

전문직 간 교육의 의미와 방향: 답을 허물고 환자가 속한 현장으로 나가는 교육

한희영

서던일리노이대학교 의과대학 의학교육학과

Interprofessional Education in Medical Education: Can We Break the Silos?

Heeyoung Han

Department of Medical Education, Southern Illinois University School of Medicine, Springfield, USA

For the last half-century, interprofessional education (IPE) has been identified and discussed as a critical educational process to facilitate collaboration in order to improve healthcare outcomes for healthcare participants. While the concept is not new, outcome-based research has provided few valid and reliable explanations of whether and how IPE can be effective in healthcare quality improvement. This challenge stems from the struggle to understand the epistemological meaning of IPE. The purpose of this literature review paper is to provide a synthesized understanding of IPE, its meaning, and to provide practical guidance for medical educators. The paper reviewed several key aspects of IPE. Professionalism was discussed to understand the historical background of IPE, followed by an explanation of the international trend of embracing the complexity of health care practice and the need for interprofessional collaboration. Additionally, several theoretical perspectives, such as general systems theory, social identity theory, and community of practice were reviewed to pinpoint what constitutes IPE. Several existing definitions were discussed with similar concepts (i.e., disciplinary vs. professional, and multi-, inter-, vs. trans-) to clarify the nature of knowledge and collaboration in IPE. Three concepts, including practice, authenticity of context, and socialization were proposed as key constructs of IPE, followed by appropriate timing of IPE, outcome research, directions for future research, and guidance for implementation. Community-based medical education practice, professional socialization within a community, and longitudinal system-based outcome research are recommended as future directions for research and practice.

Corresponding author

Heeyoung Han
Department of Medical Education,
Southern Illinois University School of
Medicine, P.O. Box 19620, Springfield,
IL 62794-9620, USA
Tel: +1-217-545-8536
Fax: +1-217-545-0120
E-mail: hhan@siu.edu
<http://orcid.org/0000-0002-7286-2473>

Received: February 2, 2017

1st revised: February 20, 2017

Accepted: February 22, 2017

Keywords: Interprofessional relations, Medical education, Professional education, Professional practice

서론

전문직 간 교육(interprofessional education)은 지난 반세기 동안 미국과 유럽 등을 비롯한 여러 국가에서 국내·외적인 관심을 바탕으로 의학교육의 중요한 방향 중의 하나로 논의되어 오고 있다[1-3]. 1973년 World Health Organization (WHO)의 전문직 간 교육에 대한 지침이 발간되면서 영국, 핀란드, 스웨덴, 노르웨이, 미국, 캐나다, 수단, 아프리카, 태국 등지에서는 지난 수십년 동안 정부 및 민간 주도하에 여러 의료계 단체들이 전문직 간 교육을 실행해 왔고 많은 연구들이 진행되어 왔다[1-4]. 여러 전문가들이 자신의 고유영역 지식경계를 넘어 함께 논의하고 협동하는 것은 의학교육에서만 거론된 개념은 아니며, 과학, 엔지니어링, 인문사회, 그리고 기타 다른 영역에서도 흔히 접할 수 있는 개념이다. 예를 들어 집을 짓는

프로젝트를 생각한다면, 건축가를 먼저 떠올릴 것이다. 단순히 공간을 설계하고 재료를 골라 물리적으로 집을 세운다는 개념을 벗어나 제대로 된 집을 짓는다면 그 집에 거주할 사람들의 생활방식, 건강상태, 그리고 미래 가족계획까지 생각해야 할 것이다. 집이 지어지는 환경에 따라 재료를 선택해야 할 것이고, 물빠짐을 염두에 두어야 하며, 물리적 힘을 계산하여 공간을 배열해야 할 것이다. 그 집에 살게 될 사람들의 재무상태에 따라 은행에서 대출을 고려할 수 있고, 매월 관리비나 세금 등에 따라 집의 규모와 냉·난방의 효율성도 고려해야 할 것이다. 집을 짓기 위해 함께 협력하는 사람들에게는 비단 건축가뿐만 아니라 배관공, 전기공, 목수, 인테리어 디자이너 등 많은 전문가들이 있다. 전문가 간 협동의 예는 국내에서도 찾아볼 수 있다. 전과자들의 사회 적응 및 재활을 도모하여 재범을 방지하기 위한 전문직 간 협력 및 성폭력범죄 피해자 보호를 위한 경찰직

및 여러 사회봉사직 간 협력을 위한 활동으로 전문직 간 협동이 논의되어 왔다[5,6].

최근 의학교육에서 의료활동의 결과 및 환자 안전이 보다 더 중요한 교육의 지표로 논의되면서 실제 의료현장에서 전문직 간 교육의 중요성에 대한 인식이 증가되고 있다[7]. 특히 최근 들어 급성질환보다는 만성질환과 같은 시스템과 환경에 영향을 받는 질환을 해결해야 한다는 요구가 증가되면서 의료서비스(healthcare)가 단순히 의학적 지식만으로 해결될 수 있는 것이 아니라 여러 의료서비스 직군 및 지역사회와의 협력하는 것이 환자의 건강을 결정짓는 가장 중요한 요인으로 자리잡고 있다[8,9]. 이에 전문직 간 교육은 증가하는 의료비용, 노령화, 일반의사 부족, 의료서비스의 불공평 등과 같은 현안에 대한 대안적인 교육과 실제의 접근법으로 논의되고 있다. 즉 전문직 간 교육은 이러한 보건으로 성과 향상이라는 목표를 이루기 위한 하나의 수단으로 인식되고 있으며 이를 교육과정에 도입하고자 하는 노력이 의학교육에서 논의되어 오고 있다.

그러나 여러 분야에서 논의되어 오고 최근 수십 년 동안 의학교육에서도 많은 노력이 있었음에도 불구하고 전문직 간 교육의 의미가 무엇이고 어떻게 실행할 수 있는가라는 질문에 명확한 대답을 제공하는 것은 어려운 문제이다. 대부분의 연구들이 전문직 간 교육에 대한 인식론적 개념을 깊이 있게 고찰하지 못하고, 이론적 근거 없이 의료현장의 특수성을 배제하고 실행되어 왔던 것도 이와 같은 이유에서일 것이다[8]. 사실 여러 개념이 혼동스럽게 사용되어 왔으며 그로 인해 실제 적용에서 방향을 상실해 왔다.

이에 본 연구는 선행 연구에 대한 고찰을 통해 전문직 간 교육에 대한 개념이 무엇인지, 그리고 의학교육에 적용하기 위해 어떤 논의가 되어왔는지에 대한 문헌분석을 통하여 한국의 의학교육 독자들이 전문직 간 교육을 계획하고 실천할 때 도움이 되는 내용을 논의하고자 한다.

문헌 검색

본 연구를 위해 다음과 같은 문헌 수집방법을 이용하여 관련 문헌을 검색하였다. 전문직 간 교육으로 표현되는 전문직 간 학습, 전문직 간 실행 등과 같은 비슷한 용어를 포함하기 위하여 검색어는 ‘interprofessional’로만 한정하였다. Web of Science에서 과거부터 2016년 12월 9일까지 출판된 문헌을 해당 검색어로 검색한 결과 5,621개의 문헌이 수집되었으며, 영어로 발표된 학술지 논문만을 지정했을 때에는 3,973개의 논문이 검색되었다. 이 중에 가장 빈도수가 높은 Journal of Interprofessional Care 저널을 비롯하여 의학교육의 대표적인 저널인 Academic Medicine, Medical Education, Teaching and Learning in Medicine, Medical Teacher, Advances in Health Sciences Education, Clinical Teacher와 간호교육 저널인 Nursing Education Today 및 Journal of Clinical Nursing에서 발표

된 논문을 다시 추려 1,058개의 논문을 수집하였다. 검색된 1,058개 논문 초록을 리뷰한 후 50개 논문이 전체 본문 리뷰를 위해 선택되었다. 선택기준은 본 연구목적에 따라 전문직 간 교육의 의미를 탐색하는 개념적이고, 이론적인 논문, 기존 연구들의 문헌연구, 교육과정에 대한 깊이 있는 사례연구였다. 단순한 오피니언 및 구체적인 사례 설명이 없는 실험연구 또는 설문지연구 등은 선택과정에서 배제되었다. 50개 논문 중 동일한 선택기준에 의하여 23개 논문이 본 연구의 최종 문헌자료로 선택되었다. 한국의 전문직 간 교육사례 및 논의에 대한 문헌을 얻고자 학술연구정보서비스에서 국내 학술지 논문을 동일한 검색어로 검색한 결과 9개 논문이 검색되었다. 그리고 논문 제목 및 초록을 리뷰한 후 동일한 선택기준에 의하여 1개 논문이 전체 본문 리뷰를 위해 선택되었으며, 전체 본문을 리뷰한 후 해당 논문이 최종 문헌자료로 선택되었다. 이후 문헌 리뷰 중에 알게 된 책이나 리포트 등과 같은 자료들도 필요에 의해 선택되어 사용되었다. 다음은 선택된 문헌을 읽고 고찰한 후 도출된 핵심 주제를 중심으로 논의한 내용이다.

전문직 간 교육의 배경

전문직 간 교육의 의미를 살펴보기 전에 전문직 간 교육이 등장하게 된 역사적 배경을 살펴볼 필요가 있다. 서구적 관점에서 보면 전문가는 전문적 지식을 소유한 사람이 그 지식을 사용하여 요구된 역할을 수행함으로써 사회적 지위를 얻고 그에 대한 대가로 특정한 전문가적 자유를 갖게 된다[1]. Green [10]은 영국의 사례를 사용하여 전문직화의 의미를 역사적 맥락에서 설명하고 있다. 그의 설명에 의하면 전문직화되어 있는 현재의 직업양상은 중세 유럽에서 길드를 중심으로 동종 직업적 기술을 가지고 있는 사람들이 자율적으로 자신들의 기술을 전문 영역화한 시점에서 그 시작을 찾을 수 있다. 이러한 특정 직업의 전문화는 19세기 초기와 중반에 걸쳐 각 고유영역을 정의하고 구축하는 데 중점을 두면서 공공의 이익보다는 각 직업의 영역화에 몰두하면서 구축되어 왔다. 20세기 중반과 후반을 거치면서 이러한 영역화된 전문직에 대한 사회적 관점은 사회적 공공이익을 창출하는 데 한계가 있음을 인지하면서 고립된 개념보다는 보다 포괄적인 전문직화에 대한 과정을 인식하기 시작하였다. 전문직화에 대한 연구는 20세기 후반부터 본격적으로 연구되기 시작하였으며, 각 전문직 내에서의 사회화 및 다른 직업과의 비교연구 등을 통해 활발하게 이루어지고 있다[10]. 전문직의 고립된 영역화의 한계, 결과에 대한 사회의 요구 증대, 공공의 기대 등에 부응하여 전문직 간 협력 및 이를 실현하기 위한 교육과정이 주목을 받기 시작하였다. 전문직 간 교육은 이러한 영역화되고 고립된 전문화의 반동으로 이해할 수 있다[1,10].

영국에서는 1970년대부터 90년대에 이르기까지 지역사회 건강 강조에 대한 수많은 전문직 간 교육 프로젝트가 진행되어 왔다[2].

The Center for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE)는 1987년도에 설립되어 건강 및 의료 관련 교육자들이 서로 정보를 교환하고 아이디어를 개발하는 기구로서 역할을 해오고 있다. 미국에서의 전문직 간 교육은 정부나 특정 기관이 주도하는 방식보다는 어느 한 지역에서 구체적인 의료서비스 요구사항이 발생했을 때 이를 해결하는 방식으로 발달해 왔다. 또한 전문직 간 교육의 필요에 따라 자금 및 네트워크를 형성하고 파트너십이 구축되면서 의료서비스를 넘어 지역사회개발이라는 모델로 발전해왔다. 따라서 미국의 전문직 간 교육은 지역사회 필요성에 따라 여러 전문가들이 협력하는 모델이라고 할 수 있다. 캐나다에서는 1990년대 이래로 정부 주도로 전문직 간 교육계획이 실행되고 있다. 2003년부터 환자 중심의 의료계 혁신을 위하여 전문직 간 교육에 대한 정부 결의안이 채택되고 예산이 편성되었으며 각 전문가 자문위를 구성하여 실행계획을 연구해오고 있다[11].

이처럼 복미와 유럽을 거쳐 발달된 전문직 간 교육 프로그램은 지역사회 및 환자 중심이라는 특징을 가지고 있다. 전문직 간 교육에서 전제하는 의료서비스는 사람의 질병과 건강을 다루지만, 그 질병과 건강을 개선하는 문제는 간단한 문제가 아니다. 이는 학문적, 사회적, 경제적 문제를 총체적으로 포함하는 복잡한 문제이며 여러 직종의 통합적 협동이 근간되어야 한다는 전제를 가지고 있다[12]. 예를 들면 만성질환 환자의 급증, 자살률 증가, 소아 비만과 같은 문제는 단순히 진단을 내리고 약을 처방하는 의료행위로 근본적으로 해결될 수 없음을 의미한다. 이처럼 복잡한 문제에서는 여러 가지 문제가 시스템적으로 얽혀있기 때문에 이미 알려진 정답이나 해결방법이 존재하지 않는다[12]. 따라서 이러한 문제는 각 분야의 지식을 일방적으로 적용하는 처방적 접근보다는 상황과 현장의 특유성을 기반으로 한 체계적이고 실행 중심적인 접근방식이 적합하다. 더욱이 복잡한 의료서비스 문제는 어느 한 직종이 근본적인 해결을 할 수 없으며 다직종 간의 협력을 통해서 향상되고 해결될 수 있다.

이처럼 전문직 간 교육은 단순히 여러 다른 직종의 전문학교 학생들을 한 곳에서 같이 교육하는 문제가 아니라 의료서비스의 복잡성을 전제로 이해되어야 하는 개념으로 진화되어 왔으며, 이와 같은 개념 설명을 위하여 여러 이론적 틀 및 모델들이 논의되어 왔다.

이론적 고찰

앞서 논의한 바와 같이 전문직 간 교육은 의료서비스 활동의 복잡성을 전제로 하기 때문에 이러한 전문직 간 교육의 바탕이 되는 실제적인 의료서비스 및 학습환경을 설명하기 위해서는 일반적인 시스템 이론, 조직학습, 활동 이론, 복잡성 이론 등이 사용된다[1,9,12,13]. 즉 의료서비스를 단순히 환자의 몸만을 생각하고, 투입, 산출로 규정짓는 닫힌 시스템(closed system)이 아니라 사회적 관계 및 환경에 영향받는 개방적 시스템(open system)으로 개념화하고

있다. 이에 전문직 간 교육은 개인 및 공동의 팀이 복잡한 환경과 시스템의 영향을 받으며 함께 학습 및 지식을 창출하고 변화에 적응해 나간다는 특징을 공유한다.

전문직 간 교육과정 개발을 설명하기 위한 이론으로는 사회정체성 이론, 전환학습, 상황학습 이론, 비형식 학습, 학습공동체, 사회적 자본이론을 들 수 있다[1,9,12,14,15]. 이러한 사회적 구성주의이론에 근거하면 단순히 여러 직종의 학습자들이 한 장소에 공존하는 것만이 협동적 학습을 이끌어내는 것이 아니라 팀원 간의 의미 있는 상호작용 및 문제해결에 대한 참여가 이루어질 때 의미 있는 학습이 일어난다고 설명한다[15]. 사회정체성 이론은 각 직종 내에서의 유일한 정체성 때문에 발생하는 타 직종에 대한 편견을 설명하면서 여러 직종들과의 통합적 사회화를 지향하며 공동의 목표를 성취하는 과정에서 구성원들의 직종 간 상호작용을 설명한다. 또한 직종 내 전문가들과 타 직종 참여자들의 관계는 성찰을 통해서 협동하고 변화하는데, 이것은 정해진 교육과정뿐만 아니라 일상적 업무를 통해 이뤄질 수 있다는 과정을 비형식 학습, 학습공동체, 전환학습을 통하여 설명할 수 있다.

Hean 등[1]은 전문직 간 교육의 복잡성과 난해함을 Vygotsky의 근접발달영역(zone of proximal development) 이론을 바탕으로 복잡한 실제 상황에서는 어떤 사전작업도 실패로 돌아갈 수 있으며, 전문직 간 교육의 핵심은 실패를 경험하더라도 지속적으로 배우고 발달해 나가는 과정이라고 주장하고 있다. Nisbet 등[16,17]은 의료 서비스 현장에서는 의사뿐만 아니라 모든 스텝들이 경험하는 비형식 학습이 있다고 설명하면서 이때 전문직 간 교육은 커리큘럼을 따라가는 학습과정이 아니라 개인, 환자, 조직의 요구에 따라 최상의 수행으로 수반되는 비형식 학습이라고 설명한다. 이때 직장을 학습 공동체로 인지하고, 특정 상황에서 임무를 수행하며, 수반되는 학습을 하는 과정의 중요성을 논의한다. Hean 등[1]과 같이 Nisbet 등[16,17]도 일상적인 업무 속에서 실패의 경험을 겪더라도 이를 학습의 기회로 삼아 지속적인 개선을 하는 것이 더 중요한 의미가 있다고 하면서, 이를 위해서는 업무현장의 근무(workplace working)보다는 업무현장의 학습(workplace learning)에 초점을 두어야 한다고 강조한다. 특히 Nisbet 등[16]은 Senge [18]의 조직학습이론을 통해 전문직 간 교육의 중심은 단순히 처방적인 문제해결을 하는 단일순환학습(single-loop learning)과 문제로부터 배우는 이중순환학습(double-loop learning)보다는 더 나아가 다른 상황에서도 학습된 경험을 적용할 수 있는 삼중순환학습(triple-loop learning)이 핵심이라고 설명하고 있다. 즉 전문직 간 교육은 환자 중심 및 보건 의료의 질을 이루기 위한 체제의 변화가 필수적이며 체제의 변화를 지향하는 학습과정이 무엇보다도 중요한 개념으로 인식되어야 할 것이다.

전문직 간 교육의 역사가 상대적으로 짧기 때문에 이론과 실제는 서로 영향을 주고 받는 공존의 관계로 인식되어야 할 것이다. 앞서

기술한 전문직 간 교육의 근간을 이루는 이론들이 전문직 간 교육의 모든 양상을 설명하기에는 부족할 수 있다. 아무리 정립된 이론일지라도 실재를 연구할 때 그 의미가 명확해질 수 있으므로 이론과 실제의 지속적인 대화가 필요하다.

전문직 간 교육의 정의

1. 유사 개념의 정리

전문직 간 교육의 의미를 살펴보기 위해 이와 유사한 여러 개념에 대한 논의가 이루어져 왔다. 전문직 간 교육을 논의할 때 ‘학문 간 (interdisciplinary)’ 또는 ‘전문직 간’ 등의 용어가 서로 유사하게 사용되어 왔다. ‘학문 간’이라는 의미는 본래 각 학문 또는 학계에 해당하는 것으로 각 학문이 고유의 지식영역을 확보하고 경계를 정해오면서 각 학문의 영역이 깊어지고 세분화된 반면, 고립되고 분절화된 것을 피하지 못했음을 인정하여 학문 간의 소통 및 통합을 지향하고자 하는 목적으로 사용되어 왔다. 이렇게 각 학문이 그에 해당하는 직업을 배타적으로 정의해왔기 때문에 직업군도 마찬가지로 분절화되고 고립된 형태를 띠어왔다. 이에 대한 반동의 의미로 통합된 현장에서의 소통을 위해 ‘전문직 간’이라는 용어를 사용하기 시작한 것에서 그 유래를 찾아볼 수 있을 것이다[10,11].

그러나 각 분야별 지식을 통합하고자 하는 의미에서 출발한 ‘학문 간’이라는 용어는 전문직 간 교육을 이해하는 데 오히려 혼돈을 줄 수 있어 ‘전문직 간’이라는 용어가 내포하는 의미에 대한 고찰이 이루어져 왔다[11,19]. ‘전문직 간’이라는 의미는 ‘학문 간’에서 중점을 두고 있는 ‘지식’이 아니라 ‘실제 활동’의 과정과 그 과정에 영향을 주는 요인들을 중심으로 인식되어야 한다는 것이 공통된 의견이다 [11,19]. 그러므로 전문직 간 교육도 지식의 통합이 아니라 실제 전문직 간 실행을 통한 상호작용과 성장을 통해서 복잡한 문제에 대한 통합적 해결책을 제공하는 과정으로 접근해야 할 것이다. 이에 전문직 간 교육의 범위도 개인의 지식습득 문제가 아니라 개인적 수준, 의료기관 수준, 그리고 각 시스템 간의 상호작용 수준에서 이해되어야 함을 강조하고 있다[2,11,19].

전문직 간 교육의 의미를 보다 더 깊이 살펴보기 위해서는 여러 가지 협동에 대한 용어의 의미를 정리할 필요가 있다[2,12,20-22]. Smith 등[12]은 세 가지 다른 협동의 방식이 있음을 제시하면서 다 학문(multidisciplinary), 간 학문(interdisciplinary), 학문 간 전교(transdisciplinary)의 세 가지 의미를 제시하였다. Harden [22] 또한 전문직 간 교육은 학과 중심의 고립된 교수방식과 여러 학문이 서로 통합된 11가지 방식으로 다양하게 나타날 수 있다고 설명하면서 다 전문직, 전문직 간, 전문직 간 전교의 세 가지 방식의 차이점을 논의하였다. 그들의 설명에 따르면 다 전문직 협동에서 각 전문가는 각자 자기 분야의 지식만을 학습하고 현장에 적용하여 다른 분야와의 협동 또는 상호작용은 거의 없다. 즉 여러 종류의 전문성은 존재하

지만 각 전문성 내에서 고유지식의 사용에만 관심을 두기 때문에 실제적으로는 그것이 하나의 전문적인 활동이라고 할 수 있다. 하나의 예로 문제 중심 학습인데, 학생들은 이 여러 분야의 전문성을 그 영역 내에서 문제해결을 위해 사용하는 방식이다. 전문직 간 협동에서는 각 전문가는 각자의 전문 분야를 학습하고 현장에 적용하지만 다른 분야 전문가들의 입장도 학습하고 다른 의견도 인지하며, 그러한 현장의 상황을 고려한 자신의 전문성을 제공한다. 즉 이때 전문성이라는 것은 상황과 무관한 지식이 아니라 현장에서 상대적이고 가변적인 지식을 인지하면서 협동적인 문제해결을 이끌어낼 때 인정되는 전문성이다. 전문직 간 전교 협동에서의 지식이란 직종에 묶여있는 것이 아니라 모든 전문 분야를 초월한 직관적 이해를 토대로 팀의 공동 목적을 성취하기 위한 방법론으로 존재한다. 특히 교실 상황을 벗어난 실제 상황에서 요구되는 전문직 간 협동을 강조하기 때문에 어느 한 분야 또는 개인에 초점을 두는 것을 지양하고 성공적인 그룹활동이 주요 중점이 된다. 전문직 간 교육은 여기에서 의미하는 전문직 간 또는 전문직 간 전교에서의 협동에 더 중요한 의미를 두며, 다 전문직 협동의 의미를 강조한 전문직 간 교육은 그 의미와 목적이 약화될 수 있다.

2. 정의

전문직 간 교육은 의학교육에서 일반적으로 널리 사용되고 있는 개념임에도 불구하고 그 의미의 전달 및 사용에 혼동이 있다[21]. 일찍이 WHO에서 1988년도에 제공한 다중 직업교육의 정의를 살펴보면, 전문직 간 교육은 의료서비스에 종사하는 여러 직업군의 공동 목표를 위한 공동학습과정으로 한정하였다[21]. 그 후 영국의 CAIPE에서 1997년도에 전문직 간 교육의 정의를 제시하였으며, 기존 정의를 수정하여 2006년도에 보다 완성된 정의를 제공하였다. CAIPE에서 제공된 이 정의가 2010년 WHO에서 전문직 간 교육의 의미로 채택되었고, 지금까지 일반적으로 사용되고 있다 [10,12,21,23,24]. CAIPE의 정의에 의하면 “전문직 간 교육은 두 개 이상의 전문 분야의 직업인이 함께 배우고(learn with), 상대방으로부터 배우고(learn from), 그리고 서로에 대하여 배움(learn about each other)으로써 효과적인 협동과 의료활동 결과(health outcome)가 향상될 때 발생된다”고 설명하고 있다[12]. 이 정의에 의하면 전문직 간 교육은 의료서비스 종사자뿐만 아니라 의료활동 결과에 영향을 줄 수 있는 여러 전문직을 포함시키는 포괄적 접근방식과 의료서비스 질의 향상이라는 결과 중심적 사고의 두 가지 축에 기반하고 있음을 알 수 있다[10]. 또한 협동이라는 기본적 전체를 내포하면서 사회학습이라는 학습과정 역시 제시하고 있는 정의이다[10].

Hammick 등[21]은 전문직 간이라는 단어의 사전적 뜻은 의미가 없다고 지적하면서 의료서비스는 그 자체적인 복잡성 때문에 전문직들 간 어느 한 직종도 독점적으로 우위를 차지할 수 없으며, 협동의 중심에 놓여있는 ‘환자’가 그 의미 전달 및 실행의 근간이 되어야

함을 강조한다. 이와 같은 생각으로 Hean 등[1]도 영국에서 전문직 간 교육의 발달을 설명하면서 전문직 간 교육의 가장 중요한 가치는 환자 중심성을 위한 의료팀의 의사소통 향상 및 비용효율성이라고 설명하고 있다. Lutfiyya 등[24] 또한 전문직 간 교육에 대한 개념을 분석하면서 전문직 간 교육은 환자 중심서비스, 의료결과 향상, 지역사회 주민의 건강을 위한 수단임을 강조하면서 전문직 간 교육은 여러 다양한 형태로 존재할 수 있음을 시사하고 있다.

전문직 간 교육이 수단임을 인식하면서 궁극적 목적을 강조하는 정의도 제공되어 왔다. 미국의 Interprofessional Education Consortium는 전문직 간 교육을 “지역사회의 다양하고 다면적인 요구에 부응하기 위해 공동으로 협업하는 현장 경험과 교육을 통해 전문가들을 길러내는 학습과정”으로 정의하고 있다. 이와 같이 전문직 간 교육의 정의에서는 지역사회 및 가족의 요구가 정의를 구성하는 데 핵심적으로 자리잡고 있다[19,25]. 전문직 간 교육의 본질은 의료서비스 결과 향상이라는 명백한 목표하에 서로 협동하는 데 있기에 지역사회가 중심이 되어 1차, 2차, 3차 의료서비스의 통합적 보건복지와 밀접한 관계를 맺고 있다[25].

비록 CAIPE의 정의가 널리 사용되어 개념적 혼동을 경감시켜 왔지만 의료서비스의 복잡성과 변화성을 고려하면, 전문직 간 교육은 고정적인 개념이 아니라 진화하는 만들어지는 개념으로 이해해야 할 것이다. 특히 의료서비스의 통합적인 보건복지의 복잡성을 고려한 상황적 지식 및 협동의 본질을 드러내는 정의가 필요하다[12].

전문직 간 교육의 중요 구성요소

1. 실행

전문직 간 교육을 이해하기 위해서는 전문직 간 실행을 이해해야 할 것이다. 현장에서 일상적으로 일어나는 실행은 전문직 간 일을 수행하면서 수반되는 활동으로 전문직 간 학습과정에서 필수 불가결한 부분이다[21]. 즉 일과 학습을 이분법적으로 보지 않고, 일상적인 일을 실행하면서 성취나 실수 등을 겪으면서 얻게 되는 학습의 기회가 무엇보다 중요한 부분이라고 강조한다. 전문직 간 교육의 궁극적 목적이 환자 중심 서비스를 제공하기 위한 것이므로 실질적 일의 실행을 통해 새로운 방식을 배우고, 같이 일하면서 배우는 것은 매우 중요한 요소이다. D'Amour와 Osandasan [11]은 전문직 간 교육과 협동적 실행을 이어주는 개념적 틀을 제시하면서 환자와 가족, 그리고 지역사회를 의료서비스의 수혜자가 아닌 실행의 파트너로서 인식하여야 함을 강조하고 있다. 따라서 실행이 결여된 단순 학습을 위한 지식습득을 지향하는 전문직 간 교육은 그 본질을 상실한 것이라 할 수 있다. 현실적 제약을 고려해볼 때 실행에 초점을 두는 관찰 기반, 행동 기반, 모의실험 기반 교과과정이 실행을 제공하기 위한 대안적인 방법으로 사용되어 왔다[21].

2. 현장의 실제성(authenticity of context)

전문직 간 교육에서 학습의 맥락은 중요하며, 교육이 실행되는 환경을 실제 의료서비스 현장에 확대하는 것은 매우 중요하다 [2,11,19,21,22,26]. 실제 현장과 떨어진 전문직 간 교육은 아무리 통합된 협력을 강조한다하더라도 그 본질적 문제의 복잡성을 상실할 우려가 있기 때문에 실질적인 효과가 없을 수 있다. 현장은 전문직 간 팀이 복잡한 문제를 해결하는 데 필요한 형식적 및 암묵적 지식을 통합적으로 발휘할 수 있는 장소가 된다. 더욱이 실제 현장은 지식이나 기술 중심의 역량만을 강조하는 교실을 넘어서 현장의 복잡성과 유동적인 상황을 경험한다. 이러한 상황 속에서 의료서비스 결과를 향상시키기 위해 적용할 수 있는 능력을 길러주는 교육과정은 전문직 간 교육의 근간이 된다[21]. 특히 환자의 건강은 임상적 자료에만 국한되지 않고 주거상태나 교육환경, 고용기회와 같은 비의료적 요인에 의해 주로 결정된다는 사실을 인지하여 환자 중심으로 지역사회와 상호작용하는 것이 필수적이다[21]. 실제 현장은 전문직 간 교육의 한 형태인 전문 직업교육에서 강조하는 것으로 교실에서가 아닌 실제 현장에서 일어나는 학습과정의 요소이며, 학생은 단지 학생으로서가 아닌 실제 의료팀의 한 구성원으로 환자케어에 역할을 하면서 학습과 의료적 역할을 수행하게 된다[22]. 이와 같은 지역사회에서의 참여를 기반으로 하면서 학습의 기회도 제공하는 서비스 학습이 하나의 전문직 간 교육의 학습환경으로 고려될 수 있다[2].

3. 사회화

전문직 간 교육의 또다른 주요 구성요소는 사회화(socialization)이다[1,3,27,28]. 직업교육의 목적은 학습자에게 단순히 지식과 기술을 가르치는 것이 아니라 특정 직업사회에 한 구성원으로 성장해 나가는 사회화에 있다. 이와 같이 환자 중심 서비스가 근간이 되는 전문직 간 교육에도 의료현장에 대한 사회화가 필수적이다. Khalili 등[27]은 직업 정체성 형성과 사회화의 중요성을 지적하면서 일차적인 고립된 사회화는 전문직 간 교육에 장애물이 된다고 설명하고 있다. 특히 현재 전문직 간 교육 프로그램들은 학습자의 태도, 지식, 기술교육만 강조하는 한계를 가지고 있으며, 전문직 간 사회화 과정을 교육 프로그램 개발에 포함시켜야 한다고 설명하고 있다.

Price 등[3]은 그동안 전문직의 사회화의 의미에 대한 연구가 미흡해 왔다고 지적하면서 문헌연구를 통해 의사와 간호사들이 역사적으로 어떻게 전문가로서 사회적으로 자리를 잡았는지에 초점을 두고 전문직의 사회화에 대하여 논의하였다. 그들은 전문직의 사회화는 해당 직업을 수행하기 위한 가치, 태도, 행동양상을 배우는 과정이며 정규 직업교육과정 동안에 길러지는데, 해당 직업의 역할에 대한 관점은 역사적·사회적 맥락에서 규정된다고 설명한다.

전문직 간 교육 시점 및 방식

전문직 간 교육을 언제 해야 하는가에 대한 많은 논의가 이루어져 왔다[2,29]. 기초과학을 배우는 초기에는 전문직 간 교육이 필요 없다는 의견은 자신의 직업에 대한 사회화 전에 다른 직업군과 사회화가 이뤄지는 교육을 받는 것은 바람직하지 않다는 생각에 기초한다. 자신의 직업을 수행하기 위한 기본적인 지식과 기술이 습득되기 전에 다른 전문직 간 교육이 이뤄진다면 상대의 직업 역할 신뢰에 영향을 미쳐 부정적인 선입견을 야기한다는 의견이다. 한편, 반대 의견은 학생들은 이러한 사회화 초기부터 전문직 간 교육에 대한 준비가 되어있으며 초기에 이뤄져야 타 직업군에 대한 편견이나 부정적인 선입견을 지양할 수 있기에 전문직 간 교육의 초기 도입이 중요하다는 것이다. 현재까지 그 시기에 대한 논의는 뚜렷한 방향을 제시하지 못하고 있으며 더욱 활발한 연구가 요구되고 있다.

Khalili 등[27]은 이중 정체성(dual identity)이라는 개념을 소개하면서 직업정체성에 대한 관점을 학습자의 고립된 직업의 역할을 넘어 모든 의료팀이 상호보완적으로 협력할 때 자신의 역할이 어떻게 이해되는지에 따라 이중 정체성이 발생될 수 있다고 설명한다. 이런 사회화의 변화는 전문직 간 교육에서의 가장 어려운 점인 타 직업에 대한 편견, 고립, 비효율적 의사소통 등을 향상시키는 데 중요한 요소이다. 특히 Khalili 등[27]은 단수정체성(uniprofessional identity)에서 이중 정체성으로 변화되는 개념적 모델을 설명하였다. 이 모델에 의하면 전문직 간 교육에서 발생하는 이중 정체성은 (1) 직업 간 장벽 허물기, (2) 전문직 간 학습과 협동, (3) 이중 직업정체성 형성이라는 세 단계의 과정을 통해서 형성되는데, 이 과정은 순환적인 관계이므로 순차적인 발달에 근거한 교육프로그램보다는 지속적으로 반복적인 학습을 할 수 있는 교육환경이 적합하다고 볼 수 있다.

2005년부터 2010년까지 5년간 문헌연구를 통해 기존 전문직 간 교육모델을 탐색한 Abu-Rish 등[30]은 전문직 간 교육은 강의식 교육보다는 학습자 간의 상호작용 및 팀수행능력을 강조하는 대개 소그룹 토의 및 문제 중심 학습으로 실행되어 왔다고 보고하였다. 임상교육에서는 환자와의 상호작용 그리고 지역사회 중심 프로젝트를 기반으로 하는 교육형태로 전문직 간 교육을 실행해 왔으며, 그밖에 시뮬레이션 등과 같은 방식도 새로운 교육형태로 자리잡고 있다고 논의하고 있다.

전문직 간 교육의 결과

반세기에 걸쳐 논의된 전문직 간 교육의 잠재적 가치는 실제적 근거가 뒷받침된 주장이 아니었다. 따라서 1980년대 이후부터는 전문직 간 교육의 필요성을 제시하고 공감대를 형성함으로써 정책과 반영할 수 있는 실질적 증거를 제시하는 노력이 이루어져 왔다

[2,8,26,31]. 몇몇 실행된 실험적 무작위 대조군 연구는 전문직 간 교육이 효과가 있는지에 대한 실질적인 증거를 제시하지 못하고 있다[31-33]. 그러나 대부분의 연구는 전문직 간 교육에 대한 이론적 개념적 기반이 미흡하며, 이로 인하여 연구의 설계 및 방향, 그리고 결과 간의 모순이 존재하였다[30]. 대부분의 연구는 제한된 환경에서 학생들의 전문직 간 교육에 대한 인식을 기반으로 한 것이었으며, 실제 복잡한 의료서비스 현장에서 어떻게 전문직 간 교육이 이뤄지고 있고, 어떤 효과를 가져오는지에 대한 경험적 연구가 부족한 실정이었다.

그러나 전문직 간 교육에 대한 긍정적 결과가 없다고 하여 반드시 효과가 없는 것을 의미하지는 않는다[31]. 전문직 간 교육의 과정이나 방법론을 관찰한 질적 연구들에 의하면 전문직 간 교육에 대한 교수적 관점을 이해하고 실행하는 것은 단순하고 간단한 문제가 아님을 알 수 있다[30,31]. 기존의 양적, 질적, 혼합 연구 대부분이 제한된 환경에서 학생들의 전문직 간 교육에 대한 만족도나 인식의 변화를 전문직 간 교육의 결과로 측정하였다. 실제 복잡한 의료서비스 현장에서 어떻게 전문직 간 교육이 이뤄지고 있고, 어떤 효과를 가져오는지에 대한 경험적 연구는 부족해 왔다. 이러한 연구의 관행은 전문직 간 교육이 무엇이고, 그 학습활동과 평가가 어떻게 이뤄져야 하는지에 대한 성찰의 부재에서 비롯되었다고 할 수 있다[30].

Thistlethwaite 등[34]은 전문직 간 교육이 추구하는 본질적인 학습결과는 무엇인가라는 문제를 가지고 문헌연구를 한 결과, 기존 전문직 간 교육의 평가에서 학습결과에 대한 의견수렴이 일관성있게 이뤄지지 않았음을 지적하였다. 저자는 전문직 간 학습결과에 대한 기초로 역량에 대한 의미를 모색하면서 모든 직군에서 공통적으로 개발되어야 할 역량, 직군별로 특징을 갖으며 다른 직군 간에 상보적인 역량, 그리고 다양한 전문가가 효과적으로 같이 일하기 위해 필요한 협동적 역량으로 구분해야 한다고 설명하고 있다. 또한 저자는 여러 문헌을 리뷰하면서 전문직 간 교육의 가장 일반적인 학습결과는 팀워크이며 그 외에 역할과 책임, 환자 중심 서비스에서 비롯된 환자 안전성, 효과적인 의료서비스 제공, 의사소통능력, 지속적 학습 및 성찰, 그리고 윤리와 태도로 요약하고 있다. 특히 상황과 무관한 역량보다는 의료환경의 변화에 대응할 수 있는 능력에 역점을 두어야 한다고 하여 특정 의료서비스 현장에서의 능력을 중시하고 있다 [9,34]. 지식이나 역량도 특정 상황하에 발휘되거나 사용될 수 있는 상황적 지식이나 역량이 중심이 되어야 한다[9].

이와 같이 전문직 간 교육의 진정한 영향이나 결과를 측정하기 위해서는 보다 면밀한 평가방식이 논의되어야 할 것이다. 학습자의 태도나 기술 중심의 평가항목보다는 상황적 역량에 기초하여 궁극적으로는 환자 의료서비스 향상이라는 결과에 초점이 맞춰지는 평가전략이 필요하다. 특히 최근 의료계는 급성질환보다는 만성질환에 더 많은 서비스를 제공하고 있다. 이는 환자 건강의 결과는 환경과 주변 여건의 복잡한 영향을 받는 상황으로 이를 고려한다면 이에 맞는

전문직 간 교육의 과정이나 평가가 이루어져야 한다[8].

연구방향

전문직 간 교육결과에 대한 앞으로의 연구방향은 기존의 개인의 태도, 지식, 기술의 변화라는 패러다임에서 벗어나 전체적인 시스템 수준에서의 광범위한 결과 중심으로 나아가야 할 것이다[24]. 지역사회, 의료서비스 효과 증대, 비용 절감, 또한 교육과 의료서비스가 어떻게 연계되는지에 대한 결과와 과정 중심의 연구가 더 유의미한 방향을 제시할 수 있다. 특히 이러한 연구 초점의 재조명은 전문직 간 교육의 당위성을 설명하는 데 중요한 출발점이 될 것이다.

단일 학문방법에서 다직종 간 교육으로 바뀔 때 패러다임 변화가 필요하듯이 결과 중심에 치중한 연구에서 벗어나야 하며, 의료서비스 환경의 복잡성을 수용하여 상황적 관계를 조명하는 연구가 필요할 것이다. 이를 고려한다면 상황의 특수성과 복잡성을 배제하는 실험적 무작위 대조군 연구는 전문직 간 교육의 결과를 평가하는 방식으로 적합하지 못하며, 보다 장기적인 관점에서 실행의 과정과 결과를 다루는 연구가 필요할 것이다[24,30].

전문직 간 교육 실행을 위한 조언

Pirrie 등[29]은 영국에서의 질적 사례연구를 통해 전문직 간 교육은 결코 쉽게 얻어지는 교육방식이 아니며, 많은 노력과 준비, 그리고 자원이 필요하다고 강조하고 있다. 지난 수십 년간의 관심과 논의에도 불구하고 전문직 간 교육은 실제 교육현장에서 제대로 수용되고 있지 못하는 실정이다. Lutfiyya 등[24]은 이에 대한 요인으로 네 가지를 설명하고 있다. 첫째, 의료서비스 종사자들의 전문직 간 교육 방식에 대한 인식저하이다. 따라서 의료팀과 학생들을 대상으로 전문직 간 교육이 무엇이고 왜 해야만 하는지, 어떤 목표와 성과물을 지향하고, 어떤 방식이 목표를 달성할하는 데 적합한 것인지에 대해 참여자들을 이해시키는 것은 그 무엇보다도 중요한 문제이다. 즉 조직변화라는 큰 그림하에 모든 의료팀과 참여자의 지지 및 동참을 위한 직원 및 교육 개발에 대한 노력이 필요하다[29,30,35]. 둘째, 전문직 간 의료서비스의 복잡성이다. 앞서 논의한 바와 같이 환자의 건강은 복잡한 시스템에 영향을 받는 문제로 서로 다른 영역이 어떻게 상호 작용하는지에 대한 고찰이 필요하다. 셋째, 비용절감에 대한 요구이다. 전문직 간 교육을 실행하는데에는 단기적으로 추가적 비용과 자원이 들어가기 때문에 단기적 비용절감을 고려한다면 어려움이 있다. 보다 장기적인 관점에서 실제 효과 및 비용절감에 대한 분석이 필요하다. 마지막으로, 앞서 논의한 바와 같이 전문직 간 교육의 과정과 결과에 대한 연구부족이다.

그 밖에도 기존 문헌연구들은 전문직 간 교육에 있어서의 장애물

이 되는 몇 가지 요인을 설명하고 있다[8,26,35]. 우선, 전문직 간 교육에 대한 잘못된 개념인식에서 초래된 부적절한 교과과정을 들 수 있다. 제한된 짧은 시간 동안 여러 직종의 학생들을 모아 놓고 전문직 간 교육에 대한 강의나 팀활동을 제공하는 것으로는 전문직 간 교육은 이뤄질 수 없다. 이것은 앞서 말한 실행 중심의 전문직 간 교육의 본질을 흐리는 교육방식이다. 같이 협업할 수 있는 일과 관련 없는 교육과정은 전문직 간 교육의 효과를 제공할 수 없다. 또한 학생들에게 있어서도 전문직 간 교육에 있어서 자신의 역할이 무엇인지 성찰하고 직접 경험해야 하는데, 이러한 학생들의 부족한 이해와 경험이 전문직 간 교육을 실행하는 데 어려움이 될 수 있다. 특히 선입견에 근거한 다른 직종 간의 위계관계, 팀 리더십의 부재, 전문직 간 교육을 지원해주는 정보기술 및 환경의 부족도 전문직 간 교육을 실행하는 데 해결해야 할 문제로 논의되고 있다.

그밖에 조직과 정부 차원에서의 제한적인 재정지원, 전문직 간 교육에 관련된 기관 및 대학 내에서의 변화에 따른 비지속성, 그리고 의과대학 내에서의 제한된 재정지원 등도 전문직 간 교육실행을 위해 고려해야 할 사항으로 논의되고 있다[26,35]. Lawlis 등[35]의 설명에 따르면 의료서비스 향상이라는 공통된 목적하에 교육 프로그램 간의 협력적 관계 및 관련자들의 전폭적인 지원이 제공되는 것은 전문직 간 교육의 근간이 될 정도로 중요한 요소이다. 즉 전문직 간 교육은 보건복지 향상이라는 시스템의 효과를 기대하고 제공되는 것이기에 정부 및 관련 기관의 장기적 시스템적 지원이 필요하다. 학교에서는 전문직 간 교육의 의미에 대한 깊이 있는 성찰 및 연구를 통해 그에 합당한 교육현장 및 교육과정을 개발하는 것이 필요하며 그에 부합하는 포괄적인 평가방식의 논의 및 개발에도 노력을 기울여야 할 것이다[35,36].

Yoon과 Lee [37]는 선진 사례분석을 통해 우리나라에서 보건의료 전문직 간 교육의 적용방안을 논의하였다. 그들도 저시적 수준의 시스템 변화의 중요성을 인지하면서 행위별수가제와 같은 진료지불 시스템은 전문직 간 협력진료에 장애가 되기에 새로운 지불시스템이 고안되어야 할 것을 제안하였다. 더욱이 국내의 전문직 간 교육에 대한 연구와 실행이 아직 활성화되지 못한 현실을 고려할 때, 교육 당국 및 여러 관련자들의 전문직 간 교육에 대한 이해를 높이고 체계적인 교육프로그램의 개발이 이루어져야 한다고 강조하였다 [37].

결론

본 연구의 전문직 간 교육의 의미에 대한 문헌고찰을 다음과 같이 요약할 수 있다. 우선, 전문직 간 교육은 환자 중심, 보건복지 향상이라는 시스템적 결과를 목적으로 하는 방법론적 접근방식이다. 이에 전문직 간 교육은 단순히 탈맥락화된 지식이나 기술이 아니라 여러 직종 간의 협동을 통한 상황적 지식 및 수행능력에 가치를 두기

때문에 개인 수준의 학습뿐만 아니라 조직 수준 및 조직 간 학습과정에 중점을 둔다. 전문직 간 교육에서 중요한 구성요소는 일상적 일에서 비롯되는 실행, 현장의 실제성, 그리고 학습과정으로서의 사회화를 들 수 있다.

앞서 살펴본 바와 같이 전문직 간 교육은 오랜 시간 동안 논의되어 왔고 연구되어 왔지만, 개념이 아직 정립되지 못하였고 그것을 기반으로 진행된 연구들도 개념적 혼동으로 인한 한계를 보이고 있는 것도 사실이다[8]. 대부분의 경험 연구가 이론적 바탕이 없고, 전문직 간 교육에는 상황적 환경이 중요한 요소임에도 불구하고 프로그램 상황이나 참여자의 학습과정을 깊이 있게 장기적으로 살펴본 귀납적 종단연구가 부족하다. 상황적 설명이 결여된 연구는 전문직 간 교육에 대한 긍정적인 연구결과가 있다 하더라도 실제적 시사점을 제공하는 데 한계가 있다. 어느 한 상황에서 효과가 있었던 교육프로그램이라 할지라도 상황의 특수성 때문에 자동적으로 다른 상황에서 같은 효과를 기대하며 적용되지 않음을 유의해야 한다[38]. 따라서 향후 연구와 실재는 전문직 간 교육의 효력을 포괄적이고 장기적 관점을 바탕으로 상황적 요인과 과정 중심으로 설명하기 위한 노력이 필요하다.

전문직 간 교육에 대한 고찰은 향후 의학교육의 방향성을 제시한다. 의료서비스 및 환자의 건강은 진단과 치료라는 틀을 벗어나 건강한 지역사회의 지속적인 상호 협력이 근본적인 의료인력을 육성하는 데 필수적 요인이라는 생각에 기초한다는 근본적 패러다임의 변화가 필요하다[9]. DeVoe 등[39]은 과학적 지식의 발달로 의료기술이 진보되어 왔음에도 불구하고 미국의 의료서비스 비용은 급증하고 효과는 미약함을 지적하면서 Academic Medical Centers의 향후 방향성을 제시하고 있다. 그들이 제시하는 것은 지역사회를 의료서비스의 지속적인 향상을 지향하는 실험의 장, 그리고 교육과정이 제공되는 실제적인 학습의 장으로 확대하는 것이다. 이에 병원, 학교, 의료기관, 복지기관 등 지역사회의 여러 기관들이 협력적 관계로 맺어진 환자 중심 의료 마을을 구축하고 이러한 환자 중심 의료 마을을 협동적 학습공동체로 계발하는 것이 필수적이다. 이때 모든 기관의 협력관계를 통해 각자의 고립화된 영역을 벗어나 함께 협력하는 전문직 간 교육 및 협동이 환자 중심 의료 마을의 근간을 이루게 된다. 이와 같이 전문직 간 교육은 의료서비스의 품질 개선이라는 상황하에서 의료의 질과 실제적 결과 향상을 위한 근본적 과정으로 자주 사용되어 오고 있다[26].

이러한 방향성은 의학교육이 교실 또는 병원에 국한된 서비스에 기초한 교육과정뿐만 아니라 실제적인 의료서비스 결과와 밀접한 관련이 있는 지역사회의 사회적·경제적, 그리고 환경적 요인을 고려한 의료활동능력을 기르기 위해 지역사회와 연계하는 교육과정을 도입할 필요가 있다는 것을 강조하는 것이다. 이는 단순히 교과서 중심 또는 기술·지식 위주의 역량에 기반한 교과과정을 만드는 방식으로는 전문직 간 교육을 설계할 수 없음을 의미한다. 의학교육을

담당하는 교육기관은 지역사회와의 관계에 힘을 기울여야 하며, 여러 보건, 복지, 사회, 교육기관과의 밀접한 연계를 토대로 하는 교육 과정에 대한 성찰이 요구된다. 또한 이러한 지역사회 속에서의 교육 과정은 직업화에 대한 새로운 방향도 제시한다. 의사의 역량이나 역할에 대한 재조명이 필요할 것이다. 즉 교실과 병원 내에서만 역할하는 의사상에 대한 의사의 사회화가 아니라 지역사회에서 담당하게 될 역할과 여러 협력자들 간에서 기대되는 의사에 대한 정체성을 재확인하여 지역사회에서 이뤄지는 의사의 사회화에 대한 논의와 연구가 필요할 것이다. 마지막으로, 대부분의 연구 및 논의가 북미와 유럽 등지에서 이뤄진 점을 고려할 때 외국의 사례와 관점을 우리나라에 그대로 적용하는 데에는 무리가 있다. 이에 한국의 전문직 간 교육의 의미를 재조명하고 한국적 상황과 사회적 관점을 고려한 전문직 간 교육과정 개발에 대한 연구와 논의가 필요하다.

REFERENCES

1. Hean S, Craddock D, Hammick M, Hammick M. Theoretical insights into interprofessional education: AMEE guide no. 62. *Med Teach*. 2012;34(2):e78-101.
2. Oandasan I, Reeves S. Key elements for interprofessional education. Part 1: the learner, the educator and the learning context. *J Interprof Care*. 2005;19 Suppl 1:21-38.
3. Price S, Doucet S, Hall LM. The historical social positioning of nursing and medicine: implications for career choice, early socialization and interprofessional collaboration. *J Interprof Care*. 2014;28(2):103-9.
4. Barr H. *Interprofessional education 1997-2000: a review*. London: Centre for the Advancement of Interprofessional Education; 2000.
5. Shin JS. Active interprofessional collaborations between counseling professionals and police officers in protecting and supporting policies for victims of sexual crimes. *Public Policy Rev*. 2016;30(3):235-56.
6. Moon SW. A study of interprofessional team approaches for the ex-offenders rehabilitation. *Sahoe Kwahak Nonchong*. 1987;6(1):215-49.
7. Mayer D, Klamen DL, Gunderson A, Barach P; Telluride Interdisciplinary Roundtable. Designing a patient safety undergraduate medical curriculum: the Telluride Interdisciplinary Roundtable experience. *Teach Learn Med*. 2009;21(1):52-8.
8. Olson R, Bialocerkowski A. Interprofessional education in allied health: a systematic review. *Med Educ*. 2014;48(3):236-46.
9. Stephenson R, Richardson B. Building an interprofessional curriculum framework for health: a paradigm for health function. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2008;13(4):547-57.
10. Green C. The making of the interprofessional arena in the United Kingdom: a social and political history. *J Interprof Care*. 2014;28(2): 116-22.
11. D'Amour D, Oandasan I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. *J Interprof Care*. 2005;19 Suppl 1:8-20.
12. Smith CS, Gerrish WG, Weppner WG. *Interprofessional education in patient-centered medical homes: implications from complex adaptive systems theory*. Cham: Springer International Publishing; 2015.

13. Barr H. Toward a theoretical framework for interprofessional education. *J Interprof Care.* 2013;27(1):4-9.
14. Adams A. Theorising inter-professionalism. In: Colyer H, Helme M, Jones I, editors. *The theory-practice relationship in interprofessional education.* York: Higher Education Academy; 2005. p. 32-7.
15. Dickinson C. *Contact is not enough: an inter-group perspective on stereotypes and stereotype change in interprofessional education.* Newcastle upon Tyne: Newcastle University; 2005.
16. Nisbet G, Lincoln M, Dunn S. Informal interprofessional learning: an untapped opportunity for learning and change within the workplace. *J Interprof Care.* 2013;27(6):469-75.
17. Nisbet G, Dunn S, Lincoln M. Interprofessional team meetings: opportunities for informal interprofessional learning. *J Interprof Care.* 2015;29(5):426-32.
18. Senge RM. *The fifth discipline: the art and practice of the learning organization.* New York (NY): Doubleday; 1990.
19. Shakman L, Renu G, Obeidat A. Inter professional education in health care. *Int J Nurs Educ.* 2013;5(1):86-91.
20. Harden RM. Multiprofessional education: the magical mystery tour. *Med Teach.* 1998;20(5):397-8.
21. Hammick M, Olckers L, Campion-Smith C. Learning in interprofessional teams: AMEE guide no 38. *Med Teach.* 2009;31(1):1-12.
22. Harden RM. AMEE guide no. 12: multiprofessional education: part 1-effective multiprofessional education: a three-dimensional perspective. *Med Teach.* 1998;20(5):402-8.
23. Bainbridge L, Wood VI. The power of prepositions: learning with, from and about others in the context of interprofessional education. *J Interprof Care.* 2012;26(6):452-8.
24. Lutfiyya MN, Brandt B, Delaney C, Pechacek J, Cerra F. Setting a research agenda for interprofessional education and collaborative practice in the context of United States health system reform. *J Interprof Care.* 2016;30(1):7-14.
25. Kinsell S. *Creating, implementing, and sustaining interprofessional education.* San Francisco (CA): Interprofessional Education Consortium; 2002.
26. Hammick M, Freeth D, Koppel I, Reeves S, Barr H. A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME guide no. 9. *Med Teach.* 2007;29(8):735-51.
27. Khalili H, Orchard C, Laschinger HK, Farah R. An interprofessional socialization framework for developing an interprofessional identity among health professions students. *J Interprof Care.* 2013;27(6):448-53.
28. Oandasan I, Reeves S. Key elements of interprofessional education. Part 2: factors, processes and outcomes. *J Interprof Care.* 2005;19 Suppl 1:39-48.
29. Pirrie A, Wilson V, Harden RM, Elsegood J. AMEE guide no. 12: multiprofessional education: part 2-promoting cohesive practice in health care. *Med Teach.* 1998;20(5):409-16.
30. Abu-Rish E, Kim S, Choe L, Varpio L, Malik E, White AA, et al. Current trends in interprofessional education of health sciences students: a literature review. *J Interprof Care.* 2012;26(6):444-51.
31. Lapkin S, Levett-Jones T, Gilligan C. A systematic review of the effectiveness of interprofessional education in health professional programs. *Nurse Educ Today.* 2013;33(2):90-102.
32. Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(3):CD002213.
33. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(3):CD000072.
34. Thistlethwaite J, Moran M; World Health Organization Study Group on Interprofessional Education and Collaborative Practice. Learning outcomes for interprofessional education (IPE): literature review and synthesis. *J Interprof Care.* 2010;24(5):503-13.
35. Lawlis TR, Anson J, Greenfield D. Barriers and enablers that influence sustainable interprofessional education: a literature review. *J Interprof Care.* 2014;28(4):305-10.
36. Gillan C, Lovrics E, Halpern E, Wiljer D, Harnett N. The evaluation of learner outcomes in interprofessional continuing education: a literature review and an analysis of survey instruments. *Med Teach.* 2011;33(9):e461-70.
37. Yoon BJ, Lee JH. A review study on interprofessional college education in health care sector. *J Korean Soc Sch Health Educ.* 2010;11(1):149-58.
38. McCallin A. Interdisciplinary practice: a matter of teamwork: an integrated literature review. *J Clin Nurs.* 2001;10(4):419-28.
39. DeVoe JE, Likumahuwa-Ackman S, Shannon J, Steiner Hayward E. Creating 21st-century laboratories and classrooms for improving population health: a call to action for academic medical centers. *Acad Med.* 2016 Sep 20 [Epub]. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001385>.