

# 신장 질환을 동반한 당뇨병환자를 위한 사회복지적 접근

한림대학교강남성심병원 사회사업팀  
박선아

## Social Welfare Approach for the Patient with Diabetic Nephropathy

Sun Ah Park

Department of Social Work, Kangnam Sacred Heart Hospital, Seoul, Korea

### Abstract

Patients with diabetic nephropathy have psychological, financial, family and social problems. Given the problems faced by many patients, it is important to understand individual & family characteristics as both the patient and family face a series of adaptive tasks in relation to the illness. Trained social workers can offer tangible ways to help a patient maintain his or her individual integrity and dignity. In addition, a qualified social worker provides services that support and maximize the psychosocial functioning & adjustment of patients with chronic kidney disease and their families. This paper aims to increase diabetes educators' understandings of the social welfare approach for patients with diabetic nephropathy. (J Korean Diabetes 2013;14:42-45)

**Keywords:** Diabetic nephropathies, Chronic kidney failure, Social welfare approach

### 서론

최근 대한당뇨병학회가 발표한 '2012 한국인 당뇨병 연구 보고서'에 의하면 성인 10명 중 1명은 당뇨병환자, 10명 중 2명은 잠재적인 당뇨병단계인 공복혈당장애로 국민 10명 중 3명이 고혈당으로부터 위협받고 있는 것으로 나타났다. 유병률은 해마다 늘어나고 고령화 시대로 변해감에 따라 2050년도 예상 당뇨병환자 수는 현재 대비 약 2배 수준으로 증가할 것으로 예측됐다. 이와 같이 증가추세인 당뇨병 유병률과 더불어 재조명 해 봐야 할 것이 말기신부전 환자의 2~3명 중 1명이 당뇨병이 원인이며, 당뇨병환자의 32%가 당뇨병성 신증(Diabetic Nephropathy)으로 진단받는다는 사실이다. 이는 일반인이 만성콩팥병에 걸릴 확률 11.7%보다 2.7배 높다. 대한신장학회에서 2008년 실시한 말기신부전 환자 등록사업에 따르면 41.9%가 당뇨병으로 인해 발병되며, 당뇨병성 만성콩팥병 환자 중 3,846명이 매년 투석치료를 시작한다고 보고하였다.

당뇨병 진단을 받은 대부분의 환자들은 본인이나 만성콩팥병으로 진단받으리라 예상하지 못하며, 후

진단을 받은 후에도 많은 경우 심각성을 느끼지 못하고 있다가 말기 신부전으로 진단을 받은 후에야 여러 스트레스 상황에 노출되게 되고 이로 인해 치료 순응도가 낮아지거나 지속적인 스트레스로 인해 삶의 질이 현저히 떨어지는 경험을 하게 되어 궁극적으로는 생존율에도 영향을 미치게 된다. 그러나 임상현장에서 자주 대면하게 되는 질환관리가 어려운 당뇨병을 동반한 만성콩팥병 환자를 위한 사회복지적 개입을 적절하게 하기에는 지식 및 전문적 개입의 정보부족, 현실적 한계 등의 이유로 경제적 어려움으로 의뢰될 경우에만 개입하는 것이 현실이다. 그러나 당뇨병과 같이 당뇨병성 신증 이하 당뇨병을 동반한 만성콩팥병증 환자 또한 전문 교육자들의 이해와 적절한 교육 및 프로그램이 필요하다고 사료되어 본고에서 간단하게 정리하였다. 단, 본고에서는 당뇨병성 만성콩팥병증 중 말기신부전 환자를 중점으로 특성과 사회복지적 접근을 다루고자 한다.

## 당뇨병을 동반한 만성콩팥병 환자 특성에 대한 이해

최근 만성콩팥병 환자의 생존율이 증가하였고, 환자들도 정상적인 삶을 살고자 하는 요구가 증가되면서 삶의 질에 대한 관심이 고조되고 있다. 그러나 만성콩팥병 환자의 투병생활은 질병자체의 고통뿐 아니라 지속적인 검사, 치료 그리고 잦은 입·퇴원으로 경제적인 부담감, 완치가 아닌 기계에 의존한 생명 연장의 수단이기 때문에 죽음에 대한 불안과 위협[1], 직장상실과 사회활동의 제한으로 인하여 가정 내에서도 역할과 책임의 변화로 가족갈등으로 심화되고[2], 신체상의 변화를 가져와 원활한 대인관계 어려움으로 인한 사회적 고립 및 삶에 대한 의미상실을 초래할 수 있다[3]. 이렇듯 만성콩팥병 환자는 여러 어려움을 직면하게 되는데 이를 크게 세 측면으로 세분화해서 살펴보았다.

### 1. 심리정서적 측면

당뇨병 진단을 받은 환자들은 내적·외적 환경의 영향을 통해 여러 심리 정서적 반응을 보이고 있고, 당뇨병 외 만성콩팥병이 동반될 경우 만성콩팥병만 진단받은 사람보다 더욱 우울과 같은 심리적 어려움을 호소하고 있는 것으로 나타났다[4].

만성콩팥병 환자 중 투석치료가 진행될 경우 전신이 쇠약해 있고 노곤해하며, 감정의 기복이 심해 그 심리를 예측하기가 어려움이 있고 여러 기관이 차차 쇠약해진다는 느낌 속에 살며, 이러다가 죽는 것이 아니냐는 두려움 때문에 부정(denial), 분노, 타협, 섬망, 우울, 퇴행, 위축, 무감동(apathy) 같은 심리반응을 보인다. 그러나 중요한 것은 이것이 죽어가는 과정이 아닌 투병의 과정이요 재생하려고 기를 쓰는 과정이기 때문에 교육자들은 이런 현상을 정확히 알고 이해해야 한다[5].

#### 1) 불안(anxiety)

경증의 차이는 있지만 대부분의 투석치료 환자들 불안함을 가지고 있다고 하며, 혹자들은 투석치료 기간에 따라 다르다고 의견이 분분하다. 한상의 등(1989)은 투석기간에 관계없이 정도 내지 중증도 불안이 전 기간에 걸쳐 있다고 보고하고 있는 반면 이준노 등(1995)은 투석시작한지 1년 이상된 환자군을 놓고 볼 때 불안을 보이는 양상이 정상인과 다름이 없음을 보고하였다[5].

실제로 지속적인 치료가 진행되면서 고혈압, 요독증, 빈혈, 대사성 산증, 전해질 불균형, 수분의 저류 등 여러

합병증이 야기되는 만성콩팥병은 특히 심혈관 질환을 유발하며 이는 가장 높은 사망요인으로 보고되는 것을 고려할 때 경제적인 문제보다 병 자체 및 합병증에 대한 높은 불안감이 있음을 알 수 있다[4].

#### 2) 인지기능의 저하

장기투석 환자에서 사고의 융통성과 조절능력 같은 인지기능의 저하가 관찰됨이 보고되었다[5].

#### 3) 우울(depression)

만성질환 환자의 우울에 대해서는 많은 연구에서 보고된 바와 같이 다른 심리정서적 특성 중 만성콩팥병 환자에게서도 두드러지는 심리정서라고 볼 수 있다. 투석의 보편화, 기술의 발달로 인한 투석시간의 단축과 부작용 감소, 치료진의 대응기술 성숙, 투석실 환경개선, 투석기계에의 두려움 감소, 의료보험혜택 확대 등으로 인해 우울감이 감소되긴 하였다. 그리고 요독증 상태와 ‘지친 상태’가 우울증과 중첩되어 있는 경우가 많아서 우울증 진단은 그리 쉽지 않다. 그러나 앞서도 말한 경제적 문제, 대인관계의 어려움, 신체 피로, 가족역할의 변화, 제한된 식이 등으로 야기되는 심각한 신체적, 심리적 스트레스로 인해 극도의 피로, 권태감, 고독, 불안감 등을 느끼게 하며 명확한 생각에 집중하기 어렵게 되어 우울증세를 유발하고[6], 자신의 인생목표에 한계가 있음을 인식하게 되고 자신의 죽음에 대한 필연성을 인지함으로써 삶을 공허하고 무의미하게 느끼게 되며[7] 때론 ‘죽었으면 한다’는 말을 하거나(death-wish) 자살을 고려하는 환자를 보면 우울증을 의심할 수 있다[8]. 또한 투석환자에게서 우울증 유병률이 20~30%로 높아 우울증은 투석치료 중인 만성 콩팥병 환자의 사망률과 입원율을 상승시키는 주요원인으로 보고하고 있어[9] 만성콩팥병 환자의 우울관리에 보다 관심을 기울여야 할 것이다. 이때 투석치료를 하는 만성콩팥병 환자들은 약물치료를 완료하지 못하는 경우가 많기 때문에 약물치료보다는 심리사회적인 치료를 통한 우울관리가 더 적절하다고 본다[10].

### 2. 경제적 측면

환자 상태에 따라 차이는 있지만 당뇨병을 동반한 만성콩팥병 환자의 경우 당뇨병 관리를 위한 치료비용뿐 아니라 추가적으로 약값이 소요되며 투석치료가 진행될 경우 수술비와 투석치료 미지원 상태에서는 월 30만원 이내 치료유지비용이 평생 소요된다. 이는 단지 합병증으로 인한 반복되는 입·퇴원을 고려하지 않은 단순 투석치료와 약값 산출 의료비용으로 경제활동을 할

수 없는 가구일 경우나 수급권자 또는 차상위계층의 환자의 경우 어려움을 호소하는 것은 당연하다. 상황에 따라서는 환자와 가족들은 위장 이혼을 하거나 세대분리를 하여 복지혜택을 받으려고 하다가 시간이 지남에 따라 실제로 관계가 소원해지거나 이혼 상황을 맞게 되는 경우도 발생하여 단독 가구로 전환되는 악순환이 반복되기도 한다.

### 3. 가족 및 사회적 지지체계 측면

질병이나 사고는 가족 구성원간의 구성을 깨뜨리면서 가족체계의 변화를 초래하는데 치료 기간이 장기화 되는 만성 질환의 경우 가족구조의 변화를 초래하게 되고 구성원 간의 역할 전이가 일어나 가족 기능의 이상을 초래하게 된다. 일차적인 지지망인 가족이 투석 치료 초기에는 긍정적인 지지가 이루어지나 치료가 지속되면서[11] 경제적 문제와 부양 부담, 합병증 유발과 입·퇴원 반복으로 인한 심리적 지침과 때론 이식을 위한 신장 제공문제 등에 관련된 분노와 증오감으로 가족관계에 더욱 갈등을 초래하게 된다.

만성 질환의 치료에 있어서는 가족의 역할이 매우 중요한데, 이는 가족은 긴밀한 상호 작용을 하는 조직이므로 가족 중에 환자가 발생하면 가족은 의학적 처방의 수행을 포함한 환자 간호에 역할을 담당하게 됨[11] 물론 가족의 생활도 크게 영향을 받게 되기 때문이다. 만성콩팥병 가족도 예외일 수 없으며 질병으로 인한 여러 스트레스가 가족에게도 영향을 미쳐 환자와 가족 간의 관계에 어려움을 가져온다.

## 당뇨병을 동반한 만성콩팥병 환자 특성에 따른 사회 복지적 접근

### 1. 심리정서적 측면

앞서 언급한 바대로 만성콩팥병 환자들은 여러 심리정서를 경험하게 되는데 만성콩팥병으로 진단받은 환자를 상담하게 될 경우 의학적 상태를 비롯하여 자가 관리정도, 변화의지, 질환에 대한 심리정서, 가족의 지지, 경제적 측면, 강점자원 등을 객관적인 도구를 통해 정확히 사정(assessment)하는 것이 선행되어야 하며, 환자에 따라 앞으로 진행될 수 있는 치료과정 및 치료과정을 통해 경험할 수 있는 여러 상황에 대한 정보를 제공하되 잘 적응하고 있는 성공 사례를 예로 들어 긍정적으로 수용하고 질환관리에 대해 동기부여 될 수 있도록 도모해야 한다.

### 2. 경제적 측면

만성 질환이라는 수식으로 인해 한계가 있을 수 있으나 수술비 뿐 아니라 소액 검사비용도 지원받을 수 있는 민·관 기관 및 독지가 등의 자원개발이 필요하며 복지서비스 대상자일 경우 누락되지 않도록 당뇨병 관리가 안돼 여러 차례 입원한 환자는 사전에 정보를 제공할 필요가 있다. 이는 경제적 부담감으로 인해 치료를 포기함을 예방하기 위함이며 가족들의 부담감을 경감시킬 수 있다.

### 3. 가족 및 사회적 지지체계 측면

가족 구성원들에게 있어서 치료가 진행되면서 환자의 심리정서적 측면의 어려움에 대해 정보를 제공하고 이해시켜야 한다. 또한 가족 구성원들이 경험할 수 있는 스트레스와 부담감에 대해 설명하고 가족 내 숙련감을 통해 위기상황을 잘 대처할 수 있도록 역할 분담 재조정, 효과적인 의사소통을 할 수 있도록 독려해야 한다.

가능하다면 만성콩팥병 환자와 가족을 위한 자조모임을 결성하거나 집단 프로그램, 캠프, 건강강좌 등을 통해 가족뿐 아니라 다른 사회적 지지체계를 형성하여 지지, 격려와 정보를 얻도록 장을 마련해 주도록 한다.

추가적으로 참고할 수 있도록 우리의 당뇨병 교육자와 같이 미국 신장학회에서 표준화한 신장 전문인력 중 NSW(Nephrology Social Worker)가 준수해야 할 역할을 정리해보았다[12].

1) 신장 전문 사회복지사는 만성콩팥병 환자와 그 가족구성원이 질환으로 인해 발생하는 상황을 잘 수용할 수 있도록 도모하며, 질 높은 서비스를 제공한다.

2) 신장 전문 사회복지사는 환자와 가족의 삶의 질 향상을 위해 현재를 중심으로 한 총체적인 심리사회적 사정을 해야 하며, 다학제 간 팀 사례회의를 통해 효율적인 개입을 한다.

3) 신장 전문 사회복지사는 첫 면담 시 질환에 대한 수용에서의 방해요인과 대처방법, 일상생활패턴 및 신체 활동에서의 문제, 직업·교육적 문제, 경제적, 이동수단의 문제 등에 대해 사정하고 다음 면담의 목적을 설정한다.

4) 신장 전문 사회복지사는 질환에 대한 두려움, 걱정과 같은 심리적 문제를 다루주며, 개별·가족·집단에 대해 상담서비스 제공 여부, 환자와 가족과 치료적 관계유지여부, 종교적, 문화적 다양성에 대한 민감성 여부, 만성콩팥병에 대한 치료계획, 의사결정, 적절한

집환관리를 위한 정보제공 여부 등 세분화된 형식에 맞춰 사례관리를 하고 세밀하게 기록한다.

5) 신장 전문 사회복지사는 환자에게 정보교육, 지지집단과의 연계, 취미활동 독려, 직장 생활 유지 및 새로운 기회를 위한 계획 도모 등과 같이 각 개입의 목표에는 환자의 이익을 우선으로 고려해야 한다.

6) 신장 전문 사회복지사는 환자의 기능 정도, 공인된 평가도구를 통한 삶의 만족도나 심리정서 평가 실시, 다양한 지역사회 서비스 또는 사회적 기관과의 협력관계 구축 및 연계 등을 통해 환자와 가족의 성취감이 향상되도록 한다.

7) 신장 전문 사회복지사는 환자의 현 상태를 평가하고 그에 대해 변화가 요구되는 것을 근거로 단계별 개입을 고려하여 정기적으로 추적하며, 사정을 통해 사례기록을 한다.

8) 신장 전문 사회복지사는 환자가 잘 이행할 수 있도록 조언하며, 환자 스스로 계획을 세우고 성취할 수 있도록 도모해야 한다.

9) 신장 전문 사회복지사는 다학제 간으로 구성된 팀원들과 결과를 공유하고 논의해야 하며 필요 시 관련 전문분야의 스텝을 교육해야 한다. 나아가 신 질환의 예방을 위한 캠페인이나 교육, 강좌 등 조직적인 공동체로 활동한다.

10) 신장 전문 사회복지사는 연구나 발표를 통해 적극적으로 참여하고 저변으로 확대해야 한다.

## 결론

지금까지 당뇨병을 동반한 만성콩팥병 환자는 여러 측면에서 당면한 문제를 이해할 수 있으며, 이제는 단순한 치료만이 아닌 삶의 질을 향상시키기 위한 접근이 요구됨을 살펴볼 수 있었다. 이에 교육자는 환자의 자가 관리뿐 아니라 관리 과정에서의 수반되는 한계 및 어려움을 지속적으로 평가하여 심리 정서적 측면의 관리, 경제적 지원 및 가족·사회적 지지체계를 형성하고 치료유지의 순응도를 높이며 가족과 지역사회 내에서도 환자의 어려움을 인식시키기 위한 교육이 병행되어야 할 것이다.

## 참고문헌

1. Park SJ. The incidence of gastrointestinal symptoms and depression in hemodialysis patients and its impact on quality of life [dissertation]. Seoul (KR): Chung-Ang University; 2009.
2. Lee YB. The relationship between depression and quality of sleep in peritoneal dialysis patients. Unpublished master's thesis [dissertation]. Busan (KR): Kosin University; 2006.
3. Oh HS. Study on the relationship between perceived social support and performance of self care by hemodialysis patient [dissertation]. Daejeon (KR): Daejeon University; 2000.
4. Fukuhara S, Green J, Albert J, Mihara H, Pisoni R, Yamazaki S. et al. Symptoms of depression, prescription of benzodiazepines and the risk of death in hemodialysis patients in Japan. *Kidney Int* 2006;70:1866-72.
5. Cho DY. Psychology of end-stage renal failure patients. *Korean J Nephrol* 1997;16:625-31.
6. Hur J. A study on the relationship of the treatment-related stressors and stress coping methods of hemodialysis noncompliant patients [dissertation]. Seoul (KR): Ewha Womans University; 2005.
7. Choi SO, Lee JJ, Kim SN, Shin KI, Jung YJ. Development of elderly meaning in life (EMIL) scale. *J Korean Acad Nurs* 2003;33:414-24.
8. Smith MD, Hong BA, Robson AM. Diagnosis of depression in patients with end-stage renal disease. *Amer J Med* 1985;79:160-6.
9. Cukor D, Peterson RA, Cohen SD, Kimmel PI. Depression in end-stage renal disease hemodialysis patients. *Nephron Clin Practice* 2006;104:678-87.
10. Wuerth D, Finkelstein SH, Finkelstein FO. The identification and treatment of depression in patients maintained on dialysis. *Semin Dial* 2005;18:142-6.
11. Yang JC, Lim SY, Choi KC. Psychopathology, family support system and quality of life in patients with chronic renal failure. *Korean J Nephrol* 2004;23:3:476-83.
12. Indian Society of Nephrology. Chronic kidney disease (CKD) & medical social work practice guidelines. *Indian J Nephrol* 2005;15 Supplement 1:S109-18.