

소아청소년암 경험자 대상 심리사회서비스를 제공하는 병원과 비영리민간단체 사회복지사의 역할 인식

김민아¹ | 최권호^{2*} | 유정원³ | 박가량²

¹ 성균관대학교

² 경북대학교

³ 송실사이버대학교

* 교신저자: 최권호 (kchoi@knu.ac.kr)

초록

본 연구는 소아청소년암 대상 심리사회서비스를 제공하는 병원과 비영리민간단체 사회복지사의 역할에 대한 인식을 조사하였다. 문헌고찰을 기반으로 15개의 영역에서 55개의 심리사회서비스 역할을 제시하였고, 병원 기반 또는 비영리민간단체에서 근무하는 42명의 사회복지사들을 대상으로 각 역할의 중요성과 수행 정도에 대한 설문조사를 실시하였다. 병원과 비영리민간단체 사회복지사 집단 간 차이를 검증하기 위한 독립표본 t-검정을 실시한 결과, 기관유형별로 중요하게 인식하는 심리사회서비스 제공 역할에 유의미한 차이가 있었다. 병원과 비영리민간단체의 사회복지사들이 수행하는 개인 및 기관 차원에서의 서비스 제공 역할 정도에도 통계적으로 유의미한 차이를 확인하였다. 본 연구 결과를 통해 의료기관과 지역사회 기관 내 소아청소년 대상 심리사회서비스 제공자들의 협력을 도모하여 서바이버십 궤적에서의 서비스의 연계성과 서바이버십의 질적 향상을 도모할 수 있기를 기대하였다.

주요 용어: 소아청소년암, 심리사회서비스, 사회복지사, 역할 인식

알기 쉬운 요약

이 연구는 왜 했을까? 본 연구는 소아청소년암 심리사회서비스 제공자가 수행하는 역할에 대해 사회복지사가 중요하게 생각하는 정도와 개인 및 조직이 실제로 그 역할을 수행하는 정도에 대한 인식을 병원과 비영리민간단체 사회복지사를 대상으로 조사하여 비교하였다. 이를 통해 소아청소년암 대상 심리사회서비스 제공자로서 사회복지사들이 새로운 역할을 정립하고, 필요한 교육 및 훈련을 제공받는 데 도움이 되고자 하였다.

새롭게 밝혀진 내용은? 연구 결과, 병원과 비영리민간단체의 사회복지사들이 각각 중요하게 인식하는 심리사회서비스 제공 역할에는 유의미한 차이가 있었다. 또한, 개인 또는 조직 차원에서 실제로 수행하는 서비스 제공 역할 정도에 대해서도 병원 및 비영리민간단체의 사회복지사들의 인식에 차이가 있는 것으로 나타났다.

앞으로 무엇을 해야 하나? 의료기관과 지역사회의 비영리민간단체 기관 내에서 소아청소년암 경험자 및 가족들에게 심리사회서비스를 제공하는 전문가들이 서로의 역할을 잘 이해하고 협력할 수 있도록 지원하는 것이 필요하다. 이를 통해 소아청소년암의 치료 단계별로 필요한 서비스들이 잘 연결됨으로써 암 경험자들의 삶의 질을 높이는 데 도움을 줄 수 있다.

이 논문은 2021년도에 발간된 한국백혈병 소아암협회 연구보고서 『소아청소년암 심리사회적 서비스 표준모형 및 서비스 제공자 직무표준 개발』의 일부를 수정·보완하여 작성되었음.

IRB No. KNU-2020-0042

■ 투고일: 2022. 06. 14.

■ 수정일: 2022. 11. 21.

■ 게재확정일: 2022. 11. 22.

1. 연구의 필요성

2000년대 이후 소아청소년암의 장기생존율이 급속히 증가함에 따라 당사자와 가족의 심리사회적 어려움에 대응하기 위한 심리사회서비스 중요성이 강조되기 시작하였고, 이와 함께 병원을 넘어 지역사회에서도 심리사회서비스의 확장이 이뤄졌다(Deshields, Zebrack & Kennedy, 2013; Gardner & Werner-Lin, 2012; Gehlert, 2012). 의학적으로 환자의 생명을 살리는 종양학의 진보 못지않게 심리사회서비스의 병행과 발전을 통해 다양한 치료궤적에 놓여있는 암 경험자들이 사회에 통합되고, 이들의 삶의 질이 증진되는 것이 중요하기 때문이다(Adler & Page, 2008). 이에 따라 미국에서는 암 환자의 심리, 행동, 정서, 사회적 어려움과 이슈를 다학제적으로 접근하는 심리사회종양학(psychosocial oncology)이 주요한 학문분야로 자리 잡았으며, 1986년 미국심리사회종양학회(American Psychosocial Oncology Society, APOS)가 결성되어 사회복지학, 심리학, 정신의학, 간호학, 정신건강학 등 다양한 영역의 전문가들이 활발하게 참여하고 있다(APOS, 2020). 1977년에는 소아청소년암과 관련한 사회복지 전문가들의 단체인 소아종양사회복지사협회(Association of Pediatric Oncology Social Workers)가 결성되어 소아종양사회복지사들이 소아청소년암의 치료단계 및 서바이버십 과정에서 다양한 심리사회서비스의 발전을 선도하는 주요한 구성원으로 인식되어 왔다(Fobair et al., 2009). 특히 사회복지사는 소아종양 분야에서 심리사회적 서비스를 제공하는 주된 인력으로 암 경험자 및 돌봄제공자의 삶의 질을 증진시키기 위한 노력을 수행하고 있으며, 기존의 전통적인 사회복지사의 역할을 넘어서 새로운 역할들이 제시되고 있다(Gardner & Werner-Lin, 2012; Jones, 2006).

이와 함께 종양분야 사회복지서비스는 급성기적 입원치료를 담당하는 병원을 넘어서 지역사회로 확장되고 있다. 암 경험자와 가족 대상 사회복지 및 적응 지원의 필요성에 따라 미국종양사회복지사협회(Association of Oncology Social Workers, AOSW)는 병원 내 전통적 의료사회복지서비스뿐만 아니라 가정 돌봄, 가정 호스피스 케어, 개별 상담서비스, 지역기반 정신건강세팅, 지역 내 지지 프로그램 및 서비스 등을 모두 종양심리사회서비스 제공의 영역으로 포괄하고 있고, 병원 밖 서비스 역시 중요한 종양사회복지의 일환으로 다루고 있다(AOSW, n.d.; Gardner & Werner-Lin, 2012).

국내에서도 2016년부터 시행된 제3차 국가암관리종합계획에서 소아청소년암 생존자에 대한 심리사회서비스의 확대가 논의되기 시작하였고(보건복지부, 2016; 2021), 소아청소년암 대상 심리사회서비스 제공 전문 인력이 꾸준히 확대되었다. 대한소아혈액종양학회(n.d.)에 따르면 2022년 3월 현재 46개 병원에서 의료사회복지사를 포함한 전문 인력이 소아청소년암 대상 의료 및 심리사회서비스를 제공하고 있다. 또한, 타 종양 분야와 달리 일찍이 치료비 지원을 위한 민간 모금이 활성화되어 있었던 소아청소년암 분야의 지역 내 민간 비영리 민간단체들은 치료비 지원사업을 넘어서서 소아청소년암 경험자와 가족들의 다양한 심리사회적 욕구에 대응한 서비스를 제공하고 있다(김민아, 이재희, 2012).

국외에서는 소아종양 분야 사회복지사의 역할 연구가 다양한 맥락에서 이뤄졌다(Jones, 2006; Ostadhashemi, Arshi, Khalvati, Eghlima & Khankeh, 2019a; Verulava et al., 2019). 사회복지사들은 병원과 지역사회 다양한 기관에서 심리사회서비스를 기획하고 조정하며 직접 서비스 제공 업무를 담당하고 있다(Verulava, Tinatin, Beka & Revaz, 2019). 특히 심리사회서비스 제공자의 직무수행 현황과 역할 인식에 관한 논의는 심리사회서비스를 제공하는 인적자원을 개발하고 이들의 전문성 강화에 기여할 수 있기에 중요하다(Kazak et al., 2018). 또한, 이들의 역할 특성을 이해함으로써 적절한 업무 수준을 설계하고 지지체계를 마련하여 소진이나 공감피로를 예방하기 위한 전략을 마련하는 기초가 될 수 있다는 점에서도 의미가 있다(Yi et al., 2018). 이는 궁극적으로 소아청소년암 경험자와 가족들이 서바이버십 과정에서 경험하는 다양한 차원의 복합적인 문제들을 완화하고 해결하는 중요하고 근본적인 방안이 될 수 있다(Verulava et al., 2019).

그러나 국내에서는 아직까지 소아종양 사회복지사의 역할에 대한 논의가 제대로 이루어진 적이 없다. 다만, 병원 의료사회복지사들은 2000년대 이후 심리사회적 문제 해결보다 경제적 문제 해결이나 지역사회 자원연결을 더 중요한 역할로 여기고 있음이 보고된 바 있어, 소아청소년암 분야 사회복지사들 역시 비슷한 가능성을 유추할 수 있을 뿐이다(Nam, Choi & Kim, 2019). 국내 소아청소년암 대상 심리사회서비스 관련 선행연구에서는 서비스 필요성을 중심으로 논의되었지만(남석인, 최권호, 2013; 최권호, 김수현, 남석인, 2015), 주로 당위적인 필요성 수준에서 결론 내리고 있고, 전문 인력의 역할에 대한 진단과 분석의 부재로 실현 가능성의 한계가

있었다. 최근 소아청소년암 대상 심리사회서비스를 제공하는 다양한 전문가들을 대상으로 서비스의 장애요인과 성과에 대한 인식을 파악한 연구(김민아, 최권호, 유정원, 2020)는 서비스의 확장과 발전을 모색하였다는 점에서 의미가 있었지만, 각기 다른 영역 전문가들의 관점이 포함되어 사회복지사들의 역할과 인식을 명확히 확인할 수 없었다.

소아청소년암은 당사자와 가족의 생애 전반에 걸쳐 영향을 미치기 때문에 병원뿐 아니라 이들이 생활하는 다양한 지역사회 환경에서 지속적으로 심리사회서비스가 제공되는 것이 사회 적응과 통합을 촉진할 수 있다(Jain, Qorri & Szewczuk, 2019). 이에 본 연구는 소아청소년암 대상 심리사회서비스 제공자가 수행하는 역할에 대한 인식을 탐색적으로 조사하는 것을 목적으로 하였다. 특히, 선행연구에서 심리사회서비스의 확대 및 표준서비스 모델 구축의 필요성과 관련하여 축적된 논의를 기반으로 병원과 지역사회 비영리민간단체에서 근무하는 사회복지사의 관점에서 심리사회서비스 제공자의 역할 인식 수준을 살펴보고자 하였다. 소아청소년암 대상 심리사회서비스 제공자로는 사회복지사를 비롯하여 종양전문의, 간호사, 심리상담사, 놀이 및 미술치료사 등과 같이 다양한 전문 인력이 포함되어 있지만, 아직 서비스의 양적, 질적 수준이 충분하지 않은 국내의 현실을 고려하여 병원과 지역사회 모두에서 공통적으로 활동하면서 다른 전문 인력과 활발한 상호협력을 하고 있는 사회복지사를 대상으로 심리사회서비스 제공자의 역할을 탐색하는 것이 중요하였다. 특히 국내 소아청소년암 심리사회서비스 제공이 병원뿐 아니라 지역사회 내 비영리민간단체로 확대되고 있고, 이용자들의 서바이버십 궤적과 서비스 제공 인력 및 자원이 상이한 두 집단(병원과 비영리민간단체)의 사회복지사들의 인식 차이를 비교함으로써 심리사회서비스 제공 연속성을 높이는 데 기여할 수 있을 것이다. 본 연구는 향후 국내 소아청소년암 전문 사회복지인력 양성을 위한 기초자료가 될 뿐 아니라, 소아청소년암 심리사회서비스를 제공하는 사회복지사의 역할을 정의하고 훈련하는 교육자료 개발에 활용될 수 있을 것으로 기대한다.

II. 선행연구 고찰

1. 소아청소년암 심리사회서비스의 개념과 현황

가. 소아청소년암 대상 심리사회서비스의 개념

소아청소년암 심리사회서비스는 암 경험자와 가족 및 주위 사람들에게 발생하는 심리적, 행동적, 정서적, 사회적 이슈에 대응하는 것을 목적으로 전문가에 의해 제공되는 서비스를 의미한다(APOS, 2020). 암으로 인한 심리사회적 영향은 진단 초기와 적극적 치료단계, 치료종료 및 사회복귀 단계, 장기적 서바이버십 단계 등 서바이버십의 궤적에 따라 다르고, 개인 및 가족의 취약성 수준에 따라 다를 수 있기에 면밀한 욕구 사정과 개별화된 개입이 요구된다(Kazak et al., 2007; Kazak et al., 2011). 또한, 성인에 비해 기대 여명이 장기적이기에 암으로 인한 영향이 전 생애에 해당하는 소아청소년암의 특성상 병원뿐 아니라 다양한 지역사회 기반의 기관에서 연속적인 심리사회서비스를 제공받는 것이 중요하다(최권호, 2018; Kazak et al., 2011). 특히, 소아청소년암 경험자들의 심리사회적 위험을 스크리닝하는 것은 의료적 치료와 관련한 중요한 심리사회적 요인을 파악하고 기록하며, 욕구에 기반한 심리사회적 서비스의 이용으로 연계될 수 있다는 점에서 매우 중요한 유용성을 갖기에, 심리사회서비스 제공자의 역할은 점차 중요성이 강조되고 있다(Barrera et al., 2020).

소아청소년암 심리사회서비스의 확대는 1960~70년대에 걸쳐 암 경험자들을 위한 권익 운동에 기반을 두고 있다. 대표적으로 암 경험자를 옹호하기 위해 모금에 앞장선 사회운동가 메리 라스커(Mary Lasker)가 암 환자의 의료비 문제와 삶의 질 증진을 위한 연방정부의 역할을 강조하였고, 이에 힘입어 1971년 미국 정부는 국가 암관리법(National Cancer Act)을 제정하고 ‘암과의 전쟁’을 선포하였다. 이와 함께 국립암연구소(National Cancer Institute)는 1975년에 암 경험자들의 삶의 질에 관한 조사 결과를 보고하며 국가 차원의 심리사회서비스 확대 관련 사회적 논의를 촉발하였다(Bloom, 1987). 특히, 의학 발전에 따라 암 장기생존율이 증가하며 암 경험자와 가족은 중요한 압력단체로 활동하기 시작하였고, 사회복지사들은 이들을 대상으로 한 심리사회서비스 제공과 함께 중요한 옹호자로서 역할을 담당하였다(Fobair et al., 2009).

나. 소아청소년암 대상 심리사회서비스의 표준

각 치료과정, 병원-지역사회 간 연속적인 심리사회서비스와 양질의 케어 중요성이 강조되었지만, 각 기관 간 서비스 질의 격차, 분절성, 그리고 서비스 제공인력의 훈련 및 표준화의 이슈가 발생하였고, 이에 따라 표준화된 심리사회서비스 마련의 필요성이 꾸준히 제기되었다(Wiener et al., 2015b). 이에 매티미라클 암 재단의 주도로 암 당사자와 가족, 종양심리사회학 분야 전문가 워킹그룹을 구성하여 2015년에 심리사회서비스 표준(The Standards of Psychosocial Care for Children with Cancer and Their Families, PSCPCC)을 마련하였다(Wiener et al., 2015b). 각 15가지 표준서비스를 개발하기 위한 근거 자료로 발표된 연구¹⁾에 따르면, A. 소아청소년암의 심리사회적 위험 요소에 대한 지속적인 모니터링과 스크리닝(Kazak et al., 2015), B. 뇌종양 및 기타 신경심리학적 어려움을 갖는 고위험군에 대한 모니터링과 사정(Annett, Patel & Phipps, 2015), C. 장기 생존자들의 심리사회적 어려움에 대한 추적검사(Lown, Phillips, Schwartz, Rosenberg & Jones, 2015), D. 심리사회적 적응을 위한 개입과 치료(Steele, Mullins, Mullins & Muriel, 2015), E. 경제적 어려움에 대한 사정과 지원(Pelletier & Bona, 2015), F. 부모들의 정신건강 도모를 위한 개입(Kearney, Salley & Muriel, 2015), G. 질병이나 치료, 후기효과와 관련하여 예상되는 지침과 정보(Thompson & Young-Saleme, 2015), H. 필요한 의료적 처치에 대한 사전 정보(Flowers & Birnie, 2015), I. 서바이버십 과정에서 사회적 상호작용의 기회(Christiansen, Bingen, Hoag, Karst, Velázquez-Martin & Barakat, 2015), J. 형제자매들을 위한 지원(Gerhardt, Lehmann, Long & Alderfer, 2015), K. 학업 지속과 학교복귀를 위한 지원(Thompson et al., 2015), L. 투약 순응에 대한 조사와 지원(Pai & McGrady, 2015), M. 완화의료에 대한 정보 제공과 생의 말기 돌봄 서비스(Weaver et al., 2015), N. 자녀와 사별한 가족의 삶의 질을 도모하기 위한 돌봄과 지원(Lichtenhal et al., 2015), O. 의료진과 서비스 제공자, 환자 및 가족들 간 의사소통 및 협력(Patenaude, Pelletier & Bingen, 2015) 등 15가지 유형의 서비스가 이뤄져야 함을 명시하였다. 또한, 표준서비스 실행을

어렵게 하는 장애요인을 극복하고 최적의 케어를 제공하기 위한 가이드라인이 개발되었다(Wiener, Kupst, Pelletier, Kazak & Thompson, 2020). 표준서비스의 이행 상황을 조사한 미국의 연구 결과에 의하면, 대부분의 소아청소년암 의료기관과 심리사회서비스 제공기관에서는 표준서비스들이 누락 없이 잘 제공되었지만, 양질의 서비스 제공과 서비스의 통합성 및 충분성에는 한계가 있었고, 이를 보완하기 위해서 자원의 확대와 제공인력의 역량 강화가 필요한 것으로 지적되었다(Jones et al., 2018; Scialla et al., 2018).

소아청소년암 대상 심리사회서비스 기준은 지역이나 기관마다 다양할 수 있지만, PSCPCC는 국가적 차원에서 미국 전역의 소아암 대상 의료기관에 널리 적용하고 있는 유일한 표준으로 우리나라에도 중요한 함의를 제공할 수 있다. 김민아, 최권호, 유정원(2021)의 연구에서는 PSCPCC가 도출되게 된 이론적 배경을 제시하며 각 표준서비스의 정의와 필요성을 체계적으로 정리하였고, 국내 소아청소년암 심리사회서비스의 표준의 근거가 될 수 있는 문헌들을 고찰하였다. 이를 통해 15가지 영역에서의 심리사회서비스가 서바이버십 궤적에 있는 소아청소년암 경험자와 가족들에게 매우 중요함을 제시하였고, 국내 사회복지사들은 환자와 주 돌봄제공자를 대상으로 한 진단초기 및 치료과정별 심리사회적 욕구 사정, 경제적 문제해결 등의 서비스를 비교적 충실하게 제공되고 있는 것으로 보고하였다(김민아 외, 2021). 이는 병원 내 암 환자에 대한 의료사회복지사의 역할이 어느 정도 정착되어 있고, 특히 소아청소년암 환자 의료비 지원 사업이 정부와 민간 각 부문에서 확대됨에 따라 치료비 지원을 중심으로 한 서비스 제공 역할이 대두된 것에 기인한 것으로 보인다(Nam, Choi & Kim, 2019). 반면, 학교복귀 및 적응, 또래 간 상호작용, 치료종결 이후 장기적인 모니터링과 추적, 완화케어와 유가족 사별슬픔 지원 등은 상대적으로 서비스 제공이 부족한 것으로 나타났다(김민아 외, 2021). 해당 서비스들이 중요하다는 것을 인식하고 있지만, 서비스 제공을 위한 자원의 부족, 제공인력의 전문성 문제, 환자와 보호자의 서비스 필요성에 대한 인식 부족, 서비스 제공인력의 과도한 업무량 등이 서비스 제공을 가로막는 장애 요소인 것으로 여겨진다(김민아 외, 2020).

1) 해당 문헌은 참고문헌에 *로 표시함.

2. 소아청소년암 대상 심리사회서비스 제공자의 역할

가. 소아청소년암 대상 심리사회서비스의 다학제적 특성

소아청소년암 심리사회서비스 제공 기반이 다학제간 통합적 접근으로 이루어져야 한다는 당위성은 널리 받아들여지고 있지만, 이러한 철학을 현실에서 구현하는 것은 어려운 문제이다(Carlson, Hobbie, Brogna & Ginsberg, 2008). 의료진에게 다학제적 접근은 소아종양학과와 타 진료과(방사선종양학과, 신경과, 내분비과, 심장내과 등)와의 협력을 의미하거나 필요한 경우 심리사회서비스 제공자에게 협의진료 의뢰 등과 같은 방식으로 협조를 받는 분업체계를 의미하기도 한다(Carlson et al., 2008). 하지만 생애초기 암으로 인한 영향이 삶의 전반에 걸칠 수 있는 소아청소년암 분야에서는 진단 초기부터 치료기간, 치료종료 이후의 장기적 서바이버십 과정에서 의료진과 심리사회서비스 제공자들 간의 분업을 넘어 학제간(interdisciplinary) 팀 접근이 이뤄져야 하며, 이는 질 높은 케어를 달성하기 위한 핵심 요소로 작용한다(Daem et al., 2019; Kazak et al., 2018).

학제간 접근은 사회복지사뿐만 아니라 의료진 및 모든 소아종양 전문가들에게도 심리사회적 케어에 직간접적으로 기여하는 것을 목표로 한다(McTate, Szulczewski, Joffe, Chan & Pai, 2021). 이러한 심리사회서비스 제공 전담인력 중 가장 책무성이 있는 직군은 사회복지사로 인식되고 있다(Deshields, Zebrack & Kennedy, 2013). 팀 전체가 심리사회서비스와 연관되어 있지만, 사회복지사는 심리사회적 성과의 전반을 고려하여 치료궤적에 따라 서비스와 돌봄 계획을 설계하고 관리해야 하며, 장기추적 상황에서 발생하는 케어 전환을 연결하는 역할을 충실하게 수행하는 중요한 전문직에 해당한다(최권호, 2018; Deshields et al., 2013; Mouw, Wertman, Barrington & Earp, 2017). 미국에서 소아청소년암 대상 심리사회적 표준 서비스가 개발된 이후 처음으로 국가적 차원에서 표준서비스의 현황을 파악하고자 실시된 Scialla et al.(2018)의 연구에 따르면, 소아청소년암 경험자 및 가족들을 대상으로 하는 심리사회적 서비스의 90%가 사회복지사와 아동생활 전문가(child life specialists)에 의해 제공되는 것으로 나타나 이들이 심리사회서비스의 주된 제공자임을 확인할 수 있었다. 마찬가지로 미국 내 81개 소아종양 기관에 종사하는 107명의

소아종양사회복지사를 대상으로 심리사회서비스 표준의 이행 상황을 조사한 연구(Jones et al., 2018)는 사회복지사가 심리사회서비스의 주된 책임성을 갖는 전문직임을 뒷받침하였다.

나. 소아종양사회복지사의 역할

우리나라에서 보건 및 건강분야의 사회복지실천은 주로 의료사회복지사에 의해 이뤄진다는 관점이 주를 이루고 있으나, 미국은 병원을 넘어 지역사회 내 다양한 건강 관련 기관의 사회복지사를 포괄하는 개념으로 확장되어 있다(최권호, 2015; Gehlert, 2012). 미국 내 소아청소년암 분야 사회복지사의 역할 역시 병원을 넘어 지역사회 내 다양한 서비스 제공기관을 포함하고 있다. 미국 종양사회복지사협회(AOSW, n.d.)는 암 환자를 대상으로 하는 사회복지사의 역할 범위로 다음의 4가지지를 제시하고 있는데, 이는 암 경험자, 가족, 돌봄제공자를 포함하는 개인, 기관, 지역사회, 전문직 등을 그 대상으로 한다. 첫째, 모든 암 경험의 단계에 걸쳐 통합적 심리사회서비스와 프로그램 제공의 임상적 실천을 통해 암 경험자, 가족, 돌봄제공자를 원조하는 것이다. 둘째, 암에 대한 대처와 암으로 인한 영향을 둘러싼 심리사회적, 사회적, 문화적, 영적 요소에 관한 지식을 증진시키고 질 높은 심리사회적 프로그램과 돌봄 제공을 보장하도록 서비스 제공기관들을 원조하는 것이다. 셋째, 암 경험자의 욕구를 충족하기 위한 지역사회 서비스, 프로그램 및 이용 가능한 자원을 활용하고 증진시키기 위해 교육, 상담, 연구 및 자원봉사 활동을 통해 지역사회를 원조하는 것이다. 넷째, 종양 분야 내 임상 사회복지사의 적절한 슈퍼비전과 평가를 지원하기 위해 전문직을 원조하는 것이다. 암 환자들에게 협력적이고 통합적인 심리사회종양 분야의 돌봄케어를 제공하기 위해서는 사회복지사가 케어매니저로서 의료적, 비의료적 서비스를 연결하는 연결자의 역할을 수행할 수 있다(Courtnage et al., 2020). 미국의 종양사회복지사협회 소속 사회복지사 233명을 대상으로 조사한 연구(Deshields et al., 2013)의 결과를 보면, 암 환자를 대상으로 한 정보제공 및 교육 등이 이들의 가장 중요한 역할이었고, 그 외 자원연계, 사례관리, 지역사회 아웃리치, 고용 및 직업 지원, 개인 및 가족 상담, 재정적 지원, 주거지원 등의 역할을 수행하고 있음을 알 수 있었다.

특히, 미국은 1977년에 소아종양사회복지사협회가 구성된 이래 소아청소년을 대상으로 한 사회복지사의 역할이 일찍이

정립되었다(Fobair et al., 2009). 소아종양사회복지사(pediatric oncology social worker)의 역할은 과거 입원 환자들을 대상으로 하는 전통적인 병원 내 의료사회복지 서비스를 제공하는 데에서 보다 확장되어 지역사회 내 다양한 형태의 돌봄제공 기관, 호스피스 서비스, 지역기반 암 경험자 지지 프로그램, 개별 상담서비스, 지역사회 정신건강 기관까지 광범위한 전달체계로 확대되었다(Gardner & Werner-Lin, 2012). 이들은 암 치료를 종결한 이후에도 지역 내 다양한 서비스 제공기관에서 소아청소년암 경험자들의 다양한 욕구를 대변하고 충족시키기 위해 옹호하는 중요한 역할을 수행하였다(Zebrack & Walsh-Burke, 2004).

병원 및 지역사회에서 완화의료적 접근과 생애말기 돌봄을 제공하는 것도 소아종양사회복지사의 중요한 역할이다. 소아 완화의료에서 사회복지사의 역할을 탐색한 Jones(2006)의 연구에서 사회복지사들은 가족 대상 지지상담, 가족구조 사정, 재정적 지원, 가족의 욕구 옹호 등의 역할을 빈번하게 수행한 반면, 완화돌봄에 대한 교육, 확대가족의 사정, 부모간 네트워킹, 증상 및 통증관리 조절, 사전의료 계획과 결정에 대한 서비스 제공의 역할은 잘 수행하지 못하는 것을 알 수 있었다. 이들은 상담/동행/가이드, 옹호/의사소통/서비스조정, 자원연계, 다학제적팀 구성원, 윤리적 자문가라는 6가지 이상적인 역할을 제시하였는데, 기존의 전통적인 사회복지사의 역할뿐 아니라 통증 및 증상관리나 의료정보의 전달 등과 같은 새로운 역할이 포함된 것으로 나타나 소아종양 분야에서 사회복지사의 역할을 새롭게 정립할 필요가 있음을 시사하였다(Jones, 2006).

아직 국내에서는 소아종양사회복지사라는 직렬이 분류되어 있지 않고, 병원 내 일부 의료사회복지사가 소아청소년 환자를 전담하는 경우가 있지만 이들의 역할에 관한 연구는 부족하다. 또한 지역사회 내 소아청소년암 관련 비영리민간단체에서도 사회복지사는 다양한 역할을 수행하고 있다. 이 연구는 최근 소아청소년암 경험자를 대상으로 심리사회서비스를 제공하는 사회복지사들이 늘어나고 있는 만큼 이들의 역할인식을 탐색하고, 병원과 비영리민간단체에서 근무하는 사회복지사들이 갖는 인식의 차이를 파악함으로써 심리사회서비스의 연속성을 높이고 관련 사회복지 전문가를 양성하는 근거를 마련하는 것을 목적으로 하였다. 이들의 역할이 아직 구체적으로 파악된 바 없기에 입원 환자를 주된 대상으로 하는 의료기관뿐 아니라 치료종결 이후의 경험자들을 주된 대상으로 하

는 지역사회에서 이들이 수행하는 역할을 포괄적으로 파악할 필요가 있다.

III. 연구 방법

1. 연구 대상

본 연구는 병원 및 비영리민간단체에서 소아청소년암 환자와 가족을 대상으로 다양한 심리사회서비스를 제공하고 있는 사회복지사를 연구 대상으로 하였다. 병원 또는 소아청소년암 관련 비영리민간단체에 고용되어 근무하고 있는 사회복지사 이면서 해당 기관에서 현재 소아청소년암 경험자와 가족에게 심리사회적 서비스를 제공하고 있는 자가 주요한 선정 기준이었다.

2. 자료 수집

본 연구에서는 대표성 있는 자료를 수집하기 위해 2020년 8월에 다음과 같은 방법을 이용하여 연구 대상자를 모집하였다. 첫째, 병원에서 소아청소년암 서비스를 제공하는 의료사회복지사를 모집하기 위해 대한소아혈액종양학회 홈페이지(www.kspho.or.kr)에 수록된 46개 회원병원 소속 의료사회복지사에게 연구의 목적과 방법이 기재되어 있는 연구안내문을 전달하였고 선정 기준에 부합하는 대상자들에게 연구 참여에 대한 정보를 전달하였다. 그중 연구 참여에 응답하지 않은 16개소(34.8%)와 최근 1년간 소아청소년암 환자를 대상으로 한 진료가 없다고 응답한 5개소(10.9%)를 제외한 총 25개소의 병원에 근무하는 의료사회복지사가 설문조사에 참여하였다. 둘째, 비영리민간단체에서 소아청소년암 대상 서비스를 제공하는 사회복지사를 모집하기 위해 소아청소년암을 대상으로 전문적인 서비스를 제공하는 대표적인 소아청소년암 관련 비영리민간단체 2개소를 대상으로 연구안내문을 전달하여 총 23명의 자발적 참여자를 모집하였다. 국내에서 전국 규모의 소아청소년암 관련 비영리민간단체는 4-5개로 추정되며, 이 중 2000년대 이전부터 심리사회서비스 관련 사업을 추진해 왔던 2곳이 연구 대상자를 모집하기에 적절하다고 판단하였다.

연구 참여에 동의한 대상자들은 웹 기반 설문조사에 참여하였다. 신원을 밝히지 않은 채 조사에 참여할 수 있도록 비대

면의 방법으로 연락을 하였고, 설문조사 과정에서 개인을 유추할 만한 정보(예: 소속기관명 등)는 취득하지 않았다. 다만, 답례용 상품권 발송을 위해 개인 휴대전화번호를 수집하였으나, 상품권 발송 후 즉각 해당 정보를 삭제하였다. 설문에 참여한 비영리민간단체 대상자 23명 중 응답이 부실한 6명의 자료를 제외한 17명의 자료와 25명의 병원 의료사회복지사로부터 수집한 자료를 최종 분석에 활용하였다. 설문조사에 참여한 대상자들은 자료의 분석 활용 여부와 무관하게 1만원 상당의 상품권을 제공받았다. 모든 자료 수집의 수행 과정은 책임연구자가 소속된 경북대학교의 연구윤리 승인(IRB No. KNU-2020-0042)을 받아 진행하였으며, 연구 참여자의 안전과 익명성을 보장하도록 모니터링하였다.

3. 조사 도구

본 연구에서는 조사대상자의 성별, 연령, 최종학력, 근무형태, 소아청소년암 대상 서비스 제공 기간 등의 인구사회학적 특성을 조사하였고, 소아청소년암 심리사회서비스 제공자가 구체적으로 수행하고 있는 역할에 대한 인식과 제공 수준을 파악하기 위해 구체적인 조사도구를 개발하였다. 이를 위해 먼저 의료복지 및 소아청소년암 심리사회서비스 분야에서 오랜 기간 실천적, 학문적 경험이 있는 3명의 연구진이 미국 매티미라클 재단에서 제안한 소아암 심리사회서비스 표준(PSCPCC) 15개의 영역(Wiener et al., 2015b)에 대하여 깊이 있는 선행연구 고찰과 지속적인 논의를 하였다. 특히, PSCPCC가 개발되면서 세계적으로 저명한 *Pediatric Blood & Cancer*(소아혈액 및 종양) 학술지 특별호(제62권 S5호)에 게재된 16개의 PSCPCC 관련 학술논문을 심도 있게 고찰하였고, 이와 관련한 소아청소년암 관련 문헌들도 추가적으로 고찰하였다. 또한, PSCPCC의 국내 적용을 제기, 관련 가이드라인을 고찰하였고, 국내 소아청소년암 대상 심리사회서비스를 제공하는 사회복지사들을 대상으로 PSCPCC가 제시한 서비스 제공 현황을 조사함으로써 국내 현실을 파악하였다(김민아 외, 2021). 이 과정에서 국내에는 다학제적 팀 접근이 어려운 서비스 영역이 있음을 확인하였고, 연구도구 개발 시 이러한 특성을 반영하고자 하였다. 연구진은 이를 통해 영역별로 수행되어야 하는 심리사회서비스 제공자의 역할을 구체화하였다. 본 연구 도구를 개발하면서 중점적으로 고려하였던 사항은 다음과 같다. 첫째, 본 도구의 기반이 되었던 미국의 소아

암 심리사회서비스 표준은 다양한 직종의 전문가들이 다학제적 팀 접근으로 수행하는 것을 전제로 하고 있다(Wiener et al., 2015a). 따라서 각 역할의 중요성은 업무 수행의 주체를 구분하지 않고 다학제적 팀으로서 각 서비스 제공의 역할이 중요하다고 인식하는 정도를 측정하도록 개발하였다. 둘째, 미국과 달리 학제 간 접근의 실현이 현실적으로 이루어지기 어려운 국내 실천현장을 고려할 때 연구 참여자들의 모호함을 줄이기 위하여 각 서비스 제공 역할에 대해 사회복지사가 자신의 업무로 인식하고 서비스를 직접 제공하는 정도인 개인 수행 수준과 자신의 업무는 아니지만 자신이 속한 기관에서 서비스를 수행하는 정도인 기관 수행 수준으로 구분하여 응답할 수 있도록 하였다. 예를 들면 '정신과 전문가를 통한 정신적 문제 치료'는 사회복지사가 혼자서 직접 수행할 수 없는 영역이지만, 해당 서비스에 대해 소아청소년암 관련 심리사회서비스 제공자들이 제공하는 역할이 얼마나 중요하다고 인식하는지에 대해 답하도록 하였다. 또한, 사회복지사는 정신적 문제를 가진 대상자를 정신과 전문가에게 의뢰하는 역할을 담당할 수 있고, 정신과 전문가와 함께 팀으로 정신적 문제 치료를 위한 서비스를 제공할 수 있으므로 개인이 수행하는 정도와 기관의 다른 팀 구성원이 수행하는 정도를 구분하여 답하도록 하였다. 셋째, 개발된 도구는 연구진의 지속적인 논의를 거친 후 소아청소년암 분야 심리사회서비스 전문가 2인의 자문을 받아 타당도를 높이기 위한 수정 및 보완의 작업을 거쳐 소아청소년암 대상 심리사회적 서비스 제공자의 주요 역할 55 가지를 <표 1>과 같이 구성하였다.

가. 역할에 대한 중요성 인식

15개 영역 55개 역할에 대해 연구 참여자가 얼마나 중요하게 인식하고 있는지를 조사하기 위해 "귀하는 최근 1년 이내 다음의 서비스를 얼마나 중요하게 생각하십니까?"에 대한 질문을 하였다. 질문에 대한 응답은 5점 척도(1=전혀 중요하지 않음, 5=매우 많이 제공하고 있음)로 이루어졌고, 점수가 높을수록 해당 역할에 대한 중요성 인식이 높은 것을 의미하였다.

나. 역할에 대한 서비스 수행 수준

각 역할에 대한 서비스 수행 수준은 개인의 수행 수준과 기관의 수행 수준으로 구분하여 조사하였다. 소아청소년암 대

표 1. 소아청소년암 대상 심리사회적 서비스 제공자의 역할

영역	역할
A. 심리사회적 사정	A1. 정기적으로 소아청소년암 대상자 및 가족의 심리사회적 적응도 측정 A2. 정기적으로 소아청소년암 대상자 및 가족의 이용 가능한 자원 파악 A3. 정기적으로 소아청소년암 대상자 및 가족의 과거 병력 및 과거 기능 파악 A4. 정기적으로 소아청소년암 대상자 및 가족구조 및 가족기능 파악
B. 신경심리학 문제에 대한 모니터링과 사정	B1. 중추신경계 종양 및 관련치료를 받은 경험자의 신경심리학적 위험 사정 B2. 중추신경계 종양 및 관련치료를 받은 경험자의 신경심리학적 문제 해결을 위한 개입 B3. 중추신경계 종양 및 관련치료를 받은 경험자의 신경심리학적 문제 모니터링과 추적관찰
C. 치료종결 이후 서바이버십에서의 심리사회적 추적	C1. 치료종결 이후 정기적으로 교육 및 직업 전환, 사회적 어려움 측정 C2. 치료종결 이후 심리적 스트레스, 불안, 우울에 대한 위험 측정 C3. 치료종결 이후 위험한 건강행동(예: 흡연, 음주 등) 측정 C4. 소아청소년 암 경험자 및 가족들에게 치료종결 이후 평생에 걸친 모니터링 및 추적돌봄 필요성에 대한 예상되는 지침 제공
D. 심리사회적 개입과 치료적 지원	D1. 소아청소년암 경험자 치료과정 전반에 걸쳐 심리사회적지지 제공 D2. 정신과 전문가를 통한 정신적 문제 치료 D3. 다양한 전문가(심리학자, 정신과의사, 교육자, 간호사 등)와 협력하여 심리사회적 문제 개입 D4. 심리사회적 고위험 대상자에게 치료적 지원
E. 경제적 어려움 사정	E1. 암 진단 당시 경제적 어려움 사정 E2. 치료과정에서 나타날 수 있는 사회경제적 위험요인에 대한 사정(예: 저소득 및 기존의 경제적 어려움, 한부모가정 여부, 치료비용 원과의 물리적 거리, 치료기간 및 위험성 정도, 부모의 고용 상태 등) E3. 재정 관련 상담 및 지지자원 연결(예: 정부 및 민간기관 등) E4. 장기적으로 치료과정 및 종결 이후 경제적 어려움 재사정
F. 부모 및 보호자 지원	F1. 자녀의 진단 초기에 부모 및 보호자의 정신건강 수준 평가 F2. 자녀의 치료과정 전반에 걸쳐 부모 및 보호자의 정신건강 욕구 지속적 사정 F3. 부모 및 보호자의 정신건강 증진을 위한 자원 및 개입 제공(예: 상담, 치료)
G. 예상되는 치료계획에 따른 지침제공과 심리교육	G1. 예상되는 치료계획에 관해 의료진과 소통 G2. 질병 및 치료 관련 정보 및 심리교육 제공 G3. 질병과 치료, 영향, 절차, 심리사회적 적응에 대한 예상되는 지침 제공
H. 의료적 치료에 따른 사전준비와 지원	H1. 소아청소년암 대상자의 발달단계에 적합한 수준으로 강도 높은 의료적 치료(예: 골수천자, 고용량 항암, 이식 등)에 대한 예측과 통제가 가능하도록 사전정보 제공(예: 자료집 등) H2. 강도가 높은 의료적 치료(골수천자, 고용량 항암, 이식 등)에 대한 심리적 개입 제공(예: 최면, 인지행동치료, 아동전문가가 치료과정에 함께 하는 집중분산 전략 등)
I. 사회적 상호작용 기회 제공	I1. 소아청소년암 경험자의 발달단계, 건강 상태, 선호하는 사회작용 유형 등 사정 I2. 소아청소년암 경험자의 사회적 상호작용을 촉진하기 위한 집단활동(캠프, 집단프로그램, 자조모임 등) 제공 I3. 소아청소년암 경험자 관련 전문가(심리치료사, 간호사 등) 및 학교 담당자와 연계하고 진행 상황 평가
J. 형제자매 지원	J1. 형제자매의 충족되지 않은 욕구와 심리사회적 어려움 사정 J2. 부모에게 암 경험자 형제자매가 가질 수 있는 어려움 설명 J3. 형제자매에게 암 경험자가 가질 수 있는 어려움 설명 J4. 심리사회적 고위험 형제자매 대상 개입 진행
K. 학업지속 및 학교복귀 지원	K1. 학교 담당자 및 학급 친구들에게 소아청소년암에 대한 정보 제공 K2. 학교 담당자 및 학급 친구들에게 소아청소년암 경험자의 진단명, 치료, 주의사항 등에 대해 설명하면서 긍정적 인식 전환 K3. 암경험자, 부모, 학교담당자, 의료진 간의 의사소통 조정 담당 K4. 학업 지원 서비스 제공 및 연계
L. 투약순응도 사정	L1. 소아청소년암 경험자가 스스로 투약을 관리하기에 앞서 이들의 발달단계에 적합하도록 투약 관련 교육(투약 목적, 투약 방법, 부작용, 중요성 등) 제공 L2. 투약 지침이 바뀔 때마다 소아청소년 암 경험자와 가족들에게 투약 관련 교육(투약 목적, 투약 방법, 부작용, 중요성 등) 제공 L3. 투약 순응도 확인 L4. 투약 순응을 방해하는 요인이나 이전 투약 경험 등을 포함하는 예상되는 지침 제공 L5. 투약 순응을 높이기 위한 전략 사용
M. 완화케어	M1. 소아청소년암 경험자와 가족에게 완화케어에 대한 정보 제공 M2. 완화케어 대상자 및 가족에게 지속적으로 신체적 고통 및 심리사회적 증상 측정 M3. 완화케어 대상자들의 케어 세팅 전환 지원(병원->재택돌봄, 병원->호스피스 등) M4. 대상자의 발달단계에 적합한 임종케어(end-of-life care) 제공
N. 소아청소년 암으로 가족 사별 이후 사별슬픔 지원	N1. 사별가족에게 연락(전화, 이메일, 편지 등) N2. 심리사회적 고위험 사별가족 사정 N3. 사별가족의 사별슬픔을 지원하기 위한 자원 제공(예: 심리사회적 서비스 등) N4. 사별가족의 사별슬픔 지원을 위한 지역사회 자원 의뢰 N5. 사별가족모임 지원
O. 다양한 의사소통, 문서화, 전문성 훈련 표준	O1. 의료진 및 심리사회 전문가와의 다양한 팀 협력체계 구축 O2. 팀 전문가들이 필요시 공유할 수 있도록 의료정보기록(EMR) 및 개입 관련 자료 관리 O3. 소아청소년암 관련 분야 전문교육 참여 및 연구

상 심리사회서비스는 담당 사회복지사뿐 아니라 다양한 부서의 다학제적 협력으로 이루어지기 때문에 보다 정확한 수행 수준의 파악을 위해 “귀하는 최근 1년 이내 다음의 서비스를 얼마나 제공하셨습니다?”, “귀하가 근무하는 병원/기관은 최근 1년 이내 다음의 서비스를 얼마나 제공하고 있습니까?”의 2가지 질문을 이용하여 개인의 수행 수준과 기관에서 수행하는 수준에 대한 인식도 함께 측정하였다. 각 질문에 대한 응답은 5점 척도(1=전혀 하고 있지 않음, 5=매우 많이 제공하고 있음)로 이루어졌고, 점수가 높을수록 각 역할에 대한 수행 수준이 높은 것으로 해석하였다.

4. 자료 분석

모든 자료는 SPSS 21.0을 이용하여 분석하였다. 첫째, 연구 참여자의 특성을 파악하기 위하여 기술 분석과 빈도 분석을 실시하였다. 둘째, 병원 사회복지사 17명과 비영리민간단체 사회복지사 25명이 참여한 조사를 바탕으로 역할에 대한 중요성 인식과 개인 및 기관 수행 수준의 평균 차이를 검증하기 위해서 독립표본 t 검정(independent Samples t-test)을 실시하였다. 셋째, 병원 사회복지사 집단과 비영리민간단체의 사회복지사 집단별로 각 역할의 중요성 인식과 개인 수행 수준의 평균 차이를 검증하기 위해 추가적으로 독립표본 t 검정을 실시하였다. 개인 수행 수준이 역할의 중요성 인식에 비해 낮

을수록 해당 역할을 중요하게 여기는 것에 비해 개인이 이를 수행하지 못한다고 여기는 것을 의미한다고 보았다. 마지막으로 15개의 주요 영역별 평균 점수를 이용하여 X축은 역할의 중요성 인식도를, Y축은 개인 수행 수준의 정도로 구성된 IPA 분석(importance-performance analysis) 매트릭스를 도출하였다.

IV. 연구 결과

1. 연구 참여자의 특성

<표 2>와 같이 연구 참여자들은 총 42명으로, 25명이 병원, 17명이 비영리민간단체에서 소아청소년암 대상 심리사회서비스를 제공하고 있었다. 전체 연구 참여자들 중 여자가 36명(85.7%)으로 남자 6명(14.3%)보다 더 많았으며, 평균 연령은 병원에 근무하는 참여자가 38.52세(SD=9.05), 비영리민간단체의 경우 35.59세(SD=8.46)로 나타났다. 최종학력은 병원에 종사하는 경우 대학교 졸업이 10명(40.0%), 대학원 졸업 15명(60.0%)의 순으로 나타났으며, 비영리민간단체의 경우에는 대학교 졸업이 13명(76.5%), 대학원 졸업 4명(23.5%)의 분포를 보였다. 근무형태의 경우, 병원 및 비영리민간단체 종사자 모두 비정규직(7명, 3명)에 비해 정규직(18명, 14명)의 분포

표 2. 연구 참여자 특성

(N=42)				
변수	구분	전체 n(%)	병원(n=25) n(%)	비영리민간단체(n=17) n(%)
성별	남자	6(14.3)	5(20.0)	1(5.9)
	여자	36(85.7)	20(80.0)	16(94.1)
연령	20대	11(26.2)	5(20.0)	6(35.3)
	30대	14(33.3)	9(36.0)	5(29.4)
	40대	14(33.3)	9(36.0)	5(29.4)
	50대	3(7.1)	2(8.0)	1(5.9)
	평균(SD), 범위	37.33(8.83) [23-56]	38.52(9.05) [23-56]	35.59(8.46) [27-54]
최종 학력	대학교 졸업	23(54.8)	10(40.0)	13(76.5)
	대학원 졸업(수료 포함)	19(45.2)	15(60.0)	4(23.5)
근무 형태	정규직	32(76.2)	18(72.0)	14(82.4)
	비정규직	10(23.8)	7(28.0)	3(17.6)
소아청소년암 심리사회 서비스 제공기간	5년 미만	18(42.9)	9(36.0)	9(52.9)
	5~10년 미만	12(28.6)	9(36.0)	3(17.6)
	10~20년 미만	8(19.0)	5(20.0)	3(17.6)
	20년 이상	4(9.5)	2(8)	2(11.8)
	평균(SD), 범위	7.52(7.27) [0.08-26]	7.44(7.49) [0.25-26]	7.63(7.14) [0.08-23]

가 높은 것으로 나타났다. 소아청소년암 심리사회서비스를 제공한 기간은 병원에 근무하는 경우, 평균 7.44년(SD=7.49)으로 5년 미만과 5년~10년 미만의 비중이 동일하게 각 9명(36.0%)으로 나타났다. 한편 비영리민간단체의 경우, 평균 7.63년(SD=7.14)으로 5년 미만인 경우가 9명(52.9%)으로 높은 비중을 보였다.

2. 소아청소년암 대상 사회복지사의 역할 인식

소아청소년암 대상 심리사회서비스를 제공하는 사회복지사의 역할 중요성 인식과 역할 수행 수준(개인 및 기관 차원)이 병원과 비영리민간단체의 사회복지사에 따라 나타나는 차이를 비교한 결과는 <표 3>에 제시된 바와 같다. 또한, 각 기관의 사회복지사들이 인식하는 역할 중요성 인식과 개인 수행 수준 간의 차이를 비교한 결과도 제시하였다.

가. 역할 중요성 인식: 병원과 비영리민간단체 사회복지사

병원 사회복지사가 중요하다고 여기는 역할의 상위 항목들을 살펴보면, D1(소아청소년암 경험자 치료과정 전반에 걸쳐 심리사회적지지 제공, M=4.84) 및 E2(치료과정에서 나타날 수 있는 사회경제적 위험요인에 대한 사정, M=4.84), O1(의료진 및 심리사회전문가와의 다양한 팀 협력체계 구축, M=4.80), E1(암 진단 당시 경제적 어려움 사정, M=4.72), E3(재정 관련 상담 및 지지자원 연결, M=4.64), D4(심리사회적 고위험 대상자에게 치료적 지원, M=4.60)의 순으로 확인할 수 있었다. 한편, 비영리민간단체의 사회복지사가 중요하다고 여기는 역할의 항목들은 E2(치료과정에서 나타날 수 있는 사회경제적 위험요인에 대한 사정, M=4.88), E1(암 진단 당시 경제적 어려움 사정, M=4.76), E3(재정 관련 상담 및 지지자원 연결, M=4.76)과 같은 경제적 지원, D1(소아청소년암 경험자 치료과정 전반에 걸쳐 심리사회적지지 제공, M=4.71), D4(심리사회적 고위험 대상자에게 치료적 지원, M=4.71)와 같은 심리사회적 지지, C2(치료종결 이후 심리적 스트레스, 불안, 우울에 대한 위험 측정, M=4.65) 등으로 나타났다.

병원과 비영리민간단체 사회복지사가 인식한 역할 중요성 차이를 비교한 결과, C(치료종결 이후 서바이버십에서의 심리사회적 추적), K(학업지속 및 학교복귀 지원), N(소아청소년

암으로 가족 사별 이후 사별슬픔 지원), O(다양한 의사소통, 문서화, 전문성 훈련표준) 영역에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 비영리민간단체의 사회복지사들은 병원의 사회복지사에 비해 C2(치료종결 이후 심리적 위험 측정)($t=-2.14, p<.05$), K2(학교 담당자 및 학급 친구들에게 소아청소년 암에 관한 긍정적 인식으로의 전환)($t=-2.03, p<.05$), N2(고위험 사별 가족 사정)($t=-2.28, p<.05$), N3(사별 슬픔 지원)($t=-2.60, p<.05$) 역할에 대한 중요성 인식 정도가 유의미하게 높았다. 반면, 병원의 사회복지사는 비영리민간단체 사회복지사에 비해 O1(의료진 및 심리사회 전문가와의 다양한 팀 협력체계 구축)과 O2(팀 전문가들이 필요시 공유할 수 있도록 의료정보기록 및 개입관련 자료 관리)의 역할에 대한 중요성 정도가 유의미하게 높았다($t=3.60, p<.01; t=2.31, p<.05$). 그 외 영역에서는 병원과 비영리민간단체 간 중요성 인식 수준에 유의미한 차이가 없었다.

나. 개인 차원의 역할 수행 수준 인식: 병원과 비영리민간단체 사회복지사

병원 사회복지사가 개인 차원에서 역할 수행 수준이 높다고 인식한 항목으로는 E1(암 진단 당시 경제적 어려움 사정하기, M=4.72), E2(치료과정에서 나타날 수 있는 사회경제적 위험요인에 대한 사정하기, M=4.68), E3(재정 관련 상담 및 지지자원 연결하기, M=4.64), E4(장기적으로 치료과정 및 종결 이후 경제적 어려움 재사정하기, M=4.24), 즉 경제적 어려움 사정에 해당하는 E영역의 중요성이 가장 높았고, 다음으로 G1(예상되는 치료계획에 관해 의료진과 소통하기, M=3.88), O1(의료진 및 심리사회 전문가와의 다양한 팀 협력체계 구축, M=3.88)의 순으로 나타났다. 반면, 비영리민간단체의 사회복지사들이 개인 차원에서 수행 수준이 높다고 인식한 역할은 A2(정기적으로 소아청소년암 대상자 및 가족의 이용 가능한 자원 파악, M=3.94), E2(치료과정에서 나타날 수 있는 사회경제적 위험요인에 대한 사정, M=3.88), E3(재정 관련 상담 및 지지자원 연결, M=3.82), E1(암 진단 당시 경제적 어려움 사정, M=3.76), E4(장기적으로 치료과정 및 종결 이후 경제적 어려움 재사정, M=3.47)의 순으로 보고되어 경제적 지원이나 대상자 및 가족의 자원 파악 등에 있어서 상대적으로 수행 수준을 높게 인식하고 있었다.

개인적인 차원에서 병원과 비영리민간단체 사회복지사들

표 3. 소아청소년암 대상 심리사회서비스를 제공하는 사회복지사의 역할 중요성 및 수행 수준 인식 차이 비교

역할	중요성 인식			개인 수행 수준			기관 수행 수준			중요성과 개인 수행 수준 차이	
	병원+	비영리민간단체^	t	병원+	비영리민간단체^	t	병원	비영리민간단체	t	병원	비영리민간단체
	M(SD)	M(SD)		M(SD)	M(SD)		M(SD)	M(SD)		t+	t^
A. 심리사회적 사정											
A1. 정기적으로 소아청소년암 대상자 및 가족의 심리사회적 적응도 측정	4.52(0.71)	4.41(0.80)	.46	3.40(1.04)	3.00(1.32)	1.10	3.92(1.15)	3.35(1.22)	1.53	-5.77***	-4.95***
A2. 정기적으로 소아청소년암 대상자 및 가족의 이용 가능한 자원 파악	4.36(0.76)	4.35(0.70)	.03	3.80(0.96)	3.94(0.83)	-.50	4.28(0.84)	3.88(0.70)	1.61	-2.91**	-2.38*
A3. 정기적으로 소아청소년암 대상자 및 가족의 과거 병력 및 과거 기능 파악	3.92(1.04)	3.65(1.06)	.83	3.36(1.08)	3.29(1.36)	.18	4.12(0.88)	3.24(0.90)	3.16**	-3.22**	-1.19
A4. 정기적으로 소아청소년암 대상자 및 가족구조 및 가족기능 파악	4.24(0.78)	4.00(1.00)	.87	3.72(0.89)	3.41(1.23)	.94	4.16(0.90)	3.53(0.87)	2.26*	-2.70*	-1.77
B. 신경심리학적 문제에 대한 모니터링과 사정											
B1. 중추신경계 종양 및 관련 치료 받은 경험자의 신경심리학적 위험 사정	3.44(1.42)	3.88(1.11)	-1.08	2.48(1.33)	2.06(0.97)	1.12	3.56(1.26)	2.41(1.12)	3.03**	-3.77**	-6.34***
B2. 중추신경계 종양 및 관련 치료 받은 경험자의 신경심리학적 문제 해결 위한 개입 수행	3.44(1.39)	3.59(1.18)	.36	2.44(1.12)	2.29(0.92)	.44	3.44(1.16)	2.59(1.28)	2.25*	-3.97**	-4.60***
B3. 중추신경계 종양 및 관련 치료 받은 경험자의 신경심리학적 모니터링 및 추적관찰	3.36(1.32)	3.65(1.22)	-.71	2.08(1.00)	2.18(1.07)	-.30	3.28(1.14)	2.35(1.11)	2.61*	-5.02***	-4.03**
C. 치료종결 이후 서바이버십에서의 심리사회적 추적											
C1. 치료종결 이후 정기적으로 교육 및 직업 전환, 사회적 어려움 측정	4.08(0.95)	4.24(0.83)	-.55	1.88(0.67)	2.35(1.06)	-1.78	2.92(1.19)	2.82(1.13)	.26	-10.57***	-5.05***
C2. 치료종결 이후 심리적 스트레스, 불안, 우울에 대한 위험 측정	4.12(0.93)	4.65(0.49)	-2.14*	2.00(0.76)	2.41(1.06)	-1.46	3.12(1.13)	3.06(1.25)	.17	-10.46***	-8.44***
C3. 치료종결 이후 위험한 건강행동 측정	3.84(1.03)	3.53(1.23)	.89	1.72(0.84)	1.53(0.72)	.76	3.08(1.32)	2.12(1.11)	2.47*	-10.91***	-6.47***
C4. 소아청소년암 경험자 및 가족들에게 치료종결 이후 평생에 걸친 모니터링 및 추적돌봄의 필요성에 대한 예상되는 지침 제공	4.00(0.96)	3.82(0.95)	.59	2.12(0.78)	2.06(0.90)	.57	3.12(1.17)	2.65(1.11)	1.31	-9.68***	-5.81***
D. 심리사회적 개입과 치료적 지원											
D1. 소아청소년암 경험자 치료과정 전반에 걸쳐 심리사회적지지 제공	4.84(0.37)	4.71(0.59)	.91	3.76(1.05)	3.18(1.38)	1.56	4.04(0.89)	3.82(0.95)	.75	-5.24***	-4.75***
D2. 정신과 전문가를 통한 정신적 문제 치료	3.84(0.85)	4.24(0.66)	-1.61	2.32(0.99)	1.76(1.03)	1.76	3.44(1.08)	2.82(1.33)	1.65	-6.77***	-9.06***
D3. 다양한 전문가와 협력하여 심리사회적 문제 개입	4.48(0.65)	4.53(0.62)	-.25	3.12(1.20)	2.47(1.28)	1.68	3.72(1.02)	3.59(1.12)	.39	-5.04***	-6.54***
D4. 심리사회적 고위험 대상자에게 치료적 지원	4.60(0.50)	4.71(0.59)	-.63	3.36(1.22)	2.41(1.06)	2.60*	3.80(1.00)	3.53(1.28)	.77	-5.02***	-7.49***
E. 경제적 어려움 사정											
E1. 암 진단 당시 경제적 어려움 사정	4.72(0.61)	4.76(0.44)	-.26	4.72(0.61)	3.76(1.15)	3.50**	4.80(0.50)	4.41(0.94)	1.74	.00	-3.89**
E2. 치료과정에서 나타날 수 있는 사회경제적 위험요인에 대한 사정	4.84(0.37)	4.88(0.33)	-.38	4.68(0.63)	3.88(1.11)	2.97**	4.72(0.54)	4.71(0.47)	.09	-1.45	-3.37**
E3. 재정 관련 상담 및 지지자원 연결	4.64(0.64)	4.76(0.56)	-.65	4.64(0.64)	3.82(1.29)	2.73**	4.76(0.52)	4.41(0.80)	1.72	.00	-3.11**
E4. 장기적으로 치료과정 및 종결 이후 경제적 어려움 재사정	4.40(0.82)	4.35(0.70)	.19	4.24(0.88)	3.47(1.33)	2.26*	4.36(0.95)	4.12(1.05)	.78	-.75	-2.43*
F. 부모 및 보호자 지원											
F1. 자녀의 진단 초기에 부모 및 보호자의 정신건강 수준 평가	4.52(0.65)	4.29(0.85)	.97	3.24(1.20)	2.29(1.26)	2.46*	3.40(1.19)	2.65(1.46)	1.84	-5.82***	-6.47***
F2. 자녀의 치료과정 전반에 걸쳐 부모 및 보호자의 정신건강 욕구 지속적 사정	4.32(0.80)	4.41(0.71)	-.38	2.96(1.24)	2.59(1.33)	.93	3.28(1.21)	3.06(1.25)	.58	-5.91***	-5.28***
F3. 부모 및 보호자의 정신건강 증진을 위한 자원 및 개입 제공	4.20(0.82)	4.47(0.62)	-1.15	2.92(1.04)	3.00(1.17)	-.23	3.32(1.14)	3.65(1.00)	-.96	-7.19***	-5.14***
G. 예상되는 치료계획에 따른 지침제공과 심리교육											
G1. 예상되는 치료계획에 관해 의료진과 소통	4.44(0.65)	3.94(1.03)	1.93	3.88(1.13)	1.59(0.62)	7.61***	4.24(0.83)	2.24(1.20)	6.41***	-2.59*	-7.94***
G2. 질병 및 치료 관련 정보 및 심리교육 제공	4.44(0.87)	4.35(0.93)	.31	3.60(1.08)	3.29(1.21)	.86	4.24(0.83)	3.18(1.29)	3.26**	-4.09***	-3.14**
G3. 질병과 치료, 영향, 절차, 심리사회적 적응에 대한 예상 지침 제공	4.40(0.82)	4.18(0.88)	.84	3.64(1.04)	3.00(1.22)	1.83	4.04(0.84)	2.82(1.24)	3.80***	-4.32***	-3.64**
H. 의료적 치료에 따른 사전준비와 지원											
H1. 소아청소년암 대상자의 발달단계에 적합한 수준으로 강도가 높은 의료적 치료에 대한 예측과 통제가 가능하도록 사전 정보 제공	3.80(1.15)	4.06(0.97)	-.76	2.44(1.26)	1.94(0.90)	1.40	3.76(1.13)	2.29(1.26)	3.94***	-5.57***	-6.63***
H2. 강도가 높은 의료적 치료에 대한 심리적 개입 제공	3.80(0.96)	4.12(0.99)	-1.04	1.96(0.93)	1.65(0.86)	1.10	3.52(1.23)	2.18(1.47)	3.21**	-8.05***	-8.28***

역할	중요성 인식			개인 수행 수준			기관 수행 수준			중요성과 개인 수행 수준 차이	
	병원+	비영리민간단체 [^]	t	병원+	비영리민간단체 [^]	t	병원	비영리민간단체	t	병원	비영리민간단체
	M(SD)	M(SD)		M(SD)	M(SD)		M(SD)	M(SD)		t+	t [^]
I. 소아청소년 암 경험자에게 사회적 상호작용 기회 제공											
I1. 소아청소년암 경험자의 발달단계, 건강 상태, 선호하는 사회작용 유형 사정	4.36(1.08)	4.41(0.80)	-.21	3.00(1.08)	2.76(1.39)	.62	3.56(1.08)	3.06(1.09)	1.47	-6.11***	-4.20**
I2. 소아청소년암 경험자의 사회적 상호작용 촉진 위한 집단활동 제공	4.20(0.87)	4.47(0.62)	-1.11	2.76(1.20)	3.12(1.27)	-.93	3.60(1.29)	4.00(1.00)	-1.08	-5.43***	-3.73**
I3. 소아청소년암 경험자 전문가 및 학교 담당자와 연계 및 진행 상황 평가	4.04(0.84)	4.18(0.81)	-.52	2.40(1.08)	2.82(1.24)	-1.78	3.32(1.25)	3.00(1.22)	.82	-6.54***	-4.08**
J. 형제자매 지원											
J1. 형제자매의 충족되지 않은 욕구와 심리사회적 어려움 사정	4.16(0.94)	4.29(0.85)	-.47	2.72(1.31)	2.82(0.88)	-.29	3.04(1.06)	3.00(1.27)	.11	-5.71***	-6.02***
J2. 부모에게 암 경험자 형제자매가 가질 수 있는 어려움에 대해 알림	4.24(0.88)	4.47(0.72)	-.90	3.28(1.37)	2.88(1.05)	1.01	3.52(1.12)	3.35(1.06)	.49	-3.77**	-6.53***
J3. 형제자매에게 암 경험자가 가질 수 있는 어려움에 대해 알림	4.00(0.91)	4.23(0.90)	-.82	2.36(0.95)	2.53(0.87)	-.59	2.92(1.15)	2.82(1.13)	.27	-7.36***	-6.06***
J4. 심리사회적 고위험 형제자매 대상 개입 진행	4.08(1.00)	4.35(0.79)	-.95	2.16(0.75)	2.35(1.11)	-.67	2.56(1.00)	3.41(1.28)	-2.42 [†]	-8.61***	-6.73***
K. 학업지속 및 학교복귀 지원											
K1. 학교 담당자 및 학급친구들에게 소아청소년 암에 대한 정보 제공	3.68(0.99)	4.06(0.83)	-1.30	2.04(1.14)	1.88(0.78)	.50	2.72(1.10)	3.18(1.19)	-1.28	-5.94***	-8.85***
K2. 학교 담당자 및 학급 친구들에게 소아청소년 암 경험자의 진단명, 치료, 주의사항 등에 대해 설명하면서 긍정적 인식 전환	3.68(1.03)	4.29(0.85)	-2.03 [†]	1.80(1.00)	1.88(0.93)	-.27	2.64(1.11)	3.18(1.19)	-1.49	-7.82***	-8.46***
K3. 암경험자, 부모, 학교담당자, 의료진 간의 의사소통 조정 담당	3.68(0.90)	3.71(0.92)	-.09	2.24(1.20)	1.53(0.72)	2.19 [°]	3.00(1.12)	2.41(1.42)	1.50	-5.57***	-8.35***
K4. 학업 지원 서비스 제공 및 연계	4.04(0.98)	4.06(0.75)	-.07	2.92(1.26)	2.76(1.09)	.41	3.44(1.23)	3.47(1.01)	-.09	-4.96***	-3.58**
L. 투약순응도 사정											
L1. 소아청소년암 경험자가 스스로 투약을 관리하기에 앞서 이들의 발달단계에 적합하도록 투약 관련 교육 제공	3.72(1.28)	3.41(1.18)	.79	1.88(1.01)	1.00(0.00)	3.57**	3.60(1.19)	1.12(0.33)	8.35***	-8.05***	-8.46***
L2. 투약 지침이 바뀔 때마다 소아청소년 암 경험자와 가족들에게 투약 관련 교육 제공	3.72(1.24)	3.47(1.18)	.65	1.80(1.04)	1.00(0.00)	3.16**	3.56(1.16)	1.12(0.33)	8.44***	-7.86***	-8.64***
L3. 투약 순응도 확인	3.64(1.25)	3.47(1.18)	.44	2.20(1.32)	1.12(0.49)	3.22**	3.48(1.12)	1.18(0.53)	7.87***	-5.87***	-8.70***
L4. 투약 순응을 방해하는 요인이나 이전 투약 경험 등을 포함하는 예상되는 지침 제공	3.68(1.28)	3.65(1.17)	.09	2.16(1.11)	1.24(0.56)	3.17**	3.44(1.12)	1.35(1.00)	6.19***	-6.77***	-8.10***
L5. 투약 순응을 높이기 위한 전략 사용	3.68(1.31)	3.53(1.18)	.38	2.20(1.19)	1.12(0.33)	3.64**	3.44(1.23)	1.24(0.75)	6.60***	-5.86***	-8.10***
M. 완화케어											
M1. 소아청소년 암 경험자와 가족에게 완화케어에 대한 정보 제공	4.16(0.90)	3.94(1.09)	.71	2.84(1.55)	1.71(0.85)	2.75**	3.48(1.36)	1.71(0.77)	4.87***	-5.77***	-6.41***
M2. 완화케어 대상자 및 가족에게 지속적으로 신체적 고통 및 심리사회적 증상 측정	4.20(0.91)	3.94(1.03)	.86	2.76(1.67)	1.59(0.94)	2.63*	3.48(1.42)	1.65(0.93)	4.68***	-5.57***	-6.67***
M3. 완화케어 대상자들의 케어 세팅 전환 지원	4.16(0.94)	3.88(1.05)	.89	2.44(1.45)	1.35(0.79)	2.82**	3.28(1.28)	1.53(0.80)	5.02***	-6.74***	-7.35***
M4. 대상자의 발달단계에 적합한 임종케어 제공	4.16(0.99)	4.00(1.00)	.51	2.56(1.42)	1.06(0.24)	4.31***	3.32(1.38)	1.65(0.93)	4.37***	-6.53***	-11.79**
N. 소아청소년암으로 가족 사별 이후 사별슬픔 지원											
N1. 사별가족 연락	3.52(1.16)	3.88(0.86)	-1.10	1.68(0.99)	1.53(0.62)	.56	2.44(1.33)	2.41(1.00)	.07	-8.05***	-11.26***
N2. 심리사회적 고위험 사별가족 사정	3.72(1.17)	4.41(0.51)	-2.28 [°]	1.96(1.37)	1.35(0.61)	1.71	2.64(1.50)	2.35(1.11)	.67	-7.33***	-22.70***
N3. 사별가족의 사별슬픔을 지원하기 위한 자원 제공	3.72(1.21)	4.53(0.51)	-2.60 [°]	1.84(1.21)	1.71(0.59)	.42	2.76(1.42)	2.76(1.30)	-.01	-8.32***	-18.31***
N4. 사별가족의 사별슬픔 지원을 위한 지역사회 자원 의뢰	3.72(1.21)	4.06(0.90)	-.98	1.72(1.14)	1.18(0.39)	1.89	2.48(1.33)	2.24(1.35)	.58	-7.56***	-13.86***
N5. 사별가족모임 지원	3.68(1.22)	4.18(0.73)	-1.51	1.56(1.16)	1.65(0.70)	-.28	1.96(1.31)	2.82(1.13)	-2.22 [†]	-8.15***	-13.04***
O. 다양한 의사소통, 문서화, 전문성 훈련 표준											
O1. 의료진 및 심리사회 전문가와의 다양한 팀 협력체계 구축	4.80(0.50)	4.00(0.94)	3.60**	3.88(1.17)	2.00(1.00)	5.42***	4.28(0.79)	2.94(1.20)	4.37***	-4.13***	-5.35***
O2. 팀 전문가들이 필요시 공유할 수 있도록 의료정보기록 및 개입 관련 자료 관리	4.56(0.71)	3.94(1.03)	2.31 [°]	3.84(1.07)	1.35(0.61)	8.68***	4.20(0.82)	1.76(0.83)	9.42***	-3.67**	-10.03***
O3. 소아청소년암 관련 분야 전문교육 참여 및 연구	4.36(0.81)	3.94(0.90)	1.57	2.40(1.22)	1.65(1.00)	2.10*	3.88(0.93)	2.53(1.12)	4.25***	-8.63***	-6.02**

주: 1) t+: 병원 사회복지사의 중요성 인식과 개인 수행 수준의 평균값 차이 비교, 2) t[^]: 비영리민간단체 사회복지사의 중요성 인식과 개인 수행 수준의 평균값 차이 비교, 3) * p<.05, **p<.01, ***p<.001

의 역할 수행 수준을 비교한 분석 결과, 절대적인 수행 수준의 점수는 병원이나 비영리민간단체별로 더 높은 역할이 달랐지만 통계적으로 유의미한 차이를 보인 역할은 모두 병원 사회복지사의 수행 수준이 더 높게 인식되는 것으로 나타났다. 병원의 사회복지사의 경우, 비영리민간단체의 사회복지사에 비해 E(경제적 어려움 사정)(E1: $t=3.50$, $p<.01$; E2: $t=2.97$, $p<.01$; E3: $t=2.73$, $p<.01$; E4: $t=2.26$, $p<.05$), L(투약순응도 사정)(L1: $t=3.57$, $p<.01$; L2: $t=3.16$, $p<.01$; L3: $t=3.22$, $p<.01$; L4: $t=3.17$, $p<.01$; L5: $t=3.64$, $p<.01$), M(완화케어)(M1: $t=2.75$, $p<.01$; M2: $t=2.63$, $p<.05$; M3: $t=2.82$, $p<.01$; M4: $t=4.31$, $p<.001$), O(다양한 의사소통, 문서화)(O1: $t=5.42$, $p<.001$; O2: $t=8.68$, $p<.001$; O3: $t=2.10$, $p<.05$) 영역과 D4(심리사회적 고위험 대상자 치료적 지원)($t=2.60$, $p<.05$), F1(자녀 진단 초기 보호자 정신건강 수준 평가)($t=2.46$, $p<.05$), G1(의료진과의 소통)($t=7.61$, $p<.001$), K3(암 경험자, 부모, 학교담당자, 의료진 간 의사소통 조정)($t=2.19$, $p<.05$)의 역할에 대해서 개인적 수행 수준이 유의하게 높은 것으로 나타났다. 그 외 역할에서는 병원과 비영리민간단체 간 유의한 차이가 없었다.

다. 기관 차원의 역할 수행 수준 인식: 병원과 비영리민간단체 사회복지사

병원 사회복지사가 인식하는 기관 차원에서 역할 수행 수준이 높다고 인식한 상위항목을 살펴보면, E1(암 진단 당시 경제적 어려움 사정하기, $M=48.0$), E3(재정 관련 상담 및 지지자원 연결하기, $M=4.76$), E2(치료과정에서 나타날 수 있는 사회경제적 위험요인에 대한 사정하기, $M=4.72$), E4(장기적으로 치료과정 및 종결 이후 경제적 어려움 재사정하기, $M=4.36$), 즉 경제적 어려움 사정에 해당하는 E영역의 중요성이 1~4위였고, 다음으로 A2(정기적으로 소아청소년암 대상자 및 가족의 이용 가능한 자원 파악, $M=4.28$), O1(의료진 및 심리사회 전문가와의 다양한 팀 협력체계 구축, $M=4.28$), G1(예상되는 치료계획에 관해 의료진과 소통하기, $M=4.24$), G2(질병 및 치료 관련 정보 및 심리교육 제공, $M=4.24$)의 순으로 나타났다. 반면, 비영리민간단체 사회복지사들이 기관 차원에서 역할 수행 수준이 높다고 인식한 상위항목은 E2(치료과정에서 나타날 수 있는 사회경제적 위험요인에 대한 사정하기, $M=4.71$), E1(암 진단 당시 경제적 어려움 사정하기,

$M=4.41$)과 E3(재정 관련 상담 및 지지자원 연결하기)($m=4.41$), E4(장기적으로 치료과정 및 종결 이후 경제적 어려움 재사정, $M=4.12$), I2(소아청소년암 경험자의 사회적 상호작용을 촉진하기 위한 집단활동 제공, $M=4.00$), A2(정기적으로 소아청소년암 대상자 및 가족의 이용 가능한 자원 파악, $M=3.88$)의 순으로 나타났다.

기관(병원 또는 비영리민간단체)의 차원에서 사회복지사들의 역할 수행 수준을 비교한 분석 결과, 병원의 사회복지사들은 비영리민간단체의 사회복지사에 비해 A3(정기적으로 소아청소년암 대상자 및 가족의 이용 가능한 자원 파악)($t=3.16$, $p<.01$)과 A4(정기적으로 소아청소년암 대상자 및 가족구조 및 가족기능 파악)($t=2.26$, $p<.05$), B(신경심리학적 문제에 대한 모니터링과 사정)(B1: $t=3.03$, $p<.01$; B2: $t=2.25$, $p<.05$; B3: $t=2.61$, $p<.05$), C3(치료종결 이후 위험한 건강행동 측정하기)($t=2.47$, $p<.05$), G(예상되는 치료계획에 따른 지침제공과 심리교육)(G1: $t=6.41$, $p<.001$; G2: $t=3.26$, $p<.01$; G3: $t=3.80$, $p<.001$), H(의료적 치료에 따른 사전준비와 지원)(H1: $t=3.94$, $p<.001$; H2: $t=3.21$, $p<.01$), L(투약순응도 사정)(L1: $t=8.35$, $p<.001$; L2: $t=8.44$, $p<.001$; L3: $t=7.87$, $p<.001$; L4: $t=6.19$, $p<.001$; L5: $t=6.60$, $p<.001$), M(완화케어)(M1: $t=4.87$, $p<.001$; M2: $t=4.68$, $p<.001$; M3: $t=5.02$, $p<.001$; M4: $t=4.37$, $p<.001$), O(다양한 의사소통, 문서화)(O1: $t=4.37$, $p<.001$; O2: $t=9.42$, $p<.001$; O3: $t=4.25$, $p<.001$)의 역할에 대해서 기관(병원)의 역할 수행 수준을 유의하게 더 높다고 보고하였다. 반면, 비영리민간단체의 사회복지사들은 병원의 사회복지사에 비해 J4(심리사회적 고위험 형제자매 대상 개입 진행)($t=-2.42$, $p<.05$), N5(사별가족모임 지원)($t=-2.22$, $p<.05$)의 작업에 대해서 기관의 수행 수준이 유의하게 더 높다고 보고하였다.

라. 역할 중요성과 개인 차원의 역할 수행 수준 인식 차이

사회복지사들이 인식하는 역할 중요성과 개인적인 차원의 역할 수행 수준을 비교한 결과, 병원과 비영리민간단체 사회복지사 모두 통계적으로 유의미한 차이를 보였다. 병원 사회복지사들은 E(경제적 어려움 사정) 영역을 제외한 모든 영역에서 중요성 인식에 비해 개인적 수행 수준이 낮게 이루어지는 것으로 나타났다. 비영리민간단체의 사회복지사들은 A3(정기적으로 소아청소년암 대상자 및 가족의 과거 병력 및 과

표 4. 15개 역할 영역별 병원 및 비영리민간단체의 중요도 및 수행 수준 인식

역할	병원		비영리민간단체	
	중요도	수행 수준	중요도	수행 수준
	M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)
A. 심리사회적 사정	4.26(0.25)	3.57(0.22)	4.10(0.35)	3.41(0.39)
B. 신경심리학적 문제에 대한 모니터링과 사정	3.41(0.05)	2.33(0.22)	3.71(0.15)	2.18(0.12)
C. 치료종결 이후 서바이버십에서의 심리사회적 추적	4.01(0.12)	1.93(0.17)	4.06(0.49)	2.09(0.40)
D. 심리사회적 개입과 치료적 지원	4.44(0.43)	3.14(0.61)	4.55(0.22)	2.46(0.58)
E. 경제적 어려움 사정	4.65(0.19)	4.57(0.22)	4.69(0.23)	3.73(0.18)
F. 부모 및 보호자 지원	4.35(0.16)	3.04(0.17)	4.39(0.09)	2.63(0.36)
G. 예상되는 치료계획에 따른 지침제공과 심리교육	4.43(0.02)	3.71(0.15)	4.16(0.21)	2.63(0.91)
H. 의료적 치료에 따른 사전준비와 지원	3.80(0.00)	2.20(0.34)	4.09(0.04)	1.80(0.21)
I. 소아청소년 암 경험자에게 사회적 상호작용 기회 제공	4.20(0.16)	2.72(0.30)	4.35(0.15)	2.90(0.19)
J. 형제자매 지원	4.12(0.10)	2.63(0.49)	4.34(0.10)	2.65(0.25)
K. 학업지속 및 학교복귀 지원	3.77(0.18)	2.25(0.48)	4.03(0.24)	2.01(0.52)
L. 투약순응도 사정	3.69(0.03)	2.05(0.19)	3.51(0.09)	1.10(0.10)
M. 완화케어	4.17(0.02)	2.65(0.18)	3.94(0.05)	1.43(0.29)
N. 소아청소년암으로 가족 사별 이후 사별슬픔 지원	3.67(0.09)	1.75(0.15)	4.21(0.26)	1.48(0.22)
O. 다양한 의사소통 문서화, 전문성 훈련 표준	4.57(0.22)	3.37(0.84)	3.96(0.03)	1.67(0.33)
전체 m(sd)	4.09(0.39)	2.76(0.84)	4.13(0.37)	2.25(0.83)

거 기능 파악), A4(정기적으로 소아청소년암 대상자 및 가족 구조 및 가족기능 파악)를 제외한 모든 영역에서 중요성 인식에 비해 개인적 수행 수준이 낮았다.

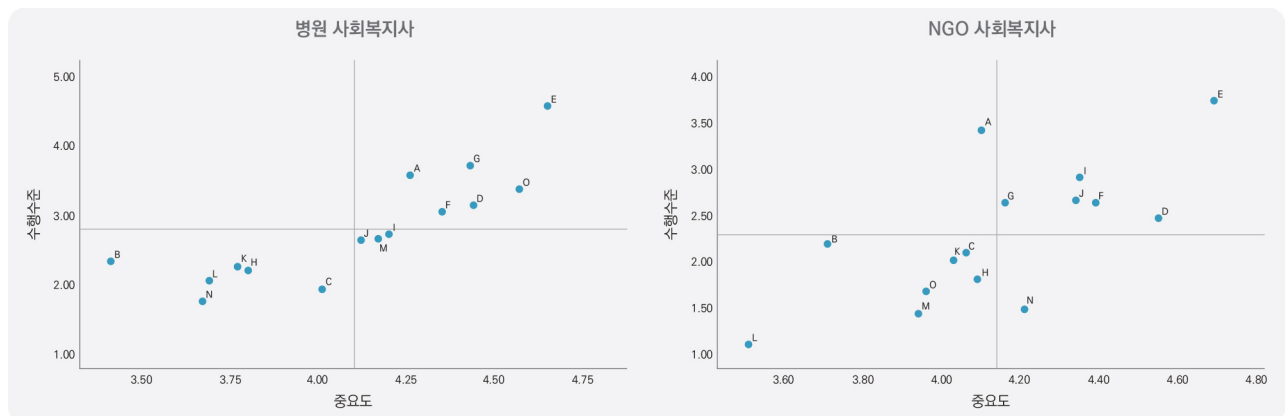
마. 15개 영역별 개인 차원 역할 중요성과 수행 수준 IPA 분석

15개 영역별 병원과 비영리민간단체 소속 사회복지사가 인식하는 중요도와 수행 수준 평균 및 표준편차를 분석하였고, 결과는 <표 4>와 같다. 병원 사회복지사가 중요도를 높게 인

식한 영역은 E, D, G였고, 낮게 인식한 영역은 B, N, L 등이었다. 수행 수준이 높은 영역은 E, G, A였고, 낮은 것은 N, C, L 등이었다. 비영리민간단체 사회복지사가 중요하게 여긴 영역은 E, D, F, I 등이었고, 중요도를 낮게 여긴 것은 L, B, M 등이었다. 수행 수준이 높은 것은 E, A, I였고, 상대적으로 수행 수준이 낮은 것은 L, M, H였다.

위의 분석 결과를 토대로 중요성과 수행 수준을 비교할 수 있는 IPA 분석 결과는 아래 [그림 1]과 같다. 중요성과 수행 수준 각각 전체 평균을 기준으로 X축과 Y축 절편에 기준선을

그림 1. 역할 중요성과 개인 수행 수준 인식에 대한 IPA 분석



설정하고, 4개의 분면으로 구성하였다. 중요성과 수행 수준 모두 높은 1사분면에 병원 사회복지사들은 A, D, E, F, G, O 등이 있었고, 비영리민간단체 사회복지사들은 D, E, F, G, I, J 등이 있었다. 중요성과 수행 수준 모두 낮은 3사분면에 병원 사회복지사들은 B, C, H, K, L, N 등의 역할이 있었고, 비영리민간단체 사회복지사들은 B, C, H, K, L, O 등이 있었다. 1사분면과 3사분면은 각각 중요도와 수행 수준의 인식이 비례한다는 점에서 유지 필요한 역할이라고 볼 수 있다. 반면, 높은 중요성에 비해 수행 수준이 낮은 4사분면은 역할 확대가 필요하다고 해석할 수 있는데, 병원 사회복지사들은 I, J, M 등을 보고하였고, 비영리민간단체 사회복지사들은 N을 보고하였다. 낮은 중요성에 비해 수행 수준이 높은 2사분면은 역할의 축소가 필요한 것으로 볼 수 있다. 병원 사회복지사들에게 2사분면은 도출되지 않았으나, 비영리민간단체 사회복지사들은 A 영역을 보고하였다.

V. 논의 및 결론

본 연구는 소아청소년암 심리사회서비스 제공자가 수행하는 역할에 대해 사회복지사가 중요하게 생각하는 정도와 실제 개인 및 조직이 수행하는 정도에 대한 인식을 병원과 비영리민간단체 사회복지사 간 비교하였다. 서비스 이용자의 특성과 기관의 목적이 다르기 때문에 병원과 비영리민간단체의 사회복지사들이 수행하는 역할과 중요성은 다를 수밖에 없지만, 어떠한 서비스 영역에서 사회복지사 및 기관의 역할 차이를 구체적으로 조사하는 것은 소아청소년암 대상 심리사회서비스 제공자로서 사회복지사의 새로운 역할 정립을 지원하고 수행이 어려운 영역에서 필요한 교육과 훈련을 제시할 수 있다는 점에서 중요한 의의를 가진다. 본 연구 결과를 통해 나타난 새로운 발견은 다음과 같다.

첫째, 병원과 비영리민간단체의 사회복지사들이 중요하게 인식하는 심리사회서비스 제공 역할에는 뚜렷한 차이가 있었고, 이는 병원과 비영리민간단체 간 역할의 분화가 있음을 실증적으로 보여주는 결과이다. 이를 토대로 병원과 비영리민간단체 영역에서 종사하는 사회복지사의 전문적 역량 향상을 위한 교육훈련의 기초자료로 활용할 수 있을 것이다. 비영리민간단체의 경우 C. 치료종결 이후 심리사회적 추적, K. 학업지속 및 학교복귀 지원, N. 사별슬픔 지원에 있어서 중요성을

더 높게 인식하였고, 병원의 사회복지사들은 비영리민간단체의 사회복지사들에 비해 O. 다양한 의사소통, 문서화, 전문성 훈련표준에 대한 역할을 중요하게 인식하는 것으로 나타났다. 특히, 비영리민간단체의 사회복지사들은 치료가 종결된 이후 심리적 위함을 측정하거나, 학교 관련 담당자들과나 학급 친구들에게 소아청소년암에 대한 인식을 개선하는 역할, 고위험 사별 가족들의 어려움을 사정하고 사별슬픔을 지원하는 활동을 제공하는 것의 중요성을 높게 인식하였다. 2000년대 이후 의료사회복지사의 역할이 경제적인 어려움을 해결하거나 퇴원 이후 필요한 지역사회 자원을 연계하는 것으로 무게중심이 옮겨가며 암 아동청소년의 치료종결 이후의 추적이나 학업 및 학교복귀 지원, 사별슬픔 지원 등의 서비스 제공역할이 병원에서 지역으로 옮겨가는 것으로 추측할 수 있다(Nam, Choi & Kim, 2019).

소아청소년암 경험자 대상 심리사회서비스를 제공하는 데 있어서 중요성 인식의 차이는 소속 기관의 전문성과 환경적 맥락에 따라 사회복지사의 역할 및 직무에 대한 기대 수준과 가치가 다르기 때문으로 해석할 수 있다. 병원의 의료사회복지사들은 다양한 임상과를 맡고 있으며 심리사회서비스 제공보다 의료비 지원을 주로 담당해야 하는 현실로 인해 이들의 역할 중요성 인식이 상대적으로 제한적일 수 있음을 유추해 볼 수 있다. 이처럼 의료사회복지사가 여러 업무를 한꺼번에 수행해야 하는 현실은 자신이 중요하게 여기는 역할을 수행하지 못하게 만드는 장애물이 될 수 있다. 소아종양 분야의 사회복지사들은 과도한 업무 그리고, 전문성에 대한 가치를 인정받지 못하는 구조적인 요인으로 인해 공감피로를 겪기 쉽고(Yi et al., 2018), 의료적 치료를 수행하는 전문의의 중요한 역할과 비교하여 본인의 전문성이 낮다고 인식한 바 있다(Ostadhashemi et al., 2019a). 따라서 국내에도 이들의 업무 환경과 역할의 전문성을 확충하기 위한 변화가 필요함을 보여준다. 소아종양 분야에서 사회복지사의 역할과 중요성은 시대에 따라 달라지며, 전통적인 영역에서 확대되는 형태와 내용을 보인다(Jones, 2006). 또한, 심리사회서비스의 표준화를 위해서는 서비스를 제공할 전문 인력 확보와 훈련이 매우 중요하므로(Kazak et al., 2018) 사회복지사들이 전통적인 범위의 사회복지실천 영역에서 보다 확대되어 다양한 심리사회서비스 제공에 대한 역할 중요성을 인식할 수 있도록 역량 강화 및 지지활동이 필요할 것이다. 지금까지 소아종양 분야 사회복지사들은 주로 사회경제적으로 취약한 이들을 대상으로 서

비스를 제공하는 데 초점을 두었던 경향이 있지만, 치료궤적에 따라 모든 소아청소년암 경험자와 가족에게 보편적, 추가적, 혹은 전문적 서비스가 모두에게 접근될 수 있어야 할 것이다(최권호, 2018; Kazak et al., 2015). 또한, 소아청소년암의 장기생존율 증가에 따라 다양한 심리사회서비스 요구가 늘어날 것으로 전망되며, 그에 맞추어 소아종양 분야의 사회복지 실천 영역 확대와 전문성 강화를 위한 노력이 병행되어야 할 것이다

둘째, 병원과 비영리민간단체의 사회복지사들이 수행하는 개인적 차원에서의 서비스 제공 역할 정도 또한 통계적으로 유의미한 차이가 나타났고, 이는 소아청소년암 심리사회서비스 제공에서 병원과 지역사회의 긴밀한 협력이 필요함을 시사한다. 병원의 사회복지사들은 비영리민간단체의 사회복지사에 비해 E. 경제적 어려움 사정, F. 부모 및 보호자 지원, G. 예상되는 치료계획에 따른 지침제공과 심리교육, K. 학업지속 및 학교복귀 지원, L. 투약순응도 사정, M. 완화케어, O. 다양한 의사소통/문서화/전문성 훈련표준에서의 서비스 제공 역할을 수행하는 정도를 높게 인식하고 있었다. 특히, 병원의 사회복지사들은 경제적인 어려움 사정의 역할이 상당히 높은 수준에서 이루어지고 있었으며, 투약순응도 사정, 완화케어, 다양한 의사소통/문서화/전문성 훈련표준 영역에서는 수행 수준이 높지는 않았으나 비영리민간단체의 사회복지사보다 유의미하게 높은 차이를 보였다. 이는 병원과 비영리민간단체에서 사회복지사들이 협력하는 다학제적 팀 구성원이나 이용 가능한 자원과 전문서비스의 범위가 다르기 때문으로 보인다. 병원에서는 주로 의료진 및 완화의료전문가, 정신건강전문가들을 포함한 다양한 의료전문가들과 소통이 원활하고 관련 의료서비스 자원이 상대적으로 풍부한 데 비해, 비영리민간단체의 사회복지사들은 의료적 전문가 및 자원이 제한적이기 때문에 역할의 수행 또한 제약이 있을 수밖에 없다(김민아 외, 2021). 이는 사회복지사들은 완화케어에서 수행하는 서비스 제공의 역할에 어려움을 보고하였고(Head, Peters, Middleton, Friedman & Guman, 2019), 완화케어 중에서도 완화돌봄에 대한 교육이나 증상 및 통증관리, 사전의료 계획과 결정에 대한 역할을 잘 수행하지 못한다고 보고한 선행연구 결과와 일치하였다(Jones, 2006). 또한 실제 소아완화의료에 대한 전문가들의 부담이 높고 환자 돌봄제공자들의 부정적인 인식으로 인해 아직까지 대상자가 많지 않은 수준이다(문이지 외, 2019; Yu et al., 2020). 사회복지사들이 완화케어에 적극적

로 관여하기 위해서는 개인적인 차원에서 역량을 증진시키는 것뿐 아니라 구조적이고 맥락적인 차원에서 사회복지적 개입이 가능한 환경을 만드는 것도 중요하다(Taels et al., 2021). 특히, 지역사회 기반의 심리사회서비스 제공을 위해서는 서비스 제공자의 자율성과 지역사회 기반의 자원에 대한 충분한 이해가 전제되어야 하며(Vaccaro et al., 2019), 제한된 자원으로 역할 수행이 어려운 영역에서는 향후 병원과 지역사회의 긴밀한 협력과 협업이 필수적임을 시사한다.

셋째, 일부 영역에서 개인 제공 수준에 비해 기관의 제공 수준이 높다고 인식하고 있었는데 이는 병원의 다학제적 특성을 반영한 실증적 결과라고 볼 수 있다. 병원의 사회복지사들은 상대적으로 기관 차원에서 A. 심리사회적 사정, B. 신경심리학적 문제에 대한 모니터링과 사정, C. 치료종결 이후 서바이버십에서의 심리사회적 추적, G. 치료종결 이후 서바이버십에서의 심리사회적 추적, H. 의료적 치료에 따른 사전준비와 지원, L. 투약순응도 사정, M. 완화케어, O. 다양한 의사소통/문서화/전문성 훈련 표준의 조직 내 서비스 제공 역할 수행 정도를 높게 인식하였다. 이렇게 개인적 차원에서의 역할 수행 수준과 확연한 차이를 보이는 것은 소아청소년암 대상 심리사회적 서비스가 다학제적인 특성을 가지고 있음을 강조한 결과라고 볼 수 있다(Abrams, Muriel & Wiener, 2016). 즉, 사회복지사가 수행하지는 않더라도 조직 내 다학제적 팀 구성원들이 수행하는 역할이 포함된 연구 결과로 각 전문가들(예: 정신과전문의, 신경학심리학자 등)의 역할에 대한 협력과 의사소통이 활발하게 이루어져야 할 필요성을 시사한다. 예를 들어, 의사 및 간호사들은 소아청소년암 경험자와 가족들의 심리사회적 문제 발견 및 치료, 전문가 의뢰의 역할에 대해 인식하지만, 공식적인 훈련이나 전문성이 부재하다고 인식할 수 있기 때문에(Kiernan, Meyler & Guerin, 2010) 사회복지사와 같은 비의료 전문가들의 개입이 상대적으로 강조될 수 있다. 또한, 선행연구에서 간호사들은 심리사회적 위험을 스크리닝할 수 있는 도구에 대한 수용도가 높은 반면, 사회복지사들의 수용도는 낮은 것으로 보고되어 소아청소년암 대상 건강돌봄전문가들의 역할 및 역량은 직종에 따라 다를 수 있음을 뒷받침해 주었다(Prasad, Bowles & Friedman, 2010).

다만, 일부의 역할-형제자매 지원, 가족 사별 이후 사별슬픔 지원의 경우, 비영리민간단체의 사회복지사가 조직적 차원에서 역할을 수행하는 정도를 높게 인식하였다. 그중에서도 심리사회적 고위험 형제자매 대상 개입이나 사별가족 모임 지원

의 역할 수행이 병원에 비해 높은 것으로 인식되었는데, 이러한 결과는 집중적인 치료가 주로 이루어지는 병원에서는 환자 당사자가 아닌 형제자매에 대한 지원이나 환자의 죽음 이후 이루어지는 사별 지원 서비스 제공의 역할이 우선시 되지 못하는 현실을 반영하였다(김민아 외, 2021). 소아청소년암 형제자매들에게 심리사회서비스를 제공하는 것에는 가족의 차원뿐 아니라 병원 및 건강돌봄시스템 차원에서의 다양한 장애물이 있으며, 이는 결국 서비스 제공의 제약과 서비스 대상에서의 배제로 이어질 수 있으므로(Brosnan et al., 2022), 병원과 지역사회 모두에서 강조되어야 한다. 병원의 특성상 이러한 역할이 강조되기 어렵더라도 형제자매나 사별가족에 대한 접근은 진단 초기부터 라포가 형성된 병원 내 서비스 제공자들이 더 적합할 수 있는 경우가 많기 때문에 병원에서도 이러한 역할에 대한 보완 및 지역사회와의 협력이 이루어져야 할 것이다. 예를 들어, 심리사회적으로 고위험 수준의 형제자매가 확인될 경우 즉각적으로 연계할 수 있는 전문적인 서비스 네트워크를 구축하거나 지역사회 다양한 복지전달체계와 적극적으로 협력하여 돌봄 공백이 발생하지 않도록 도모해야 하며, 나아가 이들의 미충족된 욕구를 지원할 수 있는 방안을 지역사회 기관과 함께 협력할 필요가 있다.

넷째, 병원은 지속적으로 사회적 상호작용의 기회 제공, 형제자매 지원, 완화케어 등이 확대되어야 하며, 비영리민간단체는 사별슬픔 지원과 사별가족 지원 서비스를 확대할 필요가 있다. IPA 분석 결과, 높은 중요도 인식 수준에 비해 낮은 수행 수준을 보여 역할의 확장이 필요한 심리사회서비스는 병원의 경우 I. 소아청소년암 경험자에게 사회적 상호작용 기회 제공, J. 형제자매 지원, M. 완화케어 등으로 나타났고, 비영리민간단체의 경우에는 N. 소아청소년암으로 가족 사별 이후 사별슬픔 지원이 있었다. 주로 집중적인 치료를 받는 환자에게 심리사회서비스를 제공하는 병원에서는 아동의 권리로서 또래 관계를 지속하기 위해 원격학교 및 병원학교와 협력하여 사회적 관계가 유지될 수 있도록 하고, 지역사회와 협력하여 형제자매 돌봄 등의 지원을 지속할 필요가 있을 것이다. 또한, 최근 완화의료 및 호스피스 케어가 확장되고 있지만, 여전히 소아청소년암 영역의 서비스 제공이 충분하지 못한 현실을 고려하여 이를 확장하기 위한 노력이 필요할 것이다. 지역사회의 비영리민간단체에서는 무엇보다 사별가족 지원과 사별슬픔 지원 등의 신규 프로그램 개발 등을 위한 노력이 요구된다. 마지막으로, 사회복지사들은 심리사회서비스 제공 역할의

중요성 인식에 비해 개인적인 차원에서 자신이 역할을 충분히 수행하지 못하는 것으로 인식하였다. 개인이 인식하는 중요성과 수행 수준의 차이는 직무불만족으로 연결될 수 있다는 점에서 왜 이러한 차이가 발생하는지 면밀히 살펴볼 필요가 있다. 의료사회복지사의 기대역할과 수행 역할 간의 역할 불일치(role discrepancy)는 직무불만족 및 소진의 중요한 원인으로 알려져 있다(최권호, 김준표, 2017; Takase, Maude & Manias, 2006). 한편, 사회복지사들이 역할 중요성을 높게 인식하는 것은 이들의 업무를 지속할 수 있도록 하는 데 원동력이 될 수 있다. 소아종양사회복지사들은 다양한 어려움에도 가치 있는 일을 하고 있다는 인식을 기반으로 스스로를 돌보고, 전문가로서 성장을 도모하며 전문가로서 다른 팀 구성원들과의 경계를 강화하는 전략들이 이들의 주요한 회복탄력성인 것으로 보고된 선행연구들이 이러한 주장을 뒷받침할 수 있다(Ostadhashemi et al., 2019b). 다만, 본 연구에서 병원 의료사회복지사는 경제적 어려움 영역에서, 비영리민간단체의 사회복지사는 심리사회적 사정에서 중요성 인식과 역할 수행 정도가 차이가 없는 것으로 나타나 서비스가 중요하다고 인식되는 만큼 제공 역할이 잘 수행되고 있는 영역의 특성을 보여주었다. 이는 국내 의료사회복지사의 역할이 과거 심리사회정신적 문제해결에서 2000년대 이후 경제적 문제해결로 옮겨간 것과 일치하는 결과로(Nam, Choi & Kim, 2019), 국내 현장에서 심리사회서비스의 제공 현황을 보고한 질적 연구(김민아 외등, 2021)의 결과와도 일치하였다. 이는 단순히 사회복지사 역할의 중요성을 강조하는 것에 그치는 것이 아니라 의료현장에서 사회복지사가 역할 수행을 충분히 수행하는 데 어떠한 장벽이 있는지 조직과 환경 차원의 장애물을 분석해야 함을 보여주었다.

암 서바이버십 케어에서 중요한 요소는 예방(prevention), 관찰(surveillance), 개입(intervention), 조정(coordination)인 만큼 의료적 치료를 받는 의료기관뿐 아니라 지역사회에서도 다학제적 접근에 기반한 연속적인 돌봄을 받아야 한다(Morgan, 2009). 소아청소년암 대상 심리사회서비스는 다양한 환경에서 제공되기 때문에 표준서비스의 실행은 획일적인 접근으로 달성될 수 없으며, 서비스가 제공되는 기관의 특성, 다양한 인력 구성원의 이질성, 이용 가능한 자원, 이용자의 특성 등을 고려하여 장기적으로 해결책을 모색하여야 한다(Wiener, Canter, Long, Psihogios & Thompson, 2020). 본 연구 결과를 통해 소아청소년암 대상 심리사회서비스 제공의

역할을 강화하기 위해 다양한 서비스 환경에서의 구체적인 협력 프로젝트와 정책적 통합모델의 개발이 이루어지기를 기대한다.

본 연구가 갖는 한계점은 소아청소년암 심리사회적 서비스가 다학제적 특성을 가짐에도 서비스 제공자의 역할 인식을 사회복지사만을 대상으로 조사하였다는 것이다. 물론, 사회복지사의 심리사회서비스 제공자로서 중추적인 역할을 수행하고 있기에 의의를 갖지만, 후속 연구에서는 다양한 현장에서 심리사회적 지지를 제공하는 소아종양심리사회서비스 제공 팀을 연구의 분석 단위로 하는 자료수집이 이루어질 필요가 있다. 또한, 본 연구 결과를 국내 소아청소년암 대상 심리사회 서비스를 제공하는 사회복지사들의 인식으로 일반화하기 어렵다. 본 연구에 참여한 사회복지사들의 소속 기관이 모집단을 대표한다고 보기 어려우며, 국내에는 관련 비영리민간단체를 포함한 지역 내 서비스 제공기관이 매우 소수이기 때문에 후속 연구에서는 전수 조사를 통해 정확한 현실을 반영하는 결과를 도출해야 할 것이다. 더욱이 본 연구에서는 연구 참여자들이 주관적으로 인식하는 역할을 조사하였기에 실제 이들이 수행하는 서비스 제공 역할 정도나 서비스의 중요성은 이용자 또는 조직 내 구성원들의 관점에서 차이가 있을 것이다. 후속 연구에서는 서비스 대상자인 소아청소년암 경험자 및 가족들, 또는 소아종양심리사회서비스 팀 내 타 구성원들의 시각에서 사회복지사들의 역할 수행 정도와 역할 중요성에 대한 인식을 조사하여 보다 객관적인 관점에서 역할 수행의 정도를 파악하는 것이 기대된다. 본 연구가 양적 연구로서 적은 표본을 대상으로 했다는 점도 한계로 작용하였다. 하지만, 국내에서 본 연구의 대상이 되는 모집단의 수가 워낙 적다는 점을 고려하였을 때 기존에 수행된 관련 질적 연구의 결과를 보완할 수 있는 함의를 제공할 것으로 기대하였다. 후속 연구에서는 국내에서 관련 기관들이 협력하여 전수 조사를 통해 보다 정확한 현황이 파악될 수 있어야 할 것이다. 마지막으로, 본

연구에서는 미국의 표준서비스(PSCPCC)를 기반으로 국내 상황에 맞는 서비스 기준을 제시하였으나, 향후 보다 체계적으로 한국의 소아청소년암 대상 심리사회서비스 제공 역할을 잘 나타낼 수 있는 조사도구의 타당성과 신뢰도를 검증할 필요가 있다.

병원과 비영리민간단체를 주로 이용하는 소아청소년암 경험자들의 치료단계와 서바이버십의 특성은 매우 이질적이다. 따라서 이질적인 특성의 소아청소년암 경험자와 가족들에게 심리사회서비스를 제공하는 사회복지사의 역할 인식은 다를 수밖에 없다. 이들의 역할 인식에 대한 본 연구 결과가 향후 다양한 세팅에서 제공되는 소아종양심리사회서비스의 분절성을 완화하고 질적 향상을 도모할 수 있는 결과로 이어질 수 있기를 기대한다.

김민아는 연세대학교에서 사회복지 학사 및 석사학위를 받았고, 미국 University of Southern California에서 사회사업학 박사학위를 받았으며, 성균관대학교 사회복지학과에서 부교수로 재직 중이다. 주요 관심 분야는 장애인복지 및 의료사회복지이며, 현재 장애인 및 만성질환자의 사회통합, 건강장애의 영향, 암 서바이버십, 트라우마 개입 프로그램 등을 연구하고 있다.

(E-mail: minahkim@skku.edu)

최권호는 연세대학교에서 사회복지학 학사, 동 대학원에서 사회복지학 석사 및 박사학위를 받았으며, 경북대학교 사회복지학부 부교수로 재직 중이다. 주요 관심 분야는 의료 및 보건사회복지, 사회복지교육 및 인적자원개발 등이며, 현재 사회복지 서비스 제공자의 직무경험, 감정노동, 사회복지 교육, 소아청소년 암 서바이버십 등을 연구하고 있다.

(E-mail: kchoi@knu.ac.kr)

유정원은 연세대학교에서 사회복지학 학사, 동 대학원에서 석사 및 박사학위를 받았으며, 숙명여자대학교, 숭실사이버대학교, 명지전문대학 등에 외래교수로 출강 중이다. 주요 관심 분야는 건강불평등, 근로자 건강 및 정신건강, 자살예방 등이다.

(E-mail: jardin307@hanmail.net)

박기량은 경북대학교에서 사회복지학 학사학위를 받았으며, 동 대학원 석사과정에 재학 중이다. 주요 관심 분야는 의료 및 보건사회복지이다.

(E-mail: rkfkd1783@naver.com)

참고문헌

- 김민아, 이재희. (2012). 소아암 완치자의 삶의 질 향상을 위한 서비스 욕구. *아동간호학회지*, 18(1), pp.19-28.
- 김민아, 최권호, 유정원. (2021). 소아청소년암 대상 심리사회 서비스 제공 현황: 병원 및 지역사회 복지서비스 제공자의 관점. *보건사회연구*, 41(3), pp.130-159.
- 김민아, 최권호, 유정원. (2020). 소아청소년암 심리사회 서비스의 장애요인과 개선방안에 대한 서비스 제공자의 인식 연구. *청소년복지연구*, 22(2), pp.31-60.
- 남석인, 최권호 (2013). 소아암 아동청소년의 학교 복귀 및 적응 어려움, 기존 서비스의 한계와 대안. *한국사회복지조사연구*, 38, pp.181-215.
- 대한소아혈액종양학회. (n.d.). *국내관련사이트*. http://www.kspho.or.kr/content/site/domestic_2.html에서 2022. 3. 2. 인출
- 문이지, 신희영, 김민선, 송인규, 김초희, 유주연, 박혜윤. (2019). 소아완화의료에 대한 호스피스 완화의료 전문기관 종사자의 인식. *한국호스피스완화의료학회지*, 22(1), pp.39-47.
- 보건복지부. (2016). *제3차 국가암관리종합계획*.
- 보건복지부. (2021). *제4차 국가암관리종합계획*.
- 최권호 (2015). 보건사회복지 개념과 역할 재구성: 병원을 넘어. *비판사회정책*, 49, pp.368-403.
- 최권호, 김수현, 남석인. (2015). 혼합방법론을 활용한 소아암 아동청소년의 교육 및 학교적응 서비스 욕구 탐색. *청소년문화포럼*, 44, pp.126-155.
- 최권호, 김준표 (2017). 의료사회복지사의 역할 불일치와 직무만족. *한국사회복지행정학*, 19(4), pp.133-158.
- 최권호 (2018). 소아암 경험자 및 보호자의 취약성과 치료궤적 기반 심리사회적 서비스 요구. *보건사회연구*, 38(2), pp.417-451.
- Abrams, A. N., Muriel, A. C., & Wiener, L. (Eds.) (2016). *Pediatric psychosocial oncology: Textbook for multidisciplinary care*. Springer International Publishing.
- Adler, N. E., & Page, A. E. (Eds.) (2008). *Cancer care for the whole patient: Meeting psychosocial health needs*. Washington, DC: Institute of Medicine.
- American Psychosocial Oncology Society (APOS). (2020). *What is psychosocial oncology?*<https://apos-society.org/professionals/what-is-psychosocial-oncology/>에서 2022. 3. 2. 인출.
- Annett, R. D., Patel, S. K., & Phipps, S. (2015). Monitoring and assessment of neuropsychological outcomes as a standard of care in pediatric oncology. *Pediatric Blood & Cancer*, 62(S5), S460-S513.*
- Association of Oncology Social Workers (AOSW). (n.d.). *Scope and standards of practice*. <https://aosw.org/publications-media/scope-of-practice/>에서 2022. 3. 2. 인출.
- Barrera, M., Alexander, S., Atenafu, E. G., Chung, J., Hancock, K., Solomon, A. et al. (2020). Psychosocial screening and mental health in pediatric cancer: A randomized controlled trial. *Health Psychology*, 39(5), pp.381-390.
- Bloom, J. (1987). Psychological response to mastectomy: A prospective comparison study. *Cancer*, 59(1), pp.189-196.
- Brosnan, P., Davis, K. A., Mazzenga, M., Oberoi, A. R., Sharkey, C. M., Buchbinder, D. et al. (2022). Psychosocial care providers' perspectives: Barriers to implementing services for siblings of children with cancer. *Pediatric Blood & Cancer*, 69(2), e29418.
- Carlson, C. A., Hobbie, W. L., Brogna, M., & Ginsberg, J. P. (2008). A multidisciplinary model of care for childhood cancer survivors with complex medical needs. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 25(1), pp.7-13.
- Christiansen, H. L., Bingen, K., Hoag, J. A., Karst, J. S., Velázquez-Martin, B., & Barakat, L. P. (2015). Providing children and adolescents opportunities for social interaction as a standard of care in pediatric oncology. *Pediatric Blood & Cancer*, 62(S5), S724-S749.*
- Courtneage, T., Bates, N. E., Armstrong, A. A., Seitz, M. K., Weitzman, T. S., & Fann, J. R. (2020). Enhancing integrated psychosocial oncology through leveraging the oncology social worker's role in collaborative care. *Psycho-Oncology*, 29(12), pp.2084-2090.
- Daem, M., Verbrugge, M., Schrauwen, W., Leroux, S., Van Hecke, A., & Grypdonck, M. (2019). How interdisciplinary teamwork contributes to psychosocial cancer support. *Cancer Nursing*, 42(3), E11-E20.
- Deshields, T., Zebrack, B., & Kennedy, V. (2013). The state of psychosocial services in cancer care in The United States. *Psycho-Oncology*, 22(3), pp.699-703.
- Flowers, S. R., & Birnie, K. A. (2015). Procedural preparation and support as a standard of care in pediatric oncology. *Pediatric Blood & Cancer*, 62(S5), S694-S723.*
- Fobair, P., Stearns, N. N., Christ, G., Dozier-Hall, D., Newman, N. W., Zabora, J. et al. (2009). Historical threads in the

- development of oncology social work. *Journal of Psychosocial Oncology*, 27(2), pp.155-215.
- Gardner, D. S., & Werner-Lin, A. (2012). *Oncology social work handbook of health social work*. New Jersey: Wiley & Sons, Inc.
- Gehlert, S. (2012). The conceptual underpinnings of social work in health care. In Gehlert S. and Brwone T. (Eds.), *Handbook of Health Social Work* (pp.3-19). New Jersey: John Wiley and Sons.
- Gerhardt, C. A., Lehmann, V., Long, K. A., & Alderfer, M. A. (2015). Supporting siblings as a standard of care in pediatric oncology. *Pediatric Blood & Cancer*, 62(S5), S750-S804.*
- Head, B., Peters, B., Middleton, A., Friedman, C., & Guman, N. (2019). Results of a nationwide hospice and palliative care social work job analysis. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 15(1), pp.16-33.
- Jain, J., Qorri, B., & Szewczuk, M. R. (2019). The crucial role of primary care providers in the long-term follow-up of adult survivors of childhood cancer. *Cancer Management and Research*, 11, pp.3411-3418.
- Jones, B. L. (2006). Pediatric palliative and end-of-life care: The role of social work in pediatric oncology. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 1(4), pp.35-62.
- Jones, B., Currin-Mcculloch, J., Pelletier, W., Sardi-Brown, V., Brown, P., & Wiener, L. (2018). Psychosocial standards of care for children with cancer and their families: A national survey of pediatric oncology social workers. *Social Work in Health Care*, 57(4), pp.221-249.
- Kazak, A. E., Abrams, A. N., Banks, J., Christofferson, J., DiDonato, S., Grootenhuis, M. A. et al. (2015). Psychosocial assessment as a standard of care in pediatric cancer. *Pediatric Blood & Cancer*, 62(S5), S426-S459.*
- Kazak, A. E., Barakat, L. P., Ditaranto, S., Biros, D., Hwang, W.-T., Beele, D. et al. (2011). Screening for psychosocial risk at pediatric cancer diagnosis: The psychosocial assessment tool. *Journal of Pediatric Hematology and Oncology*, 33(4), pp.289-294.
- Kazak, A. E., Rourke, M. T., Alderfer, M. A., Pai, A., Reilly, A. F., & Meadows, A. T. (2007). Evidence-based assessment, intervention and psychosocial care in pediatric oncology: A blueprint for comprehensive services across treatment. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(9), pp.1099-1110.
- Kazak, A. E., Scialla, M. A., Patenaude, A. F., Canter, K., Muriel, A. C., Kupst, M. J. et al. (2018). The multidisciplinary pediatric psycho-oncology workforce: A national report on supervision for staff and training opportunities. *Psycho-Oncology*, 27(12), pp.2802-2808.
- Kearney, J. A., Salley, C. G., & Muriel, A. C. (2015). Standards of psychosocial care for parents of children with cancer. *Pediatric Blood & Cancer*, 62(S5), S632-S683.*
- Kiernan, G., Meyler, E., & Guerin, S. (2010). Psychosocial issues and care in pediatric oncology: Medical and nursing professionals' perceptions. *Cancer Nursing*, 33(5), E12-E20.
- Lichtenthal, W. G., Sweeney, C. R., Roberts, K. E., Corner, G. W., Donovan, L. A., Prigerson, H. G., & Wiener, L. (2015). Bereavement follow-up after the death of a child as a standard of care in pediatric oncology. *Pediatric Blood & Cancer*, 62(S5), S834-S869.*
- Lown, E. A., Phillips, F., Schwartz, L. A., Rosenberg, A. R., & Jones, B. (2015). Psychosocial follow-up in survivorship as a standard of care in pediatric oncology. *Pediatric Blood & Cancer*, 62(S5), S514-S584.*
- McTate, E., Szulczewski, L., Joffe, N. E., Chan, S. F., & Pai, A. L. (2021). Implementation of the psychosocial standards for caregiver mental health within a pediatric hematology/oncology program. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 28(2), pp.323-330.
- Morgan, M. A. (2009). Cancer survivorship: History, quality-of-life issues, and the evolving multidisciplinary approach to implementation of cancer survivorship care plans. *Oncology Nursing Forum*, 36(4), pp.429-436.
- Mouw, M. S., Wertman, E. A., Barrington, C., & Earp, J. A. L. (2017). Care transitions in childhood cancer survivorship: Providers' perspectives. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 6(1), pp.111-119.
- Nam, S. I., Choi, K., & Kim, J. (2019). Role changes of hospital social workers in South Korea. *Social Work in Health Care*, 58(7), pp.703-717.
- Ostadhashemi, L., Arshi, M., Khalvati, M., Eghlima, M., & Khankeh, H. R. (2019a). Social workers in pediatric oncology: A qualitative study in Iranian context. *Asian*

- Pacific Journal of Cancer Prevention*, 20(6), pp.1871-1877.
- Ostadhashemi, L., Arshi, M., Khalvati, M., Eghlima, M., & Khankeh, H. R. (2019b). Social workers' resilience: Preventing burnout and compassion fatigue in pediatric oncology. *International Journal of Cancer Management*, 12(7), e61376.
- Pai, A. L., & McGrady, M. E. (2015). Assessing medication adherence as a standard of care in pediatric oncology. *Pediatric Blood & Cancer*, 62(S5), S818-S828.*
- Patenaude, A. F., Pelletier, W., & Bingen, K. (2015). Communication, documentation, and training standards in pediatric psychosocial oncology. *Pediatric Blood & Cancer*, 62(S5), S870-S895.*
- Pelletier, W., & Bona, K. (2015). Assessment of financial burden as a standard of care in pediatric oncology. *Pediatric Blood & Cancer*, 62(S5), S619-S631.*
- Prasad, P. K., Bowles, T., & Friedman, D. L. (2010). Is there a role for a specialized follow-up clinic for survivors of pediatric cancer? *Cancer Treatment Reviews*, 36(4), pp.372-376.
- Scialla, M. A., Canter, K. S., Chen, F. F., Kolb, E. A., Sandler, E., Wiener, L. et al. (2018). Delivery of care consistent with the psychosocial standards in pediatric cancer: Current practices in the United States. *Pediatric Blood & Cancer*, 65(3), e26869.
- Steele, A. C., Mullins, L. L., Mullins, A. J., & Muriel, A. C. (2015). Psychosocial interventions and therapeutic support as a standard of care in pediatric oncology. *Pediatric Blood & Cancer*, 62(S5), S585-S618.*
- Taels, B., Hermans, K., Van Audenhove, C., Boesten, N., Cohen, J., Hermans, K. et al. (2021). How can social workers be meaningfully involved in palliative care? A scoping review on the prerequisites and how they can be realised in practice. *Palliative Care and Social Practice*, 15, 26323524211058895.
- Takase, M., Maude, P., & Manias, E. (2006). The impact of role discrepancy on nurses' intention to quit their jobs. *Journal of Clinical Nursing*, 15(9), pp.1071-1080.
- Thompson, A. L., & Young-Saleme, T. K. (2015). Anticipatory guidance and psychoeducation as a standard of care in pediatric oncology. *Pediatric Blood & Cancer*, 62(S5), S684-S693.*
- Thompson, A. L., Christiansen, H. L., Elam, M., Hoag, J., Irwin, M. K., Pao, M. et al. (2015). Academic continuity and school reentry support as a standard of care in pediatric oncology. *Pediatric Blood & Cancer*, 62(S5), S805-S817.*
- Vaccaro, L., Shaw, J., Sethi, S., Kirsten, L., Beatty, L., Mitchell, G. et al. (2019). Barriers and facilitators to community-based psycho-oncology services: A qualitative study of health professionals' attitudes to the feasibility and acceptability of a shared care model. *Psycho-Oncology*, 28(9), pp.1862-1870.
- Verulava, T., Tinatin, A., Beka, D., & Revaz, J. (2019). The role of social workers in pediatric oncology. *Archives of the Balkan Medical Union*, 54(2), pp.315-319.
- Weaver, M. S., Heinze, K. E., Kelly, K. P., Wiener, L., Casey, R. L., Bell, C. J. et al. (2015). Palliative care as a standard of care in pediatric oncology. *Pediatric Blood & Cancer*, 62(S5), S829-S833.*
- Wiener, L., Canter, K., Long, K., Psihogios, A. M., & Thompson, A. L. (2020). Pediatric psychosocial standards of care in action: Research that bridges the gap from need to implementation. *Psycho-Oncology*, 29(12), pp.2033-2040.
- Wiener, L., Kazak, A. E., Noll, R. B., Patenaude, A. F., & Kupst, M. J. (2015a). Interdisciplinary collaboration in standards of psychosocial care. *Pediatric Blood & Cancer*, 62(S5), S425.
- Wiener, L., Kazak, A. E., Noll, R. B., Patenaude, A. F., & Kupst, M. J. (2015b). Standards for the psychosocial care of children with cancer and their families: An introduction to the special issue. *Pediatric Blood & Cancer*, 62(S5), S419-S424.*
- Wiener, L., Kupst, M. J., Pelletier, W., Kazak, A. E., & Thompson, A. L. (2020). Tools to guide the identification and implementation of care consistent with the psychosocial standards of care. *Pediatric Blood & Cancer*, 67(9), e28586.
- Yi, J., Kim, J., Akter, J., Molloy, J. K., Kim, M. A., & Frazier, K. (2018). Pediatric oncology social workers' experience of compassion fatigue. *Journal of Psychosocial Oncology*, 36(6), pp.667-680.
- Yu, J., Song, I. G., Kim, C. H., Moon, Y. J., Shin, H. Y., & Kim, M. S. (2020). Perceptions of pediatric palliative care

among physicians who care for pediatric patients in South Korea. *Journal of Palliative Medicine*, 23(3), pp.346-352.

Zebrack, B., & Walsh-Burke, K. (2004). Advocacy needs of

adolescent and young adult cancer survivors: Perspectives of pediatric oncology social workers. *Journal of Psychosocial Oncology*, 22(2), pp.75-87.

Role Perceptions of Hospital Social Workers and NGO Social Workers Providing Psychosocial Service for Survivors of Childhood and Adolescent Cancer

Kim, Min Ah¹ | Choi, Kwonho² | You, Jung-Won³ | Park, Ga Rang²

¹ Sungkyunkwan University

² Kyungpook National University

³ Korea Soongsil Cyber University

Abstract

This study examined the role perceptions of hospital social workers and NGO (non-governmental organization) social workers who provide psychosocial services for survivors of childhood and adolescent cancer. A literature analysis led to the development of 55 roles in psychosocial care across 15 service areas. A survey was conducted with 42 social workers working in either hospital settings or community-based NGOs. T-tests were conducted to examine the difference between hospital-based and NGO groups. Significant differences were found in the level of importance the survey participants felt about the role of providing psychosocial services at different settings. Also, statistically significant differences were reported in the degree of current practice levels at the individual and institutional levels between hospital-based and NGO groups. This study indicates that service continuity and quality could be improved by promoting cooperation and collaboration between medical institutions and NGOs across the cancer survivorship trajectory.

Keywords: Survivors of Childhood and Adolescent Cancer, Psychosocial Services, Social Workers, Role Perception