

만성질환노인 및 가족의 사회복지적 욕구에 대한 연구

왕 경 희

동아대학교병원 의료사회사업실

A Study on the Social Welfare Needs of the Aged Chronic Patients and Their Family

Kyeng Hi Wang

Medical Social Work Department, Dong-A University

<Abstract>

Considering the characteristics of the Korean family which maintain a close connection with their patients from the moment of their falling sick to hospitalization to discharge, the family is the most important environmental factor of the social supporting system, and is the important object of the client as well as activity system.

The medical social work intends to meet the practical needs of aged chronic patients, providing them and their family with a professional human service.

The end of this study is to find out the hardships of both the aged chronic patients and their family as well as their needs for the social welfare service, and to search out the way of comprehensive social work service.

The summary of the analysis of the survey is as follows:

1. The needs of aged chronic patients are divided into those of the solution of the problems of falling ill, social welfare program and discharge. Those needs are affected by the various factors of the types of hospitals, the patients' age, the kinds of insurance, and the supporting systems, etc. Accordingly, the assessment of the needs of the patients are asked to be done comprehensively in accordance with the kinds of diseases and social environments.

2. The importance of the family to the aged chronic patients is evident. The family plays a decisive role in the patients' hospitalization and discharge, the family being an important supporting system and making it necessary to take an approach to client system. The family has difficulty in getting connection of

community resources, in adapting to social life after the patient's discharge, and in paying the treatment. The family suffers the secondary hardships more than the burden of the treatment expenses.

3. For this reason various interventions are needed to reduce the stress caused by supporting and nursing patients.

Thus the social welfare service for the aged chronic patients and their family needs the following prepositions:

1. It is the characteristics of the aged chronic patients that they need continuous care and that the strengths of the patients and their family cannot be too much emphasized, and that comprehensive assessment based on the connection with the community and the mutual interchange with the environment, is much emphasized.

2. The family of the aged chronic patient is a resources system as well as a client one.

3. Another characteristic of the aged chronic patients is that with the resources connection in mind, it needs an active intervention of social workers in the community.

With these prepositions considered, the development of practical social work service for the aged chronic patients is thought urgently needed.

I. 서 론

만성질환노인의 문제는 의학적 위기와 사회적 고립의 예방 및 질환과정의 변화에 대한 적응이 중요하며, 만성질환노인이 당면하게 되는 생리·심리·사회적인 문제들에 대한 전체적인 이해를 필요로 한다. 또한 만성질환노인의 가족은 일차적 부양 책임자로 과중한 의료비 부담과 간병 및 부양에 따른 스트레스를 겪고 있다.

만성질환노인의 가족은 발병 이후 입원 및 퇴원에 이르기까지 그리고 퇴원 후 보호와 관리에 있어서도 환자와 밀착된 관계를 유지하는 우리나라 가족의 특성을 고려할 때, 가족은 가장 중요한 사회적 지지를 제공하는 환경요인으로서, 행동체계로서 뿐만 아니라 클라이언트 체계로서 중요한 대상이 된다(황숙연, 1996). 특히 병원에 입원 치료 중인 환자의 가족은 지역사회 자원의 부족 및 질병치료와 관련된 어려움을 겪게 된다.

또한 장기 입원으로 인한 심리·정서적 성격 변화 및 경제적 어려움의 가중은 제가 만성질환노인에 비해 더욱 가중된 부양부담 및 간병과 관련된 스트레스 상태에 놓이게 된다. 따라서 노인보호를 전담해 오던 가족의 부담을 덜고, 다양한 방식의 부양욕구를 충족시킬 수 있는 사회적 장치의 마련을 필요로 하게 되었다(박창제, 2004).

이러한 만성질환노인을 위한 휴먼서비스의 필요성에 부응하고, 변화하는 의료 환경에서 만성질환노인 및 가족의 어려움에 전문적 서비스를 제공할 수 있는 영역이 의료사회복지실천이다. 의료사회복지실천은 환자의 질병과 치료에 직·간접으로 장애가 되는 환자 및 가족의 심리·사회적 문제의 해결을 도와주며, 퇴원한 환자가 가정이나 지역사회에서 정상적인 사회기능을 수행할 수 있도록 환자와 그의 가족에게 전문적인 사회복지서비스를 제공하는 활동이라고 할 수 있다. 따라서 의료사회복지사는 만성질환노인의 특성을 고려한 적절한 치료 및 통합서비스를 받을 수 있도록 개입함으로써, 만성질환노인들에게 긍정적 사고와 안정감을 유지할 수 있도록 하

고 가족들에 대한 지지 및 원조활동을 담당하게 된다.

병원에서 만성질환노인의 수적 증가와 다양한 서비스 욕구 증가에 따라 2003년부터 간호 분야에서는 노인전문 간호사 제도를 도입하여 만성질환노인에 대한 세분화되고 전문적인 간호서비스를 제공하고 있다. 또한 미국의 노인전문병원(미시간대학병원 노인병센터)은 800명상에 120명의 노인전문 의료사회복지사가 민간보험회사로부터 수가에 따른 의료보험금 지급을 받으며 위기개입, 유전학(genetic)상담, 스트레스 해소 및 호스피스 케어와 같은 전문화되고, 세분화된 역할을 수행하고 있다(Ruth Campbell: 24차 대한의료사회복지사협회 Workshop: 19-20). 그러나 현재 한국 사회의 경우 만성질환노인을 위한 의료사회복지 분야는 사회복지사의 수가 한 병원당 1~2명, 또는 근무자가 없는 경우도 있어 병원 내 타 전문직과 비교하여 수적 열세에 놓여 있다. 또한 병원의 유형 및 특성에 따라 의료사회복지사의 업무가 다르게 수행되면서 만성질환노인을 위한 의료사회복지사의 직무 및 역할 혼란으로 인한 전문화 문제에 많은 어려움이 대두되고 있다.

그러나 지금까지 만성질환노인과 관련된 사회복지실천에서의 연구는 만성질환노인 가족의 부양부담 및 치매와 같은 특정 질환과 관련된 문제를 해결적이고 과제 중심적 관점에서 만성질환노인의 질병적 특성을 강조하는 연구(나동석, 2002; 남궁정, 2002; 이은희, 2002; 이정남, 2000; Rossen, 1987; Rapp, 1992)가 주를 이루었다. 이러한 연구들은 만성질환노인의 욕구를 중심으로 하는 것이 아닌 서비스의 대상으로 역할을 한정시켜 수동적이고 질병적인 관점에서 개인 중심적 해결방안을 제시하고 있다.

이러한 맥락에서 만성질환노인 및 가족을 위한 사회복지실천은 특정 질환 중심의 질병적, 의료적 관점 보다는 만성질환노인 및 가족의 상호교류와 그에 영향을 미치는 환경체계와의 연계에 중점을 두고 가족의 중요성을 강조한 생태학적 접근이 필요하다. 이러한 맥락에서 본 연구는 개체와 환경과의 상호교류를 강조하는 생태학적 관점에서 만성질환노인 및 가족의 욕구를 파악하고, 만성질환노인의 사회 제적응 및 가족의 부양 부담을 감소시키기 위한 포괄적인 사회복지 개입 방안을 제시하고자 한다.

II. 이론적 배경

1. 노인만성질환의 유형 및 질병적 특성

만성질환은 그 특성상 치료보다는 어떻게 잘 관리하고 돌보느냐 하는 케어(care)가 더 중요하며 그 영향이 환자 뿐 아니라 가족 및 주위에까지 미치므로 만성질환에 대한 체계적인 이해를 위해서는 만성질환에 대한 정의가 선행되어야 한다.

현존하고 있는 정의들 가운데 가장 일반적으로 사용되는 정의는 미국 만성질환 위원회(The National Commission on Chronic illness)에서 제시한 것으로, “만성질환이란 다음의 한 가지 혹은 그 이상의 특징을 지닌 모든 손상이나 정상적인 상태로부터의 이탈을 말한다. 즉 영속적이고 부분적 장애를 남기며, 돌이킬 수 없는 병리학적 변화에 의해 야기되고, 환자의 재활을 위해 특별한 훈련이 필요하며, 장기간의 감독, 관찰, 혹은 보호가 필요한 경우”이다. 이 정의는 그 포괄성에도 불구하고 생리학적인 이상에만 초점을 두고 있고 장기적 조건을 지닌 만성질환자라는 대상의 연구에 필요한 틀을 제시해 주지 못하고 있다는 한계를 지닌다(Diamond and Jones, 1983: 33-34).

Strauss 등은 이러한 관점에서 만성질환자의 특성을 ① 장기적이며 ② 예후를 비롯한 여러 가지 측면에서 불

확실하고 ③ 증상으로 인한 통증의 완화에 상당한 노력을 필요로 하며 ④ 합병증이 발생할 수 있는 다중성 질환(multiple disease)이기 때문에 환자생활 전반에 큰 영향을 미쳐 가족 전체의 일상이 재조정되어야 하며 ⑤ 다양한 보조적 서비스를 필요로 하고 ⑥ 경제적으로도 상당한 비용을 초래하는 것으로 정의 하였다(Strauss, 1984).

만성질환노인은 질병의 진행이 서서히 시작되면서, 점차적으로 증상이 더 심해지고, 에메모호한 증상을 나타내면서 점점 악화되므로 치료 및 관리가 매우 복잡하다. 또한 장기치료를 필요로 하기 때문에 의료에 대한 수요 증가와 전체 의료비 증가에 커다란 요인으로 작용하고 있으며, 질병의 양상에 있어서 만성퇴행성 질환자가 급증하고 있어 만성질환자의 관리가 시급한 실정이다. 선행연구에 의하면 노인인구의 약 87%가 한 가지 이상의 만성질환을 앓고 있다. 그 중 약 8.3%가 치매로 추정되고, 3.5%의 노인은 혼자서 일상생활을 하기가 불가능하며, 이러한 노인질환의 특성은 노인들로 하여금 더욱 빈번하고 장기적인 의료서비스를 필요로 하는 것으로 나타났다.

따라서 이들 노령인구의 만성질환으로 인한 장기적인 건강보호와 치료의 문제는 노인의 경제적 상황을 더욱 어렵게 만드는 악순환을 가져올 소지가 많고 이들을 돌보는 가족에게도 큰 부담이 되게 된다. 특히 저소득층 노인에 있어 건강보호 및 의료의 문제는 더욱 심각한데 현재의 의료서비스 공급체계는 급성질환의 치료에 치중되어 있어 장기요양을 필요로 하는 노인들의 의료욕구를 충족시키지 못하고 있다(서미경, 1999: 177-179).

이러한 만성질환노인의 의료 사회적 특성은 전문화되고 차별화된 의료서비스를 필요로 하며, 개인 및 가족에 대한 1차적 개입뿐만 아니라 지역사회자원체계와 연계된 포괄적 서비스를 요구한다. 따라서 노인 의료의 일차적 목표는 질병의 치유를 목표로 하지만, 이차적 목표는 질병의 악화나 합병증을 예방하여 고통을 없애거나 생활의 제적응을 기하는 것이다. 또한 노년기는 죽음을 앞둔 시기이므로 인생의 충실한 완결을 위한 종합적인 원조를 필요로 하므로 노인의 심리적인 면과 사회적인 면을 중시하여 보다 인간답게 살 수 있도록 건강을 지원하는 전인적 의료복지서비스가 요구된다.

2. 만성질환노인의 가족적 특성

만성질환노인은 과중한 의료비 부담과 가족의 부양부담, 그리고 전문적 의료서비스 제공을 필요로 하는 특징을 보인다. 그러므로 의료적 개입보다 지속적 관리를 필요로 하고 개인이 가지고 있는 기능과 능력을 최대한 향상시키는 것을 목표로 하는 생태학적 관점에서의 접근을 기반으로 한다. 환경과의 상호작용, 특히 환경으로써의 가족은 만성질환노인에 있어 가장 중요한 체계라고 할 수 있다.

Dimond와 Jones(1983: 108-109)는 만성질환자에 대한 가족의 중요성을 논하면서 가족을 노인환자와 마찬가지로 만성질환에 의해 영향을 받는 입장에서 이해하고 있다. 가족은 노인환자의 가장 중요한 사회적 지지 체계임과 동시에 만성질환이라는 스트레스에 직면한 또 다른 클라이언트 체계로 설명하고 있다. 특히, 질병의 발생과 같은 위기 시에는 가족 성원이 가족 내에서 자신의 정상적인 역할을 수행할 수 있는 능력이 감소됨에 따라 가족의 구조가 수정된다. 이에 따라 가족은 불균형 상태에 들어가게 되고 새로운 균형이 수립되는 동안 권력과 역할관계의 재조정이 일어나게 된다. 이때 새로운 균형을 수립하는 데 필요한 시간은 위기의 유형, 위기에 대한 가족성원의 정의 그리고 위기를 다룰 수 있는 가족의 가용자원에 따라 달라진다(Hill, 1958: 139-158).

가족의 구조나 기능이 가족구성원의 질병발생과 관련이 있지만 가족 구성원의 질병은 가족의 구조나 기능을

변화시킬 수도 있다(최영희·이경혜, 1988). 즉 가족은 상호의존적인 체계로서 체계 내에서 한 구성원의 변화는 다른 구성원의 변화를 초래한다(Friedman, 1986).

만성질환노인은 장기간의 치료기간이 필요하므로 가족은 만성질환노인의 건강에 따라서 가족 내·외적 역할 양상의 변화를 경험하게 된다. 그러므로 환자를 치료하고 돌보기 위해서는 가족 전체가 참여하여 원활한 의사소통이 이루어져야 하며, 가족 구성원들의 역할재정비와 생활양상을 확대시키거나 변형해야 하는 새로운 과제가 주어지게 된다(Mccubin, 1982).

만성질환자의 경우에는 많은 문헌들이 중요한 환경으로서 가족을 들고 있고, 기존연구의 검토 결과에서도 만성질환자에게 있어서 가족의 지지는 매우 중요성을 가진다(Hanbug, 1967).

Litman(1971)은 건강 및 질병과 가족간의 관계는 매우 역동적인 것이어서 서로 지대한 영향을 주고받을 수 있다고 하였다. 특히, 가족의 경제적 지위와 같은 구조적 요인 뿐 아니라 가족 내 역할 할당이나 가능한 정서적 지지의 정도에 의해서도 영향을 받는다. 가족관계를 넓은 의미의 가족행동 총체이며 가족 상호작용의 역동과정으로 설명함으로써 만성질환노인에 대한 연구에 있어 가족적 접근의 중요성을 강조하고 있다.

가족의 지지는 환자의 회복에 놀랄만한 영향을 미치며, 가족의 한 구성원이 만성질환이 있을 경우 다른 구성원의 발병률이 더 높아진다고 한다. 특히 한쪽 배우자가 질병에 걸렸을 경우 다른 배우자에게 신체 증상이 증가한다고 하였다(Downess, 1947; Klein, 1968; Kaplen, 1975; Authier and Starr, 1984). 그러나 이러한 영향이 단기적이 아니라 장기적으로 지속되는 점을 고려하면 만성질환노인의 가족은 환자와 마찬가지로 만성질환에 의해 영향을 받는 대상일 뿐만 아니라 환자에 대한 중요한 자원으로서의 역할을 가지므로 어떤 의미에서는 환자보다 더한 부담을 지게 될 수도 있다.

특히 만성질환노인은 질병의 요구가 장기적이어서 거의 회복할 수 없을 만큼 가족의 적응능력이 침해받기도 하는데(ElI and Northen, 1990: 41), 가족들은 질병이라는 위기에 의해 영향을 받으며, 동일한 혹은 유사한 적응적 과제에 직면하게 되고, 동일한 유형의 대처기술을 사용하게 된다고 볼 수 있다.

가족들이 이러한 요구들에 어떻게 대처해 나가는가는 연령, 성, 종교, 종족, 민족, 문화, 교육수준 및 사회경제적 지위에 의해 결정된다(Carlton, 1984: 12-13; Germain, 1984: 63-66). 그러므로 사회복지적 관점에서 보면 질병은 클라이언트만 경험하는 독립된 사건이 아니며, 적응 과제 역시 클라이언트만 직면하는 것이 아니라는 결론을 내릴 수 있다.

만성질환노인의 가족에 대한 접근은 크게 두 가지 관점에서 이해될 수 있는데, 그 하나는 환자 자신과 마찬가지로 가족 역시 만성질환에 의해 영향을 받는 입장에서 만성질환이 가족 전체에 미치는 영향을 보는 것이고, 다른 하나는 만성질환자의 가족 관계에 초점을 두고 가족 관계의 특성에 따라 상호작용의 양상도 다르게 나타날 수 있다고 보는 입장이다. 본 연구에서는 만성질환노인과 가족은 상호 영향을 주고받는 가장 중요한 1차적 환경으로써의 관점으로 접근을 하고 있다.

3. 가족의 부양부담¹⁾ 및 스트레스

부양부담에 대한 정의는 당황스러움과 과중한 짐의 느낌과 같은 정서적 비용부터 일상적인 업무의 혼란과

1) 노인에 대한 부양부담(caregiving burden)이라는 개념은 노인을 돌보는 가족(가령, 배우자, 자녀)이 경험하는 신체적, 정서적 또는 정서적, 사회적, 경제적(재무적)인 문제를 의미하는 것으로 사용되는 것이 일반적이다(김윤정·최혜경, 1993; George and Gwyther, 1986, Given et al).

같은 부양자의 매일 매일의 생활에 있어서의 특별한 변화를 일컫는 것까지 광범위하다.

Kinney와 Stephens(1989)는 부양부담의 개념을 일상적인 부양활동의 작은 사건이나 자극으로 인한 애로(陰路)라고 정의하고 있다. 애로는 개인들에 의해 그의 안녕을 위협하는 것으로 평가되는 일시적 그리고 만성적인 사건들이다. 애로는 개별적으로는 약한 위협을 발휘하지만 시간이 지남에 따라 이러한 스트레스의 축적은 건강에 중요한 영향을 미칠 수도 있다고 한다.

또한 부양부담은 노인과의 관계, 질병의 심각성 등의 요인보다는 부양자의 건강상태나 부양자들에 대한 사회적 지지와 같은 대처 자원이나 대처방안이 부양자의 부양부담과 생활 만족도에 영향을 미친다는 것을 알 수 있다(이은희, 1997: 24).

만성질환노인의 가족부담(이인정, 2001; 윤현숙, 2001; 박경숙, 2002; 박창제, 2004; Broderick, 1971; Litman, 1971; Dimond and Jones, 1983)과 관련된 연구는 인구 고령화에 따른 장기간병 필요인구의 증가 및 가족의 부양기능 약화, 노인복지예산의 부족과 관련된 내용을 담고 있다. 윤현숙(2001)은 노인가족 부양자의 재가복지서비스 이용의향 필요도에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위하여 가정방문을 통한 설문지 면접조사로 노인과 함께 살면서 노인을 주로 돌보는 가족 부양자 235명을 조사하였다. 노인환자로 인한 부양부담은 그 종류나 정도가 다양하나 공통적으로 경제적 부담 및 신체적·정신적·심리적 부담 가중과 사회적 활동의 제한, 그리고 가족 간의 갈등이 심화된다. 그 중 부양자의 사회적 활동 제한은 개인 시간 부족과 자유의 제한에 기인한다. 하지만 개인적 시간이 난다고 할지라도 노인 부양에 대한 중압감으로 인하여, 개인적인 여가나 사회적 활동에 참여하지 못 하는 경향이 있다(Johson and Catalano, 1983; Horowitz, 1985; Fitting, 1986; Houlihan, 1987).

노인과 동거하면서 부양하는 것을 전통적 규범으로 받아들여 왔던 한국가족은 노인부양에 따르는 경제적, 신체적, 사회적, 심리적 측면의 비용을 가족 내에서 스스로의 힘으로 해결하여 왔다. 하지만 가족이 노인을 부양하는 것은 아무리 사회적 기대라고 할지라도 가족에게는 하나의 스트레스 요인이 될 수밖에 없다(Brody, 1985). 부양 스트레스는 환자 상태에 의한 요구(demand)가 이에 대한 부양자의 주관적 반응 능력과 충돌할 때 발생한다. 스트레스는 보호요구가 늘어나거나, 자원이 감소할 때, 또는 두 가지 모두의 변화가 일어나면 단계적으로 커진다(Aneshensel, 1995: 70).

가족부담과 관련된 스트레스 경감 및 지원 프로그램과 관련된 연구(이경남, 2000; 이은희, 2002: 191-210; 나동석, 2002; 남궁정, 2002; Rossen, 1987)는 만성질환 중 치매와 관련된 가족 부담²⁾이 더 이상 가족 내에서 해결할 수 있는 가족문제의 개념을 벗어났다는데 인식을 같이 하고 있다. 대부분의 만성질환 가족의 연구는 가족의 경제적 부담, 가족역할의 상실 및 부양자의 부담감, 긴장, 스트레스와 관련된 연구결과들을 설명하고 있다.

만성질환노인 가족의 가장 큰 부담은 간병과 관련된 부담으로 노인에 대한 간병은 노인의 질병이나 기능 손상을 치료하거나 관리하기 위한 수발과 노인의 일상생활을 영위하기 위한 활동을 돕는 것 등 지속적인 헌신을 간병자에게 요구하므로 아무리 노인과 간병자 간에 유대가 깊다 하더라도 필연적으로 존재한다(권중돈, 1996; 이윤로, 1999; 최성재, 2000). 특히 간병으로 인해 초래될 수 있는 결과는 부담감, 긴장, 스트레스, 부정적 결과 등으로 제시되고 있다.

만성질환노인의 가족부담(이인정, 2001; 윤현숙, 2001; 박경숙, 2002; 박창제, 2004; Broderick, 1971; Litman,

2) 치매가족의 부양스트레스는 다음의 세 가지 가설로 설명되고 있다. 첫째, 소모가설로 부양기간이 길어질수록 환자의 기능적 손상이 심해져서 가족도 점진적으로 손상된다는 가설 둘째, 적응가설로 부양기간이 길수록 부양자는 경험을 통해 상황에 더 잘 적응하며 스트레스가 감소한다는 가설 셋째, 특징가설로 부양자가 환경의 경과와는 상관없이 적응하여 일정한 수준을 유지한다는 것으로 대처기술, 가용자원, 사회적 지지망 등이 그 이유이다(김태용, 1999: 20)

1971; Dimond and Jones, 1983)과 관련된 연구는 인구 고령화에 따른 장기간병 필요인구의 증가 및 가족의 부양기능 약화, 노인복지예산의 부족과 관련된 내용을 담고 있다. 노인과 부양자 사이의 관계에 따른 부양부담의 연구(Zarit, 1980; George and Gwyther, 1986; Quayhagen, 1988), 부양자의 남녀 성별에 따른 부양부담의 연구(Robinson, 1979; Gilhooly, 1984; Fitting, 1986), 그리고 치매환자의 기능적, 인지적 손상 정도에 따른 부양부담의 정도(Zarit, 1980; Monteko, 1989)에 대한 선행연구들은 일치된 결과를 보이지 않고 있다. 그러나 부양자가 사회적 관계망으로부터 받는 지지의 정도와 부양부담과의 관계에 대한 연구들(Fenger, 1979; Kinrny, 1989; Melvin, 1991)에서는 일관된 결과를 보이고 있다. 즉 부양자들이 사회적 관계망으로부터 지지를 많이 받으면 받을수록, 부양부담이 낮게 나타났다. 그리고 주부양자들이 느끼는 부양부담의 영역별 정도에 대한 연구(이은희, 1997)에서는 노인부양에 따른 개인적 사회적 제약에 대한 부양부담이 가장 강하게 나타났으며, 그 다음으로는 육체적 정서적 건강악화, 경제적 비용, 노인과의 관계상의 스트레스 그리고 무가치감의 순으로 나타났다.

Litterman은 건강 및 질병과 가족 간의 관계는 매우 역동적인 것이어서 서로 지대한 영향을 주고받을 수 있고, 가족의 경제적 지위와 같은 구조적 요인뿐 아니라 가족 내 역할 할당이나 가능한 정서적 지지의 정도에 의해서도 영향을 받는다고 한다. 넓은 의미의 가족행동 총체인 가족관계는 가족 상호작용의 역동과정으로 설명함으로써 만성질환노인에 대한 연구에 있어 가족적 접근의 중요성을 강조하고 있다.

III. 연구방법

1. 조사대상 및 조사방법

조사대상은 만성질환으로 어려움을 겪고 있는 만성질환노인과 그 가족이다. 만성질환노인의 특성은 가족의 간병 부담 및 가족 지원의 중요성이 강조된다. 또한 생태학적 관점에서 가족은 가장 중요한 환경으로 만성질환노인과 같은 대상자로 접근하는 것이 중요하다. 따라서 본 연구에서는 노인 병원 및 일반·종합병원에서 3개월 이상의 만성질환으로 진단받은 노인환자 및 가족이 일차적 조사 대상자이다.

만성질환노인 및 가족을 위한 조사 도구는 한림대 의료원 의료사회 사업팀에서 노인재활환자의 가족적 어려움을 측정하기 위한 질문지침서 중심으로 가족적 어려움에 관한 항목을 활용하여 재구성하였다. 이 척도는 뇌손상환자의 가족이 환자의 치료를 유지하면서 호소하는 주문제를 파악하고 적절한 의료사회복지서비스 제공을 위해 개발되었으며, 심리·사회·정신적 문제와 사회복귀 및 재활, 경제적인 문제, 지역사회 자원연결 문제의 19개 항목으로 구성되어 있다. 이를 본 연구의 목적에 맞게 지역사회 자원연계 어려움, 퇴원 후 생활적응 어려움, 질병치료부담, 가족부양부담, 환자의 성격변화, 경제적 문제로 재구성하였다.

또한 입원기간동안 제공되는 사회복지서비스는 노인병원에서 현재 시행되고 있는 프로그램들을 수정 보완하여 만성질환노인 및 가족의 다면적 욕구 파악을 위해 환자의 입원 초기, 중간, 퇴원 단계로 구분하여 설문을 구성하였다. 1차 설문지 작성 후 부산·경남 의료사회복지사협회 회원이 근무하는 병원 만성질환노인을 대상으로 의료사회복지사의 협조 하에 30명을 조사하여 신뢰도에 문제가 있는 문항을 수정, 보완하여 재구성하였다.

2. 자료 분석 방법

본 연구는 실증적 연구를 중심으로 이루어졌다. 통계는 SPSS window 10.0K을 이용하여 유의수준을 $\alpha = 0.05, 0.01, 0.001$ 의 세 수준에서 분석하였으며 만성질환노인의 욕구와 가족의 부양부담 파악을 위해서는 빈도분석 및 교차분석, 평균비교를 실시하였다.

IV. 연구결과

1. 만성질환노인 및 가족의 특성

환자의 연령은 재범주화 하여 70세 미만이 39%, 70세 이상이 61%로 70세 이상 노인이 많은 비중을 차지하고 있다.

환자의 보험종류는 재범주화 하여 의료보험이 65.6%, 의료보호 34.4%로 입원한 상태이며, 유병기간은 재범주화 하여 3년 미만 54.5%, 3년 이상이 45.5%에 이르는 유병기간을 보여주고 있다. 월 소득은 100만원 미만이 39.8%, 소득 없음이 39.2%로 만성질환 노인의 경제적 상태가 매우 열악한 것으로 조사되었다. 현재 입원 중인 병원형태는 노인병원이 41.5%, 일반·종합병원은 58.5%로 나타났다.

부양자의 일반적 특성 <표 1>을 살펴보면, 부양자의 성별은 여성이 60.5%로 많았으며, 환자와의 관계는 아들, 배우자, 딸, 며느리 순으로 선행연구 보다 며느리의 비중이 낮게 조사되었다.

표 1. 부양자의 일반적 특성

항 목	빈도	%	합 계	항 목	빈도	%	합 계
성별	남	58	39.5	환자와의 관계	배우자	35	23.8
	여	89	60.5		딸	30	20.4
	30~40	34	23.9		아들	40	27.2
	41~50	45	31.7		며느리	16	10.9
연령	51~60	23	16.2	환자와의 관계	환자의 형제	4	2.7
	61~70	25	17.6		자매	7	4.8
	71세 이상	15	10.6		친인척	7	4.8
	농업 어업	4	2.7		이웃	1	.7
부양자 직업	회사원	36	24.5	부양자 학력	기타	14	9.5
	자영업	19	12.9		무학	6	4.2
	의료직	9	6.1		초등 졸	14	9.8
	주부	45	30.6		중졸	18	12.6
	무직	15	10.3		고졸	53	37.1
	기타	19	12.9		대졸 이상	52	36.3

2. 만성질환노인 및 가족의 어려움

<표 2>와 같이 만성질환노인 가족의 어려움을 지역사회 자원연계 어려움, 퇴원 후 생활적응 어려움, 질병치료 부담, 가족 부양부담, 환자의 성격 변화 6개 영역으로 재범주화 하였다.

만성질환노인 가족은 지역사회 자원연계 어려움(M=3.7829), 퇴원 후 생활적응 어려움(M=3.6046), 질병치료 부담(M=3.4586)을 가장 크게 느끼고 있는 것으로 나타났으며, 직접적 치료비 문제보다 2차적으로 발생하는 어려움을 더욱 크게 느끼는 것으로 나타났다.

표 2. 만성질환노인 가족의 어려움 기술통계

순 위	가족 어려움	N	M	SD
1	지역사회 자원연계 어려움	152	3.7829	.8176
2	퇴원 후 생활적응 어려움	153	3.6046	.8418
3	질병 치료 부담	141	3.4586	.7144
4	가족 부양부담	153	3.2052	.8135
5	환자의 성격 변화	152	3.0987	1.0099
6	경제적 문제.	151	2.15	1.06

<표 3>과 같이 만성질환노인 가족의 어려움 중 퇴원 후 생활 적응과 관련된 어려움은 병원유형과 성별, 연령에 따른 유의미한 차이를 보이고 있다. 즉, 일반·종합병원 보호자와 환자가 남성인 경우, 그리고 고령일수록 가족의 어려움이 더욱 큰 것으로 조사되었다.

질병치료에 대한 부담은 보험종류와 부양관계에 따라 유의미한 차이가 있으며, 의료보호이면서 부양관계가 가족이 아닌 경우 질병치료에 대한 부담을 많이 느끼는 것으로 나타났다.

가족의 부양부담은 병원유형에 따라 차이를 보이고 있는데, 일반·종합병원 보호자들의 부양부담 비중이 높게 나타났다. 이것은 병원 특성상 치료 중심적, 유병기간이 초기인 경우가 많아 치료비에 대한 부담 및 간병과 관련된 부담이 높게 나타난 것으로 보인다.

환자의 치료거부, 성격변화와 같은 심리, 정서적 변화와 관련한 가족의 어려움은 일반·종합병원 보호자의 어려움이 높은 것으로 조사되었다. 이는 일반·종합병원에 입원하는 만성질환 노인의 경우 급성기 치료를 목적으로 입원한 경우가 많아 질병과 관련된 스트레스 정도가 높은 것에 기인하는 것으로 보인다.

표 3. 만성질환노인 가족의 어려움 차이검증

가족의 어려움	항 목	N	M	SD	F / t	
퇴원 후 생활적응 어려움	병원 유형	노인병원	61	3.4016	.9075	-2.475*
		일반종합병원	91	3.7418	.7750	
	성별	남성	69	3.7464	.7168	2.012*
		여성	83	3.4789	.9216	
	연령	70세 미만	57	3.4518	.9154	-1.971*
70세 이상		91	3.7280	.7716		
질병 치료 부담	보험 종류	의료보험	93	3.3620	.7301	-2.274*
		의료보호	43	3.6589	.6566	
	부양 관계	배우자	25	3.5600	.7311	3.820*
		자녀	95	3.3789	.7090	
		기타	12	3.9444	.4457	
가족의 부양부담	병원 유형	노인병원	61	2.9792	.8724	-2.879**
		일반종합병원	91	3.3590	.7425	
환자의 성격변화	병원 유형	노인병원	61	2.8689	1.0720	-2.415*
		일반종합병원	90	3.2667	.9368	

*p<0.05 **p<0.01

3. 만성질환노인의 의료사회복지 서비스 욕구

만성질환노인들은 입원 기간 동안 의료사회복지 서비스 중 자원연계 프로그램(M=4.0111), 퇴원지원 프로그램(M=3.8471) 및 건강증진 프로그램(M=3.6520)에 대한 필요도 평균 순으로 조사되었으며, 집단 활동 프로그램(M=3.3977)에 대한 필요도가 낮게 측정되었다.

이것은 현재까지의 노인 관련 프로그램이 집단 활동 프로그램 위주로 조사된 것과 차이를 나타내는 것으로 향후 만성질환노인을 위한 서비스 내용에 있어 고려할 사항으로 보인다.

표 4. 만성질환노인의 의료사회복지서비스 욕구 기술통계

순위	사회복지서비스	N	M	SD
1	자원연계 프로그램	158	4.0111	.7414
2	퇴원지원 프로그램	157	3.8471	.8314
3	건강증진 프로그램	159	3.6520	.7780
4	상담 프로그램	159	3.6399	.6713
5	가족지원 프로그램	155	3.5032	.8048
6	집단 활동 프로그램	159	3.3977	.7656

입원기간동안 환자 및 보호자들이 필요로 하는 의료사회복지서비스 중 자원연계 프로그램은 병원유형 ($p<0.001$), 부양관계($p<0.05$)와 통계적으로 유의미한 차이를 보이고 있다. 특히 병원유형에 따라 유의도가 높아 일반·종합병원 입원 환자의 자원연계 프로그램에 대한 욕구가 높게 나타났으며, 부양관계에 있어 자녀가 부양자인 경우 자원연계 프로그램에 대한 욕구가 높게 사정되었다.

퇴원지원 프로그램은 병원유형($p<0.01$)에 따른 유의도를 보였는데, 일반·종합병원 입원 환자의 욕구가 높게 나타났다. 노인병원에서의 퇴원은 종결, 즉 죽음과 관련된 퇴원의 비중이 높을 수 있지만, 일반·종합병원에서의 퇴원은 다른 병원 및 시설로의 전원 및 다양한 형태의 퇴원 방식으로 인한 욕구의 반영으로 보인다.

건강증진 프로그램은 병원유형($p<0.05$)과 보험종류($p<0.05$)에 따라 유의미한 차이가 있는 것으로 조사되었다. 또한 상담 프로그램은 결혼상태, 연령, 보험종류와 통계적으로 유의미한 차이를 보여준다. 즉, 결혼상태이고 70세 이상의 고령 환자군, 의료보험 환자의 욕구가 높게 나타난 것은 심리·정서적 지지에 대한 욕구가 높은 것으로 실천 과정에서 욕구에 맞는 프로그램의 적용이 필요할 것이다.

표 5. 만성질환노인의 의료사회복지서비스 욕구 차이검증

사회복지 서비스	항 목	N	M	SD	F / t	
자원연계 프로그램	병원 유형	노인병원	66	3.7803	.7703	-3.343***
		일반종합병원	91	4.1676	.6750	
	부양 관계	배우자	34	3.9926	.7772	3.339*
		자녀	96	4.1068	.6696	
		기타	15	3.6000	.8227	
퇴원지원 프로그램	병원 유형	노인병원	65	3.6000	.8579	-3.208**
		일반종합병원	91	4.0220	.7743	
건강증진 프로그램	병원 유형	노인병원	66	3.8182	.7237	2.365*
		일반종합병원	92	3.5254	.7972	
	보험 종류	의료보험	101	3.7525	.7567	2.230*
		의료보호	52	3.4551	.8272	
상담 프로그램	결혼 상태	결혼	78	3.7432	.6111	1.942*
		비결혼	80	3.5369	.7181	
	연령	70세 미만	60	3.5217	.6199	-1.903*
		70세 이상	94	3.7317	.6968	
	보험 종류	의료보험	101	3.7851	.5889	3.135***
		의료보호	52	3.4061	.7627	
가족지원 프로그램	연령	70세 미만	58	3.3362	.8655	-2.017*
		70세 이상	92	3.6087	.7661	
	결혼 상태	결혼	76	3.6711	.7683	2.544*
		비결혼	78	3.3462	.8151	
집단활동 프로그램	병원 유형	노인병원	66	3.5978	.7411	2.866**
		일반종합병원	92	3.2508	.7573	
	보험 종류	의료보험	101	3.4965	.7272	2.449*
		의료보호	52	3.1767	.8342	

* $p<0.05$ ** $p<0.01$ *** $p<0.001$

퇴원과 관련해서 면담을 통해 도움 받고 싶은 내용은 <표 6>과 같으며, 퇴원과 관련된 정보(M=3.7816)의 평균값이 가장 높았고, 지원을 위한 도움(M=3.7327), 질병 교육 순으로 나타났다. 따라서 만성질환노인을 위한 퇴원 시 면담은 교육적 측면보다 정보 제공적 측면의 욕구가 높은 것으로 나타났다.

표 6. 만성질환노인 퇴원 계획시 필요한 도움 정도 기술통계

순 위	도 움	N	M	SD
1	퇴원 관련 정보	158	3.7816	.8167
2	지원을 위한 도움	159	3.7327	.7480
3	질병 교육	158	3.7310	.7893

퇴원 후 지역사회 적응과 관련된 서비스를 재택 서비스, 보호 서비스, 자조 프로그램으로 재범주화 하였다. 지역사회 적응과 관련해서 재택 서비스에 대한 필요도(M=3.7994)가 가장 높게 측정되었으며, 같은 질환 보호자 모임과 같은 자조 프로그램에 대한 욕구는 낮게 측정되었다.

표 7. 만성질환 노인의 퇴원 후 지역사회 재 적응

순 위	지역사회 재적응	N	M	SD
1	재택 서비스	157	3.7994	.8967
2	보호 서비스	158	3.4620	1.0167
3	자조 프로그램	156	3.2404	.8585

4. 조사결과에 대한 논의

본 연구는 만성질환노인 및 가족의 욕구와 만성질환노인을 위한 의료사회복지실천 현장에서의 의료사회복지사의 개입 및 역할, 직무 연구를 통해 만성질환노인을 위한 의료사회복지실천 모형을 개발하는 것으로 조사 분석된 내용과 선행연구와의 비교를 통한 논의점을 제시하고자 한다.

1) 만성질환노인의 특성 및 욕구

본 연구에서 만성질환노인의 특성은 70세 이상 고령노인의 비율이 높고 노인의 경제적 상황이 열악한 것으로 나타났는데 이는 만성질환노인의 특성과 관련된 선행연구들과 같은 결과이다. 특히 부양에 있어 여성비율이 높게 나타나고 배우자가 주 부양자로 조사된 것은 만성질환노인의 개인적, 가족적 특성에 있어 선행연구들과 동일한 배경을 갖는다(이영희, 1988; 이은희, 1997; 전경희, 2000; 선우덕, 2002; 박장제, 2004). 그러나 부양자에

있어 머느리 비율이 낮게 나타난 것은 사회적 현상을 반영한 결과로 선행연구 결과와 다른 차이를 나타내고 있다.

본 연구에서 만성질환노인의 욕구는 입원 전 과정에서 퇴원에 이르는 포괄적인 것으로 단계에 따라 크게 세 가지 영역으로 설명할 수 있다.

첫째, 질병 특성과 관련된 욕구이다.

본 연구 결과에서 만성질환노인은 건강을 유지하기 위한 보건 의료서비스에 대한 욕구가 많았으며, 특히 입원 기간 동안 질병관리와 관련된 교육, 간병 방법, 건강증진 프로그램에 대한 욕구가 많았다. 이러한 욕구는 남궁정(2002)의 연구와 유사한 결과로 만성질환노인을 위한 실천모형은 질병특성의 고려가 중요하다는 것을 시사하고 있다. 또한 고령 노인일수록 장기 입원일 확률이 높고 가족 및 지지그룹의 부족을 예상할 수 있어 심리·정서적 지지 중심의 프로그램 욕구가 높은 것을 알 수 있다.

둘째, 사회복지서비스 프로그램에 대한 욕구이다.

만성질환노인들은 입원기간 동안 병원에서 제공되는 서비스 중 자원연계 프로그램, 퇴원지원 프로그램 및 건강증진 프로그램에 대한 욕구가 높고 집단 활동 프로그램에 대한 필요도가 낮게 측정되었다. 이는 현재까지의 선행연구(이인정, 2001; 남궁정, 2002)에서 노인 관련 프로그램이 집단 활동 프로그램 위주로 조사된 것을 고려해 보았을 때, 향후 만성질환노인을 위한 프로그램을 다른 측면에서 제시할 필요가 있어 보인다. 특히, 집단 활동과 건강증진 프로그램에서 노인병원 입원환자의 욕구 평균값이 높게 조사되어 선행연구(이인정, 2001; 이정은, 2002; Coleman, 1976)와 같은 결과를 보여주고 있다.

셋째, 퇴원과 관련된 욕구이다. 퇴원과 관련된 욕구는 병원유형에 따라 다르게 표현되는데, 본 연구에서 노인병원보다 일반·종합병원 입원 환자의 퇴원 관련 욕구가 높았다. Austin(1988)은 퇴원계획 중심의 모형을 설명하면서 대상자의 욕구 충족을 위한 연계의 기능을 강조함으로써 사회적 자원과 서비스를 활용할 수 있도록 원조하는 기능을 강조한다. 생태학적 관점에서의 사회적 자원에 대한 지원 욕구가 높게 나타난 본 연구와 같은 결과를 보여주고 있다.

재입원 요인 중 사회적 지지망(가족의 지지)의 중요성을 제시하고 있는 선행연구는 대상 환자들이 퇴원 후 보호와 관련된 상당한 욕구가 있으며, 퇴원이 가족의 신체적·사회적·정서적 측면에 미치는 영향에 대하여 의료사회복지사들이 관심을 기울여야 할 것을 지적하고 있어 본 조사 결과와 일치하는 결과를 보여주고 있다(황숙연, 1996; Berkman and Abrams, 1986). 그러나 퇴원을 위한 면담에 있어 의료사회복지사의 비중이 아직 낮게 조사되어 아직까지 퇴원계획은 의사와의 상호협조가 중요하다는 신은영(2002)의 연구와 동일한 결과를 보여주고 있어 향후 적극적 개입을 필요로 하는 영역이다. 따라서 만성질환노인을 위한 퇴원계획은 의사를 포함한 다학제적 접근을 필요로 한다는 것을 알 수 있다.

퇴원 후 지역사회 재적응을 위한 도움은 가정 간호와 가정 내에서의 서비스에 대한 욕구가 높았다. 특히 부양자가 자녀인 경우 재적응을 위한 필요도가 높게 나타나, 이는 우리나라의 만성질환노인을 위한 사회적 지원 체계의 부족으로 선진외국과 같은 노인복지시설을 통한 지원에 대한 욕구 자체가 낮게 조사된 것으로 보인다(이현우, 1994; 정지영, 1994; 이무송, 2002; 장승재, 2002). Johnson(1983)과 Fitting(1986)등의 배우자 세대에 비해 자녀 세대의 부담이 더 높다는 선행연구와 일치하는 결과를 보이고 있다. 그러나 가족관계에 의한 부양부담의 차이가 없다는 선행연구(Zarit and Bach-Peterson, 1980; Pratt, 1987) 및 배우자들이 성인 자녀 부양자들 보다 더 많은 스트레스 증상과 함께 훨씬 빈약한 육체적 건강과 안녕을 보고하는 Goerge와 Gwyther(1986)의 연구와

는 다른 결과를 보여주고 있다. 따라서 만성질환노인을 위한 의료사회복지실천 모형은 부양자의 특성을 고려한 접근이 필요할 것으로 보인다.

만성질환노인에게 있어 가족의 중요성은 입·퇴원과 관련된 중요한 결정들이 환자 본인 보다 가족에 의해 결정되는 비율이 높다는 것을 알 수 있다. 특히 노인병원에 있어 입원과 관련된 가족의 의사결정도가 높게 측정되었으며 이는 선행연구(김미혜·이선자, 2002; 신은영, 2002; 이옥희, 2002; Abramson, 1988)에서 볼 수 있듯이 만성질환노인 가족이 질병 및 치료에 영향을 미치는 중요한 변수라는 것을 밝히고 있다. 이러한 연구결과는 만성질환노인 및 가족의 욕구 사정에 있어 노인환자뿐 아니라 가족적 어려움에 대한 사정이 매우 중요함을 알 수 있다.

본 연구에서도 만성질환노인 가족은 지역사회 자원연계 어려움, 퇴원 후 생활적응의 어려움, 질병치료 부담을 크게 느끼고 있는 것으로 나타났으며, 직접적 치료비 문제보다 2차적으로 발생하는 어려움을 더욱 크게 느끼는 것으로 나타났다.

이는 선행연구(이은희, 2002; Fitting, 1986; Friedman, 1986; Houlihan, 1987)에서 가족의 부양부담 및 경제적 어려움 중심적 연구 결과와는 다소 차이가 있는 결과이다. 본 연구에서는 만성질환노인의 부양자가 누구인가에 따라 입원 과정에서의 진료결정인, 입원횟수, 입원비 부담자에 차이를 보인다. 입원 기간 동안의 프로그램 욕구에 있어 자녀가 부양자인 경우 자원연계 프로그램에 대한 욕구가 많았다. 또한 부양자가 친인척인 경우 질병 치료에 대한 가족적 부담을 가장 많이 느끼는 것으로 조사되었다. 특히 퇴원 후 지역사회 적응을 위한 도움에 있어 유의미한 차이를 보이는데, 자녀가 부양자인 경우 재택서비스, 보호서비스에 대한 욕구가 높아 선행연구에서와 같이 만성질환노인을 부양하는 자녀가 노인을 부양하는 배우자나 형제·자매에 비해 부양부담을 더 느끼는 것으로 나타나 자녀에 의한 가족 보호에 많은 어려움이 따를 것으로 보인다(권중돈, 1994; 김미경, 2000; 박창제, 2004; Johnson, 1983; Fitting, 1986). 특히 노인환자로 인한 부양부담은 경제적 부담 및 신체적·정신적·심리적 부담 가중과 사회적 활동 범위의 제한, 그리고 가족 간의 갈등 심화를 가장 큰 어려움으로 설명하고 있다. 본 연구에서는 70세 이상 고령군에서 퇴원 후 생활적응과 관련하여 가족적 어려움이 많은 것으로 나타났는데, 이는 Fitting(1986)의 연구결과와 동일한 결과로 만성질환노인을 위한 의료사회복지실천에 있어 70세 이상의 고령노인 및 부양자는 의료사회복지실천의 주대상자가 된다는 것을 시사해준다. 또한 만성질환노인을 돌보는 가족의 어려움은 연구결과 만성질환노인이 필요로 하는 욕구와 관련성을 가진다는 선행연구와 같은 결과를 보여주고 있다(박경숙, 2002; 이무송, 2003; Bordy, 1981; Archhold, 1983; Dimond, 1983). 지역사회 자원연계는 가족의 가장 큰 어려움일 뿐만 아니라 환자가 입원 기간 동안 사회복지서비스로서 가장 필요로 하는 욕구로 조사되어 가족적 어려움의 해결이 바로 만성질환노인에 대한 욕구를 충족시켜주는 과정이라고 할 수 있다. 특히 질병 치료 부담과 관련해 의료보호 노인환자 가족의 어려움이 큰 것으로 나타났으며, 퇴원준비를 위한 면담자에서 의료사회복지사의 비중이 높게 나타났다. 이는 경제적 어려움으로 인한 의료사회복지사의 적극적 개입을 필요로 한다는 것을 보여주고 있다. 퇴원 결정도 의료진에 의한 결정율이 높아 환자 및 가족의 자율적 의지의 반영이 부족한 것을 알 수 있다. 따라서 만성질환노인과 가족은 클라이언트 체계라는 하나의 환경체계로 접근해야 한다는 생태학적 기반의 가족지지적 선행연구(Kaaplen, 1975; Patterson, 1993)들과 결과를 같이 한다고 할 수 있다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 만성질환노인 환자 및 가족의 어려움과 사회복지서비스에 대한 욕구를 파악하여 욕구중심의 포괄적 사회복지서비스 방안을 모색하는 것이 목적으로 조사 분석된 내용을 요약하면 다음과 같다.

첫째, 만성질환노인의 욕구는 크게 세 가지 영역으로 나눌 수 있는데, 질병적 문제 해결의 욕구, 사회복지 프로그램에 대한 욕구, 퇴원과 관련된 욕구로 나눌 수 있으며, 이러한 욕구들은 병원유형, 만성질환노인의 연령, 보험종류, 부양관계 등 다양한 변수에 의해 영향을 받는 것으로 나타났다. 따라서 만성질환노인에 대한 욕구 사정은 질병적, 사회·환경적 측면을 고려한 포괄적 사정이 이루어져야 한다.

둘째, 만성질환노인에게 있어 가족의 중요성이다. 가족은 입·퇴원 결정 및 입원비 부담 등 가족에 의한 의사결정도가 높게 측정되어 만성질환노인에게 가족은 중요한 지지체계인 동시에 클라이언트 체계로의 접근이 필요하다. 만성질환노인 가족은 지역사회 자원 연계 및 퇴원 후 생활적응의 어려움과 질병치료 부담을 가장 크게 느끼는 것으로 조사되었으며, 직접적 치료비 문제보다 2차적으로 발생하는 어려움을 더욱 크게 느끼는 것으로 나타났다. 따라서 가족의 어려움에 대한 개입은 부양에 따른 스트레스 감소 및 간병부담과 같은 부양부담 경감을 위한 다각적 개입의 중요성이 강조된다.

따라서 만성질환노인 및 가족을 위한 사회복지서비스는 다음을 전제로 한다.

첫째, 만성질환 노인의 특징은 의료적 개입보다 지속적 관리를 필요로 하며 환자 및 가족의 강점을 부각시키고 환경과의 상호교류적 측면에서 지역사회와 연계를 강조하는 생태학적 강점적 관점에서 포괄적 사정을 강조한다.

둘째, 만성질환 노인의 가족은 자원체계인 동시에 클라이언트 체계이다.

셋째, 지역사회 자원 연계 중심으로 의료사회복지사의 적극적인 지역사회 개입을 필요로 한다.

따라서 본 연구는 이러한 전제를 바탕으로 만성질환노인의 특성을 고려한 실천 중심의 서비스 개발이 필요할 것이다.

참고문헌

1. 강홍구. 2002. "의료사회사업서비스의 질 평가도구 개발에 관한 연구". 전주대학교사회과학종합연구소. 『사회과학논총』. 18 : 1-29.
2. 김기환. 1998. "의료사회사업가의 표준 직무 개발에 관한 연구". 『제 17차 대한의료사회사업가협회 Workshop 자료집』. 2-21.
3. 김준환. 2002. "재가노인복지와 복지 인프라". 『한국학연구』. 18
4. 권중돈. 1996. "치매노인가족을 위한 서비스 개발". 『노인복지정책연구』. 172-180.
5. 고대석. 2002. "노인병원 운영 특성과 과제". 인제대학교 보건학 박사학위논문.
6. 남궁정. 2002. "치매노인가족의 사회사업 서비스 욕구에 관한 연구: 노인전문병원에서의 사례를 중심으로". 강남대학교 석사학위논문.

7. 서미경. 1996. "노인치매정책의 현황과 과제". 『노인복지정책연구』 . 116-149.
8. 신은영. 2002. "입원노인환자의 사례관리 프로그램 요구조사". 『한국노년학회』 . 22(1):81-97.
9. 양내원·유영민. 1998. "최근 독일 노인 의료시설의 공급체계와 시설유형에 관한 조사연구". 『한국의료복지시설학회』 . 4(7): 47-55.
10. 윤서중. 2004. "노인병원과 종합병원의 선택요인 및 환자만족도 비교". 연세대학교 석사학위논문.
11. 이광재. 2002. 『의료사회사업원론』 . 서울: 인간과 복지.
12. 이인정. 2001. "노인 간병 가족의 부담요인 및 부담완화를 위한 사회복지서비스와 실천방법의 효과에 관한 연구". 『한국사회복지학회』 . 46: 319-348.
13. 이옥희. 2002. "포괄적 욕구 사정에 의한 노인 장기보호 사례관리 모형 개발: 지역사회서비스를 중심으로". 경북대학교 박사학위논문.
14. 이정은. 2001. "노인전문병원 의료사회사업가의 역할 정립 방안에 관한 연구: 의료사회사업가의 임상직무표 분석에 기초하여". 이화여자대학교 석사학위논문.
15. 최성재·차홍봉·김익기. 2000. "장애노인 사회복지서비스 욕구에 관한 연구". 『한국노년학』 . 20(3): 143-167.
16. 한동희. 1997. "노인의료공급의 활성화를 위한 노인병원 제도의 도입방안". 『한국노년학회』 . 17(3): 97-116.
17. 황숙연. 1994. "만성질환자에 대한 의료사회사업가의 퇴원계획과정에 관한 연구". 서울대학교 박사학위논문
18. 황성철. 1995. "사례관리실천을 위한 모형개발과 한국적 적용에 관한 연구". 『한국사회복지학』 . 271-304.
19. 泰友登志子. 2005. "일본 의료사회복지활동의 최신동향" 『제24차 대한의료사회복지사협회 workshop 자료집』 . 38-44.
20. Austin, C. D. 1988. "History and Politics of Case Management". Generation. Vol. 12(5): 3-28.
21. Challis, D. 1999. "Effective Care Management". in Campbell, J. C. and Ikegami, N., (eds), Long-Term Care for the Frail Older People: Reaching for the Ideal System. Keio Univ. symposia for life Science and Medicine. vol. 4. Toky Springer. 172-198.
22. Cline, B. G. 1990. "Case Management: Organizational models and administrative methods". Caring. 9(7): 14-18.
23. Germain, C. B. 1984. Social work practice in health care. NY: The Free Press.