



병원에서의 의료사회사업가의 역할

성모병원 사회사업과장 이 덕 규

1. 서 언
2. 의료사회사업의 기원 및 정의
3. 의료사회사업가의 역할
4. 한국 의료사회사업의 문제점
5. 효율적인 병원 운영을 위한 의료사회사업가의 활용 방안

1. 서 언

현대의학은 전문의 제도의 발전으로써 진단과 치료에 크나큰 질적 향상을 가져왔으나 반면 의학이 대상하고 있는 것이 질환 그자체에만 국한됨에 따라 환자라는 전체 인간을 망각하게 됐다. 이러한 현상은 종합병원의 대규모 업무량을 소화시키고 각종 의료행위의 전문화 내지 세분화에 대응하기 위한 관료제도의 도입으로 더욱 조장되어 오고 있다. 인술로서의 의학은 병원의 관료조직의 비대화로 의식적 무의식적으로 비인간화 되어가고 있는게 오늘의 현실이다. 이러한 현상속에서도 의학이 질환에 관련된 인간 전체를 이해 해야만 바른 진단과 치료를 할 수 있다는 사실이 점차 이해되고 있다. 인간의 전체란 신체적 심리적 사회적 모든 복합체를 말한다고 할 수 있다. 이러한 세가지 요소가 별도로 역할을 하는것이 아니고 서로 상호간 영향을 주어가며 한 인간에게 통합되어 작용하는 것임으로, 질환이란 신체적 증상은 환자의 심리적 사회적 기능에 영향을 주게되며 나아가서 이러한 증상은 사회적 심리적 요인에서 올수도 있다는 것이다. 이는 psycho-somatic medicine 분야의 발전

으로 널리 알려지고 있는 사실이다. 의료분야에 있어서 전문화의 현상은 자기 전문 분야의 끝없는 연구를 요하는 한편 전체인간을 알기위한 보충적 방법을 강구하지 않으면 안되게 됐다. 이러한 보충적 방법이 바로 의료사회사업의 활용인 것이다.

병원에 입원될 경우 환자는 낯선 환경과 사람들로 인해 적응이 불안해지며 장차 받을 치료에 대한 공포를 느끼게 되며 의사에 대한 유아적 의존성 때문에 일어나는 자아상의 위협을 입게 되기 쉬울뿐 아니라 가족과 친지들에게 소외되는 듯한 감정을 가질수도 있게 되는 것이다. 더욱이 경제적 형편이 치료비를 지불하기 곤란할 경우 가족과 병원 당국에 느끼는 죄의식이 심각해 지며 이러한 죄의식은 병이 있다는 사실 자체를 거부하게 되며 의사의 진료를 기피하게 될 수도 있다는 것을 쉽게 생각할수 있다. 이러한 모든 요인들은 환자를 진료해 나가는데 모두가 장애물이 된다는 것을 잘 알면서도 전문의 제도의 발달과 의료 관료제의 발달은 이러한 장애물을 제거하는데 많은 신경을 써오지 않은게 오늘날 우리 의료 제도의 현실인 것 같다. 신체적 질환은 그 질환 당사자의 사회적 역할 수행에 직접적 영향을 주며 이러한 영향은 심리적 사회적 문제를 충분히 야기시킬수 있으며 이러한 심리적 사회적 문제는 질병의 치료에 큰 지장을 준다는 사실을 우리들은 너무 늦게 인식한것 같다. 아무리 훌륭한 치료도 환자가 받아 드리지 않으면 그 실효를 볼수가 없다. New York에 있는 Montefiore Hospital의 지역사회의학

담당관인 Minna Field는 환자가 의사의 지시를 못따르는 것이 지적 능력이 없어서가 아니고 정서적 원인에 기인한다고 그의 저서 “환자도 인간이다”에서 말했고 또한 정형외과 의사로서 재활의학의 세계적 선구자인 Henry H. Kessler 박사는 “수술만으로 부족하다”는 그의 저서에서 재활이란 환자의 희망의 소산이라 했다.

2. 의료 사회사업의 기원 및 정의

의료사회사업이란 North Carolina 의과대학의 Memorial Hospital의 임상사회사업교수인 Ceuzelia C. Smart가 말한것 처럼 의료적 치료와 관련 되어 실시되는 사회사업을 말한다. 따라서 의료사회사업은 의료 활동을 하는 의사의 철학과 태도에 크게 영향을 받게 된다.

1905년도 미국에서 의료사회사업이 처음 출발한 것도 바로 Massachuset General Hospital의 Richard C Cabot박사의 철학과 그의 환자에 대한 태도에서 비롯된 것이다.

그는 소아과에서 10개월된 영아의 위장병을 5주간 치료해서 퇴원 시켰으나 다시 위장 장애를 일으켜 재 입원되는 몇차례의 악순환을 보고 병원 치료의 한계점을 이해하게 됐고 그 영아의 가정 환경이 영아의 질환에 밀접한 관계가 있음을 알고 이를 해결 하기 위해 사회사업가의 손을 빌리게 됐던 것이다. 사회사업가의 활용은 이 영아의 퇴원과 재입원의 악순환을 해결 할수 있었던 것이다. 영국에선 빈곤한 환자에게 의료비를 보조해 주는 것으로 시작 됐던것이 1895년도인데 이를 영국 의료사회사업의 효시라 할수 있다. 이는 1874년경부터 시작됐던 영국의 자선조직 협회의 환자 가족에 대한 생활 원조에서 이어졌다고 보아야 좋을 것이다. 우리나라는 1958년도 결핵환자와 그 가족을 돕기 위한 한노병원의 의료 사회사업이 캐나다 유니테리안 봉사회의 인적 물적 자원으로 가능 했었다. 이에 국립중앙 의료원, 원주기독 병원, 서울 특별시 시립 병원 같은 곳에서 의료 사회사업이 시작됐으나 현재에 이르기까지 크게 발전하지 못하고 있다. 중앙 의료원, 성모병원, 성심병원, 세브란스 병원, 국립정신 병원, 산업 재활원, 대구 동산병원, 전주예수병원, 삼육 아동 재활병원 등

몇곳의 의료 시설에서 의료 사회사업가의 활동이 있을 뿐이다. 그러나 1973년 8월 24일 개정된 의료법 시행령에서 종합병원은 환자의 사회복귀 업무를 담당할 요원을 1인 이상 두어야 되는 것으로 되어 있음으로 앞으로 이 법에 근거한 의료 사회사업의 발전을 기대해 본다.

3. 의료 사회사업가의 역할

Johns Hopkine 병원의 Adolph myer 박사는 의료 사회사업가의 역할을 세가지로 나눠 설명했었다. 그 첫째는 환자로 하여금 병원 생활을 안심하고 할 수 있도록 해주는 일, 둘째로 건강한 몸으로 퇴원 할 수 있도록 준비시켜 주는일, 그리고 셋째는 퇴원해서 가정에서 계속 건강을 유지 시켜 주는 일을 위해 부단히 의사와 접촉하는 것이 의료 사회사업가의 일이라 하였다. Miss Eleahor Cockerill이란 의료 사회사업가는 질환을 만들어 낸 사회적 요인과 질환으로 인해 발생한 환자의 사회적 문제 그리고 환자의 의료적 치료에 장애를 주는 제반 요인에 의료 사회사업가는 제 1차적 관심을 두어야하며 다음번으로 주어지는 의료적 치료를 환자가 보다 잘 활용토록 하고 병원이 그들의 치료 목적을 달성 할 수 있도록 돕는 일이라 했다.

다시 말하면 의사는 병의 증상과 치료에 일차적인 책임과 관심이 있는 반면 의료 사회사업가는 환자를 앓게한 가정적 사회적 요인이나 그 질병 때문에 파생된 사회 심리적 문제 및 계속적 치료를 받지 못하게 하는 제반 저해 요소에 관심을 두고 이를 해결하는 일이다. 이는 환자의 완전한 회복은 신체적 치유와 함께 사회적으로도 완전히 복귀 될 수 있을때 그 문제로 부터 완전히 해방될 수 있기 때문이다.

Albert Einstein 의료원에 사회사업 과장이였던 Margaret M. Heyman은 의료 사회사업의 병원활동을 다음과 같이 구분하고 있다.

- 1) 개별사회사업 활동(진료활동)
- 2) 병원의 대외적 활동
- 3) 사회 심리적 진단 활동
 - 가) 의료적 조연에 반발, 갈등, 거부하는 행위가 있을 때
 - 나) 진단, 치료, 병입원에 대한 적개심, 불만

이 있을때나 비정상적인 방어 기제가 환자나 그 친척들에게 있을 때,

- ㄷ) 개인과 가정간의 불화가 있을 때,
- ㄹ) 환자나 친척의 성격을 알고자 할 때.

4) 협조 활동

- ㄱ) 다른 의료팀과 협조가 필요할 때
- ㄴ) 전문직간의 관계가 어려울 때
- ㄷ) 전문 사회사업기관과 관련을 맺을 때
- ㄹ) 전문기관에 보고를 할 때
- ㅁ) 지역사회 인사나 집단과 협조가 어려울 때

5) 퇴원 계획 활동

- 6) 공적부조 기관에 정보를 주는 활동
- 7) 보장구 취득처 알선 활동
- 8) 재정 지원 활동
- 9) 요양소 및 보호시설 알선 활동

10) 지역사회 자원 활용을 위한 정보 수집 활동

의료 사회사업의 초기의 활동은 환자의 퇴원 후 사후지도, 방문간호, 병입원, 의학도의 사회심리적 측면의 교육, 개별지도 사업 같은 것에서 출발했으나 현재는 환자의 복지를 위해서는 개별사회사업 방법이든, 집단 사회사업 방법이든 지역사회 조직 방법이든간에 모두 통합해서 사용되고 있으며 의료사회사업의 관심의 폭이 넓어져 환자의 직업적 재활이나 모자보건 관계, 장기질환 환자나 노인들을 위한 서비스, 의료적 치료에 대한 국가의 재정 지원 같은 면에서 깊은 관심을 보여 주고 있으며 병원의 각 부서의 요청에 의한 자문(환자에 대한 것이나 진료사업에 대한 것)활동이나 병원의 자선진료 정책 형성이나 진료계획 연구 사업에도 참여하고 있는 게 선진국 의료 사회사업계의 동향이다. 따라서 의료 사회사업가는 환자와 더불어 일을 해야 하며 뿐만 아니라 그 환자와 관련 있는 그의 가정이나 그를 맡고 있는 의료진 그리고 그가 속해 있는 지역사회와 더불어 일하게 되는 것이다.

다시 말하면 병원내의 모든 부서가 그 서비스를 환자 개인에게만 주는 것과는 달리 사회사업가는 그 서비스의 대상을 환자의 가정과 그가 속한 지역사회에까지 확대하고 있는 점이다.

4. 한국 의료 사회사업의 문제점

지금까지 병원에서의 사회사업가의 역할의 필요성을 강조하여 왔으나 우리의 현실은 이러한 사회사업가의 역할을 수행하는 데 큰 장애를 받고 있다.

그 원인을 두가지 면에서 볼 수 있겠다.

첫째, 사회사업가 자질의 문제라 볼 수 있다. 이것은 다른 말로 바꾸면 사회사업 교육의 문제라고도 할 수 있다. 우리나라 사회사업가들은 대개가 외국의 개별사회사업이나 집단사회사업 또는 지역사회 조직등 방법론에 치중하여 교육을 받아 왔으므로 병원이란 특정한 적응 환경에 대한 이해와 병원이란 환경이 요구하는 사회사업가로서의 역할에 대한 이해가 없다는 것이다. 이는 한국 大學에서의 사회사업 교육이 한국 실정에 맞도록 土着化 되지 못하고 선진국의 이론과 실제를 그대로 직수입해와 문화적인 배경이나 가치표준, 생활체제 및 생활수준이 다른 우리나라에서 학생들에게 그대로 강의되고 있다는 점이다. 하나의 기계를 다루는 방법이나 질병을 치료하는 기술은 배워 올 수 있으나 인간관계를 취급하는 사회사업은 사회 여건에 따라 고유한 특성이 있기 때문이다.

이는 사회사업이 사회현상이나 개인 현상을 연구하는 순수과학이 아니고 이에 기초를 두고 사회문제나 개인문제를 해결하는 응용과학이기 때문이다. 이러한 장애물을 해결하기 위해서는 기존 종합병원내의 사회사업가들의 In service training을 강화하여 병원에서 일하고 있는 사회사업가들의 자질 향상을 스스로 시켜야 된다고 본다.

둘째, 병원 운영진의 몰 이해이다. 의료인 만능의 사상은 사회사업가의 역할을 아주 무시해 버리거나 소비적이고 낭비적인 것으로 생각하여 귀찮은 존재로 생각하는 수도 있게 한다. 그리하여 정부에서 요구하는 무료진료 입원 환자의 진료비 체납 등 사회사업의 기술이 요구되는 영역에도 일반 사무직원이 그 일을 대행하고 있고 환자 치료에 절대로 긴요한 사회 경제적 상황 및 심리 정서적 상태는 아예 무시되고 있는 실정이다. 한 예로서 1967년 서울 특별시 시립병원에서 사회사업가들의 활동을 없애 버린 것은

시립병원 운영진들이 사회사업가의 역할을 몰이해 했거나 혹은 무시해서 일어난 현상이라 보지 않을 수 없다. 이를 해결하기 위해선 현재 재직하고 있는 의료사회사업가들이 교육자로서의 역할을 수행해야 한다. 부단히 계몽하고 실증으로서 의료 사회사업가의 활동의 효과를 보여줘야 할 것이다. 뿐만 아니고 각 의과 대학은 그들의 학생들에게 환자들의 사회 심리적 측면을 이해할 수 있도록 교육시켜야 할 것이다.

5. 효율적인 병원 운영을 위한 의료 사회사업가의 활용 방안

첫째로, 인간은 누구나 할 것 없이 자기를 성취시키고 남으로 부터 인정 받고자 하는 욕구를 충족 시킬 수 있어야 한다. 의료 사회사업가도 그들 나름대로 자기 분야를 개척하여 병원 운영에 공헌자로서 기여하기를 바랄 것이다.

만약 병원 당국이 의료 사회사업가 활동을 한 독립된 부서로 인정하고 그 병원의 목적을 이해시켜 그 병원의 목적을 달성해 나가는 데 일익을 맡겨 준다면 모든 충성을 다할 수 있을 것이다.

둘째, 생각할 수 있는 일은 사회사업가를 병원의 자선진료 운영 정책 수립에 참여 시킨다는 것이다. 병원 운영의 전반적 이해 없이 사회사업가가 자기의 역할을 충분히 발휘할 수 없는 것이다. 사회사업가의 인간 관계의 기술과 자원 활용의 기술은 병원 운영에 큰 공헌을 할 수 있을 것이다.

셋째, 병원 운영진은 사회사업가를 활용할 수 있는 제도를 만들어야 한다는 것이다. 아무리 좋은 역할을 주어도 그 역할을 수행할 수 있는 제도적 뒷받침 없이는 이를 효율적으로 수행될 수 없다. 의사들이 어떻게 환자들의 사회 심리적 경제적 문제를 사회 사업가에게 의뢰하고 이를 어느 권한과 책임의 범위에서 해결해야 되는지를 분명히 밝혀야 된다.

넷째, 의료 사회 사업가의 역할이 병원 발전에 어떻게 유용하게 기여할지를 부단히 연구해야 한다. 병원 운영진은 사회 심리적 문제의 진단자로서의 역할 또는 치료자로서의 역할과 사회 행정가의 역할을 비교하여 그 병원이 현실적으로 요구하는 역할을 사회사업가로 하여금 수행하도록 해야 될 것이다.

환자가 갖고 있는 문제점

I. 정신적인 문제

1. 진단을 무서워 하는 사람
2. 병이 아닌데 병으로 생각하는 사람
3. 병을 도피하고 있는 사람
 - 가. 질병상태를 달갑게 생각한다.
 - 나. 현실 도피
 - 다. 책임 도피
 - 라. 주위로 부터 받는 동정을 달갑게 생각한다.
4. 질병에 대해 무관심한 사람
 - 가. 지식의 부족
 - 나. 무관심한채 한다.
5. 병에 대한 의식 과잉으로 인하여 치료를 방해하고 있는 사람
6. 미신에 빠지고 있는 사람
 - 가. 미신에 빠져 과학적인 치료를 기피하거나

불신한다.

7. 장기치료 장기요양을 필요로 하는데서 발생하는 장애를 가진 사람
 - 가. 진단서의 정신적 타격
 - 나. 장기간의 투병생활을 필요로 하기 때문에 일어나는 여러가지 문제
 - 다. 장래 완전히 회복될수 있을까?의 여부에 대한 의문 및 조심
8. 치료와 입원을 거부하는 사람
 - 가. 의사와 기타 직원에 대한 불신
 - 나. 의사의 지시에 따르지 않고 자기 고집을 부린다
 - 다. 치료에 대한 심한 공포 불안 우울 반항
 - 라. 병에 대한 절망감 또는 자기집에서 죽고 싶다는 집념
 - 마. 의료기관에 대한 지식의 결여
 - 바. 입원하는 경우 가족을 집에 두고 왔다는

(40페이지로 계속)

이런 검사들은 배란과의 관계로 그 소견이 특이하게 변화하지만 검사결과 판독이 어렵고 사실상 이런 검사들은 임신율 하지 못하는 부인들에게 많이 사용되고 있다.

* 기타 현재시도 되고 있는 방법 ;

소변이나 경관 점액 및 타액중의 생화학적 검사가 쉽고 본인이 알수 있게 된다면 이론적으로는 좋은 것이다. 또 경관의 개대가 배란기에 일어나는데 본인자신이 정확히 관찰할 수 있다면 그것도 좋은방법일 수 있다. 여러가지 시도가 있지만 만족할 만한 것은 없다.

예를 들면 뇨중의 Pregnanediol량, 경관점액중의 포도당 검출(Marshall, 1973, Washington 자연법회의에서 발표, Ricotta, 1965 International Symposium에서 발표), 경관점액의 Chloride 함량에 따른 색깔의 변화관찰(Hardy, 1970), 타액중의 포도당량 측정(Davis, 1973) 등을 한바 있다. 그러나 이러한 방법들은 배란을 미리 예측하지 못하고 다만 배란후의 결과를 보는 것에 불과하다.

그러나 1971년 한가지 방법이 소개된 것이 있

는데 48시소에서 72시간 미리 배란을 예측할 수도 있다고 한다. 시험지를 타액중에 몇분간 넣어서 타액중의 alkaline phosphatase와 반응시켜 색깔의 변화를 관찰하는 방법이다 (Anonymous) 대개 2~3일전에 색깔의 변화가 온다. 그러나 색깔 변화와 배란시기와의 관계에 대한 보고가 아직 없고 실제 피임제 사용에 대해서도 보고된 바가 없다.

기타 배란 관정에 대한 또 다른 방법으로는본인자신이 검사하는 것으로 경관입구가 배란 전과 후에는 닫혀 있다가 배란시기가 되면 점차 열리기 시작하여 배란중에는 최대로 부드러워진다. 그러나 이것은 너무나 주관적인 판단에 의한 것이고 임상적관찰에 34 pregnancy rate의 실패율을 나타내고 있다.

이상으로 피임법을 목적으로 하는 배란 관정 및 예측에 대한 현황을 검토해 왔다. 좋은 생리 검사법이 나타나서 본인이 손쉽게 또 확실하게 할 수 있는날 우리 가톨릭이 필요로하는 자연피임법의 문제도 해결 될줄로 아는 것이다.

(44페이지에서 계속)

걱정 및 가족에 대한 의심

9. 기타 여러가지 장애를 갖는 사람

- 가. 불안정 고독감, 의기소침, 흥분성
- 나. 비협력
- 다. 다른 환자에 폐를 끼치는 행동

II. 사회적인 문제

1. 직업문제

- 가. 실직과 그에 따른 불안
- 나. 직업전환의 필요(신체장애자 결핵환자 등의 장기요양환자)
- 다. 노동조건(노동의 과중여부, 직업병의 가능성 여부)
- 라. 직장에 있어서의 능력한계 이상의 책임 중대
- 마. 극도의 긴장을 요하는 직종으로의 전환 우려
- 바. 새로운 직장생활에 적응하기 위한 긴장

2. 사회복지 문제

가정과 직장의 수용태세

3. 학교교육 가정교육 직장교육에 관한문제

4. 인간관계에서 일어나는 문제

- 가. 가족 및 직장(가족상호간, 부부, 친지, 고부, 친우, 직장 동료, 상사, 근친, 이웃간 등의 인간 관계)
- 나. 의료시설(병원관리자, 의사, 간호원, 사무직원 등과 환자간의 상호관계)

5. 환경문제

- 가. 환자를 둘러싸고 있는 생활환경 물질적 및 정신적인 조건
- 나. 주택

1) 비위생적

2) 심장병, 관절질환, 신체장애자 등의 고층건물 거주

3) 위험한 지역에 거주

4) 비교육적인 지역에 거주

III. 경제적인 문제

1. 치료비와 요양비의 조달곤란

2. 생활비 및 교육비의 염출 곤란

가. 외부로부터 생활보호를 받을 경우의 열등감

나. 직장 및 주위로 부터 수입이 없어질 경우의 두려움으로 인하여 앓고 있는 질병을 남에게 알려려고 하지 않는다.