, Q방법론의 가장 큰 특성은 발견적 추론(abduction)에 근거를 두고 있다. Pierce에 의하면, 과학적 탐구의 세 단계는 발견적 추론, 연역(deduction), 귀납(induction)의 순으로 이루어지며, 과학적 지식을 얻는 방법은 연역에 의해 면제와 결과 사이의 논리적이고 입증할 수 있

류의 결과는 유목평균, 변량분석, 상관계수, 요인분석, 요인배열, 요인해석의 과정을 거쳐 통계적으로 분석된다.

< 1단계 > Q 표본 선정		< 2단계 > P 표본 선정		< 3단계 > Q 분류		< 4단계 > 자료처리 및 분석
<ul style="list-style-type: none"> • Q 모집단 추출 • Q 표본 선정 • Q 카드/분류판 준비 	➡	<ul style="list-style-type: none"> • 의사, 간호사, 사회복지사 등 종합병원 의료팀 35명 선정 (직종, 성별, 학력 고려) 	➡	<ul style="list-style-type: none"> • 25개의 진술문을 9점 척도 상에 정상분포로 분류 	➡	<ul style="list-style-type: none"> • PQ Method 로 분석 • Q 요인분석 • 유형별 특성 분석

<그림 1> Q연구의 절차

서구에서는 Q방법론을 지원할 수 있는 컴퓨터 프로그램의 보급이 확산되면서 마케팅, 아동심리, 약학, 종교학 및 건강과 의학 등 다양한 분야로 그 적용이 확대되어 가고 있다. 우리나라의 경우 Q방법론은 1970년대에 미국에서 유학한 학자들이 국내에 소개한 이후(김순은, 1999), 신문방송학, 정치학, 행정학, 심리학, 간호학 등의 분야에서 사용되고 있었다. 사회복지분야에서는 한국인의 정신건강 개념에 관한 김동배·안인경(2004), 장애인복지 소비자주의에 대한 사회복지전문직의 인식을 분석한 박경수(2006) 등 몇 편의 연구를 제외하고는 Q방법론을 활용한 연구는 거의 없다. 이는 사회복지학전반에 걸쳐 경험주의, 논리실증주의를 바탕으로 한 연구경향이 지배적이기 때문으로 생각되며, 또한 Q방법론에 대한 소개 및 선행연구가 부족한 탓에 기인했다고 본다. 하지만 Q방법론은 인간의 주관적 경험을 객관적으로 연구하는 효과적인 도구로 인간을 대상으로 하는 사회복지분야에서 앞으로 활용가능성이 높을 것으로 생각된다.

는 가설을 설정하고 귀납에 의해 경험적인 검증을 통해 가설을 확립하는 단계를 거친다. 그러나 영역은 가설의 필연적인 귀결을 전개할 뿐이며, 귀납은 어떤가를 알아보기 위한 자료의 분류에 지나지 않으므로 현상을 이해하려면 발견적 추론에 의해야 한다(김홍규, 1990; Abduction Homepage, 1999). 이러한 Q방법론의 발견적 추론의 특성은 가설생성의 논리를 뒷받침하고 있으며, 과학적 발견으로서의 새로운 길을 열어주고 있다(최원주, 2002 재인용).

- 3) Q분류카드는 조사대상자(P sample)가 배열해야하는 각각의 진술문을 일정크기(보통 다루기 편한 크기인 6*10cm)의 종이에 인쇄한 카드를 말한다.
- 4) Q분류판은 조사대상자가 Q진술문카드를 배열하도록 정상분포의 그림이 그려져 있는 판이다. Q분류판의 크기는 일정치는 없지만 연구자가 카드의 크기와 매수에 따라 임의로 정하면 된다. <그림 2> 참고.

2) 연구절차

(1) 문헌을 통한 Q 모집단 추출

Q방법론을 사용한 연구의 가장 중요한 부분 중의 하나가 Q진술문을 작성하는 작업이다. Q진술문 작성은 진술문의 출처에 따라 구술형, 추출형으로 구분된다. 구술형은 연구대상자와의 면접에 따라 진술문을 작성하는 것이며, 추출형은 기존의 문헌이나 신문기사 등에서 추출한 것을 의미한다. 수많은 진술문을 작성한 후 대표적 진술문을 선택하는 방법이 좋으며(Kerlinger, 1973), Q진술문은 연구주제에 관한 대표적이고 포괄적인 내용을 담고 있어야 한다(McKeown and Thomas, 1988; 김순은, 1999 재인용).

본 연구에서는 의료사회복지사의 직무 및 역할에 대한 정의를 찾아내기 위해 국내외의 관련 도서와 논문 등을 참고하였다. 의료사회사업론, 의료사회복지실천론 등 의료사회복지분야의 교과서로 출판되어 있는 국내외의 단행본(김규수, 1999; 한국정신보건사회사업학회, 2000, 윤현숙 외, 2001; 강홍규, 2004; 이광재, 2002; 이윤로 외, 2005; 한인영 외, 2006; Arthur, 1963; Zastrow, 1999; Theresa, 2000; Cowles, 2003)과 의료사회복지사의 역할과 관련된 논문, 잡지, 관련협회 홈페이지 등을 참고하였다. 당뇨병 등 특정질환에서의 의료사회복지사의 역할(김보기, 1994; 최명민, 1998; 권자영, 2002), 노인을 대상으로 개입할 때 정의되는 역할(조소영, 1997; 손덕순, 2002), 경제적 부분에서의 역할(노연희·이채원, 2005), 팀 접근과 관련된 역할(오창순, 1993; Marshall, 2005), 기타 문헌(김기환 외, 1997; 황숙연, 2000; Mason, 2005) 등을 포괄적으로 참조하였다.

이상으로 총 13권의 단행본과 42편의 논문을 통해 최종적으로 의료사회복지사의 역할과 관련된 진술문을 265개 추출하였다.

(2) Q 표본의 선정

Q진술문의 구성 원리는 조사하고자 하는 대상에 대한 모든 의견이나 생각들을 모집단으로 간주하여 그 가운데 강력하고 서로 의미가 중첩되지 않는 진술문으로 구성하는 것이다(김홍규, 2003). Q표본은 그 크기가 클수록 좋다. 그러나 Q표본의 크기가 너무 크면, 즉 Q진술문의 수가 너무 많으면 Q분류에 큰 어려움이 따르므로 진술문의 수를 알맞게 해야 한다(김현수·원유미, 2000).

이상 Q표본 선정원칙을 기본으로 하여 다음과 같은 선정과정을 거쳤다. 먼저 추출된 총 265개의 Q모집단을 김기환 등(1997)의 의료사회복지사 직무 표준화 연구결과를 범주화의 기준으로 하여 공통적 의미나 가치를 가진다고 생각되는 진술문끼리 범주화하였다. 김기환 등의 연구는 전국의 의료사회복지사들을 대상으로 한 설문조사를 통해 의료사회복지사의 역할을 표준화하여 제시한 것이다. 이 연구에서는 의료사회복지사의 직무를 3개 차원 7개 하위영역 즉, 심리사회정신적 문제해결 차원, 경제적 문제해결 차원, 지역사회 자원연결 직무차원, 사회복지 및 재활 문제 해결 직무차원, 팀 접근 직무 차

원, 사회사업 부서의 순수행정 직무차원, 교육 및 연구 조사 직무차원으로 구분하였다. 연구자들은 김기환 등의 직무표준화 연구가 의료사회복지사의 직무를 표준화하여 구분한 국내최초의 작업으로서 의료사회복지사의 역할을 체계적으로 비교할 수 있는 범주가 된다고 판단하여, 본 연구에서 범주화의 기준으로 사용하였다. 최종 선정된 Q표본의 진술문 수가 각 범주별로 다른 이유는 김기환 등의 연구에서 범주별 문항수가 달랐기 때문에 본 연구에서도 이에 비례하여 추출하고자 했기 때문이다.

다음 단계로 연구자들은 이 범주를 기준으로 진술문들의 상이성과 대표성을 고려하여 연구자간의 논의를 통해 3차례의 재범주화 과정을 거쳐 32개의 진술문을 추출하였다. 추출된 진술문을 의료사회사업론 수업을 수강하는 대학원생 3명에게 사전조사를 실시하여 진술문 표현상의 난해함 등 조사대상자에게 정확한 의미전달이 어려울 수 있는 부분에 대해 진술문의 표현을 수정하였다. 마지막 단계로 현장의 의료사회복지사, 사회복지학 교수, Q방법론에 대한 교육과 연구경험이 풍부한 교수 및 연구자 3명의 자문을 통하여 각 주제별 범주를 가장 잘 대표한다고 생각되는 진술문 25개를 최종 선정하였다 <표 1>.

<표 1> 차원별 Q표본

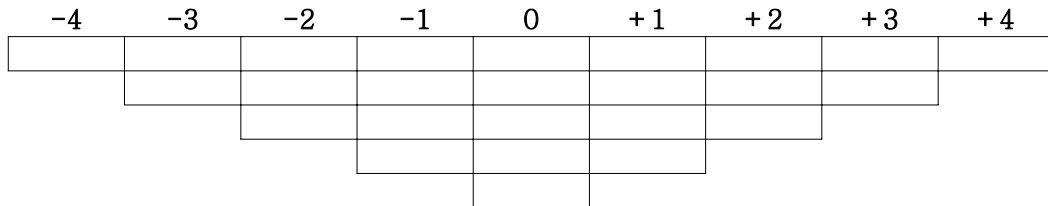
직무차원	직무하위차원	Q표본	직무내용	
사회사업 임상	심리·사회·정신적 문제해결 차원	01	환자의 신체적·사회적·경제적 어려움 개인상담	
		02	가족문제 해결을 위한 가족상담·가족치료	
		03	가족을 대상으로 질병과 가족역할에 대한 교육실시	
		04	스트레스관리, 알코올중독치료, 사회기술훈련 등 집단치료 프로그램 개발·시행	
		05	입원환자에게 미술, 음악, 레크레이션 등 집단활동 프로그램 실시	
	경제적 문제해결 직무차원	06	환자를 대상으로 당뇨병, 알코올중독, 뇌졸중 등 질병교육 실시	
		07	극빈환자·행려환자에게 의료비 지원	
		08	생활보호, 장애수당, 의료급여 등 의료보장에 관한 정보 제공	
		09	진료비 부담이 어려운 환자들을 위한 모금활동(Fund-raising activity)	
사회사업 임상	지역사회 자원연결 직무차원	10	환자의 퇴원계획 및 사후관리 (퇴원 후 보호기관·시설 입소 의뢰)	
		11	임종환자와 가족에 대한 호스피스 업무	
		12	지역사회 자원개발 및 연결 (교통수단, 간병인, 자원봉사자 연결)	
		13	지역사회 주민을 대상으로 질병 교육	
	사회복지 및 재활문제해결 직무차원	14	단주친목(AA), 화상환자 모임 등 자조집단 조직 및 지원	
		15	환자의 취업연결 및 직업재활 지원	
		16	장애환자의 보장구 및 가정에서 필요한 재활 장비 지원	
		팀 접근 직무차원	17	환자의 개인력 조사하여 의료팀에 정보제공
			18	의료팀 사례회의 및 회진에 참여
19	민원 및 의료분쟁 처리를 통한 환자권익 옹호활동			

<표 1> 계속

행정	사회사업 부서의 순수행정 직무차원	20	병원 질 보장(Quality Assurance) 활동에 참여
		21	신입직원교육 및 직원훈련(In-service training) 실시
		22	상담내용에 대한 기록 및 보관
교육 및 연구조사	교육 및 연구조사 직무차원	23	사회복지서비스의 효과성 연구 및 발표
		24	학술대회, 워크숍 등 외부교육에 참가
		25	사회복지 수련생 및 실습생 지도

(3) Q카드와 Q표본의 분포도

Q표본으로 선정된 진술문 25개는 조사대상자가 읽기 쉽고, 분류하기 용이하도록 6×10cm 카드로 인쇄 제작하였다. Q표본의 분포도는 조사대상자들이 Q표본으로 선정된 25개의 진술문들을 자신의 중요도에 따라 -4에서 +4까지 9점 척도 상에 분류하여 정규분포로 강제 분류시킬 수 있도록 준비하였다⁵⁾. 조사대상자는 분류도중에 언제라도 제한 없이 카드의 분류를 바꿀 수 있다.



<그림 2> Q표본의 분포도(Q sample distribution)

(4) 조사대상자(P sample)의 선정

연구대상자를 선정할 때는 무선적으로 하기보다는 연구문제와 관련된 견해를 가지고 있다고 여겨지는 대상자가 피험자로 선정된다. 대부분의 Q연구에서의 피험자수는 40-60명 정도이지만 이보다 훨씬 적어도 무방하다고 본다(김헌수·원유미, 2000). Q방법론에서는 표본이 커지면 한 요인에 여러 사람이 편중됨으로써 그 특성이 명확하게 드러나지 않을 뿐 아니라, 그 방법론적 연구대상이 개인간의 차이가 아니라 한 개인내에서 중요성의 차이(intra-individual difference in significant)를 다루고 있기

5) 강제 정상 분포하는 이유: Q방법에서 중요한 것은 모든 개인에게 분포를 통일함으로써 즉, 분포의 밀집성과 산포도를 무시함으로써 모든 개인이 동일한 평균과 표준편차를 갖도록 하는 데 있다. 이는 개인이나 집단간의 평균의 차이보다는 개인 또는 집단내의 변인들 간의 관계성을 중시하는 Q방법의 목적과 진술문들 간의 상대적 순위를 매기는 Q방법의 원리에 부합되는 것이다(김범중, 1999). 조사 대상자의 반응은 강제 분류속에서 항목들을 서열화하는 형식을 통해서 개인이 가지는 항목에 대한 위계성의 가치구조를 잘 드러낼 수 있도록 한다(황상민·최은혜, 2002).

때문에 소표본을 사용한다. 결국 Q방법론이 연구결과의 일반화를 목적으로 하지 않고 발견을 목적으로 하는 방법론적 합의가 소량의 P-sample을 사용하는 것으로 잘 알 수 있다(김홍규, 2003). 조사대상자를 선정할 때 일반적으로 고려해야 할 기준은 첫째, 주제에 관해 특별한 흥미를 갖는 사람 둘째, 공평한 의견을 제시할 수 있는 사람 셋째, 그 주제에 있어 권위가 있거나 전문가 넷째, 일반적인 관심이 있는 사람 다섯째, 그 주제에 관해 정보가 어둡거나 흥미가 없는 사람으로 한다(김홍규, 1990).

본 연구에서는 이와 같은 기준에 따라 의료사회복지사의 역할에 대해 의료팀의 인식을 알아보기 위해 사회복지사 자신은 물론 주요 구성원인 의사, 간호사를 포함하였고, 의료사회복지사와의 팀 협력 경험이 없는 약사, 행정직원 등 다양한 직종들도 연구대상에 포함하였다. 조사대상자는 총 37명이었으나, Q분류상에 번호가 중복되었거나 응답이 성실하지 않은 설문지 2부를 제외하여 분석에는 총 35명의 설문을 사용하였다. 조사는 2006년 7월부터 8월 두 달간 서울·경기지역에 위치에 있는 6개의 대학병원에서 진행되었다. 응답자의 인구사회학적 특성은 부록으로 제시하였다⁶⁾.

(5) Q 분류(Q sorting)

Q분류는 조사대상자가 한 세트의 Q진술문 카드를 정상분포가 되도록 Q분류판에 배열하는 것을 말한다. 각 응답자(Q sorter)는 다음과 같은 방법으로 Q표본을 분류하였다. 먼저 무순으로 혼합된 Q카드를 전부 잘 읽은 후 가장 동의하는 카드는 +4에, 그 다음으로 동의하는 카드는 +3에, 가장 반대하는 카드는 -4에, 그 다음으로 반대하는 카드는 -3에 등등으로 분류하도록 하였다. 긍정과 부정을 모두 분류한 후 나머지는 0에 가깝게 분류되는데 여기에는 중립, 모름 등의 내용이 포함된다.

3) 자료분석 방법

조사대상 35명의 분류된 자료를 Q방법론 연구를 위해 고안된 통계프로그램인 PQ method(ver. 2.11)⁷⁾로 분석하였다. 구체적인 분석절차로는 먼저 P표본으로부터 수집된 자료를 배열카드에 기록된 진술항목 번호와 개수를 확인하면서 코딩⁸⁾하였다. 다음으로 P표본 35명의 Q-sort를 주성분요인분석(Principal Component Analysis)을 이용하여 분석한 후, 요인선정 기준⁹⁾에 따라 3개의 요인을 추출하

6) 본 연구의 응답자는 사회복지사 7명, 의사 5명, 간호사 5명, 영양사 4명, 물리치료사 4명, 약사 3명, 작업치료사 1명, 임상병리사 1명, 행정직원 5명이다. Q방법론에서는 변수간 상관관계의 발견이 연구의 목적이 아니므로 응답자의 인구사회학적 특성이 중요한 의미를 갖지 않는다. 본 연구에서도 응답자의 배경정보는 분석결과를 해석할 때 보조 자료로 사용하였다.

7) PQ method(ver. 2.11): Q유형의 요인분석만을 위해 고안된 통계패키지.

8) Q방법론으로 분류된 자료의 코딩은 Q표본의 분포도(그림2 참고) 순서에 따라 개별조사대상자의 분류번호를 DOS 화면에 직접 입력하는 방식이다. 자세한 코딩방법은 PQ Method Manual에 제시되어 있다.

9) 요인수의 결정은 다음과 같은 기준에 따라 선정한다. 첫째, 고유값(Eigen Value)이 1.00이상인 요인까지를 선정한다. 둘째, 유의미한 요인적재값(significant factor loadings)의 기준으로 오차범위 1% 수준에서는 그 요인 안에 적어도 두개의 적재값이 $2.58 \times (S.E. = 1/\sqrt{N})$ (N은 Q표본수)보다 커야 한다. 셋째, Humphry 규칙으로 한 요인에서 절대값이 가장 큰 두개의 적재값을 곱한 것이 표준오차의 두 배보다 큰 요인까지를 정한다. 본 연구에서는 세 번째의 기준에 따라 절대값이 가장 큰 두개

였다. 이렇게 나온 주요 요인들을 배리맥스(Varimax)방법으로 회전시켰다.¹⁰⁾ 이 과정을 통해 각 요인에 부하된 요인적재값을 각 응답자(Q sort)별로 비교해볼 수 있고, 특정요인의 시각에 강한 특성을 보이는 응답자를 구별해내 해석할 수 있다.

4. 연구결과 및 분석

1) Q유형의 형성

이상의 설문자료 분석을 통해 팀 성원의 의료사회복지사 역할에 대한 인식은 3유형으로 분류되었다. 이 3개 요인들의 적재값 백분율은 51%이었고, Q 요인분석의 결과는 <표 2>와 같다.¹¹⁾ 연구결과에 의해 산출된 각각의 Q요인들은 특정주제에 관하여 유사하게 판단 또는 생각하는 사람들의 집단으로서 하나의 연구 대상자들간의 공통된 견해(Group perspectives) 혹은 가치의 집합으로 볼 수 있다. 따라서 각 요인들은 한 사람의 시각처럼 받아들여 해석해야 한다.

첫 번째 A 유형은 Q-Sort번호로 2번, 4번, 11번, 14번, 15번, 17번, 21번, 22번, 29번, 30번, 31번, 33번, 35번에 해당하는 총 13명의 응답자들이 같은 시각을 가진 집단유형으로 묶였다. B 유형은 9번, 16번, 18번, 23번, 24번, 25번, 26번, 28번의 8명이 하나의 그룹을 이루었고, C유형은 1번, 5번, 7번, 10번, 12번, 13번, 19번, 20번, 27번, 34번 10명이었다.

<표 2> 의료사회복지사의 역할인식에 관한 3가지 유형

응답자 P-Set	Q 유형		
	A 유형 (N=13)	B 유형 (N=8)	C 유형 (N=10)
Sort 1	0.1312	0.0181	0.7168X
Sort 2	0.7068X	0.3891	0.2290

의 적재값을 곱한 것이 표준오차의 두 배인 0.4보다 큰 것으로 요인 3까지 선정했다(보다 자세한 내용은 Brown, 1980, p. 222 참조).

- 10) 본 연구의 관심은 발견된 다양한 시각 사이에서 나타나는 상관관계가 아니라 각 시각간의 차이를 찾아보고자 하는 것이다. 상호 독립적이며 서로 대립적인 관계를 가진 인식유형을 발견하는 것이 목적이므로 추출된 요인들이 중복되지 않고 직각의 관계(orthogonal factor relation)를 가지도록 회전시키는 배리맥스(varimax rotation) 방법을 사용하였다. 이렇게 함으로써 요인의 속성은 그대로 유지하면서도 각 시각간의 차이를 극명하게 하고 요인에 대한 설명력을 높일 수 있다(Brown, 1980; 박소희, 2002 재인용).
- 11) 각 요인별 표준오차는 A요인 0.137, B요인 0.174, C요인 0.156으로 계산되었다(공식참조: Brown, 1980:245-246).

$$* S.E.fs=S_x \cdot \sqrt{1 - \frac{0.8 \cdot P}{1 + (P-1) \cdot 0.8}} \quad (P는 각 요인에 해당하는 응답자수, S_x=1.0)$$

Sort 3	0.3900	0.1874	0.1671
Sort 4	0.6453X	0.3279	-0.0936
Sort 5	0.1472	0.2678	0.7221X
Sort 6	0.3598	0.3463	0.2828
Sort 7	0.4265	0.0487	0.7291X
Sort 8	0.5466	0.2337	0.5420
Sort 9	0.1338	0.7791X	0.3780
Sort 10	0.0664	-0.2886	0.6576X
Sort 11	0.5193X	-0.1882	-0.0578
Sort 12	0.1687	0.2824	0.7137X
Sort 13	0.1518	0.3165	0.7190X
Sort 14	0.5992X	0.1949	0.4352
Sort 15	0.4023X	-0.0499	0.2549
Sort 16	0.2959	0.7635X	0.2063
Sort 17	0.5444X	-0.5377	-0.0527
Sort 18	-0.0661	0.6080X	0.1393
Sort 19	-0.0433	0.0198	0.4071X
Sort 20	-0.2648	0.2025	0.4733X
Sort 21	0.6056X	0.4181	-0.1173
Sort 22	0.7460X	-0.1292	0.1334
Sort 23	0.1140	0.5063X	0.3328
Sort 24	0.3803	0.5358X	0.1050
Sort 25	-0.0896	0.7323X	0.4619
Sort 26	0.2679	0.7290X	-0.1830
Sort 27	0.2278	0.3566	0.6250X
Sort 28	-0.0133	0.7065X	-0.0238
Sort 29	0.8208X	0.2035	0.0610
Sort 30	0.6103X	-0.1653	0.1785
Sort 31	0.5622X	0.2686	0.4850
Sort 32	0.3211	0.2614	0.1908
Sort 33	0.5953X	0.1178	0.4006
Sort 34	0.3312	0.0405	0.6039X
Sort 35	0.3956X	0.2367	0.0329
eigen value	6.3	5.6	5.9
적재값 백분율(%)	18	16	17

주 : 가로축의 Q 요인은 요인에 부하된 개별응답자의 요인적재값을 말한다.

세로축의 X표시가 달린 음영칼럼은 같은 유형으로 묶인 응답자를 말한다.

2) 유형별 분석

다음에서는 팀 성원들이 의료사회복지사의 역할을 어떻게 인식하고 있는지 3가지 인식유형별로 유형의 구체적인 내용과 특성을 살펴보려고 한다. 각 유형의 해석은 해당유형의 진술문중 응답자가 양

극단에 배열한 진술문을 중심으로 해석하였다.

(1) A유형: “심리사회적 상담자” 역할 유형

<표 3>은 A유형의 특성을 전형적으로 나타낸 사람의 분류 결과로서, 양극단으로 분류한 진술문 즉 ± 1 이상의 표준점수(Z score)로 나타난 대표진술문만을 정리한 것이다.¹²⁾ <표 3>에서 응답자가 양 극단 쪽으로 분류한 진술문들을 살펴보면 이 유형의 관점을 잘 이해할 수 있다. 의료사회복지사의 역할에 대한 의료팀의 인식유형 A는 1번을 가장 동의하고, 2, 3번을 다음으로 동의하는 자리에 배열하였다. 반대로 A관점을 가진 사람들이 가장 동의하지 않은 내용은 13번이었고, 그 다음으로 동의하지 않은 것은 15, 6번이었다.

<표 3> A유형에서 긍정적 동의와 부정적 동의를 보인 진술문

No.	진술문	Z-score
1	환자의 신체적, 사회적, 경제적 어려움 개인상담	2.456
2	가족문제 해결을 위한 가족상담·가족치료	1.680
3	가족을 대상으로 질병과 가족역할에 대한 교육실시	1.088
6	환자를 대상으로 당뇨병, 알코올중독, 뇌졸중 등 질병교육 실시	-1.433
15	환자의 취업연결 및 직업재활 지원	-1.496
13	지역사회 주민을 대상으로 질병 교육	-1.593

A유형으로 묶인 사람들은 의료사회복지사의 역할을 “심리사회적 상담자”로 인식하고 있다고 해석할 수 있다. 환자의 개별상담뿐 아니라 가족의 문제에도 가족상담 및 가족치료로 적극적인 개입을 한다고 생각하고 있으며, 가족을 대상으로 질병과 가족역할에 대한 교육의 중요성을 인식하고 있다. 230명의 간호사를 대상으로 의료사회복지사의 역할에 대해 조사한 이경아(2006)의 연구에서는 의료사회복지사의 역할 중 ‘환자와 가족의 상담에 관한 역할’을 가장 높게 인식하고 있었고 반면 ‘환자의 개별 치료에 관한 역할’이 가장 인식도가 낮았다. 이를 통해 볼 때 팀 성원은 상담과 치료를 서로 다른 개입으로 보고 있음을 알 수 있다.

가족역할에 대한 의료사회복지사의 교육을 중요하게 인식하는 것과 반대로 이 유형의 관점을 가진 사람들은 환자를 대상으로 한 질병교육이나 지역사회주민을 대상으로 한 질병교육은 의료사회복지사의 역할이라고 인식하지 않았다. 이러한 결과를 통해 의료분야에서는 의료사회복지사의 클라이언트가 환자뿐만 아니라 가족이 매우 중요한 개입대상이 되어야 함을 시사한다. 또한 환자의 취업연결 및 직업재활 지원과 같은 지역사회자원연결 부분은 중요한 역할로 인식하지 않아 구체적인 자원을 연결하거나 제공하는 매개자, 제공자의 역할보다는 상담자체에 비중을 두고 있음을 알 수 있다. 따라서, A

12) 각 유형에 속한 사람들 중 인자가중치가 높은 사람일수록 그가 속한 유형의 전형적 혹은 이상적인 사람으로 그 유형을 대표하는 것을 의미한다(김상근·김성주, 2003).

유형의 응답자들은 의료사회복지사의 역할을 환자 및 가족에 대한 심리사회적 상담을 중요시하는 전형적인 상담자의 역할로 인식하고 있었다.

(2) B 유형: “자원개발 및 연결자” 역할 유형

B 유형에서 양극단에 놓여있는 진술문들을 살펴보면 <표 4>, 진료비지원을 위한 모금활동, 취업 및 직업재활지원, 재활장비 지원 등 지역사회자원을 개발하고 지원하는 의료사회복지사의 역할을 중요하게 생각하고 있었고, 반면 환자를 대상으로 한 질병교육이나 의료사회복지사의 전문성 향상을 위한 교육 부분은 중요하게 인식하고 있지 않음이 나타났다.

<표 4> B 유형에서 긍정적 동의와 부정적 동의를 보인 진술문

No.	진술문	Z-score
9	진료비 부담이 어려운 환자들을 위한 모금활동(Fund-raising activity)	1.719
15	환자의 취업연결 및 직업재활 지원	1.467
16	장애환자의 보장구 및 가정에서 필요한 재활 장비 지원	1.340
6	환자를 대상으로 당뇨병, 알코올중독, 뇌졸중 등 질병교육 실시	-1.171
24	학술대회, 워크숍 등 외부교육에 참가	-1.335
21	신입직원교육 및 직원훈련(In-service training) 실시	-1.814

이를 통해 B 유형으로 묶인 집단은 의료비 지원, 취업연결, 재활장비 지원 등을 강조하고 있으므로 의료사회복지사의 역할을 “자원개발 및 연결자”로 명명하였다. 이는 A관점과는 매우 상반되는 인식으로 의료사회복지사의 역할이 상담이나 치료보다 환자에게 반드시 필요한 구체적인 서비스를 제공하는 것으로 인식하고 있어 극명한 차이를 보였다.

반면 B유형에서는 의료사회복지사의 학술대회, 워크숍 등의 교육 참가나 직원훈련에 대한 인식은 매우 낮은 것으로 나타났다. 이는 자원개발과 연결의 역할을 중요하게 인식하므로 의료사회복지사의 전문적 자질향상을 위한 학문적 재교육에 관한 부분은 인식하고 있지 못한 것으로 해석된다.

(3) C 유형: “복합기능수행자” 역할 유형

양 극단 쪽의 진술문을 살펴보면 <표 5>, 환자와 가족에 대한 상담과 의료보장에 대한 정보제공 진술문에 강하게 동의하고 있는 것으로 나타났고, 팀 접근 업무나 수련생지도와 같은 교육, 질 보장 활동에 참여와 같은 역할에는 매우 동의하지 않았다.

<표 5> C유형에서 긍정적 동의와 부정적 동의를 보인 진술문

No.	진술문	Z-score
1	환자의 신체적, 사회적, 경제적 어려움 개인상담	1.757
8	생활보호, 장애수당, 의료급여 등 의료보장에 관한 정보 제공	1.105
2	가족문제 해결을 위한 가족상담 · 가족치료	1.099
18	의료팀 사례회의 및 회진에 참여	-1.175
25	사회복지 수련생 및 실습생 지도	-1.531
20	병원 질 보장(Quality Assurance) 활동에 참여	-1.569

C유형은 A유형과 B유형의 특성을 포함하는 “복합기능수행자”의 관점을 갖고 있었다. A유형의 대표적 특성인 심리사회적 상담자의 역할도 강하게 동의하면서, B유형이 인식하는 자원 연결자의 역할로 볼 수 있는 생활보호, 장애수당, 의료급여 등 각종 지역사회자원에 대한 정보제공의 역할도 중요하게 인식하고 있다는 측면에서 그러하다. 반면 사례회의 및 회진참여, 수련생 지도, 병원 질 보장 활동은 의료사회복지사의 역할로 인식하고 있지 않았다. 이는 B시각을 가진 집단이 의료사회복지사의 재교육을 위한 역할을 낮게 인식하는 것과 같은 맥락이다. 또한 팀 성원들은 상담자와 자원연결자의 복합기능수행에 의료팀회의나 QA활동 참여 등은 필요한 것으로 인식하지 않아 의료사회복지사의 독자적인 역할수행을 강조하고 있는 것으로 해석된다. 이는 의료전문직과 병원행정부 모두 의료사회복지사에게 빠르고 효율적인 업무처리는 물론 독립적으로 일할 것을 기대한다고 역설한 의료사회복지사이면서 연구자인 Gregorian(2005)의 지적과 같은 맥락에서 이해된다.

3) 비교를 통해본 인식유형의 특성

앞서 유형별 분석에서는 유의미하게 나누어진 3가지 관점의 구체적인 내용을 분석함으로써 각 유형의 특성을 살펴보았다. 다음에서는 한 유형이 다른 유형과 어떤 차이를 보이는지 진술문의 유형별 표준점수(Z값)의 절대값 차이가 1이상인 진술문중([Z값 차이]>1.00) 그 값이 가장 큰 진술문을 선택하여 뚜렷한 유형별 특성이 무엇인지 파악해보았다.

(1) A유형과 B유형간의 차이

A유형과 B유형에서 가장 차이가 크게 나타난 진술문은 “환자의 취업연결 및 직업재활지원”으로 A유형에서는 Q분류판의 -3칸에 분류하여 매우 동의하지 않는 반면($Z=-1.496$), B유형에서는 +3칸으로 분류하여 매우 동의하고 있어($Z=1.467$) Z값의 차이가 -2.963 으로 상당히 크다. 따라서, 환자의 퇴원 후 재활을 위한 구체적인 자원을 연결하고 개발하는 역할이 A, B 유형을 구분하는 특징적 내용임을 알 수 있다.

<표 6> A 유형과 B 유형간에 가장 차이가 나는 진술문

No.	진술문	A유형	B유형	Z값 차
15	환자의 취업연결 및 직업재활지원	-1.496 (-3)	1.467 (+3)	-2.963

(2) B유형과 C유형간의 차이

두 유형 간 가장 큰 차이를 보인 진술문은 “환자를 대상으로 당뇨병, 알코올중독, 뇌졸중 등 질병교육 실시”로서 B유형은 -3칸으로 분류하여 매우 동의하지 않는 반면($Z=-1.171$), C유형은 +1칸에 두어 동의를 표하여($Z=0.823$) 그 차이가 -1.994로 나타났다. 환자 대상 질병교육의 역할이 복합기능수행자 관점에서는 동의하는 편이나 자원연결 및 개발자의 역할로 인식하는 B유형에서는 당연히 동의하지 않는 항목이므로 차이가 명확히 나타났다.

<표 7> B 유형과 C 유형 간에 가장 차이가 나는 진술문

No.	진술문	B유형	C유형	Z값차
6	환자를 대상으로 당뇨병, 알코올중독, 뇌졸중 등 질병교육실시	-1.171 (-3)	0.823 (+1)	-1.994

(3) A유형과 C유형의 차이

A, C 유형에서 차이가 발생한 진술문도 “환자를 대상으로 당뇨병, 알코올중독, 뇌졸중 등 질병교육 실시”였다. A유형에서는 -3($Z=-1.433$)으로 구분하여 매우 동의하지 않는 반면 C유형에서는 +1($Z=0.823$)로 구분하여 동의한다고 나타났고, 그 차이는 -2.256이었다. 의료사회복지사의 역할을 심리상담자로 인식하는 A유형에서는 질병교육의 역할은 동의하지 않아 상담을 더 강조하고 있음을 추정할 수 있다. 하지만 복합기능수행자 역할로 인식하는 C유형에서는 교육자의 역할을 어느 정도 인정하는 것을 알 수 있다.

<표 8> A 유형과 C 유형간에 차이가 나는 진술문

No.	진술문	A유형	C유형	Z값차
6	환자를 대상으로 당뇨병, 알코올중독, 뇌졸중 등 질병교육실시	-1.433 (-3)	0.823 (+1)	-2.256

4) 공통적 의견

연구결과 팀 성원들은 의료사회복지사의 역할에 대해 3가지 유형으로 다르게 인식하고 있었지만,

팀 성원들이 공통적으로 갖고 있는 관점도 있었다. 공통적 견해가 많다는 것은 유형간의 상관관계가 높아 유형간의 차이가 크지 않다는 것을 나타낸다(김동배·안인경, 2004). 본 연구에서 각 인식 유형간에 유의한 차이를 보이지 않은, 즉 공통적 견해로 나타난 진술문은 총 2문항이었다. 5번 “입원환자에게 미술, 음악, 레크리에이션 등 집단 활동 프로그램 실시”, 8번 “생활보호, 장애수당, 의료급여 등 의료보장에 관한 정보제공”은 0에 가깝게 분류하여 강한 동의나 부동의가 아닌 중립적인 견해를 갖고 있었다.

5) 사회복지사를 제외한 분석 결과

이상은 사회복지사에 대한 의료팀의 인식을 알아보기 위해 사회복지사를 포함한 의사, 간호사, 영양사 등 의료직종을 대상으로 한 분석이다. 이번에는 사회복지사 역할에 대한 의료팀의 인식에 대해 사회복지사 본인들을 제외한 경우 어떤 차이가 발생하는 지 살펴보기 위해 P sample에서 사회복지사를 제외하고 다시 분석해보았다.

7명의 사회복지사를 뺀 총 28명의 분류된 자료를 동일한 분석절차에 의해 추출한 결과 5개의 유형으로 분류되었고¹³⁾, 이 5개 요인들의 적재값 백분율은 68%였다. A 유형은 Q-Sort번호로 1번, 5번, 7번, 13번, 19번, 27번에 해당하는 총 6명의 응답자들이 같은 시각을 가진 집단유형으로 묶였다. B 유형은 9번, 16번, 17번, 18번, 25번, 28번 6명이 하나의 그룹을 이루었고, C 유형은 2번, 4번, 14번, 21번, 22번, 24번 6명, D유형은 6번, 10번, 12번, 23번의 4명, 마지막으로 E유형은 11번, 20번, 2명으로 이루어졌다.

각 유형의 Q표본 분포도를 분석해본 결과 상담자, 자원연결자, 복합기능수행자, 퇴원계획가, 교육자로 구분할 수 있었다. 이러한 결과는 사회복지사를 포함했을 때의 3유형에 비해 퇴원계획가, 교육자가 추가된 보다 세분화된 유형으로써 의료팀은 사회복지사가 스스로 인식하는 것보다 더욱 다양한 영역에서 사회복지사의 역할을 인식하고 있음을 알 수 있다.

5. 결론

1905년 Dr. Cabot가 처음으로 사회복지사를 병원에 고용하여 의료영역에 사회복지서비스가 실시된 이후로부터 의료사회복지사의 역할은 계속 진화되어왔다. 이러한 발전은 사회복지사 스스로에 의해서도 환경과 조직체계의 영향으로 이루어지므로(Kitchen and Brook, 2005), 팀 접근을 실시하는 의료영역에서는 사회복지사에 대한 의료팀의 정확한 인식을 파악하는 것이 의료사회복지사의 효과적인 역할 수행의 전제가 된다.

본 연구는 이러한 문제제기에서 출발하여 사회복지사와 의사, 간호사, 영양사, 행정직 등 다양한 의

13) 각 요인별 표준오차는 A, B, C요인이 0.2, D요인이 0.242, E요인이 0.333으로 계산되었다.

료전문직 및 행정직원을 포함한 조사대상자에게 의료사회복지사의 역할에 관하여 이들의 주관적 인식을 파악하는 것을 연구의 목적으로 하였다. Q방법론을 활용하여 분석한 결과, 의료팀은 사회복지사의 역할을 심리사회적상담자, 자원개발 및 연결자, 복합기능수행자 등 3가지 유형으로 인식하고 있는 것을 발견하였다. 이러한 유형화 작업은 팀 접근의 핵심성원인 다양한 직종의 의료전문직들이 사회복지사의 역할을 구체적으로 어떻게 인식하고 있는지, 인식유형에 차이는 있는지, 차이가 있다면 각각의 특성은 무엇인지를 논의하게 하고, 이를 바탕으로 사회복지사의 역할인식증대방안을 탐색함으로써 연구의 의의를 가진다. 다음에서는 연구결과를 토대로 몇 가지 실천적 함의를 논의함으로써 의료영역에서 사회복지사의 효과적인 역할수행의 방향을 찾아보았다.

첫째, 의료사회복지사의 역할에 관한 의료팀의 시각이 다양하게 나타난 결과는 역할의 유연성을 보여준다는 점에서는 긍정적이거나, 의료팀이 의료사회복지사의 역할을 명확히 인식하고 있지 못함을 반영하는 결과이기도 하다. 의료사회복지사를 대상으로 자신의 업무에 대한 우선순위를 조사한 연구인 유수현(1978), 김규수(1985)의 연구결과에서 1위는 심리사회정신적 문제해결업무이었다. 1970년대, 1980년대, 1990년대 연구를 추적하여 의료사회복지사 자신들이 스스로 중요하다고 인식하는 활동을 조사한 최선화, 박광준, 안홍순, 이준영, 박정위(2000)의 연구에서도 모두 심리사회정신적 문제해결 업무가 제1순위임이 나타났다. 반면, 경제적 문제해결은 1970년대에는 두 번째로 중요한 업무로 인식되었으나 80년대, 90년대의 경우 여섯 번째의 업무임이 나타났다. 이와같이 의료사회복지사를 대상으로 한 선행연구와 비교해볼 때 본 연구의 결과는 사회복지사의 역할에 대한 의료팀간의 상이한 인식의 의미하는 것으로 역할갈등 및 역할모호성을 불러일으킬 수 있음이 제시되었다.

둘째, 사회복지사를 제외한 분석결과에서 나타난 바와 같이 의료팀은 다양한 사회복지사의 역할을 인식하고 있었다. 즉 의료사회복지사들이 전통적으로 선호해 온 심리사회적 상담자 역할이외에도 퇴원계획가, 교육자 등 다양한 역할의 수행을 기대하고 있음을 나타내는 것이다. 역할수행에서 자기 전문분야가 가지는 기대와 다른 전문분야가 예상하는 기대의 차이가 적을수록 팀 활동은 원활해진다. 이러한 점에서 역할분화와 역할정의는 효과적인 팀 수행에 영향을 미치는 필수적인 요인으로 알려져 있다(성희자, 2003:49). Davidson(1990)은 의료사회사업가 자신과 다른 의료전문직이 의료사회사업가의 역할을 인식하는데 많은 차이를 보인다는 점을 강조하면서 의료사회사업가들은 의료분야의 다른 전문직들과 역할갈등을 피하기 위해 의료사회사업가의 직무를 규정하는데 많은 노력을 기울여야 한다고 주장하였다. 따라서 의료사회복지사는 심리사회적 상담자 역할이외에 팀성원이 인식하고 있는 역할에 관심을 가지고 적극적으로 수행해야 할 것이다.

셋째, 최근 급변하는 의료 환경은 사회복지사의 자원개발 및 연결자 역할을 더욱 강조하고 있다. 종합병원은 경제발전과 산업화, 의학기술의 발달, 인구구조 및 질병양상의 변화, 국민권리의식의 강화, 의료관련 사회제도의 변화, 새로운 사립종합병원의 등장 등의 환경변화에 직면하고 있다(김정선·김희진, 1997). 또한 조직 정비, 인력감축 등의 병원재구조화(restructuring)와 입원병동의 축소, 병동중심에서 외래 및 지역사회보호중심으로의 변화가 진행되고 있다(Mizrabi and Berger, 2001). 이러한 환경 하에서 사회복지사의 역할은 병원운영에 가지적인 기여를 할 수 있어야하므로 의료사회복지사의 자원개발 및 연결자의 역할은 더욱 중요해지리라 예상된다. 황숙연(2000)은 아직도 의료사회복지사의

역할이 분명히 정립되지 않은 상황에서는 의료적 상황의 변화에 민감하게 반응하여 병원내에서 의료사회복지사가 가장 전문적으로 수행할 수 있는 고유의 영역을 만들어 나갈 필요가 있다며 퇴원계획을 포함하는 사례관리자의 역할을 강조하였다.

넷째, 의료팀은 환자보다 가족에 대한 의료사회복지사의 역할을 중요하게 인식하고 있었다. 생태체계모델의 관점에서 환경속의 인간으로 클라이언트를 만나는 사회복지사는 실제로 의료모델의 관점을 갖고 있는 의사나 간호사보다 가족과 더 상호작용하며 일한다. Black(2005)은 의료사회복지사가 가족과 의사소통하고 개입할 수 있는 능력이 사회적 관계망 내에서 환자를 관리하는 팀의 미션을 잘 보완할 수 있다고 보았다. 왜냐하면 효과적인 가족과의 의사소통기술은 학제간 팀의 기능수행에 절대적이기 때문이다. 따라서, 의료사회복지사의 가족에 대한 개입을 적극적으로 실시하여 의료사회복지사의 역할 홍보 및 확대의 기회로 삼아야 할 것이다.

의료시장의 개방, 대형화 및 기업화된 의료기관의 증가로 병원간 경쟁이 심화되는 등 의료환경은 급변하고 있다. 이에 병원에서는 병원경영상 사회복지서비스가 필요한 합리적인 이유를 요구하게 된다. 즉 병원의 목표를 달성하는데 의료사회복지가 효과적일 뿐 아니라 병원경영에 부정적인 영향을 주는 문제들을 해결하는데 있어서도 효과적인 점을 증명해야 하는 상황에 있게 된 것이다. 그러므로 사회복지의 철학과 서비스가 병원 경영자에게 인식되어 의료사회복지서비스를 최대한 활용하게 만들어야 하며, 의료사회복지서비스가 병원의 목적을 달성하는 데 꼭 필요한 기능임을 보여주어야만 하게 되었다(연세대학교 사회복지연구소, 1997). 이를 위해서는 의료사회복지사가 팀 접근을 함께 하는 의료팀 성원들의 사회복지사 역할에 대한 기대를 명확히 인식하는 것이 중요하다. 물론 의료사회복지사가 팀 성원이 인식하고 있는 데로 사회복지사의 역할을 수동적으로 수행하는 것이 사회복지정책성과 전문성을 발휘하는 길은 아닐 것이다. 하지만 의료분야는 사회복지사가 일차전문직이 아닌 이차셋팅으로서 아직까지 확고하지 못한 사회복지사의 역할을 의료분야에 정착시키는 단계에서는 팀 성원이 인식한 사회복지사의 역할을 먼저 수행하는 것이 우선이라고 본다. 사회복지사는 의료팀이 기대하는 역할을 수행해냄으로써 사회복지사의 필요성을 인정받게 될 것이고, 팀 접근에서 신뢰성도 쌓을 수 있게 된다. 그 다음 단계에서 사회복지사가 중요하다고 생각하는 역할을 의료팀에게 인식시키는 것이 의료분야에서 사회복지사의 정체성확립과 역할수행에 효율적 방안이 된다. 이와 같이 궁극적으로는 의료사회복지사의 역할에 대한 사회복지사와 다양한 의료직종간의 양 방향적 의사소통이 반복되는 가운데 사회복지사의 역할갈등 및 역할보호성 문제의 해결이 시도될 수 있을 것이다. 이를 위한 의료사회복지사 역할인식 제고의 구체적인 전략을 제시하면 다음과 같다.

첫째, 팀 성원간 공식, 비공식적 의사소통체계의 구축이다. 복잡하고 바쁘게 돌아가는 병원운영상 팀 성원이 자주 직접 만나거나 의견을 교환하기가 쉽지 않다. 회진, 세미나, 사례회의(Case Conference, Family Conference), 부서회의 등의 공식적인 의사소통통로를 마련함으로써 정기적으로 서로의 의견을 교환하고 조정하는 장으로 활용할 수 있다. 특히 감사의 표현, 칭찬, 인정, 팀 성원에 대한 개인적 관심 등은 팀접근의 협조적 태도를 강화하도록 도우므로(윤현숙, 김연옥, 황숙연, 2001) 비공식적으로도 팀 성원간 관계형성을 위한 노력이 필요하다. 둘째, 종합병원이나 대학병원의 경우 매년 실시되는 인턴 교육시 사회복지 부서에 대한 오리엔테이션을 실행함으로써 진입하는 의료진에게

사회복지사의 역할을 구체적으로 알릴 기회로 활용한다. 특히 의사는 팀의 책임을 맡고 있는 리더가 되고, 의사에 따라 팀 접근의 방향이 좌우되는 경우가 많으므로 더욱 중요하다. 셋째, 의료사회복지사의 직무지침서를 제작하여 팀접근을 하는 관련부서에 사회복지사의 역할에 대한 홍보자료로 배부하는 방안이다. 다양한 의료전문직종들은 고유의 교과과정이나 훈련과정에서 사회복지 및 사회복지사에 대해 거의 배울 기회를 갖지 못했으므로 사회복지사의 역할을 정확히 인식하지 못하는 것이 당연할 수도 있다. 각 병원 사회복지 부서 또는 의료사회복지사협회에서 직무지침서를 제작하여 브로셔 및 소책자 형태로 배부하여 의료팀이 쉽게 이해할 수 있도록 한다.

본 연구는 몇 가지 연구 한계점을 지니고 있다. 우선 Q방법론을 사용하여 개인의 주관적 의견이나 인식의 구조를 알아본 것은 의료분야에 있어서 의료팀의 주관성이 팀접근을 하는 의료사회복지사의 역할수행에 미치는 영향이 매우 큰 점을 생각하면 주관성을 과학적으로 측정하는 Q방법론의 효용성은 크다고 생각한다. 하지만 연구방법론으로서의 Q방법론에 대한 비판으로 무작위추출에 의하지 않고 적은수의 연구대상자를 토대로 산출된 결과라는 점(김순은, 1999)은 본 연구에서도 한계점으로 제시할 수 있다. 본 연구에서는 Q방법론에서 이 문제를 해결하기 위한 지침대로 연구대상의 선택에 있어서 연구주제와 관련하여 대표적인 사람들이 참여되도록(김순은, 1999) 노력하였으나 다양한 전문직이 무작위 추출됨으로써 전문직간 차이로 인한 영향력을 통제하지 못한 한계가 있다. 앞으로 다양한 연구방법론을 활용하여 의료사회복지사의 역할에 대한 의료팀의 인식에 대한 심도깊은 논의가 필요할 것이다. 다음으로 Q분류에서 하나의 동일 항목내에 포함된 문항간 차이를 무시하는데서 파생한 한계점이다. 예를 들어 ‘동의하지 않음’ 항목에 분류된 모든 카드는 분류자가 각 문항에 대하여 똑같은 느낌을 갖지 않고 있음에도 불구하고 같은 값이 정해진다는 것이다. Q방법론에서는 이러한 분류방법이 갖는 제한점을 개선하여 조정된 순위절차(mediated-ranking procedure) 방법이 개발되었다. 즉 조정된 순위절차는 각 항목안에 분류된 진술문의 순위를 매겨 더 큰 문항변량을 갖게 하는 방법이 있으나(김헌수·원유미, 2000:65), 본 연구에서는 전통적 방법으로 분류하여 이를 보완하지 못한 제한점을 갖고 있다. 이외에 연구의 대상자를 대학병원에 근무하는 의료전문직 및 행정직만을 대상으로 했기 때문에 본 연구의 결과를 1, 2차병원이나 광범위한 지역사회세팅에서 근무하는 의료팀의 인식으로 보기는 어렵다는 점이다.

종합병원은 사회복지사에게 학문적, 실천적으로 자극이 되는 환경이지만 아직까지 의료사회복지사 역할에 대한 명확한 인식이 정립되지 않는 상황에서 적은 인원으로 의료사회복지사의 역할을 수행하기에는 어렵고 혼돈스러운 환경이다. Berkman 등(1996)은 의료영역에서 살아남는 사회복지사는 “독립적이고 융통성이 있으며 개방적이며 실용적이며 팀 중심적이며 클라이언트중심적인 고급 임상전문가(sophisticated Clinical Specialists)”라고 했다. 유능한 고급 임상전문가로서 의료사회복지사의 전문성 구축을 위해 의료팀에게 다양하게 인식되고 있는 의료사회복지사의 역할을 효과적으로 수행해 내어야 할 것이다.

참고문헌

- 강홍구. 2004. 『의료사회복지실천론』. 현학사.
- 권자영. 2002. “당뇨병 교육에서의 의료사회복지사의 역할 기대”. 제21차 대한의료사회복지사협회 Workshop - 의료사회사업 실천과 가족 자료집.
- 김규수. 1985. “우리나라 의료사회사업의 현황과 활성화 방안”. 『사회복지연구』 13: 83-114.
- _____. 1999. 『의료사회사업론』. 형설출판.
- 김기환·서진환·최선희. 1997. “의료사회사업가의 직무표준화를 위한 연구”. 『사회복지학』 33: 1-28.
- 김동배·안인경. 2004. “한국인의 정신건강 개념에 관한 연구”. 『한국사회복지학』 56(1): 203-233.
- 김상근·김성주. 2003. “TV프로그램 선호도에 관한 주관성 연구”. 『주관성연구』 8: 52-79.
- 김범중. 1999. “Q방법의 방법론적 이해와 연구에의 적용”. 『경영연구』 8: 29-45.
- 김보기. 1994. “사회복지사가 인지하는 정신의료사회사업서비스에 관한 연구”. 이화여자대학교 사회복지학과 석사학위논문(미간행).
- 김순은. 1999. “Q방법론의 이론적 배경과 비판적 고찰”. 『정책분석평가학회보』 7(1): 5-25.
- 김정선·김희진. 1997. “병원조직구조의 특성에 따른 간호사의 전문직 정체성”. 『보건과 사회과학』 1(1): 89-126.
- 김현수·원유미. 2000. 『Q방법론』. 교육과학사.
- 김현진. 2001. “의료사회복지사의 조직몰입에 관한 연구”. 카톨릭대학교 사회복지학과 석사학위논문(미간행).
- 김홍규. 1990. 『Q방법론의 이해와 적용』. 서울: 서강대 언론문화연구소.
- _____. 1996. “Q방법론의 유용성 연구” 한국 Q학회 창립기념 학술발표논문.
- _____. 2003. “Q방법론의 정치적 적실성과 적용가능성”. 『주관성연구』 8: 5-18.
- 노연희·이채원. 2005. “공공병원 의료사회복지사의 경제적 지원서비스 제공 활동에 관한 연구”. 『한국 사회복지행정학』 7(1): 1-27.
- 박경수. 2006. “장애인복지 소비자주의에 대한 사회복지전문직의 주관적 개념화분석” 『한국사회복지학』 58(4): 69-196.
- 박선주. 2004. “의료사회복지사의 직무스트레스와 대처전략이 직무만족에 미치는 영향에 관한 연구”. 서울여자대학교 사회복지학과 석사학위논문(미간행).
- 박소희. 2002. “정보격차 인식유형에 관한 Q방법론적 연구-정보격차에 관한 이론적 시각을 중심으로”. 2002 정보화촉진 논문현상 공모 당선작.
- 성기원. 2004. “의료사회복지사의 역할에 대한 의료전문직의 인식에 관한 연구”. 이화여자대학교 사회복지대학원 석사학위논문(미간행).
- 성희자. 2003. “의료사회사업 실천에 있어서의 팀 협력”. 제22차 대한의료사회복지사협회 워크숍 -의료사회복지사의 제도적 역량강화 자료집, 39-57.
- 손덕순. 2002. “노인정신병원의 사회사업전략 - 노인전문병원의 사회복지사 역할을 중심으로” 『한국사회복지』 7: 339-353.
- 연세대학교 사회복지연구소. 1997. 의료사회사업가의 직무표준화를 위한 연구.
- 오창순. 1993. “한국 종합병원 의료사회사업가의 역할인식과 이에 대한 의료전문직의

- 기대에 관한 연구". 이화여자대학교 사회복지학과 박사학위논문(미간행).
- 유수현. 1978. "종합병원내 의료사회사업가의 전문적 지위에 관한 연구". 숭실대학교 사회사업학과 석사학위논문(미간행).
- _____. 1980. "한국의료사회사업의 전문화를 위한 고찰". 『사회복지』 한국사회복지협의회.
- _____. 1989. "한국의료사회사업의 현황과 과제". 한국사회복지협의회.
- _____. 2002. "의료사회사업의 실천과 가족". 제21차 대한의료사회복지사업회 Workshop - 의료사회사업 실천과 가족 자료집.
- 윤현숙·김연옥·황숙연. 2001. 『의료사회사업론』. 나남출판.
- 이경아. 2006. "임상간호사의 의료사회복지사의 역할에 대한 인식과 태도에 관한 연구". 경희대학교 석사학위논문(미간행).
- 이광재. 2002. 『의료사회사업론』. 인간과 복지.
- 이규선. 2002. "의료사회복지사의 임파워먼트(Empowerment)에 관한 연구". 이화여자대학교 석사학위 청구논문(미간행).
- 이윤로·홍영수. 2005. 『의료사회사업론』. 학지사.
- 이정은. 2001. "노인전문병원 의료사회사업가의 역할정립 방안에 관한 연구 -의료사회사업가의 임상직무 표 분석에 기초하여-". 이화여대 사회복지학과 석사학위논문(미간행).
- 이체원. 1995. "의료사회사업가의 역할갈등 및 역할모호성과 직무만족에 관한 연구". 서울대학교 사회복지학과 석사학위논문(미간행).
- 조소영. 1997. "사회복지사의 보건소 노인보건사업 참여를 위한 사회복지사 역할개발 연구". 『한국보건간호학회지』 11(1): 138-162.
- 최명민. 1998. "워크숍 당노 캠프에서 사회복지사의 역할". 『대한당뇨병학회 당뇨병 연구 워크숍』 46-50.
- _____. 현진희·전혜성. 2005. "의료사회복지사를 소진으로부터 보호하는 요인은 무엇인가?". 『한국사회복지학』 57(4): 343-370.
- 최선화·박광준·안홍순·이준영·박정위. 2000. 『의료복지서비스와 의료정책』. 부산: 신라대학교 사회과학연구소.
- 최원주. 2002. "브랜드개선의 유형화를 위한 브랜드개성의 Q방법론적 접근"
<http://www.adic.co.kr/uw-data/dispatcher/lit/fulltext/Article/A1000385/03.html>
- 한국정신보건사회사업학회. 2000. 『정신보건 전문요원 수련교재』. 양서원.
- 한인영·최현미·장수미. 2006. 『의료사회복지실천론』. 학지사.
- 한현미. 1993. "의료기관에 종사하는 사회복지사의 Burnout에 관한 연구". 이화여대 사회복지학과 석사학위논문(미간행).
- 황상민·최은혜. 2002. "Q방법론의 심리학적 적용과 해석의 문제: 객관성과 주관성의 이중주". 『주관성 연구』 7: 4-24.
- 황숙연. 2000. "의료문제와 사회복지실천". 조홍식 편. 『사회복지실천분야론』. 서울: 학지사. 243-267.
- Berkman, B., Bonander, E., Kelmer, B., Rubinger, M., Ruthchick, I., and Silverman, P. 1996. "Social work in the academic medical center: Advanced training-a necessity." *Social Work in Health Care* 24(1/2): 115-135.
- Black, K. 2005. "Advanced Directive Communication Practices: Social Workers' Contributions to the Interdisciplinary Health Care Team" *Social Work in Health Care* 40(3): 39-55.

- Bonta, J. and Deuschle, K. 1974. "An Agenda for the Future of Interprofessionalism". *Medicine and Social Work* pp. 35-46. in *Medicine and Social Work*, edited by H. Rehr. N.Y: Prodist.
- Brown, S., 1980, *Political Subjectivity: Application of Q methodology in Political Science*, Yale University Press.
- Cowles, Lois A. Fort. 2003. *Social work in the Health Field*. The Haworth Social Work Practice Press.
- Davidson, K. 1990. "Role blurring and the hospital social worker's search for a clear domain". *Health and Social Work* 15(3): 228-234.
- Fink, A. E. 1963. *The Field of Social Work*. N.Y.: Halt Rinehart and Winston. Inc.
- Gregorian, C. 2005. "A career in Hospital Social Work: Do you have what it takes?" *Social Work in Health Care* 40(3): 1-14.
- Hall, P. and Weaver, L. 2001. "Interdisciplinary Education and Teamwork: A long and winding load, *Medical Education* 35: 867-875.
- Kitchen, A. and Brook, J. 2005. "Social Work at the Heart of the Medical Team" *Social Work in Health Care* 40(4): 1-18.
- Krinka, T. and Clark, P. 2000. *Health care teamwork*. Greenwood Publishing Group, Inc.
- Mason, S. E. 2005, "Offering African Americans Opportunities to Participate in Clinical Trials Research: How Social Workers Can Help" *Health and Social Work* Nov. 30(4): 296-304.
- Marshall, V.W. 2005, "Cultivating social work leadership in health promotion and aging" *Health and Social Work* May. 30(2): 135-144.
- Mizrahi, T. and Abramson, J. S. 2000. "Collaboration between Social Workers and Physicians: Perspectives on a shared case." *Social Work in Health Care* 31(3): 1-24.
- Mizrahi, T. and Berger, C. S. 2001. "Effect of a Changing Health Care Environment on Social Work leaders: Obstacles and Opportunities in Hospital Social Work" *Social Work* 46(2): 170-182.
- Shores, J. B. 1978. "Staff Development for Leadership." *Nursing Clinics of North America* 13(1): 103-109.
- Zastrow, C. H. 1999. *The Practice of Social Work*(6th ed.). Brooks/Cole Publishing Company.

<부록> 응답자의 인구사회학적 특성

번호	직종	성별	나이	학력	근무경력	팀원유무
1	간호사	여	27	대졸	3년	유
2	행정직	남	27	대졸	1년	유
3	전문의	남	37	대학원졸	9년	유
4	간호사	여	34	대졸	11년	유
5	물리치료사	여	38	대졸	9년	유
6	영양사	여	29	대졸	5년	유
7	전문의	남	39	대학원졸	5년	유
8	행정직	남	33	대졸	4년	유
9	약사	여	27	대졸	18개월	유
10	작업치료사	여	26	대졸	3년	무
11	행정직	여	28	대졸	8년	무
12	간호사	여	무응답	대학원재	7년	유
13	영양사	여	40	대학원졸	15	유
14	간호사	여	38	대학원졸	18년	유
15	행정직	남	35	대졸	10년	유
16	물리치료사	남	35	대졸	9년	유
17	전문의	남	38	대학원졸	6년	유
18	약사	여	46	대졸	21년	무
19	전문의	남	35	대학원졸	7년	무
20	간호사	여	42	대학원재	19년	무
21	행정직	여	38	대학원졸	18년	무
22	영양사	여	43	대학원졸	20년	유
23	약사	여	45	대학원졸	20년	무
24	영양사	여	34	대졸	11년	유
25	물리치료사	여	32	대학원	8년	무
26	전문의	남	61	대졸	35년	유
27	임상병리사	여	53	대졸	27년	유
28	물리치료사	남	40	대학원졸	14년	무
29	사회복지사	여	26	대학원재	10개월	유
30	사회복지사	여	37	대졸	13년	유
31	사회복지사	여	40	대학원졸	20년	유
32	사회복지사	여	38	대학원졸	14년	유
33	사회복지사	여	25	대학원재	8개월	유
34	사회복지사	여	46	대학원재	24년	유
35	사회복지사	여	25	대졸	1년	유

An Explorative Study of the Perception on the Role of Medical Social Workers Using Q Methodology

Jang, Soo-Mi
(Cheongju University)
Whang, Young-Ok
(Hanyang University)

In the health care setting which social work services are provided by interdisciplinary team approach, understanding the perception and expectation on the role of social workers worked with medical team is important for social workers to play their role effectively.

This study is focused on the medical team members such as doctors, nurses, nutritionists and administrative staffs by researching the type of perception and each characteristics through using the Q methodology.

It is concluded that perception on medical social workers is categorized into three types : psycho-social counselor, coordinator/developer of resources, multiple function player. Finding for this study suggest that the implications on social work practice in health care setting.

Key words: Interdisciplinary team, Health Care Setting, Medical Social Worker, Role, Q methodology

[논문접수일 2007. 1. 31. 게재확정일 2007. 5. 10.]