저소득 당뇨병환자에 대한 의료사회복지사의 실천 경험

장 수 미[1*] | 남 은 지[2] | 이 수 지[3]

[1] 청주대학교
[2] 인천대학교
[3] 한림대학교강남성심병원

* 교신저자: 장수미 (jsumi@cju.ac.kr)

초 록

당뇨병은 정기적인 진료뿐만 아니라 약물 및 인슐린 주사, 식사, 운동, 스트레스 관리 등 일상생활에서 꾸준한 자기관리가 필수적이다. 하지만 저소득 당뇨병환자들은 다양한 심리 사회적 어려움으로 인해 자기관리가 쉽지 않으므로 의료사회복지사의 지원이 중요하다. 본 연구의 목적은 의료사회복지사의 실천 경험을 심층 탐색함으로써, 저소득 당뇨병환자의 자기관리를 위한 실천적, 정책적 지원방안을 모색하는 것이다. 연구참여자는 저소득 당뇨병환자를 대상으로 실천 경험이 있는 의료사회복지사 15명으로, 총 4회의 초점집단인터뷰를 통하여 자료를 수집하고, 주제 분석 6단계에 의해 질적 분석하였다. 연구 결과, 복합적인 어려움을 가진 저소득 당뇨병환자: 개입경로와 이유, 저소득 당뇨병환자에 대한 의료사회복지 실천의 내용, 저소득 당뇨병환자 개입의 어려움: 실천적 측면, 제도적 측면의 4개 주제, 16개의 범주, 257개의 개념으로 나타났다. 결론에서는 주요 연구 결과를 중심으로 논의하고 동기 강화 상담, 맞춤형 복지서비스 제공, 수가체계 개선, 의료사회복지사의 역량 강화, 지역사회 기관과의 협력 방안 등을 제언하였다.

주요 용어: 저소득 당뇨병환자, 의료사회복지사, 실천 경험

알기 쉬운 요약

이 연구는 왜 했을까? 대표적인 만성질환인 당뇨병은 일상생활에서 자기관리가 필수적이지만 다양한 심리사회적 어려움을 가진 저소득 당뇨병환자의 자기관리는 쉽지 않으므로 합병증이 초래되고 삶의 질을 저해한다. 본 연구는 이에 주목하여 저소득 당뇨병환자에게 개입하는 의료사회복지사의 실천 경험을 탐색하고, 이에 기반하여 저소득 당뇨병환자 지원방안을 모색하고자 하였다.

새롭게 밝혀진 내용은? 의료사회복지사들은 당뇨병 이외에 합병증, 가족 관계, 돌봄, 일자리, 주거, 낮은 동기, 정신건강 등 복합적인 어려움을 갖는 저소득 당뇨병환자에게 상담과 교육, 경제적 지원, 동기 강화를 위한 개입 등을 시행하고 있었다. 하지만, 당뇨병환자를 위한 사회복지서비스의 부족, 수가체계의 부재, 의료사회복지사 인력 및 전문역량 부족, 지역사회 연계의 어려움 등의 장벽을 마주하고 있음이 발견되었다.

앞으로 무엇을 해야 하나? 의료사회복지사의 저소득 당뇨병환자 자기관리 지원을 위한 실천적, 제도적 보완이 필요하다. 돌봄통합지원법의 시행을 앞둔 시점에서 당뇨병은 병원뿐만 아니라 지역사회에서 관리되어야 할 만성질환으로, 저소득 당뇨병환자를 만나는 지역사회 공공과 민간기관 사회복지사들의 당뇨병에 대한 이해가 필요하고, 의료사회복지사와의 협업 등을 위한 준비와 지원이 요구된다.

이 논문은 대한당뇨병학회의 지원(S.M.J., 2024F-E9)을 받아 작성한 것임.

IRB No. INUIRB-202410-012A

■투 고 일: 2025. 07. 15.
■수 정 일: 2025. 10. 27.
■게재확정일: 2025. 11. 07.

Ⅰ. 연구의 필요성

당뇨병은 글로벌 질환으로 약 5억 8천900만 명의 성인이 당뇨병을 가지고 있으며, 2045년까지 7억 8천400만 명에 이를 것으로 전망된다(IDF, 2025). 전 세계적으로 11명 중 1명이 당뇨병에 해당하는데(Woodward et al., 2024), 우리나라의 경우 30세 이상 성인의 15.5%는 당뇨병이며, 당뇨병으로 진행될 가능성이 높은 당뇨병 전단계도 41.4%로 매우 높은 수준이다(Park et al., 2025).

당뇨병은 국내 단일상병 진료비 순위에서 고혈압(4.4조)에 이어 2위(3.1조)에 해당하며(질병관리청, 2024). 질병 부담이 가장 큰 질환으로 알려져 있다(Jung et al., 2024). 당뇨병은 관리가 적절히 이루어지지 않으면 실명, 절단, 콩팥병 등 부가적인 질병 부담을 가진 합병증을 초래한다는 점에서 특히 주목해야 하는 만성질환이다. 즉, 망막병증, 신경병증과 같은 미세혈관 합병증, 심장질환과 같은 대혈관합병증뿐만 아니라 우울 등의 다양한 신체적, 정신적 합병증을 발생시키고(Lamptey et al., 2022), 더 잦은 외래 방문과 약물복용, 입원 가능성을 높여 당뇨병 관리 비용을 증가시킴으로써(예: 의료비, 생산성 손실, 돌봄비용 등) 국가 헬스 케어 시스템의 상당한 재정 부담을 초래한다(Oh et al., 2021).

실제로 우리나라 당뇨병의 사회경제적 비용을 추계한 연구를 살펴보면(Moon et al., 2008; Hwang et al., 2008; 이관우, 2011 재인용), 당뇨병의 1인당 연간 평균 의료비는 6,994,415원이며 합병증이 없는 군보다 미세혈관 및 대혈관합병증이 있는 군의 의료비는 8.8배 높은 것으로 나타났다. 특히, 합병증이 발생하면 입원비 등 의료비용이 61~78.9배로 급증하므로, 진단 초기에 혈당 관리를 잘하여 합병증을 최대한 예방하는 것이 당뇨병환자의 삶의 질을 위해 매우 중요하다. 최근 40세 이전에 발병하는 조기 발병 당뇨병환자의 급증으로 청년 당뇨병은 전체 당뇨병환자의 15~20%를 차지하고 있다(Savage et al., 2025). 젊은 환자일수록 당뇨병 인지율과 혈당 조절률이 낮고, 혈당강하제 처방 비율, 병원 방문 비율 등이 모두 낮다는 점은 높은 혈당에 노출된 기간이 길수록 합병증 발생 가능성이 높아 짐을 의미하므로 이들이 고령화가 되는 시점에는 합병증과 당뇨병으로 인한 사회적 비용이 폭등할 것으로 전망된다(서민지, 2022; Park et al., 2025).

사회경제적 지위(Social Economic Status: SES)는 건강의 사회적 결정요인으로서, 소득은 당뇨병 유병률, 합병증과 관련이 있다. 즉 당뇨병은 고소득층보다 저소득층에서 높은 유병률을 보이며, 합병증에 의한 입원율도 더 높은데(Rabi et al., 2006; Beckles & Chou, 2016; Hill-Briggs et al., 2021), 미국 NHIS(National Health Interview Survey) 자료를 분석한 연구에서 중산층, 차상위계층, 빈곤층의 당뇨병 유병률은 고소득층보다 각각 40%, 74.1%, 100.4% 더 높았다(Beckles & Chou, 2016). 실제로 저소득층은 불규칙한 식사, 즉석 음식과 같은 낮은 질의 식사, 채소나 과일 섭취 부족, 생업으로 인한 운동 시간 부족, 운동시설에의 비용 부담, 열악한 주거환경, 여가 공간 부족 등으로 인해 혈당조절의 어려움을 겪는다(Sanchez et al., 2003; Drewnowki, 2009; Blas & Kurup, 2010; Garnett, 2012; Shi et al., 2020). 이외에도 낮은 사회경제적 지위는 의료진과의 의사소통 어려움, 약물 순응도, 적절한 치료제의 선택뿐만 아니라 당뇨병에 대한 지식 결여, 건강 정보 및 보건의료시설에 대한 접근성 부족 등과 관련이 있는 것으로 나타났다(Brown et al., 2004). 이러한 현상은 최근의 국내 연구에서도 확인되고 있는데(남은지 외, 2024), 운동, 식사 등의 자기관리 실천 정도는 소득 1분위 당뇨병환자의 경우 29.9%임에 비해, 소득 5분위는 45.1%로 나타나 분명한 차이가 발생하였다. 또한 소득 1분위에 속하는 경우, 1인 가구인 경우, 농촌에 거주하는 경우 당뇨병 교육 이수의 승산 비가 유의하게 낮아 사회경제적 지위가 서비스 접근성에 영향을 미침을 알 수 있다.

의료사회복지사는 의료기관에서 진료팀의 일원이 되어, 치료에 지장을 주는 환자의 사회적, 경제적, 심리적 문제를 해결하기 위해 사회복지 기술을 활용하여 환자와 가족을 돕는 전문사회복지사이다(대한의료사회복지사협회 홈페이지). 2021년 개정 사회복지사업법에 따라 국가자격증으로 전환된 의료사회복지사는 2023년 기준 전국

에서 1,165명이 근무하는 것으로 조사되었으며(설문조사 응답 기준), 주로 상급종합병원과 종합병원에서 근무하고 있는 것으로 나타났다(보건복지부, 서울대병원, 2023). 의료사회복지사는 내과, 외과, 재활의학과 등의 당뇨병, 암, 화상, 척추손상, 뇌졸중 등 주로 장기적 돌봄이 필요한 만성질환에 개입하며, 장기이식, 아동학대, 자살, 호스피스 완화의료, 재택의료 등 사업별 사회복지서비스도 제공하고 있다.

의료사회복지사는 의사, 간호사, 영양사 등과 함께 환자의 당뇨병 자기관리를 지원하기 위해 교육, 상담, 의료비 등 경제적 지원, 퇴원계획, 지역사회자원 연계 등의 사회복지 실천을 담당하고 있으며, 주로 저소득층이 개입의 대상이 된다. 당뇨병환자는 입원 기간뿐만 아니라 퇴원 이후에도 정기적인 외래 진료, 균형 잡힌 영양 및 적정 열량의 식사, 규칙적인 운동, 스트레스 관리 등 일상생활에서 혈당 관리가 중요하지만, 저소득 당뇨병환자의 경우 자기관리를 저해하는 개인적, 가족적, 사회적 측면의 다양한 심리 사회적 어려움을 경험할 수 있으므로 의료사회복지 실천의 주요 대상이 된다. 하지만, 국내에서 저소득층의 당뇨병에 주목한 사회복지 관련 선행연구는 당뇨병환자 건강관리의 사회적 결정요인(유빈, 2022), 취약계층의 당뇨병 자기관리(장수미, 2023), 사회경제적 지위가 주관적 건강 상태에 미치는 영향(장수미, 2015), 소득수준별 당뇨병 교육 이수 영향 요인(남은지 외, 2024) 등의 문헌 고찰 및 2차 분석 연구로 극히 제한적이다. 이러한 상황은 저소득 당뇨병환자의 자기관리 지원을 위한 사회복지 실천의 중요성에도 불구하고 이들을 대상으로 하는 실천의 방향성과 근거를 모호하게 한다. 저소득 당뇨병환자에 대한 효과적인 지원을 위해서는 의료사회복지사의 실천 경험을 탐색하는 것이 필요한 데, 이들의 경험을 통해 저소득 당뇨병환자에 대한 사회복지 실천 맥락의 구체적인 과정, 내용, 장벽을 파악함으로써 현장 중심의 실천 지혜 축적, 서비스 질 향상과 정책 개선 등 효과적인 지원방안을 수립할 수 있는 근거 자료로 활용될 수 있기 때문이다. 이에 본 연구에서는 저소득 당뇨병환자에게 개입하는 의료사회복지사의 실천 경험을 심층 탐색함으로써, 저소득 당뇨병환자 지원을 위한 사회복지 실천 및 정책 방안을 제시하는 것을 연구의 목적으로 한다. 연구 질문은 저소득 당뇨병환자에 대한 의료사회복지사의 실천 경험은 어떠한가? 이다.

Ⅱ. 문헌 고찰

1. 저소득 당뇨병환자의 자기관리 현황과 특성

소득은 당뇨병 유병률 및 합병증과 관계가 있는 것으로 보고되지만, 경제 상태가 당뇨병 자기관리에 어떤 영향을 미치는지, 저소득 당뇨병환자의 생심리사회적(bio-psycho-social) 어려움이 무엇인지에 관해서는 잘 알려지지 않았다. 당뇨병 자기관리(self-management)란 의학적, 정서적, 사회적 안녕 상태를 유지하기 위한 장기적이고 효과적인 결정이자 구체적인 실천 행동을 의미한다(Lorig and Holman, 2003). 긍정적인 당뇨병 자기관리는 삶의 질을 개선하며 치료에 핵심 역할을 하지만, 자기관리는 약물로만 이루어지지 않는다(Hunt, 2015).

선행연구에서 밝혀진 당뇨병 자기관리에 영향을 미치는 요인은 매우 다양하다. 먼저 당뇨병에 대한 지식 부족, 의료 서비스에 대한 접근성 부족은 자기관리의 주요 장벽으로 나타났는데, 낮은 학력, 고령은 의료 정보를 획득하는 능력을 제한하고, 건강관리를 위한 정보를 찾는데도 어려움을 초래하였다(Shi et al., 2020). 혈당 모니터링을 하지 않는 것 역시 자기관리를 저해하는 요인으로 환자의 경제 상태를 비롯하여 인슐린 주사에 대한 두려움, 혈당에 대한 왜곡된 믿음은 약물복용, 식사, 운동에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 건강식품에 대한 제한, 운동을 할 수 있는 안전한 환경, 지역사회의 운동시설 등 가용 자원의 부족도 자기관리에 영향을 미치었다(Smalls et al., 2015). 이외에 우울, 불안 등의 부정적 정서, 불면증 등 수면의 어려움, 사회적 낙인과 자기 낙인, 가족 및 사회적 지지의 부족도 자기관리의 걸림돌로 알려져 있다(Shi et al., 2020).

이상의 자기관리에 영향을 미치는 요인들은 저소득 당뇨병환자에게는 더욱 취약하게 작용한다. 실제로 저소득 당뇨병환자에게는 생계가 우선이므로 값이 싼 즉석 음식과 낮은 질의 식사가 불가피하고, 신체활동을 저해하는 여가 공간의 부족, 운동 비용 부담으로 규칙적인 신체활동에도 집중하기 어렵다(Brunson, 2022; Chen et al., 2023). Tuobernyiere et al.,(2023)은 42~72세 2형 당뇨병환자 15명을 대상으로 한 질적연구에서 당뇨병 자기관리의 장벽은 식이요법에 대한 지식 부족, 경제적 제약, 혈당측정기 부족, 사회적 지지 결여 등으로 나타났다. 연구참여자들은 의료진의 식이 권고를 따르지 않았는데, 집에서 영양가를 갖춘 음식을 먹기 힘들어 형편대로 먹고, 자주 약 복용을 잊어버리며, 자기관리 방법을 배운 적이 없다고 하였다. 대부분은 혈당 모니터링을 위한 측정기가 없어 두 달에 한 번 병원에 갈 때 만 혈당 체크를 할 수 있어, 경제적 곤란이 자기관리의 가장 큰 어려움으로 나타났다. 당뇨병을 진단받은 지 1년 이상의 저소득 성인(n=20)의 경험에 관한 현상학적 연구(Cakmak et al,, 2025)에서는 경제적 곤란으로 인한 식사의 어려움, 신체적 심리적 사회적 어려움(체력 저하, 수면 문제, 긴장과 불안, 부모 역할 수행 곤란 등), 약물 및 인슐린 주사, 혈당 모니터링의 어려움, 가족지지 및 대처전략 부족 등의 4가지 주제가 도출되었다. 저소득 국가의 1형 당뇨병환자에 대한 삶을 당사자, 가족, 의료진, 정책수립자(n=28)의 관점에서 질적 탐색한 Adler et al.,(2021)의 연구를 살펴보면, 당뇨병환자들은 사회적 낙인, 당뇨병 디스트레스, 식품 불안정성, 의료비 부담을 경험한 것으로 나타났다. 이 연구에서 의료진, 정책수립자들은 국가의 당뇨병 관리를 위한 가이드라인과 정책 부재, 우선순위와 자원 부족의 문제를 지적하였다. Althubyani et al.,(2024)의 당뇨병 자기관리에 관한 체계적 문헌 고찰에서는 고졸 이하 학력 집단이 자기관리 수준이 더 낮았고(30% vs 16%), 실직 상태에 있는 경우에는 정기적 운동이 더 낮은 빈도로 이루어졌으며, 당뇨병에 대한 지식 부족이 자기관리에 영향을 미치는 요인이었다.

한편, 국내에서 저소득 당뇨병환자의 자기관리에 주목한 연구는 매우 부족하다. 농촌지역의 기초생활수급자 및 차상위계층 당뇨병환자(n=370)의 자기관리 실태를 살펴본 김혜연 외(2009)의 연구에서 최근 1년간 당화혈색소 검사를 받은 적이 있는 경우는 수급자 9.0%, 차상위 6.3%에 불과하였는데, 검사 자체를 모르는 경우도 수급자 83.8%, 차상위 90.7%로 나타나 당뇨병 자기관리를 위한 실천 행동 및 지식 부족이 나타났다. 지역사회건강조사 자료(n=31,725)를 활용한 남은지 외(2024)의 연구 역시, 소득이 낮으면 당뇨병 교육에의 접근성이 낮고 자기관리의 지표인 당화혈색소의 수준도 낮은 것으로 제시되었다. 저소득 당뇨병환자의 삶을 심층 탐색한 질적연구도 거의 이루어지지 않았는데, 당뇨병을 가지고 살아가는 저소득 여성 노인의 경험에 관한 성기월 외(2017, n=6)의 연구에서는 빈곤으로 인해 부실한 식생활, 질병으로 자신감이 저하되고 무기력해짐, 자기관리에 대한 이해 부족, 관리를 위한 경제력 부족 등의 어려움이 발견되었다. 최근 청년 당뇨인의 자기관리 경험을 질적 탐색한 장수미 외(2025, n=147)의 연구에서는 주야로 학업과 일을 병행하느라 당뇨병 관리가 소홀해지고, 물가 인상과 주거비 인상으로 월급날까지 기다렸다가 병원에 방문하는 등 저소득 청년 당뇨병환자의 고단한 삶이 드러나 소득에 따른 자기관리의 어려움이 확인되었다.

2. 당뇨병과 의료사회복지 실천

과거 만성질환에 대한 개입은 질병 모델에 의하여 환자의 의료적 증상을 치료하는 데 초점이 있었으나, 현재는 환자의 심리 사회적 욕구를 포함한 전인적 접근을 강조한다(Gehlert & Browne, 2011). 즉 급성 치료 관점에서 환자를 보는 것에서, 만성 건강 돌봄의 관점으로 개입하는 패러다임의 변화가 발생하고 있다. 이러한 관점에서 의료 서비스 제공자는 단지 당뇨병의 치료뿐만 아니라 환자의 전 생애 동안의 자기관리를 고려해야 하며, 이때 가장 중요한 것은 건강에 부정적 영향을 미치는 여러 장벽을 인식하는 것이다(Brunson, 2022).

의료사회복지사는 질병 모델이 아닌 생심리사회적 접근에 따라 환자를 전인적으로 바라보는 보건 복지 전문가

로서, 일반적으로 심리 사회적, 경제적 문제를 지닌 환자가 치료받기 어렵거나 치료를 지속하기 어려울 때 의료사회복지사에게 의뢰되는데, 대부분 저소득층이 의뢰된다. 이때 의료사회복지사는 환자의 욕구사정에 기반하여 병원과 지역사회의 자원을 활용하여 안정적인 진료를 받도록 돕는다(임정원, 장수미, 2024). 당뇨병환자는 일상생활에서 꾸준한 자기관리가 중요하므로 의료사회복지사는 효과적인 자기관리를 저해하는 환경을 사정하고 필요한 사회복지서비스를 제공한다. 특히, 경제적 어려움은 병원 진료 유지, 약물복용, 식사, 운동 등 자기관리를 위한 실천, 혈당 모니터링 및 혈당측정기, 소모품 등 관련 기기 구매 등에 영향을 미치므로(Moin et al., 2020; Lamptey et al., 2023), 저소득 당뇨병환자의 자기관리 지원을 위한 의료사회복지사의 역할은 매우 중요하다. 대한당뇨병학회에서도 당뇨병에 대한 이해와 환자의 자기관리를 지원하는 사회복지사의 역할을 강조하고 있는데, 이에 따라 의사, 간호사, 영양사, 사회복지사 등 의료팀이 당뇨병에 대한 지식과 상담 능력을 갖추도록 1999년부터 당뇨병 교육자 자격제도 과정을 운영하고 있다(대한당뇨병학회 홈페이지).

당뇨병 개입에서 의료사회복지사의 주요 역할은 교육과 상담, 자원 연계 등으로, 당뇨병 관련 심리 사회적 어려움에 대한 해결, 환자와 가족의 대처에 초점을 둔다. 또한 경제적 어려움이 당뇨병 자기관리에 장벽이 되지 않도록 정보제공, 자원 연계 등을 담당한다. 경제력 평가를 통해 공공 및 민간의 생계비, 의료비, 사회복지서비스를 지원하고, 퇴원계획을 수행하여 지역사회에서 당뇨병 자기관리를 효과적으로 수행할 수 있도록 돕는다(최가영, 2019). 다학제 의료팀의 주관으로 시행되는 당뇨병 캠프는 지식공유뿐만이 아니라 당뇨병 자기관리에 어려움을 겪는 환자들이 다른 환자들의 경험을 들으면서 서로 공감하고 자기관리의 자신감을 느끼도록 하는 장이다. 캠프에서 의료사회복지사는 당뇨병으로 인한 스트레스 관리 및 대인 관계 대처 능력 향상을 위한 교육, 상담을 비롯하여 공통의 어려움에 대해 집단성원의 상호작용 촉진 등의 프로그램을 운영한다(김동희, 2018). 실제로 의료사회복지사들의 개입 사례를 살펴보면, 1형 당뇨병을 진단받은 청소년이 학교에서 인슐린 주사와 식사 시간 조절이 어려워 혈당 관리가 어려운 상황을 사정하고, 의료사회복지사가 다학제 의료팀에서 환자 상황에 대해 공유, 사회복지상담 체크리스트를 통해 개별화된 교육을 시행한 사례, 경제적 어려움으로 입원을 주저하는 저소득 노인 당뇨병환자에게 의료비 지원을 위한 자원연결, 퇴원 후 정기적인 외래 방문 상담, 지역사회 복지기관으로 의뢰하여 지속적인 사례관리 돌봄을 받을 수 있도록 연계한 사례가 있다(김준영, 2016). 이외에 혈당조절이 어려우며 합병증 위험으로 인해 의료사회복지사에게 의뢰된 저소득 노인 환자에 대해 잔소리, 비난 등으로 인해 악화한 가족 관계 조정, 식사 대신 잦은 과일 대체식 등 당뇨병 지식이 부족한 환자와 가족에 대한 교육 등 가족 개입 사례가 보고된 바 있다(이지연, 2005). 임파워먼트 관점에서 노인 당뇨병환자 자기관리 프로그램을 개발하고 의료사회복지사의 개입 전후와 3개월 후 추후 검사를 통해 당화혈색소와 삶의 질의 유의미한 변화가 나타난 실증 연구도 제시되었다(최경애, 2009). 당뇨병 개입에서 의료사회복지 실천의 중요성에도 불구하고 관련 연구는 아직 부족한 실정으로 향후 근거 기반 실천을 위한 활발한 연구가 요구된다. 특히, 현장 실천가의 경험을 분석하는 것은 서비스 제공 과정의 문제점을 파악할 수 있을 뿐 아니라 특정 대상에 대한 전문가의 역할 및 전문성 제고 측면에서도 유용성이 있다(심경순, 2012).

건강의 사회적 결정요인(Social Determinant of Health, SDOH)은 저소득 당뇨병환자에 대한 의료사회복지 실천에 중요한 개념 틀을 제공한다. 건강의 사회적 결정요인이란 건강 상태에 영향을 주는 비의료적 요인으로서 소득, 학력, 직업 등의 사회경제적 지위, 음식 환경(안정성 및 접근성), 주거환경(이웃, 교통, 안전), 근로환경, 초기 아동기 발달, 사회적 배제와 차별, 의료 서비스에의 접근성, 사회적 맥락(사회자본, 사회지지) 등 다양하며(Hill-Brigg et al., 2021), 당뇨병환자 개입에서 건강의 사회적 결정요인을 중요하게 다룰 것이 강조되었다(Hill et al., 2013; ADA, 2023). 국내에서도 취약계층 당뇨병환자의 건강 격차를 초래하는 건강의 사회적 결정요인에 관한 관심이 필요하며, 저소득 노인 1인 가구 당뇨병환자를 대상으로 의료사회복지사가 사회적 욕구를 사정하고 개입한 사례가 보고된 바 있다(임성철, 2024).

당뇨병의 60%(Knower et al., 2002), 당뇨병 합병증의 30%(Sidaway, 2014)는 생활 스타일의 조정을 통해 예방하고 관리할 수 있다고 알려졌다. 서구에서는 당뇨병환자에 대한 개입을 병원에 국한하는 것이 아니라 지역사회로 확대하는 개입이 강조되고 있다. 만성질환 관리모델(Chronic Disease Care Model)은 지역사회 자원 연계에 초점을 두고 당뇨병환자의 자기관리를 촉진하는 실천 방법으로, 성공적인 당뇨병 자기관리는 보건 의료와 지역사회 기관과의 연계를 통해 촉진된다고 본다(Pearson et al., 2005). 지역 내 파머스 마켓, 피트니스 센터, 지지집단 등과의 연계가 당뇨병 자기관리를 증진하고(Plumb et al., 2012), 건강 불평등을 극복하며(Ludwig et al., 2011), 건강관리 비용의 감소(Felix et al., 2011)를 가져온다는 것이다. 이때 의료사회복지사와 같은 전문가에게 필요한 핵심역량으로는 의뢰 역량이 요구되며, 지역사회 자원을 조사하여 효과적으로 연계하는 시스템 구축이 중요함이 지적되었다(Tung & Peek, 2015). 실제로 지역사회와의 연계를 통한 지원이 만성질환자의 각종 지표(outcomes)를 개선한다는 증거들이 제시되고 있는데, 예컨대 사회적 지지는 정기 진료, 건강한 식사, 운동, 혈당 모니터링 등의 자기관리 행동과 삶의 질, 자기효능감, 우울 등에 긍정적 영향을 주는 것으로 나타났다(Tang et al., 2011). 특히, 병원 진료와 지역사회 기반의 지지가 병행될 때 효과적인 자기관리가 가능한 것으로 밝혀졌다(Castro et al., 2009).

Ⅲ. 연구 방법

1. 연구참여자 및 자료수집 방법

본 연구에서 저소득 당뇨병환자란 「국민기초생활보장법」에 근거하여 급여를 받을 수 있는 기초생활수급자 및 차상위계층에 해당하는 당뇨병환자로 정의한다. 연구참여자는 저소득 당뇨병환자에게 상담, 교육, 자원 연계 등의 사회복지 실천 경험이 1년 이상 있는 의료사회복지사이다. 의료사회복지사들이 개입하는 당뇨병환자는 유형(1형/2형), 유병 기간, 합병증 발생 등의 질병 특성과 연령, 성별 등 인구 사회학적 특성에 제한을 두지 않았다.

연구진은 대한의료사회복지사협회 홈페이지에 연구 목적 및 절차, 일정 등이 포함된 모집 공고문을 게시하였고, 네이버 폼으로 신청을 받았다. 접수 결과 주로 수도권, 상급종합병원의 의료사회복지사가 참여 의사를 보여, 지방 및 종합병원 등에 근무 중인 의료사회복지사의 경험을 반영하기 위하여 대한의료사회복지사협회장, 당뇨병사회복지사연구회 임원진에게 추천을 요청하였다. 이를 통해 총 15명의 사회복지사가 모집되었다. 참여자들은 선호하는 인터뷰 일자에 그룹핑되었고, 연구의 필요성 및 목적, 연구 참여 절차 및 방법, 연구 참여 철회, 개인정보 보호 및 처리 등에 관한 자세한 연구 설명문 및 연구 동의서 서명 등의 절차를 거친 후 2025년 1월 중에 총 4개의 초점집단인터뷰(FGI)가 시행되었다. 참여자들이 전국의 병원에 소속된 관계로 인터뷰는 온라인으로 진행되었고, 연구자 2인이 각각 2개의 인터뷰를 담당하였으며, 회당 약 2시간씩 소요되었다. 4번째 인터뷰부터는 새로운 내용이 추가되지 않아 이론적 포화에 이르렀다고 판단하여 자료수집을 마무리하였다. 본 연구의 목적은 의료사회복지사의 실천 경험을 탐색함으로써 저소득 당뇨병환자의 자기관리를 지원하기 위한 것이므로, 대질문을 실천 경험, 지원을 위해 필요한 사항 2개 영역으로 구분하고, 각각의 영역하에 세부적인 내용으로 소질문을 추가하여 인터뷰 가이드라인을 구성하였다(표 1).

표 1. 인터뷰 가이드라인

대질문	소질문
저소득 당뇨병환자에 대한 실천 경험	- 개입경로는 어떻게 되나요?(주치의 컨설트, 지역사회 의뢰, 환자와 가족의 방문 등)
	- 저소득 당뇨병환자가 주로 호소하는 어려움은 무엇인가요?
	- 저소득 당뇨병환자 개입에서 의료사회복지사의 주요 역할은 무엇인가요?
	- 저소득 당뇨병환자 개입에서 어려운 점(유의할 점)은 무엇인가요?
	- 기억에 남는 사례(혹은 자기관리 우수 사례)에 대해 말씀해 주세요
저소득 당뇨병환자의 자기관리 지원을 위해 필요한 사항	- 의료사회복지사 역량 차원에서 필요한 사항
	- 소속기관 및 의료팀 차원에서 필요한 사항
	- 지역사회 기관과의 연계 및 협업 차원에서 필요한 사항
	- 정부 정책 및 제도 차원에서 필요한 사항
기타	- 저소득 당뇨병환자에 대한 효과적인 의료사회복지 실천을 위해 하고 싶은 말이 있으면 자유롭게 부탁드립니다.

2. 윤리적 고려 및 연구의 엄격성

본 연구는 윤리적 고려를 위해 인천대학교 생명윤리심의위원회(INUIRB-202410-012A)의 승인을 받은 후 시작되었다. 또한 질적연구의 엄격성을 제고하기 위해서 Lincoln과 Guba(1985)의 사실성 가치, 적용 가능성, 일관성, 중립성의 원칙을 충실히 따랐다. 사실성 가치를 확인하기 위하여 참여자에게 연구 결과를 보여주고 경험을 잘 반영했는지 점검하였다. 또한 현재 저소득 당뇨병환자와 가족에게 개입하고 있으나 본 연구에는 참여하지 않은 경력 30년의 의료사회복지사를 섭외하여 연구 결과의 적용 가능성에 대한 평가를 의뢰한 후 의견을 수렴하였다. 맴버 체킹 과정에서 현직 의료사회복지사들은 연구 결과에 충분히 공감한다고 언급하였다. 특히 강조한 사항은 의료사회복지사들이 개입하는 저소득 당뇨병환자들은 내과 이외에도 합병증으로 인해 진료중인 임상 과에서 의뢰되며 단순히 당뇨병 문제보다 합병증으로 인한 어려움이 더 크기 때문에 당뇨병 교육에서 나아가 치료비 지원과 회복을 위한 퇴원계획, 사회복지서비스 연계 등이 주요 서비스로 제공되고 있음을 지적하였다. 이에 연구진들은 저소득 당뇨병환자에 대한 의료사회복지 실천의 실태 및 방향성을 파악하고 지역사회 중심의 당뇨병 관리를 논의에 반영하였다. 일관성을 위해 본 연구진은 당뇨병 관련 연구를 수행하고 있는 현직 교수와 임상 현장에 있는 의료사회복지사로 구성되어, 연구 역량, 실천 현장에 대한 전문성과 민감성 등을 갖추고자 하였다. 연구진은 연구 기획 단계에서부터 자료수집 및 분석, 논문 작업 등 전 과정에 걸쳐 정기 회의를 통해 연구자들의 관점과 의견을 공유하였다. 연구의 중립성을 위해서는 한국의료사회복지학회 및 대한당뇨병학회 학술대회 논문 발표, 사회공헌위원회 활동, 대한의료사회복지사협회 당뇨병사회복지사연구회에 참석하여 학계와 실천 현장의 최신 동향을 파악하고자 하였다. 이 과정에서 저소득 당뇨병환자와 이에 개입하는 사회복지사의 역할 등에 대한 연구진의 선입견과 편견을 괄호 치기(bracketing)하고, 있는 그대로 인터뷰 자료를 살펴보고자 노력하였다.

3. 자료 분석 방법

인터뷰 자료는 주제 분석(Thematic Analysis, TA, Braun & Clarke, 2006) 6단계에 따라 질적 분석하였다. 주제 분석은 수집된 자료를 주제별로 분류함으로써 선별된 주제에 관하여 풍부한 설명과 의미를 도출할 수 있는 귀납적 연구 방법으로서, 의미에 기반하여(meaning-based) 해석적 이야기로 개념화하는 분석 방법이다(Braun & Clarke, 2023). 데이터를 숙지하는 1단계에서는, 2명의 연구자가 각각 인터뷰를 진행하였으므로 연구진은 녹취

록을 모두 정독한 후 정기 회의에서 분석 결과를 공유하고 상호 피드백하였다. 2단계는 초기 코드 생성 단계로서 개방 코딩을 통하여 의미있는 단어와 문장을 중심으로 개념을 도출하였다. 이때 총 319개의 개념이 제시되었다. 3단계는 개념을 범주로, 범주화된 내용을 취합하여 주제를 생성하는 작업을 진행하였고, 4단계에서는 명확하고 상호배타적 범주화를 위해 수정, 추가, 삭제 등이 이루어졌다. 이 과정에서 24개 범주가 16개 범주, 257개 개념으로 확정되었다(예: 당뇨병은 만성질환이라 심각하게 여기지 않음은 당뇨병에 대한 이해 부족 범주로, 끝도 없는 개입에 소진됨은 의료사회복지사의 인력 부족 범주로 통합[1] 등). 5단계에서는 주제와 범주를 최종 명명하고 주제별로 자료의 적절성을 최종적으로 확인하였고, 마지막 6단계에서는 연구 결과를 정리하여 논문을 작성하였다.

IV. 연구 결과

1. 연구참여자의 특성

연구에 참여한 사회복지사의 특성은 <표 2>와 같다. 50대가 6명으로 가장 많았고, 40대 5명, 30대 2명, 20대가 2명이었다. 학력은 학사 2명, 석사과정 2명, 석사 9명, 박사 2명으로 대부분 석사학위 이상의 학력을 갖고 있었다. 참여자의 소속기관으로는 상급종합병원(상종)에 6명, 종합병원에 9명이 근무하고 있었고, 소속 병원의 소재지는 수도권 10명, 강원, 충청, 경상 등 비수도권 5명이었다. 평균 병원 근무 경력은 19.13년(최솟값 5년~최댓값 35년)이었고, 당뇨병환자에 대한 실천 경력 역시 평균 15.53년(최솟값 4년~최댓값 35년)으로 당뇨병환자에 대한 실천 경험이 풍부한 참여자로 구성되었음을 알 수 있다. 연구참여자들은 모두 의료사회복지사 자격증 소지자로서, 이 중 절반 정도인 7명이 당뇨병 교육자 자격증을 가지고 있었다.

표 2. 연구참여자의 특성

번호		연령	학력	소속 병원 유형	소속 병원 소재지역	당뇨병개입경력 /병원근무경력 /총사회복지경력	자격증	
							의료 사회복지사	당뇨병 교육자
Group A	1	50대	석사	상종	경기	10년/24년/24년	0	
	2	50대	석사	상종	경상	14년/21년/21년	0	
	3	30대	학사	종합	충청	7년/9년/9년	0	
Group B	4	40대	석사	상종	경기	24년/24년/24년	0	0
	5	50대	석사	상종	서울	20년/29년/29년	0	
	6	20대	석사	종합	강원	4년/6년/6년	0	
Group C	7	40대	석사	종합	경기	25년/25년/25년	0	0
	8	40대	석사과정	종합	강원	7년/17년/19년	0	0
	9	20대	석사과정	종합	충청	4년/5년/5년	0	
	10	30대	학사	종합	경기	5년/6년/7년	0	
	11	50대	석사	종합	서울	20년/23년/23년	0	
	12	40대	석사	상종	서울	17년/20년/20년	0	0

1) 사회복지사 소진 요인에 관한 메타분석 결과, 소진의 주요 원인은 업무 과다, 역할 과다, 주변의 지지 부족(남희은 외, 2015) 등이며, 의료사회복지사의 경우 조직 환경측면(병원 처우에 대한 불만 등), 과업 측면(과다한 업무, 다양한 업무 등) 등이 소진 위험 요인으로 나타났다(최명민, 현진희, 2006). "끝도 없는 개입에 소진됨"을 "의료사회복지사의 인력 부족" 범주로 포함한 것은 인력이 부족한 의료사회복지 실천 환경에서 복합적인 욕구를 가진 저소득 당뇨병환자에 대한 많은 업무량이 소진을 초래한다고 추정하였기 때문이다.

번호		연령	학력	소속 병원 유형	소속 병원 소재지역	당뇨병개입경력 /병원근무경력 /총사회복지경력	자격증	
							의료 사회복지사	당뇨병 교육자
Group D	13	50대	박사	종합	서울	35년/35년/35년	0	0
	14	50대	석사	종합	경기	21년/23년/23년	0	0
	15	40대	박사	상종	서울	20년/20년/20년	0	0

2. 주제 분석 결과

저소득 당뇨병환자에 대한 의료사회복지사의 실천 경험은 <복합적인 어려움을 가진 저소득 당뇨병환자: 개입경로와 이유> <저소득 당뇨병환자에 대한 의료사회복지 실천 내용>을 통해 드러났고, <저소득 당뇨병환자 개입의 어려움: 실천적 측면> < 저소득 당뇨병환자 개입의 어려움: 제도적 측면>의 주제를 통해 저소득 당뇨병환자 자기관리 지원을 위해 필요한 사항이 발견되었다. 자료 분석 결과는 4개 주제, 16개 범주, 257개의 개념으로 나타났다.

가. 복합적인 어려움을 가진 저소득 당뇨병환자: 개입경로와 이유

연구참여자들은 다양한 경로와 이유를 통해 복합적인 어려움을 가진 저소득 당뇨병환자를 만나고 있었다. 즉, 이들이 만나는 저소득 당뇨병환자들은 단순히 당뇨병과 빈곤 문제만 갖고 있는 것이 아니라 가족 관계, 돌봄, 자살, 알코올중독 등 정신건강, 신체질환 등의 합병증, 일자리, 주거, 학교적응, 낮은 동기 등 다면적 어려움을 갖고 있어 "복합적인 어려움을 가진 저소득 당뇨병환자: 개입경로와 이유"로 명명되었다. 이 주제는 3개 범주(당뇨병환자 개입경로, 의뢰되는 다양한 이유, 복합적 어려움과 다면적 문제), 71개의 개념으로 이루어졌으며, 지면 관계상 주요 개념만 제시하였다(표 3).

표 3. 복합적인 어려움을 가진 저소득 당뇨병환자: 개입경로와 이유

주제	범주	개념
복합적인 어려움을 가진 저소득 당뇨병환자: 개입경로와 이유	당뇨병환자 개입경로	- 주치의의 컨설트 - 환자와 가족의 자발적 방문 - 지역사회 기관에서 의뢰 - 당뇨팀의 일원으로 루틴 개입 - 정형외과, 외과 등에서도 당뇨 합병증으로 컨설트 - 자동의뢰시스템에 따라 고위험 당뇨병환자에 개입(예: 의료급여 중환자) - 의료사회복지사가 개입하는 대부분의 환자가 당뇨병을 갖고 있음
	의뢰되는 다양한 이유	- 입원시 의료비, 간병비 부담 - 검사비, 비급여 교육비, 비급여 약제비, 연속혈당측정기 구매 - 당뇨 치료비는 얼마 되지 않지만, 합병증으로 인한 비급여 검사가 부담 - 식사를 위해 치과 진료 지원 - 1인 가구의 돌봄 지원, 생계비 지원 - 지역사회 자원 연계를 위해 의뢰 - 가족지지 부재로 퇴원 후 혈당조절을 위해 의뢰 - 자기관리에 대한 동기 저하, 혈당조절 안 되어 의뢰 - 정신건강 어려움으로 상담 의뢰
	복합적 어려움과 다면적 문제	- 수급자+당뇨병+당뇨병성망막증+자살 사고+채무 - 저소득+한부모가정+경계선 지능 자녀의 당뇨병 - 당뇨병+급성신부전+우울증+산부인과 질환+고시원 거주+치료 거부 - 중년 남성 1인 가구+당뇨합병증(치아)+라면 콜라가 주식+생계 곤란+고립 - 노숙+당뇨합병증+자녀 보육원 거주+자살 시도

주제	범주	개념
		- 저소득+한 부모 다문화가정+혈당 관리에 협조적이지 않은 가족 - 수급 가구+당뇨병+학교 부적응+정신건강 문제 - 당뇨발로 응급수술+알코올중독+정신건강 문제 - 저소득+청년 당뇨병+합병증으로 잦은 응급실 방문+자살 시도 - 인지능력 부족+인슐린 주사 거부+자녀 돌봄 스트레스 - 생계 곤란+우울+식사 어려움+인슐린 주사 어려움+낮은 동기 - 실직 이후 생계 곤란+합병증으로 와상 상태+혈당조절 어려움 - 사우나에서 숙식을 해결하는 세신사+당뇨병 관리 방치로 합병증 발생 - 식음 전폐+오로지 술에 의지+저소득+남성 1인 가구+당뇨병

1) 당뇨병환자 개입경로

의료사회복지사에게 당뇨병환자가 의뢰되는 경로는 주치의의 컨설트에 의한 경우가 가장 많고, 환자와 가족의 방문, 지역사회 복지기관에서 의뢰 등 다양하였다. 참여자들은 내분비내과 의료팀의 일원으로 당뇨병환자에게 루틴 개입되거나, 내과 이외에 합병증을 다루는 정형외과, 외과, 안과 등에서도 다수가 의뢰된다고 하였다. 의료급여 환자가 입원하면 사회복지부서에 자동 의뢰되는 시스템이 구축된 대학병원도 있었다. 이를 통해 저소득 당뇨병환자에 대한 개입경로는 소속 병원의 특성이나 팀 협력의 수준에 따라 다르다는 것을 알 수 있다. 참여자들은 당뇨병이 흔한 만성질환 중 하나로서 의료사회복지사가 개입하는 다수의 환자가 "기본적으로" 당뇨병을 가지고 있다고 언급하였다.

> 일단 주치의가 의뢰해 주는 경우도 있고, 아니면은 정말 심각한 케이스는 이제 당뇨발로 당장 절단해야 하는 경우들이 생겨서. 주민센터나 구청 사례관리사 선생님 통해서 오시는 경우도 있고(3).

> 저희 자체 후원금 지원사업을 확대하는 것 때문에 계속 홍보를 하고 있어서, 행정기관이나 복지관이나 이런 곳에서 가끔 의뢰를 주기도 하시고요. 아니면 독거 어르신이거나 아니면 이제 좀 장애 있으신 분들, 1인 가구에 대해서 복지관이나 이런 쪽으로 저희한테 의뢰가 들어오기도 하고. 아니면 입원했을 때 의료비 부담이 됐는데, 본인이 이제 주민센터나 아니면 구청으로 연락을 하면, 그쪽에서 역으로 이제 저희한테 다시 의뢰를 주시는 경우. 그런 경우도 있습니다(14).

> 당뇨병 교육팀이 있고요. 팀 안에 사회복지사가 들어가 있고요. 그래서 컨설트가 공식적으로 납니다. 내분비내과는 입원하면은 루틴으로 당뇨 교육팀에서 영양사, 간호사, 사회복지사 이렇게 해서 컨설트가 자동으로 가고 그거에 의해서 저희가 이제 환자 상담 스케줄 잡아가지고, 이제 개입을 하게 됩니다. 그래서 세 파트가 다 만나야지, 이제 저기 수가가 다 인정이 되고 퇴원하는(13).

> 제가 보는 많은 환자분들이 다 당뇨를 기본적으로 다 가지고 계시는 환자분들인 것 같고, 일단 저소득 당뇨병환자에 대한 어떤 의뢰 경위는 대부분 이제 의사 선생님들이 많이 컨설트를 주시는 거고(1).

2) 의뢰되는 다양한 이유

저소득 당뇨병환자가 의뢰되는 이유는 진료비, 약제비, 간병비 지원 등 경제적 이유가 대부분이었다. 의료급여 1종이나 2종을 갖고 있는 저소득환자는 의료비 자체가 큰 부담은 아니지만 합병증 검사 및 치료비, 당뇨병 교육료 등 비급여 항목, 치과 진료비 등은 상당한 부담이 된다. 경제적 지원 이외에도 지역사회 사회복지서비스 연결, 가족지지를 위한 상담, 자기관리에 대한 낮은 동기, 혈당조절의 어려움, 정신건강에 대한 상담 등 다양한 이유로 의뢰되었다. 한편, 최근 1인 가구의 증가로 혼자 사는 저소득 당뇨병환자의 식사, 돌봄, 자기관리를 위한 의뢰도

많아졌다.

가장 호소하는 게 진짜 경제적인 부분이 가장 큽니다. 그러니까 의료적으로도 위기 상황이고, 그다음에 취약계층이다 보니까 병원비 마련 자체가 어려우니까 주치의도 컨설트를 하고, 환자나 보호자분들도 (경제적 문제로) 자발적으로 찾아오게 되는데...(14).

근데 이분들은 배달 음식을 맨날 드시는 거예요. 짬뽕, 마라탕 막 이러니까... 진짜 환자의 건강에는 일도 도움이 안 되고, 비용도 굉장히 많이 발생되고, 그리고 인슐린 주사는 아무도 안 놔주고, 혈당기도 없고. 막 이런 총체적인 난국인 상황에서 의뢰됩니다(1).

아까 경제적인 문제뿐만이 아니라 돌봄에 대한 문제가 요즘 엄청 심각해요. 그래서 1인 가구들이 많기 때문에 눈이 잘 안 보이고 그다음에 당뇨발 때문에 절단하거나 뭔가 보행이 불편하면 누군가가 보호자가 함께 동행해야 되는데, 그 보호자가 동행하는 환자분들이 없으세요.(중략) 이제 동행 서비스 같은 경우 지자체에서 운영하는 이제 그런 서비스를 많이 연결하고 있고(5).

3) 복합적 어려움과 다면적 문제

언급한 바와 같이 의료사회복지사가 만나는 저소득 당뇨병환자는 단지 당뇨병과 빈곤 문제만 있는 것이 아니라 복합적이고 다면적인 어려움을 지니고 있었다. 저소득 당뇨병환자 한 사람당 의료적(신체 건강, 정신건강), 경제적(빈곤, 열악한 주거 등) 사회적(가족지지 부재, 돌봄, 고립 등) 영역에서 3~4가지 이상의 문제를 동시에 갖고 있었는데, 이는 혈당조절을 어렵게 하는 요인이 되었다. 주목되는 것은 의뢰된 환자들은 당뇨발, 절단, 콩팥병, 망막질환 등 이미 합병증이 발생한 상태로서 당뇨병보다 합병증 치료가 우선인 분이 많았다. 이는 본 연구참여자들이 (상급)종합병원에 재직하고 있는 의료사회복지사로서, 이들이 개입하는 당뇨병환자들은 주로 합병증 치료를 위해 내원하고 있기 때문으로 추정된다.

쪽방촌에 계셨던 60대 초반의 남자 환자분이셨는데, 안과 망막 질환도 갖고 계셨고... 다리 절단도 일부 하셨고 예전에 이혼하시고 아이가 있었는데 보육원에 맡기고 노숙 생활을 하셨던 것 같아요. 저희가 수술비라든지 합병증 치료비라든지 여러 가지 다 도와드리고 동행 서비스도 다 해드렸는데 결국은 자살 시도를 하셨어요(5).

거의 고독사 직전에 발견되시는 분들도, 응급실 경우에서 이제 급하게 수술하시는 경우들이 있고, 그리고 얼마 전에는 이제 정형외과에서 이제 복지관 선생님이 데리고 오셨는데, 그분도 당뇨환자분이셨는데, 거의 대부분 알코올홀릭 다른 정신과적인 문제를 갖고 계시는 경우들이 많으시더라고요(3).

사회경제적인 부분으로 봤을 때, 뭐 가족이 전혀 없는 분이었고 미혼이었고 고시원에 사시는 분이었는데 이분이 그냥 당뇨랑 혈압진단을 받으시고 나서도 본인은 치료를 안하겠다. 그냥 이 고시원에서 난 죽어서야 나가겠다 라는 생각으로 아예 병원을 안 다니시던 분이었어요. 근데 이분이 기저 질환뿐만 아니고 우울증도 이제 치료를 받고 있던 분...(10).

저희가 상급종합병원이다 보니까 당뇨의 관리나 이런 쪽에 포커스가 아니라 합병증과 의료적인 위급하게 응급실 통해서 들어오고 하는 이런 상황이기 때문에, 가장 호소하는 게 진짜 경제적인 부분이 가장 큽니다. 그러니까 의료적으로도 위기 상황이고, 그다음에 취약계층이다 보니까 병원비 마련 자체가 어려우니까 ...이게 또 당뇨병과 다른 기저 질환들 알코올이 됐든 다른 신부전이 됐든 이런 게 하나의 질환으로 오시는 게 아니라, 다른 복합 질환이 다 있기 때문에 이분들은 이제 당뇨 매니지먼트가 우선순위가 전혀 아니거든요(14).

나. 저소득 당뇨병환자에 대한 의료사회복지 실천 내용

"저소득 당뇨병환자에 대한 의료사회복지 실천 내용" 주제는 크게 환자와 가족에 대한 심리 사회적 상담, 병원과 지역사회의 자원 연계, 환자 욕구와 눈높이에 맞는 교육 및 맞춤형 개입 등 3개의 범주와 47개의 개념으로 구성되었다(표 4). 심리 사회적 상담과 자원 연계는 당뇨병환자에게 국한되는 역할이 아니라 병원에 근무하는 의료사회복지사들의 일반적인 역할이며, 당뇨병 교육은 당뇨병환자를 대상으로 이루어지는 실천이라는 특성이 있다. 참여자들은 의료사회복지사도 다학제 팀에서 교육을 담당하지만, 교육은 물론이고 환자의 자기관리를 저해하는 환경 파악을 통한 환경조정, 일상생활에서 꾸준히 관리할 수 있도록 길잡이 역할이 강조되어야 함을 언급하였다.

표 4. 저소득 당뇨병환자에 대한 의료사회복지 실천 내용

주제	범주	개념
저소득 당뇨병환자에 대한 의료사회복지 실천 내용	환자와 가족에 대한 심리 사회적 상담	- 당뇨병 관리 어려움에 대한 정서적 지지와 상담 - 가족의 부담 완화를 위한 상담 - 관리를 소홀히 하는 환자에게 스트레스받는 가족에 대한 상담 - 자녀의 당뇨병에 대해 죄책감이 심한 부모 상담 - 소아당뇨병의 경우 가족 평가와 상담 중요 - 소아당뇨병 환자의 퇴원 후 자기관리, 학교적응 상담
	병원과 지역사회의 자원 연계	- 원내 후원회에서 당뇨병환자를 위한 식이 지원사업 시행 - 원내 간호사와 지역사회 사회복지사와 협업 - 병원은 의료비 지원, 행정복지센터에서는 사례관리 - 치료비 연계, 정신건강복지센터, 주민센터 사례관리 의뢰 - 복지관 도시락 배달서비스를 연계 - 주민센터 돌봄 SOS, 학교 교육복지사에게 연계 - 시청 고난도 사례팀, 드림스타트와 협업 - 노숙 당뇨병환자는 주민센터에서 주거지를 알아보도록 연계 - 긴급생계비 지원을 통해 정신장애인 어머니가 당뇨병 자녀를 돌보게 함 - 방문 간호사업, 재택 의료센터, 보건소와 협업 - 퇴원 후 자기관리 지원을 위해 지역사회 기관과 협업 - 복지관에 정기적으로 공문 발송하여 연계협력 - 원내 후원금 사업을 지역사회에 홍보
	환자 욕구와 눈높이에 맞는 교육 및 맞춤형 개입	- 환자 상황에 맞는 현실적으로 적용가능한 교육 시행 - 간호사, 영양사는 교육 중심, 사회복지사는 동기 강화 중심 - 당뇨병 자기관리를 저해하는 환경 파악을 통한 조정 - 저소득 당뇨병환자 눈높이에 맞는 개입 - 의료사회복지사는 당뇨병환자에게 네비게이션 역할

1) 환자와 가족에 대한 심리 사회적 상담

참여자들은 환자들이 일상에서 지치지 않고 당뇨병을 꾸준히 관리할 수 있도록 정서적 지지를 비롯하여 혈당조절의 어려움을 초래하는 영역을 세밀하게 평가하고, 이에 기반한 심리 사회적 상담을 주로 맡고 있었다. 특히, 다른 다학제 전문가와 달리 의료사회복지사들은 환자뿐만 아니라 가족 개입도 담당하는데, 소아당뇨병의 경우 부모가 자녀의 당뇨병 관리를 도울 수 있도록 가족 역동 파악, 경제적 평가, 지지 및 상담을 제공하고 있었다.

> 저는 환자가 이 병을 잘 관리하고, 병식을 갖고, 이 병을 정말 그냥 친구처럼 잘 가꿀 수 있도록 하는 그런 좀 심리 정서적인 지지가 필요하다고 생각합니다. 병원에 오실 때 사실은 환자분들도 그렇고 보호자분들도 그렇고 계속 지치실

수 있고, 제가 만난 환자분들은 대부분 이렇게 투병하다 보면 또 우울증으로 빠질 수 있는 경우들이 많이 있으시거든요. 그래서 정서적으로 지지... 상담의 기법이나 그런 것을 통해서요(3).

저희가 저소득 당뇨환자랑 가족 개입에서 저희 중요한 역할은 아무래도 생활 습관을 점검하고 그다음에 어떤 것을 어떻게 변화시킬까? (중략) 이런 저소득환자는 어떤 심리 사회적인 부분이나 그다음에 퇴원 이후에 관리나 이런 부분을 좀 더 면밀하게 파악하고(8).

소아 같은 경우에 저희가 어린이, 초등학생, 중학생들이 많아서 자기관리가 이제 원활하게 잘되지 않기 때문에 보호자의 역할이 그만큼 크기 때문에 가족 내 역동이나 그런 경제적인 상황 그리고 이제 주 보호자 역할을 누가 하는지 이런 부분에 대해서 좀 체크를 많이 하고 있고(14).

어머니가 집에서 아이를 좀 케어할 수 있게... 어머니도 사실은 정신장애인이었어요. 그래서 이제 치료를 위해서 약을 먹으면 굉장히 아침에 일어나기 힘들어하시고 그런 상황이었는데 어머니에게 계속 이런 관리의 필요성에 대해서 얘기를 하면서...(중략) 작년 4월에 당화혈색소 수치가 11.3% 정도에서 이제 병원에 처음 오기 시작했는데 그다음 팔로업 때는 6.3%까지 떨어지고, 그다음에 이제 10월달에 마지막 팔로업을 이제 최근에 했을 때는 5.7% 까지 떨어졌더라고요(8).

2) 병원과 지역사회의 자원 연계

병원 내부와 외부의 자원 연계는 저소득 당뇨병환자에게 개입하는 의료사회복지사들의 주요 실천 내용으로 나타났다. 참여자들은 원내 자원이 있는 경우 병원 후원회 등을 통해 식이 지원을 하기도 했지만, 의료사회복지사는 지역사회 자원에 대한 전문가로서 사회복지서비스에 대한 정보제공, 의료비, 긴급생계비 등 경제적 지원, 식사를 위한 도시락배달, 정신건강, 돌봄, 주거지원, 사례관리 등을 위해 복지관, 행정복지센터 정신건강복지센터 등 민간과 공공의 다양한 지역사회 기관과 협력하고 있었다.

서울은 주민센터의 돌봄 SOS라고 요양 등급을 받지 않아도 임시로 간병인 파견을 해주는 제도가 있어서 저희 00구는 주민센터마다 조금 그런 선생님들이 계셔 가지고 다는 안 되고 진짜 걱정되는 경우... 이분 가면 조금 그럴 것 같다 하는 분들은 제가 주민센터에 연락해서 좀 들여봐 달라, 약 같은 거 먹는지 좀 챙겨봐 달라 그리고 또 복지관에서도 전화가 와요. 며칠 치 처방받았냐? 그러니까 환자분들이 가서 제대로 안 드시니까 복지관에서 사례 관리하는 환자분들은 또 저희한테 전화 주시더라고요. 다음 예약이 언제냐 이렇게 이분들이 예약 날짜가 있어도 가지도 않고 이러니까, 당뇨를 관리하다 보니까 지역사회와 진짜 협업을 많이 해야겠구나(11).

당뇨 합병증으로 치료 중인 환자분들에 대해서는 좀 적극적으로 사회자원을 연계하는 게 필요한 것 같습니다. 특히나 이제 노인이나...이런 분들 같은 경우는 정말 식사가 너무 어려우시거든요. (중략) 이제 끼니를 때우시는 경우들이 많고 그래서 혹시 이제 지역사회에 매일은 아니어도 일주일에 한두 번이라도 그런 밑반찬이라든지 도시락 서비스 같은 것들을 받을 수 있는지, 뭐 이런 것들을 좀 연계해 보는 것도 필요할 것 같고요(4).

중년 여성 당뇨 환자분을 만났었는데 기초수급자셨고요. 치료하다가 한 2년 전에, 이제 임의로 중단을 하셨었고 평소에 식사나 이런 관리도 전혀 안 되셨었고 근데 이 여자 환자분은 사실은 경제적인 그런 어려움 때문에 우울감이나 자살사고가 되게 높으셨고 치료에 대한 동기가 없으셨어요. (중략) 외래에서 진행해야 되는 검사들도 행정복지센터 통해서 연결을 해드리고, 우울감이나 이런 것들을 좀 완화할 수 있도록 저희가 심리 정서적인 상담 진행하고 퇴원 이후에는 정신건강복지센터에서 지속적으로 상담받을 수 있도록 연결을 해드렸어요. 행정복지센터에서 사례관리 이루어질 수 있도록 지역사회 자원 연계를 했고요(8).

3) 환자 욕구와 눈높이에 맞는 교육 및 맞춤형 개입

의사, 간호사, 영양사, 사회복지사의 다학제 전문가로 구성된 의료팀에서는 교육을 통해 당뇨병에 대한 지식과 자기관리의 중요성, 인슐린 주사, 식사, 운동, 스트레스 등에 대한 관리 방법을 제공한다. 연구참여자들은 사회복지사의 교육은 교과서적, 이상적 교육이 아니라, 저소득 당뇨병환자의 자기관리를 어렵게 하는 환경을 파악한 후 현실적으로 실행 가능한 방법을 교육하며, 환자 개별 상황에 맞는 맞춤형 개입을 하고 있다고 하였다. 일부 참여자는 저소득 당뇨병환자에게 의료사회복지사는 단순히 지식을 전달하는 것보다 동행하며 자기관리를 지원하는 네비게이션 역할을 한다고 언급하였다.

> 당뇨라는 것 자체가 단순히 약 잘 먹고 외래 잘 오세요. 만으로 끝나는 게 아니라 복합적인 관리나 이런 것들이 필요하기 때문에 그런 것들을 잘 평가하고 그 평가하는 과정에서 저는 환자의 동기를 잘 평가하는 게 너무 중요하다는 생각이 들거든요(7).

> 의사나 간호사가 하는 교육들은 되게 좀 이상적이고... 교과서에 나오는 이제 정답과 가까운 그런 생활 수칙들을 알려주고 어떻게 하시라고 하는데, 사실은 저소득층이신 분들은 그거를 하기가 되게 어려운 경우들이 대부분이신 것 같아요. 일단은 직업도 야외에서 실외에서 하는 일들이 많다거나 육체 활동이 많고 일을 하는 시간을 본인이 조절하거나 할 수 있는 가능성이 별로 없고... 혼자 사시는 분들도 많으시고, 이러다 보니까 일단은 뭐 식사 관리도 너무 어렵고 운동을 따로 하기도 어렵고 병원에 정해진 날 약을 타러 오시는 것조차도 어려우신 경우들이 많으시기 때문에...(4).

> 저는 당뇨병환자와 가족에 개입하는 사회복지사는 네비게이션이라고 생각합니다. 왜냐하면 우리 사회복지사는 경제적인 상황뿐만 아니라 치료 유지에 관련된 모든 심리사회적 환경 요인을 조정하고 질병 관리를 할 수 있는 그런 능력을 증진할 수 있는 역할을 수행해야 하는데 그 과정이 단순 지시나 뒤에서 이제 알려주고 빠지는 게 아니라 옆에서 계속 동행을 하면서 함께 하잖아요. 그래서 우리 의료사회복지사의 역할이야말로... 현실적인 당뇨 관리와 질병 관리에 도움이 될 수 있는 그런 전문가지 않나 그런 생각을 했습니다(6).

다. 저소득 당뇨병환자 개입의 어려움: 실천적 측면

연구참여자들은 다양한 이유로 저소득 당뇨병환자에 대한 의료사회복지사 개입의 어려움을 호소하였는데, 먼저 실천적 측면으로는 당뇨병 관리에 대한 낮은 동기, 당뇨병에 대한 이해 부족, 가족 지지체계가 부족함, 경제적 곤란으로 당뇨병 관리가 어려움, 저소득 당뇨병환자에게 부족한 사회복지서비스, 당뇨병 관리에 더 취약한 1인 가구 등 6개의 범주, 74개의 개념으로 구성되었다(표 5).

표 5. 저소득 당뇨병환자에 대한 개입의 어려움: 실천적 측면

주제	범주	개념
저소득 당뇨병환자 개입의 어려움: 실천적 측면	당뇨병 관리에 대한 낮은 동기	- 서비스를 거부하여 개입이 어려움 - 무기력감, 낮은 동기로 개입이 어려움 - 입원해서도 술을 마시는 당뇨환자 - 라포 형성도 쉽지 않음
	당뇨병에 대한 이해 부족	- 진단받은 지 10년이 지났지만, 당뇨병 교육을 받은 적이 없음 - 개인병원, 보건소에서는 교육 없이 약만 처방받음 - 인슐린 주사를 영양제로 알고 남용하여 저혈당에 빠짐 - 당뇨병은 나이 들면 오는 성인병으로 대수롭지 않게 여김 - 당뇨발, 신장 투석 등 합병증이 와서야 관리 안 한 것을 후회함

주제	범주	개념
	가족 지지체계가 부족함	- 가족이 있어도 부양하는 경우가 드물어 짐 - 가족을 만나기 어려움(예: 고시원 원장이 보호자) - 가족이 무관심한 경우 환자의 동기도 낮음 - 부모의 관심을 끌기 위해 관리를 소홀히 하는 소아 당뇨병환자
	경제적 곤란으로 당뇨병 관리가 어려움	- 교통비, 치료비, 약제비 부담으로 식비를 가장 먼저 줄임 - 고가의 과일, 채소 등 건강한 식재료 구매는 쉽지 않음 - 부담되는 금액의 연속혈당측정기 - 혈당측정기 소모품이 부담스러워 재활용함 - 약값이 비싸 이틀에 한 번 약을 복용 - 당뇨병 교육은 비급여 항목이라 저소득층이 교육받기가 쉽지 않음
	저소득 당뇨병환자에게 부족한 사회복지서비스	- 대기, 자격요건이 안되어 반찬 배달서비스 연계가 어려움 - 반찬이 당뇨병환자에게 적절한 음식이 아님(예: 맵고 짠 음식) - 지역사회에 운동시설이 부족 - 치과 진료를 위한 복지서비스 부족 - 지자체마다 복지서비스, 자원 수준이 달라 연계가 어려움
	당뇨병 관리에 더 취약한 1인 가구	- 1인 가구의 증가로 간병과 입원의 어려움 - 디지털 시대 소외되는 고령 1인 가구 당뇨병환자 - 건강관리를 소홀히 하는 남성 1인 가구 - 즉석식품으로 대충 끼니를 해결하는 남성 1인 가구 - 소득에 상관없이 고령 남성 1인 가구는 식사를 가장 힘들어함

1) 당뇨병 관리에 대한 낮은 동기

참여자들은 오랜 기간 당뇨병과 이로 인한 합병증을 앓아온 저소득 당뇨병환자들이 자기관리를 위한 동기가 부족하여 적극적인 서비스 제공이 어려움을 언급하였다. 즉, 대다수 참여자는 당뇨병 이외에 의식주 등 생계 문제, 정신건강 문제, 돌봄 문제 등이 동반된 총체적인 어려움이 "만성적으로" 지속되어 온 상황이며 당뇨병보다 생계 걱정으로 무기력해진 상태에서 적극적으로 당뇨병을 관리하고자 하는 동기와 의지가 높지 않기 때문에 의료사회복지사의 개입이 어렵다고 하였다.

대다수는 내가 이런 것 때문에 안된다. 저런 것 때문에 안된다. 지지체계가 없어서 안 된다. 이런 이야기들을 하시다 보니까, 관리를 하는 데에 있어서 퇴원 이후에 관리의 동기가 좀 낮기도 하고요. 그리고 그거를 이렇게 벗어나서 내가 뭔가를 좀 더 해보겠다. 라고 하는 그런 의지도 조금 낮은 것 같다 라는 생각들이 좀 많이 들어요 (중략) 제가 복지관이나 동사무소 행정복지센터에나 아니면은 다른 어떤 사례관리 같은 걸 연결하려고 했을 때 내가 그런 건 원치 않는다 라고 하는 이제 거부, 그런 것들도 좀 있고 해서, 조금 이렇게 뭔가 동기를 촉진하는 게 좀 많이 어려운 특징이 있는 것 같다...(7).

이제 당뇨 교육은 둘째치고라도 생계 자체의 유지나 아니면 그분의 동기 수준도 엄청 떨어져 있고, 되게 상황 자체가 그러니까 우울해지고 기본적인 정신건강 문제도 동반되어 있는 상황에서 인슐린을 맞으라고 해도 식사 자체를 못하고 하고 할 수가 없으니까... 이게 진짜 총체적인 어려움이 가장 큰 것 같아요.. 저소득층 환자분들이 가장 좀 그런 부분이 좀 어렵지 않나(15).

우선은 이 환자가 처음에 와서 저한테 이제 교육을 받고 와서 했던 얘기는 솔직히 당뇨병 관리하고 싶은 마음이 없다. 그리고 병원을 내가 계속 다닐지도 잘 모르겠다. 지금 당장 너무 스트레스를 받는데, 귀도 잘 안 들리고, 당장 내일 병원비 낼지 걱정인데...(8).

2) 당뇨병에 대한 이해 부족

참여자들은 저소득 당뇨병환자들이 당뇨병 진단을 받은 지 오래되었지만, 교육을 받아 본 경험이 거의 없다고 하였다. 현재 당뇨병 교육은 일부 (상급)종합병원을 중심으로 시행되고 있다(대한당뇨병학회, 2025). 따라서 대다수 연구참여자는 당뇨병 교육이 제공되지 않는 의원에서 진단받으므로 진단 초기에 당뇨병을 이해하고 관리 방법에 대해 체계적으로 교육받을 기회가 없는 것으로 보인다. 또한 참여자들은 당뇨병을 나이 들면 오는 성인병 정도로 여기고 경각심을 갖지 않는 채 방치하다가 합병증이 발생한 후 의료사회복지사를 만나게 되므로 자기관리를 위한 개입이 더 쉽지 않다고 하였다.

사실 당뇨병 진단받은 게 10년 전이시고요. 이제 이 동네 내과에서 진단받으셨고 그 이후에 조금 규모가 있는 우리가 말하는 준종합병원 정도 뭐 이런 데 병원을 한 두세 군데 정도 옮겨 다니시면서 계속 치료를 하시기는 했었는데 약은 드셨어요. 약은 드셨었는데, 당뇨 교육을 한 번도 받지 못하신 거예요. 주치의로부터도 뭐 당뇨 합병증의 심각성이나 이런 부분에 대해서 본인은 전혀 듣지 못했다. 부인도 듣지 못했다. 당뇨병이 이렇게 좀 무서운 병인지 알았으면 어 본인이 조금 더 관리를 하고 신경을 썼을 것 같다. 예 이런 얘기들을 해 주셨고 그래서 사실은 이분은 이제 대졸이시고 충분히 어떤 자가관리나 이런 것들을 할 수 있는 지적인 능력도 있고 어, 이제 환경도 좀 있으시기는 했음에도 불구하고 이제 심각성이나 중요성을 알지 못해서 중요한 시기들을 다 놓쳐버리신 거죠(4).

당뇨발이나 투석까지 와서야 내가 당뇨를 관리했었어야 되는구나를 많이 얘기하세요. 후회를 그때서야... 그러니까 당뇨라고 하면 혈압 당뇨 그냥 이렇게 묶어서 성인병 그거 다 나이 들면 오는 거고 괜찮겠지. 당장 암이나 심근경색이나 이런 것처럼 생명이 위독하다는 인식은 없으니까(중략) 그래서 당뇨가 워낙 만성적이고 하다 보니까 진행이나 이런 거에 대한 경각심 뭐. 위험한 질환이다 라는 인식이 아직은 좀 부족한 것 같아요(12).

3) 가족 지지체계가 부족함

당뇨병 자기관리에 있어서 가족의 지지가 매우 중요하지만, 연구참여자들은 이혼, 비혼 등으로 최근에는 환자의 가족을 더 만나기 힘들고, 부양가족이 있더라도 관계가 좋지 않거나 연락을 안 하고 산 지 오래되어 지원할 수 있는 상황이 아니라고 공통적으로 말하였다. 가족이 무관심하면 당뇨병환자의 자기관리 동기도 낮은 경우가 많고, 생계에 바쁜 부모의 방치로 관리되고 있지 않는 소아 당뇨병환자도 있는 등 참여자들은 가족 상담 자체가 어려운 현실이라고 하였다.

정말 가족을 만나는 일이 많이 줄었습니다. 특히 이렇게 만성질환을 갖고 있고 어떤 이런 노숙자분들이라든지 아무튼 이렇게... 엄청 취약한 이런 대상자분들 같은 경우에 결혼 안 하신 경우도 많고 하신 후에 그냥 정말 연락 두절, 그냥 혼자서만, 고시원 거주하시는 분들도 너무 많으시고요...(중략) 인슐린 주사 맞았는지, 또 그다음에 혈당 체크를 했는지 이런 걸 누가 옆에서 체크해주는 사람이 없잖아요(5).

가족이 있더라도 이제 우리가 일반적으로 생각하는 그런 가족 부양의 기능을 수행할 수 있는 그런 가족은 거의 보기가 좀 어려운 것 같고요. 가족이 없는 분들이 정말 제가 만났던 저소득 취약계층 환자분들 같은 경우에는 가족이랑 단절됐거나 가족의 행방을 알 수가 없거나, 사망했거나 하는 그런 경우가 대부분이셨던 것 같고(중략) 취약계층 환자분들 같은 경우에는 입원을 하는 것조차, 간병을 할 수 있는 사람이 없어서 또 입원하는 것조차 어려운 경우도 굉장히 많거든요(6).

이제 아버지의 양육비랑 어머니 아르바이트로 생계를 유지하는 그런 가정의 아이였어요. 근데 주변에 그 환자 하나를 돌볼 수 있는 자원이 전혀 없어서 엄마가 출근하면은 아이가 혼자서 집에서 시간을 보내고 있는 그런 상황이었습니다.

근데 이제 이 아이도 사실은 경계성 지능 정도의 그 지능 수준에 해당이 돼서 평소에 먹는 거나 이런 게 전혀 관리가 안 되고 그런 상황이었고(8).

4) 경제적 곤란으로 당뇨병 자기관리가 어려움

경제적 곤란은 저소득 당뇨병환자의 자기관리를 저해하는 가장 큰 어려움으로, 수급비로 빠듯하게 생계를 유지해 가는 이들에게 적극적인 당뇨병 자기관리를 독려하는 것은 쉽지 않았다. 특히, 당뇨병 관리에서 식사는 매우 중요한 부분이지만, 저소득환자들은 주거비를 비롯하여 치료비, 약제비, 교통비는 줄일 수 없으므로 식사는 항상 후 순위가 되었다. 효율적인 혈당 관리를 위한 연속혈당측정기 구매 역시 저소득층에게 상당한 부담이며, 혈당 측정을 위해 소모품조차 재활용하는 때도 많다고 하였다.

교통비가 든다거나 치료비나 약제비나 이런 그 생활 자체, 치료 자체에 드는 비용을 이제 수급비로 다 충당을 하다 보니까 일정 부분에서 줄여야 하는데 그걸 대부분 이제 식단에서 좀 줄이시는 것 같아요. 그건 어쨌든 당장 식사는 하실 수 있으니까, 그래서 그런 부분에서 사실 식단이 가장 어렵지 않나(10).

000라고 여기 나온 자동 혈당 측정기 그걸 봤는데, 저 그거 보고 엄청 신세계더라고요. 근데, 이게 정말 그냥 딱 붙이기만 하면 되고, 아프지도 않고. 근데, 이제 한 달에 이제 급여 적용 수가 적용받아도 본인 부담금이 한 20, 20 얼마 정도? 그 정도. 네, 그 정도 비용이 나오신다고 하는데, 이게 우리가 만나는 저소득 계층 또 극빈층 이제 보호 환자분들한테는 굉장히 큰돈이시거든요(3).

경제적인 부분에서는 입원비 간병비뿐만 아니라 요즘에는 그래도 소모품에 대한 급여화가 많이 되긴 했지만, 환자 중에는 간혹 이제 침을 재사용하는 환자가 있었어요. 수급자신데, 그 침을 구입하는 비용이 이제 굉장히 부담된다라고 해서 재사용하는 경우들도 있었고(8).

5) 저소득 당뇨병환자에게 부족한 사회복지서비스

참여자들은 저소득 당뇨병환자의 자기관리를 지원할 수 있는 사회복지서비스가 매우 부족하다고 언급하였다. 식사는 저소득 당뇨병환자들이 가장 힘들어하는 부분으로 의료사회복지사들은 식사 지원을 위해 지역사회복지관의 반찬 배달서비스를 활발히 연계하고 있었다. 하지만, 배달서비스는 대부분 노인을 대상으로 하므로 자격요건이 되지 않거나 당뇨병을 고려하지 못하는 맵고 짠 밑반찬 중심으로 한계가 있다고 하였다. 이외에 당뇨병환자에게 필요한 운동프로그램, 치과 진료 지원의 필요성도 지적하였고, 지자체마다 복지서비스. 자원의 수준이 달라 연계가 힘든 점도 제시되었다. 무엇보다 복합적인 욕구를 가진 저소득 당뇨병환자는 대부분 사례관리 대상이지만, 아직 지역사회에서는 당뇨병환자에 대한 집중적이고 전문적인 사례관리 서비스를 제공할 준비가 되어 있지 않음이 지적되었다.

(복지관에서) 우리가 하고 있는 반찬이나 도시락이 제대로, 예를 들면 저당식이라든지 저염식이라든지 뭔가 기저질환을 갖고 있는 분들한테 제대로 하고 있는 건가 이제 이런 의문이 드셨대요. 그래서 이제 저한테 연락을 주셔서 제가 이제 저희 영양사 선생님하고 같이 이제 복지관 선생님 만나가지고 실제로 이제 제공하고 있는 그 메뉴를 봤더니 이제 충격적인 보통 이제 반조리 식품이나 이제 보관이 가능한 이제 이런 걸 하시다 보니까 엄청나게 이제 저염식이 아닌 엄청나게 짠 음식들 젓갈류라든지 아니면 뭐 무말랭이라든지(5).

50대 환자인데 지적장애가 있는 당뇨병 환자셨어요. 근데 이분은 본인이 혼자 약을 먹을 줄 모르세요. 혈당 관리를

할 줄 몰라서 00동에 사시는 분인데 00동에 이제 수급자들만 사는 그 동네가 있거든요. 이제 병원에서 매일매일 약 먹는 거를 확인을 해주기는 어려우니까, 이제 지역에서 관리를 해줄 수 있는 어떤 시스템은 없는지 그래서 가정에서 관리는 잘 됐는지, 이런 부분에서 계속 뭔가 시도를 해보려고 했는데...(중략) 주민센터에서 워낙 수급자가 많다 보니까...(12).

그런 취약계층 환자들이 집으로 돌아갔을 때 어떻게 관리를 하고 있는지 그런 것들을 좀 팔로업 하거나 그런 것들이 굉장히 필요하다고는 생각은 하는데, 사실 병원에서는 그런 역할을 충분히 수행하기가 좀 어렵고, 그러면 지역에서 이제 이런 부분을 좀 같이 협업을 통해서 관리를 해 줄 수 있으면 좋겠다. 생각을 하는데 사실은 지역에서는 이런 (당뇨) 질환 환자를 위한 어떤 전문적인 그런 집중적인 사례 관리가 어려운 부분이 많기 때문에 그런 부분이 조금 개입하는 데 있어서 어려운 것 같습니다(8).

6) 당뇨병 관리에 더 취약한 1인 가구

참여자들은 최근 증가하고 있는 1인 가구들이 당뇨병 자기관리에 매우 취약하다고 입을 모아 지적하였다. 식사 준비가 어려운 남성 1인 가구의 경우 라면, 떡, 콜라 등 탄수화물, 탄산음료 위주로 식사를 때우거나 과도한 음주, 흡연으로 합병증이 발생하는 등 당뇨병 관리가 더욱 어려운 취약 집단이라고 하였다. 또한 1인 가구가 입원하면 간병의 어려움이 발생하기도 하고, 인지기능, 디지털 리터러시가 낮은 고령의 1인 가구는 당뇨병 관리가 더 어렵다고 하였다.

1인 가구가 문제가 되는 것 같아요. 특히 남성, 그래서 이제 50-60대, 70대도 마찬가지인데, 다 아시겠지만, 인슐린 주사 혼자 놓는 거 문제시되고요. 교육할 때 보니까 그냥 예예예 해요. 그리고 잘 보이지도 않고.. 제가 만난 환자중에는 식사 관리해야 되는데, 60대거든요? 80대 노모하고 살다가 노모가 사망하셨어요. 이제 독거야. 근데 노모가 이제까지 밥 해 주는 거를 먹어봤지, 자기가 뭘 반찬을 만들어서 해 먹어 본 적이 없는 거예요. 그러니까 이제 맨날 뭐 먹느니 안 먹느니 빵 쪼가리 먹고, 이러다가 이제 혈당 올라갔고. 그래서 이제 쓰러져 있는 거를 발견해 가지고, 형제들이 입원시킨 경우 있었거든요(13).

좀 활동을 하고 있는, 경제 활동을 하고 있는 저소득 남자 환자분들이 사실은 되게 큰 문제인 것 같아요. 이제 이런 분들은 일하러 나가야 되니까 뭐 보건소나 이런 데 가서 교육을 받기도 어렵고 그다음에 특히 이런 분들이 이제 흡연 관련된 흡연이나 음주 문제들이 되게 좀 심각하고 그게 이제 당뇨병을 더 악화시키고 합병증을 더 악화시키는 요인들임에도 불구하고(5).

40대 초반에 미혼 남자 독거였어요. 가족 관계가 다 단절되고 혼자 사는데 눈이 점점 나빠지니까, 당뇨병 관리가 잘 안되면서 눈이 점점 나빠져서 아르바이트 같은 것도 못하고, 1년 가까이를 거의 라면하고 콜라만 먹으면서 지내고 그러다 보니까 막 발도 신경병증이 와서 저리고 눈은 점점 안 보이고 식사도 제대로 못하고 혈당 조절이 너무 안 되는 고혈당 상태로 계속 유지해 있으면서 대소변도 거의 누워서 보다시피 하고(7).

특히, 스마트폰 보급 때문에 당뇨 환자분들이 이제 요즘에는 식사하시는 거 사진으로 찍으면, 혈당으로 다 측정이 되고, 이제… 주치의 선생님 진료 보러 갈 때, 그게 주치의 선생님 차트에 딱 뜨더라고요. 이 환자가 뭘 먹었고, 이 칼로리가 얼마나 되고, 근데 이게… 나이 드신 분들한테는 이것도 굉장히 공포스럽잖아요? 스마트폰을 찍어서 그렇게 하신다는 거는 거의 불가능한 영역에 가깝잖아요(3).

라. 저소득 당뇨병환자 개입의 어려움: 제도적 측면

분석 결과, 제도적 측면에서 저소득 당뇨병환자 개입의 어려움은 실천의 근거가 되는 수가체계 부재, 의료사회복지사 인력 및 역량 부족, 급성기 환자 중심의 병원 특성상 퇴원 후 개입이 쉽지 않음, 지역사회 사회복지사들의 당뇨병에 대한 이해 및 협업 부족의 4개 범주와 65개의 개념으로 구성되었다(표 6).

표 6. 저소득 당뇨병환자에 대한 개입의 어려움: 제도적 측면

주제	범주	개념
저소득 당뇨병환자 개입의 어려움: 제도적 측면	실천의 근거가 되는 수가체계 부재	- 수가가 인정되어야 적극적 개입이 가능 - 당뇨병환자 퇴원 시 지역사회 연계 수가 필요 - 수가가 없으면 당뇨병 교육자 자격증 취득의 메리트가 없음 - 당뇨병 교육은 비급여 항목이라 저소득층에게 교육이 쉽지 않음
	의료사회복지사 인력 및 역량 부족	- 당뇨병만 담당하지 않으므로 적극적 개입이 쉽지 않음 - 의료사회복지사는 총 10명이지만 사업별 채용이라 일반 의료담당은 2명 - 당뇨 팀에서 의료사회복지사의 개입을 요청받더라도 주저되는 현실 - 의료사회복지사의 당뇨병에 대한 정확한 지식 요구 - 1인 가구, 장애인 등 취약계층 당뇨병환자 개입 역량 필요
	급성기 환자 중심의 병원 특성상 퇴원 후 개입이 쉽지 않음	- 급성기 환자를 주로 보는 대학병원에서는 장기적인 사례관리가 필요한 저소득 당뇨병환자에 대한 개입이 어려움 - 교육 등 일회성 개입이 대부분이라 퇴원 후 모니터링이 불가 - 의료비 등 일회성 경제적 지원은 가능하지만, 지속적 개입은 어려움 - 당뇨병은 긴급한 병이 아니므로 의료비 지원에서 제외되는 경향 - 당뇨병은 중증질환이 아니라서 원내에서도 관심 부족 - 전국구를 대상으로 하는 상급종합병원에서는 퇴원 시 지역에서 연계할 곳을 찾기 어려움
	지역사회 사회복지사들의 당뇨병에 대한 이해 및 협업 부족	- 지역사회 사회복지사들은 당뇨병에 대한 개입은 자신의 역할이 아니라고 인식함 - 복지관, 전담 공무원, 노인 돌봄 생활관리사, 요양보호사 등 공공과 민간 사회복지인력의 당뇨병에 대한 이해 필요 - 저소득 당뇨병환자를 만나는 통합사례관리사들의 당뇨병 개입 역량 중요 - 행정복지센터와의 연계가 필요하지만, 주무관의 성향에 따라 당뇨병에 대한 무관심으로 협업이 어려운 경우가 있음 - 지역사회기관에 의뢰하더라도 촘촘한 개입이 될지 의문임

1) 실천의 근거가 되는 수가체계 부재

의료사회복지사들은 다양한 임상 과에서 의뢰된 환자들에게 개입하지만, 현재 제도적으로 정신건강의학과와 재활의학과 환자에 대해서만 사회복지 실천에 대한 건강보험 수가 신청이 가능하다. 따라서, 당뇨병환자에 대한 교육, 상담, 자원 연계, 퇴원계획 등의 다양한 사회복지 실천을 하고 있음에도 불구하고 수가체계가 마련되어 있지 않으므로 당뇨병환자에 대한 의료사회복지사의 적극적인 개입이 쉽지 않음이 나타났다.

> 활동 수가에 대한 부분들... 이제 사실 우리가 수가 없이는 사실 힘들다는 생각이 들어요. 그래서 저희들도 적극적으로 개입하려고 하면, 어쨌든 간에 이 수가가 좀 더 다양하게, 상담, 교육, 가정방문을 하면 이런 것들처럼 재활이나 정신과에서 하는 활동 수가도 여기서 반영이 돼서 했으면 좋겠다 라는 생각이 들고(2).

> 결국은 병원의 사회복지사들이 당뇨병 관리에 많이 좀 투입이 되야 하는데, 그러려면 정말 궁극적으로 제가 원하는 건 수가가 됐으면 좋겠습니다. 이게 당뇨병 학회에서도 저희 사회복지 분야가 늘 얘기하는 부분인데 저희만 팀 교육을

아무리 열심히 해도 수가가 없어요. 그러다 보니까 팀 교육에 자꾸 빠지게 되고, 그러니까 우선순위가 낮고(7).

수가 자체가 좀 있으면은 좋겠다 라는 좀 생각이 드는 게, 그러니까 퇴원 계획이잖아요. 병원에서 지역 기관으로 퇴원 계획을 수립해 주고 서비스가 제공이 될 수 있게끔 연계를 하는 건데... 이게 수가 자체가 없으니까 이 활동 자체에... (중략) 지금 개입을 하기에도 적절하지 않은 거죠(15).

2) 의료사회복지사 인력 및 역량 부족

의료사회복지사의 인력 및 당뇨병에 대한 개입 역량 부족 역시 저소득 당뇨병환자 개입의 어려움으로 제시되었다. 최근 공공 의료의 확대, 호스피스 완화의료, 응급실 기반 자살 시도자 관리 사업 등에서 사회복지사가 채용되어 의료사회복지 실천이 확대되는 추세이지만, 이 경우에는 담당 사업만 맡고 있어 당뇨병에 대한 개입은 어렵다. 이러한 인력 부족은 당뇨병환자에 대한 적극적인 개입을 어렵게 하는 제도적 장벽이 된다. 또한, 저소득 당뇨병환자의 경우 복합적인 어려움과 낮은 동기로 고난도 사례가 대부분이지만, 동기 강화를 위한 상담 기술 등의 전문적 역량 부족도 어려움으로 나타났다.

병원에서 근무하는 의료사회복지사분들이 수는 굉장히 적고, 하는 일은 많고, 다양하고, 병원에서 요구하는 거는 점점 더 많아지고, 사회 환경이 변화되면서 저희한테 또 떨어지는 과업이 많아서 어떻게 보면 의료사회복지사들도 당뇨에 대해 조금 더 개인적인 관심도나 그런 부분에 있어서 다르고... (중략) 저도 그렇게 정기적으로 정말 마음은 해드리고는 싶은데... 이제 모든 환자분들을 이제 그렇게 되면, 업무가 너무 과중화가 되기 때문에, 근데 이제 제가 먼저 약속을 그런 환자분들을 잡는 거는 아니고 사실은 환자분들이 먼저 찾아오실 때 사실은 그런 비정기적인 상담이 이루어져요(3).

그리고 병원에서는 (캠프를 위한) 출장도 잘 안 내줘요. 사실 이럴 것 같으면 이거 왜 해야 되나 싶을 때가 있어요. 그래서 스스로도 이거 너무 힘들다 라는 생각이 들 때가 있거든요. 그런데 우리 병원에서 저희 소아 내분비 교수님하고 저하고 수년 동안 얘기하고 있는데...(중략) 그다음에 캠프만 하지 말고 뭔가 매달 뭘 하자 라고 하는데 문제는 이걸 제가 입을 여는 순간 제가 다 해야 되요(2).

우선은 사회복지사들은 사회경제적인 평가나 자원 연계나 그런 것들을 활용할 수 있는 능력이 되게 중요하기는 한데, 특히 이제 당뇨병에 좀 더 초점을 둔다라고 하면 그 당뇨병에 대한 이해들을 사회복지사가 좀 충분히 하고 있어야 되지 않을까? 라는 생각이 들고 (중략) 다음에 환경적인 부분에 대한 문제를 해결할 수 있게 돕는 거는 사실은 다른 질환하고 큰 차이는 없을 것 같은데, 그것을 좀 동기화할 수 있는 사회복지사들의 그런 상담 기술이나 이런 것들이 좀 갖춰져야 되지 않을까(7).

3) 급성기 환자 중심의 병원 특성상 퇴원 후 개입이 쉽지 않음

본 연구의 참여자들은 종합병원과 상급종합병원에 근무하는 의료사회복지사로서, 급성기 중증 환자를 중심으로 단기 진료하는 소속기관의 특성상 만성질환인 당뇨병에 대한 개입이 쉽지 않다고 하였다. 또 당뇨병은 퇴원 후 자기관리가 매우 중요하지만, 혈당조절이 잘 되는지 계속 모니터링하는 것이 현실적으로 힘들다고 하였다. 특히, 상급종합병원은 전국에서 환자가 방문하므로 퇴원 시 환자가 거주하는 지역의 자원 연계도 쉽지 않음을 호소하였다.

진짜 저조차도 제가 맡고 있는 수많은 과에서 내분비 당뇨환자는 굉장히 적은 포션이고..아까 000선생님이 그러셨잖아요. 중증으로 만들어 주던지.. 맞아요. 중증도에서 밀리다 보니까, 저한테도 우선순위의 환자가 되지는 않고(1).

종합병원이다 보니까 상종이다 보니까 사실 단기적으로 밖에, 사례 관리가 쉽지 않거든요. 그래서 현장에서 사실은 조금 더 오래 길게 지역사회로 퇴원하신 후에도 조금 팔로우업을 하고 싶은데 그게 여러 가지 면에서 이제 인력적인 면이라든지 어떤 시스템적인 면이라든지 그런 부분들이 쉽지 않아서 사실 그런 아쉬움이(5).

취약계층 환자들이 집으로 돌아갔을 때 어떻게 관리를 하고 있는지 그런 것들을 좀 팔로우업 하거나 그런 것들이 굉장히 필요하다고는 생각은 하는데, 사실 병원에서는 그런 역할을 충분히 수행하기가 좀 어렵고(8).

되게 찝찝해요. 어떤 의미냐 하면, 이 환자분 지역사회에 가서 집에 가서 어떻게 할지 막 아는데, 제가 팔로우업은 다 할 수도 없고, 가끔 가다가 연락을 하는데, 전화를 안 받는 경우도 있고, 또 통화가 되더라도 잘 하고 있어요? 네네, 형식적으로 대답하는 경우가... 실제 이제 행동적으로 얼마나 실천하고 있는지가 모니터링 안 되는 경우가 많기 때문에, (중략) 그러니까 약 먹으시는 분들은 걱정이 좀 덜한데, 인슐린을 맞으셔야 되는 분은 본인이 먹는 것도 챙겨야 되는데 혼자 사시고 또 혈당 체크도 하셔야 되는데 혈당 체크를 안 하고 또 이제 인슐린 확 맞으면 저혈당 확 오시고 막 이렇게 위험 상황이 발생을 하기 때문에(15).

4) 지역사회 사회복지사들의 당뇨병에 대한 이해 및 협업 부족

연구참여자들은 당뇨병이 궁극적으로 지역사회에서 장기적으로 관리되어야 할 질환이라고 강조하였다. 당뇨병의 증가로 인해 사회복지기관에서도 당뇨병환자를 흔히 만날 수 있지만 지역사회 사회복지사들은 당뇨병에 대해 잘 알지 못하므로 자신의 영역이 아니라고 생각하거나 관심 부족, 역량 부족으로 저소득 당뇨병환자에 대한 서비스 제공이 어려운 현실을 지적하였다. 이에 지역사회에서 저소득 당뇨병환자를 흔히 접하는 사회복지 전담 공무원, 통합사례관리사, 요양보호사, 생활관리사 등이 당뇨병에 대한 이해가 필요하다고 강조하였다.

지역사회 기관에서는 이 사람의 당뇨병이나 이런 의료적인 부분에 대해서 되게 잘 모르고, 어떤 식으로 개입을 해야 할지 모른다 라고는 하지만 의료사회복지사들은 사실은 시간은 없고, 이 질병에 대해서도 알고 어떤 것들이 필요하고, 어떤 것들을 해야 된다라고 하는데, 사실은 저는 궁극적으로 당뇨병은 지역사회 안에서 잘 관리가 되어야 하는 질환이라고 생각을 하거든요(1).

의료사회복지사만 해서는 될 건 아닌 것 같고, 그러니까 진짜 지역사회 내에 사회복지 전담 공무원이 됐든, 일반 복지관이 됐든... 지금 7명 중 1명 이렇게 당뇨병 환자분들이 늘어나고 있기 때문에 더 이상 의료사회복지사뿐만 아니라 이게 전체 사회복지사들이 질환에 대한 좀 이해도를 높일 수 있는 보수 교육이 됐든 그것들이 좀 확장이 되어야 하지 않을까. 질환에 대한 이해 자체가 없으니까 이 일은 내 일 아니야, 그리고 나 바쁘니까 굳이 그러니까 복지관 내에 다른 사람 주민센터에 간호사, 영양사한테 그냥 토스해 버리고, 나는 거기서 일 끝냈어. 이렇게 해서 딱 정리를 하고 이제 약간 치워버리는 이런 느낌으로 개입이 종결이 되다 보니까... 그래서 이게 첫 번째가 이제 일반 사회복지사나 사회복지 전담 공무원 이분들이 (당뇨) 질환을 가지고 있는 클라이언트에 대한 개입의 필요성이나 인식에 대한 홍보들이 좀 같이 이루어져야(15).

지자체마다 행정복지센터가 이제 다 되어 있는데 이제 담당자의 역량이나 이제 연결할 수 있는 그런 것들이 조금 서비스의 차이가 있다 보니, 같은 신체적인 여건이나 그런 가족적인 여건이 비슷한 두 환자가 어느 지역에 가신 환자분은 충분히 지역사회 내에서 여러 가지 서비스도 유기적으로 연결받고 중복 없이, 잘 이제 지내시는 분도 계시지만 반대로 같은 비슷한 여건임에도 불구하고 이런 서비스 연결이나 이런 것들이 잘 안되어서 정말 충분히 집에서 지낼 수 있는 상황임에도 불구하고 요양병원이나 요양원에 들어가시는 경우도 많이 봤거든요(6).

Ⅴ. 논의 및 결론

본 연구의 목적은 의료사회복지사의 실천 경험을 심층 탐색함으로써 저소득 당뇨병환자의 효과적인 자기관리를 위한 사회복지 실천 및 정책 지원방안을 모색하는 것이다. 이를 위해 저소득 당뇨병환자에 대한 실천 경험이 있는 의료사회복지사(n=15)에 대하여 총 4회의 초점집단인터뷰를 시행하고 주제 분석 절차에 따라 질적 분석하였다. 다음에서는 주요 연구 결과를 중심으로 논의한 후 저소득 당뇨병환자 지원방안에 대해 제언하였다.

첫째, 저소득 당뇨병환자는 주로 의료진을 비롯하여 지역사회 기관에서 의료사회복지사에게 의뢰되고 있었으며, 이들은 단지 당뇨병과 경제적 곤란 이외에도 합병증(신부전, 당뇨발 등), 정신건강(자살 사고, 우울, 알코올중독 등), 주거(노숙, 고시원 등), 가족 및 대인 관계(양육, 돌봄, 고립, 한부모가정, 1인 가구 등), 식사(라면, 떡, 콜라가 주식 등), 낮은 동기(식음 전폐, 인슐린 주사 거부 등)와 인지능력(경계선 지능 등) 등 복합적이고 다면적인 어려움을 동시에 갖고 있는 "고난도 위기 사례"가 대부분인 것으로 나타났다. 이는 의료사회복지사들이 한가지 영역이 아닌 "의료적, 사회적, 경제적 영역"에서 복합적 특성을 가진 사례에 대해 주로 개입하고 있다는 장수미 외(2024)의 연구 결과와 동일하다. 이러한 결과는 의사, 간호사, 영양사, 사회복지사 등 당뇨병 교육자 제도를 시행하며 팀 접근을 강조하는 당뇨병 치료에서 의료사회복지사의 역할 중요성 및 개입 필요성을 확인할 수 있는 주요 발견이다.

의료사회복지사는 저소득 당뇨병환자의 욕구사정을 기반으로 환자와 가족에 대한 지지 및 심리 사회적 상담, 원내 후원회 등을 통한 의료비 지원과 지역사회 다양한 기관의 자원 연계, 당뇨병 교육 등 여러 사회복지 실천을 수행하고 있다. 주목할 점은 저소득 당뇨병환자에 대한 의료사회복지 실천 내용으로 도출된 결과로 판단할 때, 그동안 효과적인 당뇨병 자기관리에 필수적인 지침으로 강조되어 온 당뇨병 교육(김지현, 장상아, 2009; Chrvala et al., 2016; Lamptey et al., 2022)만으로는 자기관리에 한계가 분명하다는 것이다. 이에 저소득 당뇨병환자의 자기관리를 저해하는 환경에 대한 조정과 개입, 즉 사회복지서비스 연결이 특히 중요하다는 점이 제시된다. 서구에서도 당뇨병 치료에서 사회적 위험 평가, 당뇨병 관리를 저해하는 장벽에 대한 파악, 지역사회 기반의 사회복지서비스 제공의 필요성 등 사회적 돌봄(social care)이 강조되고 있으나 1977년부터 2021년까지 발행된 158개의 당뇨병 치료 및 관리 지침을 분석한 결과 77%에서 사회적 돌봄에 관한 내용이 포함되지 않음이 지적된 바 있다(Aceves et al., 2022). 의료적 개입과 지식 전달 중심의 당뇨병 교육만으로는 저소득 당뇨병환자의 자기관리에 분명한 제한이 있을 것이므로, 본 연구 결과는 앞으로 저소득 당뇨병환자에 대한 다학제 팀의 개입 방향과 내용이 무엇이어야 하는지를 시사한다.

둘째, 저소득 당뇨병환자 개입의 어려움에서 실천적 측면으로 경제적 곤란에 의한 자기관리의 어려움, 가족 지지체계의 부재, 당뇨병 자기관리에 더 취약한 1인 가구의 증가 등이 주요 결과로 나타났다. 당뇨병은 균형 잡힌 영양의 건강한 음식, 적정 열량의 식사가 매우 중요하지만, 저소득환자는 생계비, 의료비, 교통비가 우선이므로 값이 싼 즉석식품, 탄수화물 중심의 고열량 음식으로 "끼니를 때우고" 있었다. 또한 혈당 관리에 효과적인 연속혈당측정기의 구매는 엄두를 내지 못하고 혈당 모니터링을 위한 소모품을 재활용하기도 하였다. 당뇨병 환자에게 건강식품의 접근성 제한과 같은 식품 불안정성이 혈당조절에 미치는 영향은 잘 알려져 있다(Smalls et al., 2015). Afaya et al(2020)의 연구에서도 당뇨병환자들은 식이 권고를 따르지 않았는데, 이들은 집에서 영양가를 갖춘 음식을 먹기 힘들고 그래서 형편대로 무슨 음식이든 먹는다고 하였다. 식사의 어려움은 가족 지지체계가 부재할 경우, 1인 가구의 경우 더욱 어려움을 예상할 수 있으므로 저소득 당뇨병환자의 자기관리를 위한 식사 지원의 중요성이 대두된다. 서구에서는 국가 주도의 영양 관리 프로그램(예: Food-is-medicine program, Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)이 저소득층을 비롯한 당뇨병환자의 혈당 관리 개선(Mayer et al., 2015; Seligman et al., 2018; Levi et al., 2023) 효과를 가져온다는 다수의 실증 결과가 제시된 바 있다.

한편, 연구 결과에서 제시된 바처럼 의료사회복지사들은 복지관 반찬 배달서비스 등의 지역사회 자원을 연결하고 있으나 대부분 맵고 짠 음식이라서 당뇨병환자에게 적절하지 않았다. 또한 대부분 기관에서 반찬 배달서비스는 노인을 대상으로 하고 있으므로 청장년 환자에게 제공되기 어려웠으므로 당뇨병환자의 자기관리를 위한 지역사회 기관의 맞춤형 서비스, 유연한 서비스가 요구된다. 참여자들은 실천 현장에서 가족을 점점 만나기 힘든 상황임을 호소하였는데, 이는 검사, 외래일정, 입원 등 치료계획을 의논할 보호자의 부재로 의사소통이 어려운 상황을 초래할 수 있다. 참여자들은 저소득 중장년 남성 1인 가구 당뇨병환자가 점점 증가하고 있고, 식사의 어려움, 낮은 동기, 지지체계의 부족 등으로 인해 이들을 자기관리가 가장 취약한 대상으로 인식하고 있어, 실천 현장에서는 이 집단에 주목하여 의료사회복지사의 퇴원계획 및 지역사회 복지서비스 연계가 촘촘하게 이루어져야 함을 알 수 있다. 경제적 어려움은 연속혈당측정기 등 기기 구매도 제한하였는데, 최근 당뇨병학연구재단과 카카오에서는 자기관리 취약자를 대상으로 연속혈당측정기, 당뇨병 교육료 등을 지원하는 사회공헌사업을 추진 중으로(당뇨병학연구재단, 2025), 앞으로 기업의 저소득 당뇨병환자에 관한 지원이 더욱 확대되어야 할 것이다. 나아가 정부 정책도 현재 1형 당뇨병, 인슐린 투여자를 중심으로 시행중인 연속혈당검사비 지원, 기기 구매 지원을 모든 당뇨병환자에게로 확대해 가야 할 것이다(건강보험, 2023: 하지수, 2025. 5. 26.). 최근 태안군(2024)의 소아 청소년 1형 당뇨병환자 지원 조례, 인천광역시(2025)의 당뇨병환자 지원 조례는 지자체 주도로 의료비 지원, 기본계획 수립, 광역 당뇨 센터 설치를 통한 상담과 교육, 자조 모임 운영 등을 추진하고 있으므로 지역사회 기반의 공공서비스도 기대된다.

셋째, 제도적 측면에서 저소득 당뇨병환자에 대한 사회복지 실천의 어려움은 매우 다양하였다. 먼저 연구 결과에서 나타난 수가체계의 부재와 의료사회복지사의 인력 및 역량 부족은 의료사회복지 분야에서 오래된 구조적 문제이다(임정원, 김민영, 2017; 임정원 외, 2019; 장수미 외, 2024). 연구 결과에서 확인된 바처럼 저소득 당뇨병환자에 대한 다양한 의료사회복지 실천에도 불구하고 당뇨병에 대해서는 수가 청구가 불가능하여 의료사회복지사의 개입을 위축시키는 주요 요인이 되었다. 수가는 의료사회복지사의 활동 근거가 되므로, 수가체계의 부재는 의료사회복지 인력의 부족으로 당연히 귀결된다. 2023년 기준 병원별 의료사회복지사의 수는 평균 3.1명에 불과하여(보건복지부, 서울대병원, 2023), 당뇨병환자에 대한 개입은 쉽지 않은 상황이므로 수가 체계의 개선을 통한 적극적인 의료사회복지 실천 환경 조성이 요구된다. 복합적인 어려움을 가진 저소득 당뇨병환자에 대한 실천 역량 부족도 제시되었는데, 특히, 낮은 동기를 보이는 당뇨병환자의 혈당조절에 효과적인 모델로 알려진 동기강화상담(Steffen et al., 2021), 인지행동치료(Dong et al., 2023) 워크샵 등이 대한의료사회복지사협회, 한국의료사회복지학회 주관으로 제공될 필요가 있다. 또한, 의료사회복지사들이 당뇨병 교육자 자격증을 취득하여 전문역량을 갖출 수 있도록 협회와 소속기관의 적극적인 지원도 요구된다.

다음으로 주로 급성기 환자를 대상으로 진료하는 종합병원과 상급종합병원에서는 장기적인 사례관리가 필요한 저소득 당뇨병환자에 대한 개입은 우선순위가 아니며, 사회복지서비스는 거의 일회성 교육이나 의료비 지원으로 종료되는 것으로 나타났다. 참여자들은 당뇨병이 중증질환이 아니므로 원내 관심이 부족하고, 퇴원 후 모니터링이 어려운 점 등에 대해 안타까워하였다. 이는 본 연구의 참여자들이 종합병원(9명)과 상급종합병원(6명) 소속이라서 나타난 결과일 수도 있지만, 국내 의료사회복지사들이 주로 종합병원에 근무하고 있는 현실을 고려할 때[2] 현장 상황을 반영한 결과로 보인다.

넷째, 이상의 실천적, 제도적 측면의 어려움으로 인해 많은 연구참여자는 당뇨병이 병원을 넘어 지역사회에서 관리되어야 할 만성질환임을 강조했지만, 지역사회기관 사회복지사들의 당뇨병에 대한 이해 및 협업 부족이 장벽

2) 대한의료사회복지사협회가 회원기관을 대상으로 조사한 결과, 2023년 기준 의료사회복지사는 전국 271개 병원에서 1,165명이 근무하고 있으며, 상급종합병원(44개소), 종합병원(139개소), 병원(81개소), 의원(5개소), 기타(2개소)에 소속되어 있었다(보건복지부, 서울대병원, 2023),

이 됨을 토로하였다. 즉, 행정복지센터, 복지관 등에 근무하는 사회복지 전담 공무원, 통합사례관리사, 사회복지사, 요양보호사, 생활관리사 등 관련 인력의 당뇨병 및 자기관리의 중요성, 관리 방법에 대한 이해가 부족하며, 이들은 당뇨병에 대한 개입이 간호사의 역할이라고 간주한다는 것이다. 이러한 상황에서는 저소득 당뇨병환자에 대한 개입은 의료적 측면에 초점이 맞춰질 수밖에 없다. 현재 당뇨병에 대한 지역사회 관리체계로 일차 의료 만성질환 관리 사업이 시행되고 있지만(보건복지부, 2024)[3], 사회복지사들이 거의 근무하고 있지 않은 일차 의료 기관에서는 복합적인 심리 사회적 어려움을 가진 저소득 당뇨병환자의 자기관리를 위한 지속적, 포괄적 지원은 한계가 분명하다. 2026년 3월 돌봄통합지원법의 시행을 앞두고 보건의료·장기요양·사회복지사업의 통합적 제공이 강조되고 있다(서동민, 2025). 특히, 의료돌봄의 복합적인 욕구가 있는 노인, 장애인, 퇴원환자 등은 상당수가 당뇨병을 지니고 있을 것으로 예상되므로 저소득 당뇨병환자의 보건 의료(진료, 복약지도, 혈당 모니터링 등), 건강관리(식사, 운동, 정신건강), 요양, 일상생활 돌봄, 가족 지원 전반에서 지역사회 기관 간의 서비스 연계 등 통합서비스 제공을 위한 준비가 필요한 시점이다.

문헌 고찰에서 살펴본 바와 같이 만성질환 관리는 치료 중심의 의료체계만으로는 성공적인 수행이 어려우며(Landon et al., 2012), 의학, 간호학 영역을 중심으로 당뇨병 관리는 보건 의료와 지역사회의 연계, 지역사회 중심으로 이루어져야 한다는 주장이 제기된 바 있다(송미순, 2014; 이순영, 2016). 예컨대, 지역사회 기반 당뇨병 자기관리 지원 프로그램(Community Based Diabetes Self-Management Support Program, CB-DSMSP, Wagner, 2001)에서는 사회적 지지, 당뇨병환자의 지지를 받는 경험이 자기관리 동기를 증진하는 것으로 나타났는데, 당뇨병에 대한 지식공유, 질병 경험의 공유가 핵심이었다(Johnson et al., 2019). 해외에서는 당뇨병 관리에서 간호사, 사회복지사 등 지역사회 건강 관련 종사자들의 환자 관리, 교육, 사회적 지지 등의 역할이 당뇨병 자기관리를 증진한다는 체계적 문헌 고찰, 무작위대조실험 연구(RCT) 등의 실증적 결과가 보고되고 있다(Spencer et al., 2011; Shah et al., 2013). 국내에서도 일부 복지관에서 당뇨병환자를 위한 영양교육, 운동 등 건강 교실을 운영하거나 노인복지관 등에서 관련 프로그램이 시행된 사례가 있으므로(김은영, 소애영, 2009; 고하나, 송미순, 2018), 향후 저소득 당뇨병환자를 만나게 되는 지역사회 기관 사회복지인력의 당뇨병에 관한 이해 및 개입 역량 강화를 위한 교육, 지역사회에서 개입할 수 있는 다양한 당뇨병 자기관리 지원 프로그램(예: 당뇨병 교육, 스트레스 관리, 당뇨식 요리 교실, 자조 집단 등)의 개발 및 효과성 평가 등이 제안된다. 나아가 최근 10여 년 전부터 혈당 모니터링, 식사, 운동, 약물복용, 합병증 모니터링 등 당뇨병 관리를 지원하는 모바일 앱이 당화혈색소 수준의 감소 등에 효과적이라는 보고가 있고(Hunt et al., 2015), 국내에서도 효과성이 검증된 바 있다(전은주, 2017, n=38, 평균 43.9세). 하지만 낮은 사회경제적 지위는 디지털 리터러시의 부족 등의 이유로 테크놀로지 기기 접근의 장벽이 되므로(Fallon et al., 2022), 저소득 당뇨병환자의 특성과 욕구에 기반한 세밀한 디지털 헬스 케어 시스템 정책이 요구된다.

대표적인 만성질환으로 당뇨병이 급증하고 있는 시점에서 저소득 당뇨병환자에게 개입하고 있는 의료사회복지사의 실천 경험을 질적 탐색하는 것은 의료사회복지사의 근거 기반 실천을 위한 통찰 및 지식 제공, 다학제간 협력체계 강화를 통한 의료 서비스 질 제고, 취약계층을 위한 건강 형평성 증진, 국가 정책 및 제도 개선의 근거 제공 등의 실천적, 정책적 기여가 기대된다. 본 연구의 한계점으로는 자료수집을 위해 그룹당 3~6명의 소집단으로 구성하여 상호작용을 활발히 하고자 하였으나 온라인 인터뷰로 이루어져 참여자 간의 집단역동에 의한 의견 촉진 및 도출에는 다소 제한이 있을 수 있다. 이외에 연구참여자 대부분이 (상급)종합병원 소속으로서, 병·의원에 근무하는 의료사회복지사의 경험을 반영하지 못하였다. 후속 연구에서는 대면 인터뷰, 다양한 환경에서 근무하는 의료

3) 일차 의료 만성질환 관리 사업은 동네의원 중심의 지속적, 포괄적 만성질환 관리체계를 구축하여 고혈압, 당뇨병환자의 질환 관리 수준 제고 및 효율적 의료전달체계 개선에 기여하기 위해 추진되었다. 사업 대상은 의원 외래를 이용하는 고혈압, 당뇨병환자이며, 서비스 제공자는 의사, 간호사, 영양사로 명시되었다. 만성질환 통합관리료 수가가 책정되어 있다(보건복지부, 2024).

사회복지사들의 경험을 포함할 뿐만 아니라, 지역사회기관 사회복지사의 저소득 당뇨병환자 개입 경험 등을 탐색함으로써 지역사회 기반의 당뇨병 관리체계 구축을 위한 근거 마련도 필요하다. 마지막으로 당뇨병은 의료, 간호, 영양, 운동 등의 복합적인 접근이 필요한 만성질환으로, 의료전문가, 간호사, 영양사, 약사, 운동처방사 등 다학제 팀의 관점에서 연구를 시행하고, 그 결과에 기반하여 저소득 당뇨병환자의 자기관리를 적극 지원할 수 있어야 할 것이다.

장수미는 이화여자대학교에서 사회복지학 석·박사학위를 받았으며, 청주대학교에서 교수로 재직 중이다. 주요 관심 분야는 의료사회복지, 정신건강사회복지이며, 현재 만성질환, 호스피스, 중독 행동, 사회복지 실천의 효과성 등을 연구하고 있다.

(E-mail: jsumi@cju.ac.kr)

남은지는 서울대학교에서 사회복지학 석사학위를, University of Kansas에서 사회복지학 박사학위를 받았으며, 인천대학교에서 교수로 재직 중이다. 주요 관심 분야는 정신건강, 회복, 의료사회복지, 강점관점모델로, 현재 정신건강 및 건강 분야 서비스 질 향상을 위한 다양한 연구를 하고 있다.

(E-mail: enam@inu.ac.kr)

이수지는 이화여자대학교에서 사회복지학 석사학위를 받았으며, 한림대학교강남성심병원에서 의료사회복지사로 재직 중이다. 주요 관심 분야는 의료사회복지이며, 현재 만성질환 등을 연구하고 있다.

(E-mail: suji0926@hallym.or.kr)

참고문헌

건강보험. (2023). '1형 당뇨병' 연속혈당검사비, 건강보험이 지원해요!. **건강보험,** 293. https://www.nhis.or.kr/static/alim/paper/oldpaper/202303/sub/section1_5.html

고하나, 송미순. (2018). 노인복지관 당뇨병 자기관리 프로그램의 과정과 평가: 실행 연구 방법. **한국노년학회, 38**(1), 169-185.

김동희. (2018). 당뇨 캠프에서 의료사회복지사의 개입에 대한 역할과 의의. **Journal of Korean Diabetes, 19,** 246-254.

김은영, 소애영. (2009). 당뇨병환자를 위한 지역사회 중심 자조 관리 프로그램의 효과. **지역사회간호학회지, 20**(3), 307-315.

김준영. (2016). 당뇨병환자에 대한 사회복지상담 증례. **대한당뇨병학회 학술발표논문집** (pp. 131-131).

김지현, 장상아. (2009) 당뇨병 교육이 환자의 혈당조절과 자가관리에 미치는 영향. **Diabetes and Metabolism Journal, 33**(6), 518-525.

김혜연, 윤우준, 신민호, 권순석, 안혜란, 최성우, 이영훈, 조동혁, 이정애. (2009). 일개 농촌지역 저소득층 당뇨병환자의 관리 상태. **예방의학회지, 42**(5), 315-322.

남은지, 최창용, 이정명. (2024). 소득수준별 당뇨병 교육 이수 영향 요인: 2023 지역사회건강조사 자료 분석. **보건교육건강증진학회지, 41**(5), 125-137.

남희은, 진혜민, 백정원. (2015). 사회복지사 소진 요인에 관한 메타분석. **한국산학기술학회논문지, 16**(2), 1045-1053.

당뇨병학연구재단. (2025). **당뇨병학연구재단 카카오 임팩트 사업 참가 모집 안내.** https://diabetes.or.kr/bbs/?code=f_notice&mode=view&number=2067&page=1&code=f_notice

대한당뇨병학회. (2025). **당뇨병 교육 인증병원.** https://www.diabetes.or.kr/pro/hospital/

보건복지부, 서울대병원. (2023), 민간 인력 활용 복지 사각지대 발굴 체계 구축 연구.

보건복지부. (2024). **가까운 동네의원에서 고혈압·당뇨병을 관리해 보세요.** https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010200&bid=0027&act=view&list_no=1483237&tag=&nPage=1

서동민. (2025). 돌봄통합지원법 도입에 따른 지역사회 통합돌봄의 쟁점 및 개선 방향. **보건복지포럼**(340). https://doi.org/10.23062/2025.02.2

서민지. (2022. 11. 15.). 당뇨병 600만명·MZ세대 증가율 심각한데, 보건복지부 부실한 제도·관리 의지 민낯. **메디게이트 뉴스** https://medigatenews.com/news/2913719973

성기월, 박미경, 남지란, 박지현, 강혜승. (2017). 당뇨병을 가지고 살아가는 취약계층 노인의 경험. **한국보건간호학회지, 31**(1), 149-161. https://doi.org/10.5932/JKPHN.2017.31.1.149

송미순. (2014). 지역사회에서의 당뇨병 자기관리 교육. **Journal of Korean Diabetes, 15,** 98-103.

심경순. (2012). 지역사회 정신보건사회복지사들의 강점실천 경험에 관한 연구. **한국지역사회복지학, 43,** 167-189.

유빈. (2022). 당뇨병환자 건강관리의 사회적 결정요인. **Journal of Korean Diabetes, 23**(2), 138-143.

이순영. (2016). 고혈압 및 당뇨병 관리를 위한 지역사회 중심의 접근 전략과 발전 방향. **보건교육건강증진학회지, 33**(4), 67-77.

이제우. (2011). 당뇨병 관리의 경제성 평가. **Journal of Korean Diabetes, 12**(1), 2-5.

이지연. (2005). 당뇨병환자 가족에 대한 사회사업적 개입. **월간 당뇨,** 10월호, 64-70.

인천광역시. (2025). **인천시, 당뇨병 예방 총력... '당뇨 전담팀' 본격 운영.**

임성철. (2024). 당뇨병환자의 사회적 욕구 평가와 개입. **Journal of Korean Diabetes, 25,** 241-246.

임정원, 김민영. (2017). 의료사회복지사의 직무 실태와 활동 수가 현황. **한국사회복지조사연구, 54,** 167-194.

임정원, 장수미, 유조안, 김민영. (2019). 종합병원 의료사회복지사의 퇴원계획 모델 개발과 수가 적용 방안. **한국사회복지학, 71**(4), 31-65.

임정원, 장수미. (2024). 위기가구 지원을 위한 의료기관 의료사회복지사와 지역사회기관 사회복지사의 연계 및 협업 경험. **한국사회복지학, 76**(1), 120-149.

장선주. (2020). 노인 당뇨병환자를 위한 당뇨병 자가관리 교육의 고려 사항: 지역사회복지관을 중심으로. **Journal of Korean**

Diabetes, 21, 211-215.

장수미. (2015). 만성질환자의 주관적 건강 상태에 미치는 영향 요인: 당뇨병환자의 사회경제적 지위를 중심으로. **정신건강과 사회복지, 43**(2), 32-59.

장수미. (2023). 취약계층의 당뇨병 자기관리. Journal of Korean Diabetes, 24(2), 102-106.

장수미, 임정원, 권용진, 김현희. (2024). 위기가구 지원을 위한 의료사회복지 활동 수가 개발 연구. **비판사회정책, 83,** 189-224.

장수미, 박유정, 최경애. (2025). 성인 초기 당뇨인의 삶 : 당뇨병 자기관리 경험과 의미를 중심으로. **한국사회복지학, 77**(2), 69-94.

전은주. (2017). **IMB 모델 기반 당뇨 자기관리 모바일 앱 개발 및 효과 평가** [박사학위논문, 서울대학교].

질병관리청. (2024). **2024 만성질환 현황과 이슈: 만성질환 Fact Book.**

태안군의회. (2024). **태안군 소아 청소년 제1형 당뇨병환자 지원에 관한 조례안.**

최가영. (2019). 당뇨병 관리에 대한 의료사회복지사의 역할. Journal of Korean Diabetes, 20, 251-254.

최경애. (2009). **개입연구 방법을 활용한 노인 당뇨병환자의 자기관리 프로그램 개발: 임파워먼트 관점 중심** [박사학위논문, 이화여자대학교].

최명민, 현진희. (2006). 의료사회복지사의 소진에 관한 질적연구: 소진 위험 요인을 중심으로. **한국사회복지행정학, 8**(1), 1-38.

하지수. (2025. 5. 26.). **제2형 당뇨병환자에게도 연속혈당측정기 보험 지원 확대해야. 중앙일보.** https://www.joongang.co.kr/article/25338751

Aceves, B., Gunn, R., Pisciotta, M., Razon, N., Cottrell, E., Hessler, D., Gold, R., & Gottlieb, L. (2022). Social care recommendations in national diabetes treatment guidelines. *Current Diabetes Reports, 22,* 481-491.

Adler, A., Trujillo, C., Schwartz, L., Drown, L., Pierre, J., Noble, C., Allison T., Cook, R., Randolph, C., & Bukhman, G. (2021). Experience of living with type 1 diabetes in a low-income country: A qualitative study from Liberia. *BMJ Open, 11,* e049738. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049738

Afaya, R., Bam, V., Azongo, T., Afaya, A., Kusi-Amponsah, A., Ajusiyine, J., & Hamid, T. (2020). Medication adherence and self-care behaviours among patients with type 2 diabetes mellitus in Ghana. *PLoS One, 15*(8), 1–14. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237710

Althubyani, A., Gupta, S., Tang, C., Batra, M., Puvvada, R., Higgs, P., Joisa, M., & Thomas, J. (2024). Barriers and enablers of diabetes self-management strategies among Arabic-speaking immigrants living with type 2 diabetes in high-income western countries: A systematic review. *Journal of Immigrant and Minority Health, 26,* 761-774. https://doi.org/ 10.1007/s10903-023-01576-0

American Diabetes Association. (2023). Health Equity Impact Report 2023.

Beckles, G., & Chou, C. (2016). Disparities in the prevalence of diagnosed diabetes: United States, 1999–2002 and 2011–2014. *Morbidity and Mortality Weekly Report, 65,* 1265–1269. https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6545a4

Blas, E., & Kurup, A. (2010). *Equity, social determinants and public health program.* Chapter 5 Diabetes: Equity and social determinants. Geneva: World Health Organization.

Braun, V., & Calrke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 23,* 77-101.

Braun, V., & Calrke, V. (2023). Toward good practice in thermatic analysis: Avoiding common problems and be(com)ing a knowing researcher. *International Journal of Transgender Health, 24*(1), 1-6. https://doi.org/ 10.1080/26895269.2022.2129597

Brown, A., Ettner, S., Piette, J., Weinberger, M. Gregg, D., Shapiro, M., Karter, A., Safford, M., Waitzfelder, B., Prata, P., & Beckles, G. (2004). Socioeconomic position and health among persons with diabetes mellitus: A conceptual framework and review of the literature. *Epidemiologic Reviews, 26,* 63-77. https://doi.org/10.1093/epirev/mxh002

Brunson, A. (2022). *Exploring the Provisions in Medical Social Work Settings for Those Living withDiabetes: A Systematic*

Review. University of Alabama, Doctoral Dissertation.

Cakmak, V., Sari, E., & Ozdemir, S. (2025). Experiences of adults with type 2 diabetes mellitus with low socioeconomic status: A qualitative study. *BMC Public Health, 25*, 381. https://doi.org/10.1186/s12889-025-21582-1

Castro, S., O'Toole, M., Brownson, C., C., Plessel, K., & Schauben, L. (2009). A diabetes self-management program designed for urban American Indians. *Preventing Chronic Disease, 6,* A131.

Chen, Yu., Zhou, X., Bullard, K., Zhang, P., Imperatore, G., & Rolka, D. (2023). Income-related inequalities in diagnosed diabetes prevalence among US adults, 2001–2018. *Plos One, 18*(4),e0283450. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0283450

Chrvala, C., Sherr, D., & Lipman, R. (2016). Diabetes self-management education for adults with type 2 diabetes mellitus: A systematic review of the effect on glycemic control. *Patient Education and Counseling, 99*(6), 926-943. https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.11.003

Dong, N., Wang, X., & Yang, L. (2023). Ther short-and long-term effects of cognitive behavioral therapy on the glycemic control of diabetic patients: A systematic review and meta-analysis. *BioPsychoSocial Medicine, 8*(17), 18. https://doi.org/10.1186/s13030-023-00274-5

Drewnowski, A. (2009). Obesity, diets, and social inequalities. *Nutrition Review, 67,* S36-39. https://doi.org/10.1111/j.1753-4887.2009.00157.x

Fallon, C., Jones, E., Oliver, N., Reddy, M., & Avari, P. (2022). The impact of socio-economic deprivation on access to diabetes technology in adults with type 1 diabetes. *Diabetic Medicine, 39*(10), e14906. https://doi.org/10.1111/dme.14906

Felix, H., Mays, G., Stewart, M., Cottoms, N., & Olson, M. (2011). The care span: Medicaid savings resulted when community health workers matched those with needs to home and community care. *Health Affairs, 30*(7), 1366-1374. https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0150

Garnett, J. (2012). *The Unexamined Link: Type II Diabetes and Poverty*. VA: Washington and Lee University.

Gehlert, S., & Browne, T. (2011). *Handbook of Health Social Work(2nd ed.)*. CA: John Wiley & Sons.

Hill, J., Galloway, J., Goley, A., Marrero, D., Minners, R. Montgomery, B., Peterson, G., Ratner, R., Sanchez, E., & Aroda, V. (2013). Scientific statement: socioecological determinants of prediabetes and type 2 diabetes. *Diabetes Care, 36,* 2430–2439. https://doi.org/10.2337/dc13-1161

Hill-Briggs, F., Adler, N., Berkowitz, S., Chin, M., Gary-Webb, T., Navas-Acien, A., Thornton, P., & Haire-Joshu, D. (2021). Social determinants of health and diabetes: A scientific review. *Diabetes Care, 44,* 258-279. https://doi.org/10.2337/dci20-0053

Hunt, C. W. (2015). Technology and diabetes self-management: An integrative review. *World Journal of Diabetes, 6*(2), 225-233. https://doi.org/10.4239/wjd.v6.i2.225

Hwang, J., Park, T., Jung, S., Kim, H., *Kim, D.,* Kim,. S., Nam, M., Kim, T., Lee, M., & Lee, K., (2008). Direct medical costs of type 2 diabetic patients in the tertiary hospital. *Diabetes and Metabolism Journal, 32*(3), 259-268.

International Diabetes Federation. (2025). *IDF Diabetes Atlas 11th edition.* https://diabetesatlas.org/

Johnson, P., O'Brien, M., Orionzi, D., Trahan, L. & Rockwood, T. (2019). Pilot of community-based diabetes self-management support for patients at an urban primary care clinic. *Diabetes Spectrum, 32*(2), 157-163. https://doi.org/10.2337/ds18-0040

Jung, Y., Kim, Y., Ock, M., & Yoon, S. (2024). Measuring the burden of disease in Korea using disability-adjusted life years (2008–2020). *Journal of Korean Medical Science, 39*(7), e67. https://doi.org/10.3346/jkms.2024.39.e67

Knowler W., Barrett-Connor, E., Fowler, S., Hamman, R., Lachin, J., Walker, E., & Nathan, D. (2002). Reduction in

the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *New England Journal of Medicine, 346*(6), 393–403. https://doi.org/10.1056/NEJMoa012512

Korean Diabetes Association (2024). *Diabetes Fact Sheet 2024.* https://www.diabetes.or.kr/bbs/?code=fact_sheet&mode=view&number=2792&page=1&code=fact_sheet

Lamptey, R., Robben, M., Amoakoh-Coleman, M., Boateng, D., Grobbee, D., Davies, M., & Klipstein-Grobusch, K. (2022). Structured diabetes self-management education and glycemic control in low-and middle-income countries: A systematic review. *Diabetic Medicine, 39,* e14812. https://doi.org/10.1111/dme.14812

Landon, B., Grumbach, K., & Wallace, P. (2012). Integrating public health and primary caresystem: Potential strategies from an IOM report. *JAMA, 308*(5), 461-462. https://doi.org/10.1001/jama.2012.8227

Levi, R., Bleich, S., & Seligman, H. (2023). Food insecurity and diabetes: Overview of intersections and potential dual solutions. *Diabetes care, 36*(9), 1599-1608. https://doi.org/10.2337/dci23-0002

Lincoln, Y., & Guba, E. (1985). *Naturalistic Inquiry, Beverly Hills.* CA: Sage Publications.

Lorig, K., & Holman, H. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine, 26*(1), 1–7. https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_011

Ludwig, J., Sanbonmatsu, L., Gennetian, L., Adam, E., Duncan, G., Katz, L., Kessler, R., Kling, J., Lindau, S., Whitaker, R., & McDade, T. (2011). Neighborhoods, obesity, and diabetes: A randomized social experiment. *New England Journal of Medicine, 365*(16), 1509-1519. https://doi.org/10.1056/NEJMsa1103216

Mayer, V., MaDonough, K., Seligman, H., Mitra, N., & Long, J. (2015). Food insecurity, coping strategies and glucose control in low-income patients with diabetes. *Public Health Nutrition, 19*(6), 1103-1111. https://doi.org/10.1017/S1368980015002323

Moin, T., Harwood, J. M., Mangione, C. M., Jackson, N., Ho, S., Ettner, S., & Duru, O. K. (2020). Trends in costs of care and utilization for medicaid patients with diabetes in accountable care communities. *Medical Care, 58,* S40–S45. https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001318

Moon, E., Jo, Y., Park, T., Kim, Y., Jung, S., Kim, H., Kim, D., Chung, Y., & Lee, K. (2008). Clinical characteristics and direct medical costs of type 2 diabetes patients. *Diabetes and Metabolism Journal, 32*(4), 358-365.

Oh, S., Ku, H., & Park, K. (2021). Prevalence and socioeconomic burden of diabetes mellitus in South Korean adults: A population-based study suing administrative data. *BMC Public Health, 21,* 548.

Park, S., Ko, S., Kim, J., Kim, K., Moon, J., Kim, N., Han, K., Choi, S., & Cha, B. (2025). Diabetes fact sheets in Korea 2024. *Diabetes Metabolism Journal, 49,* 24-33. https://doi.org/10.4093/dmj.2024.0818

Pearson, M., Wu, S., Schaefer, J., Bonomi, A., Shortell, S., Mendel, P., Marsteller, J., Louis, T., Rosen, M., & Keeler, E. (2005). Assessing the implementation of the chronic care model in quality improvement collaboratives. *Health Service Research, 40*(4), 978-996. https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2005.00397.x

Plumb, J., Weinstein, L., Brawer, R., & Scott K. (2012). Community-based partnerships for improving chronic disease management. *Primary Care, 39*(2), 433-447. https://doi.org/10.1016/j.pop.2012.03.011

Rabi, D., Edwards, A., Southern, D., Svenson, L., Sargious, P., Norton, P., Larsen, E., & Ghali, W. (2006). Association of socio-economic status with diabetes prevalence and utilization of diabetes care services. *BMC Health Services Research, 6,* 124-130. https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-124

Sanchez, T., Stolz, R., & Ma, J. (2003). *Moving to equity: Addressing inequitable effects of transportation policies on minorities.* The civil rights project at Harvard university and center for community change.

Savage, M., Goldney, J., Slater, T., Sarkar, P., Sargeant, J., Wilmot, E., & Davies, M. (2025). Management of early-onset type 2 diabetes in adults: Current evidence and future directions. *Diabetes and Metabolism Journal, 49,* 934-950.

Seligman, H., Smith, M., Rosenmoss, S., Marshall, M., & Waxman, E. (2018). Comprehensive diabetes self-management support from food banks: A randomized controlled trial. *American Journal of Public Health, 108*(9), 1227-1234.

Shah, M., Kaselitz, E., & Heisler, M. (2013). The role of community health workers in diabetes: Updates on current literature. *Current Diabetes Reports, 13*(2), 163-171. https://doi.org/10.1007/s11892-012-0359-3

Shi, C., Zhu, H., Zhou, J., & Tang, W. (2020). Barriers to self-management of type 2 diabetes during COVID-19 medical isolation: A qualitative study. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy, 13,* 3713-3725. https://doi.org/10.2147/DMSO.S268481

Sidaway, P. (2014). Clinical trials: Lifestyle intervention reduces CKD risk associated with type 2 diabetes. *Nature Review Nephrology, 10*(11), 613. https://doi.org/10.1016/S2213-8587(14)70156-1

Smalls, B., Gregory, C., Zoller, J., & Egede, L. (2015). Direct and indirect effects of neighborhood factors and self-care on glycemic control in adults with type 2 diabetes. *Journal of Diabetes and its Complications, 29*(2), 186–191. https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2014.10.008

Spencer, M. S., Rosland, A., Kieffer, E., Sinco, B., Valerio, M., Palmisano, G., Andersonm M., Guzman, J. R., & Heisler, M. (2011). Effectiveness of a community health worker intervention among African American and Latino adults with type 2 diabetes: A randomized controlled trial. *American Journal of Public Health, 101*(12), 2253–2260.

Steffen, P., Mendonca, C., Meyer, E., & Faustino-Silva, D. (2021). Motivational interviewing in the management of type 2 diabetes mellitus and arteial hypertension in primary health care: An RCT. *American Journal of Preventive Medicine, 60*(5), e203-e212. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.12.015

Tang, T., Ayala, G., Cherrington, A., & Rana, G. (2011). A review of volunteer-based peer support interventions in diabetes. *Diabetes Spectrum, 24,* 85-98. https://doi.org/10.2337/diaspect.24.2.85

Tung, E., & Peek, M. (2015). Linking Community Resources in Diabetes Care: A Role for Technology? *Current Diabetes Report, 15*(7), 614. https://doi.org/10.1007/s11892-015-0614-5

Tuobenyiere, J., Mensah, G., & Korsah, K. (2023). Patient perspective on barriers in type 2 diabetes self-management: A qualitative study. *Nursing Open, 10,* 7003–7013. https://doi.org/10.1002/nop2.1956

Wagner, E., Glasgow, R., Davis, C., Bonomi, A., Provost, L., McCulloch, D., Carver, P., & Sixta C. (2001). Quality improvement in chronic illness care: A collaborative approach. *Joint Commission Journal on Quality Improvement, 27,* 63-80. https://doi.org/: 10.1016/s1070-3241(01)27007-2

Woodward, A., Walters, K., Davies, N., Nimmons, D., Protheroe, J., ...& Armstrong, M. (2024). Barriers and facilitators of self-management of diabetes amongst people experiencing socioeconomic deprivation: A systematic review and qualitative synthesis. *Health Expectations, 27,* e14070. https://doi.org/10.1111/hex.14070

The Practice Experiences of Medical Social Workers with Low-Income Individuals with Diabetes

Jang, Soo Mi[1*] | Nam, Eunji[2] | Lee, Su ji[3]

[1] Cheongju University

[2] Incheon National University

[3] Hallym University Kangnam Sacred Heart Hospital

* Corresponding author:
Jang, Soo Mi
(jsumi@cju.ac.kr)

Abstract

Diabetes requires self-management in daily life, not only through regular medical check-ups but also through medication and insulin injections, dietary control, exercise, and stress management. However, for low-income individuals with diabetes, various psychosocial difficulties often hinder effective self-management, highlighting the importance of support from medical social workers. The purpose of this study is to explore the practice experiences of medical social workers who work with low-income diabetes patients, in order to identify practical and policy strategies to support this population. The study participants were 15 medical social workers with practical experience working with low-income diabetes patients. Data were collected through four focus group interviews and qualitatively analyzed using the thematic analysis method. The analysis yielded four main themes: (1) Low-income diabetes patients with complex challenges—pathways and reasons for intervention; (2) Contents of medical social work practices for low-income diabetes patients; (3) Practical challenges in intervening with low-income diabetes patients; and (4) Structural challenges in intervening with low-income diabetes patients. These themes were further broken down into 16 categories and 257 concepts. Based on these findings, we propose support strategies such as motivation-enhancing counseling, tailored welfare service, improvements to the insurance fees system, strengthening medical social workers' competencies, and enhanced collaboration with community welfare organizations.

Keywords: Low-Income Individuals with Diabetes, Medical Social Workers, Practice Experiences