

지역사회에서의 정신분열증 환자의 간호관리

원 정 숙

(경희대병설간호전문대학 교수)

I. 서 론

1. 지역사회 정신보건과 정신분열증

정신분열증은 주요 정신병증의 하나인 만성적인 질환으로서 사고, 정동, 감각, 의욕 등 인격의 각 측면에서 특이한 와해를 일으키는 병이다(이정균, 1981). 이 만성질환은 정신사회적 기능의 완전회복이 어렵고 그러므로 사회적 기능이 부족되므로 사회복귀에 대처 할 수 있는 능력이 부족된다. 따라서 증상 악화에 대한 취약성을 더욱 높히게 된다(Liberman, 1982).

Sylph등(1979)은 이 만성환자의 50%이상이 사회적, 개인적 기능결손을 보이는데 사회의 대응능력은 퇴원후 성공적인 생활을 좌우하는 가장 중요한 척도가 된다고 했다.

하지만 병원치료 만으로는 일상생활 기술, 대응기술을 가르쳐 주지못하며 환자의 증상이 호전되어도 재활성과와 사회복귀능력이 자동적으로 이루어지지는 않는다(Engelhardt & Rosen, 1976).

이에 대해 유(1991)는 질병직후 정신과적 도움을 받은 사람은 회복이 양호하나 치료가 늦을 수록 회복율이 낮으며 또한 퇴원후에도 지속적인 관리를 받을 경우에만이 예후가 양호하다고 했다.

또한 주요 정신질환을 가진 환자들은 대부분의 경우 만성화의 과정을 밟으며 반복되는 재발과 사회적응 기능의 저하로 인해 가족이 관리하기에 한계가 있다는 점에서 지역사회 환자 관리의 중요성이 점차 더 강조되었다.

이에 따라 어느국가나 그 나라의 경제수준, 사회복지

정책, 의료정책 등을 감안할 지역사회 정신보건의 관리 방안을 마련하고자 나름대로 고심하여왔다(남&최 1993).

이와 같은 비교적 장기적인 치료, 보호 및 관리대책이 필요한 정신분열증, 조울증, 기질적 정신병과 각종 중독 등의 우리나라는 물론 세계적으로 국가정신보건사업의 우선관리 대상이 되고있다.

이에 만성정신 질환의 치료와 관리는 정신건강에서의 관심이 증가되고 정신질환의 예방, 치료, 재활 - 사회복귀등 - 전반적으로 사회 복귀재활을 위해 관리하는 면에 중요성을 가진 지역사회 정신보건 정책이 시급히 요구되고 있는 실정이다(이광자, 1993).

바람직한 정신보건은 불필요한 입원치료를 막아 수용화 현상을 방지하고 환자의 치료가 증상의 제거만이 목적이 아니라 사회복귀에 주안점을 두어 최종목표가 생산적 사회생활을 하도록 하는데 있으며 입원치료 중심으로 지역사회 정신치료를 강화시켜 두가지 치료전략이 균형을 이루고 효율적으로 연결되도록하고, 입원치료는 꼭 필요한 경우만 시행하며, 부분입원이 활성화 되도록 하고 입원시설도 환자의 치료에 적합한 시설로 규모를 제한 시키는 것이다(정신보건 연구회, 1993).

이와 같은 정신보건법은 최선의 치료를 받고 병을 고쳐 자신의 삶의 질을 높이는 노력을 스스로 하지 못하는 정신질환자들에게 최선의 치료를 제공하려는 국가적 노력이다.

한편 세계보건기구(WHO)에서는 정신질환자 관리에 대한 평가로 성공과 실패에 대한 결과에는 몇 가지 요인이 관련되어 있다고 제시하며 최근 서태평양 지역

의 정신보건에 대한 평가를 통해 지역사회를 기반으로 하는 정신질환자에 대한 서비스의 필요성이 여러나라에서 전문가로부터 인식되어지는 단계에 있음에도 불구하고 정신보건에 대한 재정지원은 여전히 병원중심으로 이루어지고 있다. 이는 지역사회 정신 보건서비스로 인한 이득에 대하여 많은 나라들이 잘 이해하지 못하고 있고 또 정신 질환자에 대한 낙인이 아직까지 강하게 남아 있으며 훈련된 보건 전문가가 부족하여 결국 정신질환자의 감호치료 모형(Custodial care model)을 고수하게 하는데 따른것이다라고 밝히고 있다(WHO 1993).

우리나라는 경제적으로는 선진국에서 중진국 대열로 진입하려는 단계에 와 있음에도 불구하고 기본적인 정신보건법조차 제정된 바가 없으며, 세계각국이 지역사회 중심의 환자관리를 통해 정신병원의 병상수를 감소시켜 가고 있는 현 시점에서 정신병원의 건립이 주요정책으로 논의되는 등 정신보건에 있어서 많은 후진성을 면치 못하고 있다(남&최, 1993).

또한 우리나라는 정신보건법은 물론 정신보건 서비스와 관련된 정신간호사의 역할 활동이 전무한 실정으로 법체정으로부터 시설이나 인력을 모든 부분이 새로이 정비되어야 할 상황에 놓여 있다(남&최, 1993).

이에 지난 1992년 9월에 입법예고된 정신보건법(안)에 정신보건요원에 정신간호사가 제외된 문제점이 있어 대한간협과 학회는 여러상황에서 건의한바있다(이광자, 1993).

특히 정신질환중에 만성적인 정신분열증은 지역사회에서의 간호관리가 절실히 요구되므로 지역사회 정신 보건을 도입하는데 대한 논란이 끊이지 않고 있다. Anthony(1984)는 이때 훈련된 정신보건 전문가가 부족한것 등 결국 충분한 준비없는 탈병원화로 지역에 산재된 환자들에게 포괄적이고 지속적인 치료와 관리를 제공치 못하는 시행착오가 없어야 하겠다고 지적한바 있다.

따라서 늦은 감은 있으나 한편으로는 세계 여러나라가 시행착오를 거치면서 지역사회 정신보건 사업을 다각적으로 개발해온 결과를 접할 수 있는 현시점이 우리는 갖가지 유익한 정보를 제공해 줄수 있다고 본다. 이에 정신 보건 전문요원으로서의 정신간호사의 타당성

을 제시해 봄으로서 지역사회 정신보건에서 효과적으로 활용할 수 있는 정신간호사의 활동을 다루어 보고자 한다.

2. 지역사회 정신보건과 정신간호사

정신과 환자 치료는 탈병원화 추세에 따라 정신간호사의 활동범위가 한정된 병원내에서 지역사회로 옮겨가게 되면서 그들의 기능과 역할도 변화하게 되었다. 따라서 위협에 처해있는 대상자를 파악하고 지지해주고, 또한 대상자들의 정신건강을 해치리라 생각되는 인간관계적 또는 사회적 충격을 잘 조정해 줄 수 있는 정신간호사가 필요하며, 이런 간호사는 서버서비스의 제공자 일뿐 아니라 연구자이며 교육자인 것이다(이광자, 1993).

미국의 경우 1946년 정신보건법이 국회에서 통과된 이후 국립정신건강 연구소를 설립하여 정신전문 간호사 훈련, 정신간호연구, 주립차원에서의 정신건강 프로그램을 지원하게 되었다.

즉 정신보건 법안에서 정신질환자 치료 및 관리에 4대분야 전문인으로서 정신과 의사, 정신간호사, 임상심리학자, 임상사회사업가를 명시 하였고, 이 법을 근거로 정신 간호전문교육을 위한 연방정부의 지원 방법을 명시하고 있다(이소우, 1993).

정신간호사는 정신의료팀을 구성하는 기본 전문인격으로 정신질환의 예방과 치료, 재활 및 국민의 정신건강 증진을 위한 기능과 역할을 수행할 수 있도록 이미 의료법에 명시되어 있는 분명한 정신보건 전문요원이다. 그럼에도 불구하고 우리나라의 정신보건법(안)에 입법예고 전 이 법(안) 제7조를 보면 보사부장관은 정신 보건분야에 관한 전문지식과 기술을 가진자에게 정신 보건 전문요원의 자격증을 교부 할 수 있다고 명시해 놓고는 정신보건 전문요원속에 정신 간호사는 제외하고 임상심리사와 정신의료 사회복지사만 포함시켰다.

또한 제12조 요양복지 시설의 설치 운영 조합에서도 정신간호사는 제외되었다(이광자, 1993).

특히 요양복지 시설중 정신요양원은 장기입원을 요하는 정신질환자를 입원시켜 요양 또는 사회복지 촉진을 위한 훈련을 행하는 시설이라고 정의하고 있는바,

이미 의료법에 의한 전문교육을 이수하고 자격증을 지닌 정신간호사는 제외된 것은 문제라 아니 할 수 없다.

정신간호사제도는 1990년 보건사회부고시, “전문간호사 과정등에 관한고시”의 규정에 의하여 되었다. 이 정신간호전문과정 등을 통해 정신간호사 자격 취득자들이 배출되었다.

또한 현재 정신과에 근무 하는 정신과 간호사에 1년 과정의 정신 간호과정을 통해 계속 배출되는 자격 취득자들을 고급 전문인력으로의 정신보건 전문요원으로 활용할 수 있으리라 생각한다(원, 1994).

정신간호사의 자격 및 역할은 정신간호사는 정신간호영역에서 전문가로 종사할 수 있는 전문적 준비를 마친 간호사로서 자격, 자질과 능력, 역할과 업무 등의 구체적 내용을 명시한 바 있다(대한간호학회 정신간호학회 특별위원회, 1992).

이에 제시된 역할과 업무에는 정신과 병동내에서의 역할 및 업무, 병원내에서 정신건강에 대한 자문역할, 지역사회내에서의 역할 등이다.

지역사회내에서의 역할을 제시해 본다면;

- 1) 중앙기관과 지역사회기관사이에서 정보교환을 위한 교량적 업무
- 2) 가정방문 등을 통해 지속적인 간호수행
- 3) 지역사회(보건소, 학교, 유치원, 유아원등)내에서 정신건강에 대한 자문
- 4) 지역사회내에서 대중적 정신건강교육 실시 및 정신건강에 관계된 활동에 참여
- 5) 정신건강 관계기관의 행정관리 및 운영(예: Nursing Home)
- 6) 정신보건센터: 추후관리와 치료 및 카운셀링 서비스 교육과 예방 프로그램운영, 알콜 및 약물남용 서비스, 위기전화상담, 가정방문간호
- 7) 다양한 낮병원 프로그램 운영(Halfway house, Sheltered workshop등)
- 8) 팀 접근 및 연구 등이다.

정신질환의 특성상 환자에 대한 의료기관 및 사회 복지시설 안에서의 비인간적인 대우나 사회적 차별대우의 우려가 큰바, 이러한 일이 발생하지 않도록 감독 체계가 필요하며 기존 병상을 더욱 치료적이고 인도적인

환경으로 변화 시킬 수 있는 여러제도와 정책을 연구시행 해야 할것이다(한국정신요양협회, 1992).

이와같은 환자의 인권보호면과 정신보건법의 경제적 측면에서 볼때 정신보건전문 요원으로서의 정신간호사의 활용이 그 어느 전문요원보다 적합하리라 생각된다(이광자, 1993). 또한 기존 고급인력 활용측면에서 볼때, 현재 정신간호사의 역할을 중심으로 분류해보면 입원병동 간호사, 외래/낮병동 간호사, 지역사회 간호사, 교육간호사 등이 있는데 이 기존인력은 정신보건 전문요원으로서의 정신간호사를 고급인력으로 활용할 수 있을 것이다(원, 1994). 이미 정신과 병동에 근무하고 있는 간호사들은 각종 작업요법 및 행동요법, 집단상담 등을 실시하고 있고 치료팀간의 집담회의 등에서도 활발한 참여를 하고 있으며 낮병동에 있는 병원에서는 팀 리더로서 이러한 역할을 수행해 왔기 때문에 이들을 효율적으로 활용한다면 정신보건관리 측면에서 큰 도움이 될 것이다.

3. 지역사회에서의 정신간호관리

정신분열증 환자의 간호관리는 입원실에서 뿐만아니라 낮병동이나 재활, 지역사회, 환자, 가정으로까지 넓혀져 가고있고 실제로 시행하고 있는 현실이다.

지속적인 치료의 실패와 재활이 필요한 환자에 대한 관리미흡이 정신질환 재발 및 장기수용에 가장 중요한 원인이며 이들이 경제적, 사회적으로 문제가 되는 환자의 대부분을 차지(정신보건 연구원, 1993)하게 되나 환자는 증상이 호전된후에 사회복지를 위해 더 시간이 소요 되기에 꾸준한 사회복지 프로그램이 적용 되게 하여야 한다.

앞서 제시한 정신간호사의 역할중 지역사회에서의 많은 역할이 있지만 특히 정신간호사는 각종 치료프로그램의 중요한 관리원으로서 교육프로그램 등을 운영하는 역할도 담당하여야 한다(원, 1994).

다음은 지역사회에서의 정신질환자 관리를 위한 환자와 그 가족의 교육프로그램에 대해서 제시해 보고자 한다.

교육프로그램의 목적과 필요성

환자교육이란 일반적으로 공식적이며 특별하게 계획

되고 조직된 건강교육 프로그램이라고 정의된다(유, 1991).

정신분열증은 만성적인 질환으로서 퇴원후에도 지속적인 치료를 받을 경우에만 예후가 양호하다. 또한 퇴원후에도 정기적인 외래방문과 함께 지속적인 약물복용등의 추후관리가 필요함에도 불구하고 환자들은 이를 잘 이행하지 못하여 재입원의 비율이 높다(유, 1991).

Youssef(1987)는 이에 대해, 환자는 입원초기부터 퇴원후의 생활에 대해 적절한 교육을 시킴으로서 이러한 불균형을 줄일수 있음을 보고한바 있다.

또한 정신질환자와 그 가족을 위한 간호교육프로그램이 부족한 상태이므로 그필요성을 주장하였다.

교육프로그램의 내용

○ 인간의 건강을 유지 및 증진하는데 필요한 지식, 태도, 습성 등을 포함한다.

○ 신체적, 정신적, 사회문화적, 영적 특성에 따라 그리고 질병에 대한 대상자나 가족의 태도에 따라 다양하게 계획한다.

○ 환자의 요구를 토대로 수행해야 하므로 입원전에 독립적 기능정도, 대상자의 가정환경, 퇴원하게 될 상황 등을 교육전에 사정한다.

정신질환자의 퇴원교육 내용(Buckwalter, Kerfoot, 1982)

1) 환자의 진단, 정신질환의 정의, 병원에서 받는 치료의 형태, 퇴원할때 약의 이름과 모양, 투약방법(양과 시간) 잠재적인 부작용, 이행의 필요성

2) 재발의 증상과 증후, 가정에서 재발시의 대책, 입원이 예견되는 요소와 증상들을 인식

3) 환자의 가족을 위한 지역사회내에서의 의학적, 사회적, 직업적 자원들: 퇴원후 추후 외래방문 스케줄에 대해 상기시키는 것.

4) 퇴원후 야기 될 수 있는 문제들을 예상하고 피할 수 있도록 적극적인 지지: 지식과 의견을 표시해 주는 것. 퇴원후 예견되는 문제의 영역에 대해서나 관심있는 재적응의 단순한 분야에 대해 토론하도록 환자를 격려.

교육 프로그램의 효과

재입원은 퇴원교육의 성공여부를 결정하는 지표중의 하나이다.

퇴원교육효과에 영향을 미치는 변인으로는 가족이 중요한 변수로 지적 되었는데, Buckwalter와 Kerfoot(1982)는 퇴원 교육에 자가이론 외에도 환자 가족을 포함 시킴으로서 사회적 적응 변수와 만족도, 스트레스 정도 및 추후 간호, 약속과 약물 복용이행에 긍정적으로 영향을 주었음을 주장하였다.

Youssef(1987)는 정신질환자의 가족이 환자의 행위조절이나 환자에 대한 미래의 기대 등에 대한 정보와 투약에 대해 거의 알고 있지 못함을 지적했다.

우리나라의 경우 일반인이나 의료팀보다 환자 가족이 정신질환에 대해 더 부정적인 태도를 보이는 것으로 나타났다(조, 1981, 김등, 1975).

약물복용뿐만 아니라 환자의 모든 자가 간호수행이 가족의 지지, 감독, 격려가 필요하리라 생각되며 특히 건강 이탈과 관련된 자가 간호수행을 위해서는 가족의 협조가 절실히 요구된다고 본다(원, 1994).

본고에서는 퇴원후 사회복지교육프로그램으로 지역 사회에서 정신간호사의 역할을 관리측면에서 볼때,

1) 교육의 관리

2) 가족돕기 관리

3) 재활관리등으로 나누어 적용해 보고져한다(원, 1994).

II. 간호관리

1. 교육의 관리

정신간호사의 역할과 업무(대한간호학회, 정신간호학회 특별위원회, 1992)에서 보면, 정신간호사는 간호의 법적인 범위내에서 환자의 건강관리를 위한 요구및 자원에 따라 여러가지 역할을 수행한다고 제시한 바 있다.

정신간호사는 위 업무에 제시된 모든 내용을 교육할 능력이 있어야 한다(원, 1994).

자의 치료에 문제가 되며 큰 영향을 미치고 있다(김, 김, 1973).

이러한 문제속에서 정신간호사는 정신분열병으로 고통받고 있는 사람들을 돌보는데 있어서 환자의 가족에게 세심한 관리가 주어져야 한다. 특히 퇴원후에 지역사회에서 만성정신 분열증 환자가 살아야 할 곳을 결정하는 일은 환자와 가족에게 중요한 문제이다. 정신간호사는 환자를 그 가족을 따로 떼어서 생각해서는 안된다. 환자의 문제는 곧 가족의 문제이기 때문이다.

정신간호사는 환자의 회복에 영향을 미치는 가족의 문제를 알고 이해할때 가족교육을 정확히 할 수 있으며, 지역사회에서의 정신 보건전문요원으로서 정신질환자와 그 가족의 건강관리자로서의 역할을 감당할 수 있다(원, 1994).

(1) 가족의 문제

다음의 문제들은 대부분의 환자 가족들에게 공통적으로 갖고 있는 심각한 문제들이다(Wechsler, 1985).

① 비난(Blame)과 수치심(Shame)

비난과 수치심의 문제는 가족들이 갖게되는 가장 보편적이고 고통스러운 감정이다. 이 감정은 가족 구성원들의 마음속에 앙금처럼 깔려 잠재되어있어 터져 폭발하기 일보직전에 있는 분위기로 살아가고 있다. 이러한 대부분의 상황들은 환자에게 현재 처해 있는 병적 상태가 그 가족 또는 그 부모가 원인일지 모른다는 감정으로부터 연유된 것이다.

부모들은 자신들이 환자의 부모가 된것을 후회하며 그러므로 이와 같은 가족의 구성원이 된것을 서로가 비난하게 된다. 또한 이런 서로서로의 원망은 병이 생기도록 만드는 환경이 될 수 있으며 이 환경은 병을 더 확산시켜서 더 큰 불행을 가져오게 된다.

이 상황에서 생기는 가족의 비난과 수치감은 환자를 은폐시키고 이웃과 격리시키는 결과를 만들게 한다. 환자는 더 큰 고독감을 느끼게 되며, 가족에게 자주 분노를 터뜨리고 병적인 기괴한 행동을 더 자제 못하여 마치 복수 할려는 것 같은 행동을 보이게 된다. 이 행동은 가족들에게 더욱 큰 수치감을 갖게하고 이에 환자의 고

독과 분노는 더욱 커지므로 수치심과 분노의 악순환이 계속되게된다.

정신간호사는 가족이 고통스러운 상황을 표현 하도록 교육하여 자신의 문제를 알 수 있게 해야 한다. 표현이야말로 비난과 수치심의 문제를 해결하는 한 방법이 될 수 있다. 또한 정신분열증이 생긴것이 서로가 자신들의 문제 때문이라고 생각되어 가족에게 생기는 해로움과 악순환에 대해서 알려주는 교육이 필요하다. 이 교육을 통해, 가족들은 자신들이 환자의 병을 유발시킨 것이 아니라는 것을 알고 이해할때 자신들이 느꼈던 비난과 수치심이 완화되고 그러므로 환자의 병이 안정되어 현실에 더 적응하게 될것이다.

이 교육은 가족들 그룹의 대화로 또는 가정 방문의 형태로 이루어지고 또한 도움을 줄 수 있는 많은 책들이 나와있다(천주성요한 생활관, 1989).

가족지원 그룹, 정신분열병협회등의 프로그램은 이러한 면에서 커다란 도움이 될수 있을 것이다(원, 1994)

② 분노(Anger)와 우울(Depression)의 감정

많은 가족 들은 위와 같은 상황의 조건때문에 깊은 분노와 우울의 감정을 경험하게 된다. 이러한 분노는 환자에게 병이 생긴 것에 대해 병이 존재하는 세계를 만드신 하나님께 돌려지게 된다. 때로는 이 분노가 내부로 잠복될 경우 분노로 나타나게 된다. 가족들은 이 또한 교육을 통해서 도움을 받을 수 있으며, 환자가 입원하거나 Hostel이나 Gromp Home에서 살기 위해서 집을 떠날때 가족의 상황을 안정을 되찾는 경우가 많다.

③ 혼란에 빠진 환자의 관리

환자에게 나타나는 혼란의 문제들 - 과다행동, 정신 집중, 능력부족, 감동이 없는것, 우울, 수면과다, 불면증, 개인위생불결, 부적절한 웃음, 약물남용, 알콜남용 등-이 있을때마다 직접환자들을 대면해야 하는 가족들의 어려움이다. 정신간호사는 환자들에게 교육을 통해서 혼란된 정신건강 요원들이 병원에서 환자의 증상에 직접 부딪치는 것 같은 문제의 어려움을 가족들도 겪어야 한다는 것을 알게하는 것이 중요하다. 그러므로 이러한 어려움을 겪는 가족을 돕기 위해서 정신증상에 대

한 교육은 필수적이다.

④ 자살(Suicide)-폭력적 자살-

폭력적자살의 위험을 가진 정신분열증 환자의 가족은 언제 터질지 모른 이 문제의 가능성이 항상 잠재되어 "만일 그런일이 생긴다면 어떻게 하지" 하는 반복되는 공포에 사로잡혀 있다. 정신분열증을 앓고 있는 6~10%의 사람들이 자살을 기도하며 이 대부분을 병에 걸린지 1-2년째에 발생하고, 우울증상을 가진 환자에게는 그 빈도가 더 높다. 정신분열증 자살의 많을 수는 망상(Delusion)의 결과이다. 정신분열증 환자중에는 드물기는 하지만 살인(Homicide)도 나타난다. 대개의 경우 이것도 편집망상(Paranoid delusion)의 결과이며, 따라서 망상때문에 공포의 이 상황이 생기지 않도록 막아야 한다는 것은 모두가 알고 있는 사실이다.

이와 같이 난폭한 환자를 가진 가족들은 어떻게 해야 할 것인가? 편집성 정신분열증은 많은 관심과 주의를 가져야 하는 질환이므로 이러한 상황에서는 항상 즉각적으로 입원시키라는 충고가 필요하다.

⑤ 미래에 대한 기대

아마도 정신분열증 환자를 둔 가족에게 주어진 제일 큰 과제는 그러한 가족의 현실을 있는 그대로 받아들이고, 환자의 장애에 대한 기대를 달리 가지는 것일 것이다.

환자가 만성이며 자주 발병하고 여러번 입원한 적이 있다면 그 환자의 장애문제를 현실적으로 다루게 하는 것이 가족들에게 필수적이며 바람직한 교육이 되겠다.

가족들은 환자가 정상처럼 되는 언젠가는 완쾌되어 정상으로 되돌아 가리라는 희망에 매달려 집착하게 된다. 또한 이때는 대체로 환자의 미래에 대해 비현실적인 계획을 세우기도 한다.

가족으로 하여금 환자에 대한 그 기대를 낮추게 하는 것이 매우 중요하다. 가족들이 그 병이 발생한 현실을 부정하는 한 그들은 "그들자신"과 "환자"를 모두 부정하는 것이 된다. 이때는 모든 매일매일의 생활에서 얻을 수 있는 기쁨은 전혀 없게 된다. 환자가 가족을 기쁘게 하는 것은 완쾌되는 것 외에는 없으나 그것은 그 환자 자체로서는 어떻게 해 볼수 없는 능력부족인 것이

다. Crere 과 Wing(1989)은 이러한 가족과의 인터뷰에서, "만일 가족들이 환자에 대한 기대를 포기한다는 것은 역설적으로 불행과의 타협에 있어서 하나의 전환점이 될수 있다" 또 "일단 희망을 포기하니깐 다시 기운을 차리게 되었으며 이것이 곧 문제를 처리 가능한 수준 (감당할 수 있는 정도)으로 축소시키는 첫단계가 되었다"고 했다.

그러나 이것은 환자의 가족이 전혀 기대를 갖지 말아야 한다는 것을 의미하는 것은 아니다. 그러나 기대는 현실적이어야 하고 환자의 능력과 조화를 이루어야 한다. 소아마비 환자는 그의 다리가 완전히 정상으로 되돌아 갈것이라고 기대해서는 안되는 것과 같이 만성정신분열증 환자의 가족도 환자의 두뇌가 완전한 정상으로 회복될 것이라고 기대해서는 안된다.

기대를 낮추는 효과는 환자와 함께 가족이 기쁨을 나누는 것을 가능하게 한다.

이와 유사하게 만일 어떤 사람이 현실감이 없어 밖에 나갈 수조차 없었는데 처음으로 버스를 탈 수 있게 되거나 혼자서 가게에 갈수있고 자전거를 탈 수 있게되면 이러한 성취들은 그들의 현재 상태에 대한 축복이 될수있다. 정신분열증 환자나 가족은 마치 소아마비 환자가 걸기를 다시 배우는 것에서 기쁨을 느끼는 것과 마찬가지로이다. 그러므로 환자의 가족이 병에 걸린 현실을 외면할 때 그들은 그러한 성취에서 얻는 기쁨을 부인하게 되는 것이다.

⑥ 형제(Brothers)와 자매(Sisters)

환자의 형제, 자매는 그들의 아픈 동기간을 돌보는 혼란속에서 부모들에게서 자주 잊혀지게 된다. 그들도 부모와 마찬가지로 죄의식을 느끼고 수치감을 갖게 된다.

특히 이해 할만하는 것은 정신분열증 환자들의 형제, 자매가 갖고 있는 곤혹스러움과 난처함의 감정이다. 이것은 사회적 압력이 피크에 도달해 있는 10대에게는 더욱 현저하다. 이러한 문제를 가진 형제, 자매는 불안을 갖게되며 이로인해 병을 얻게 된다. 때로는 가족중에 환자에게만 많은 관심과 주의가 기울여지기 때문에 질투심도 생기게 된다. 병에 대한 교육과 이해가 형제들이 그들에게 닦친 문제를 해결하도록 도와주는 큰 힘이 될 수 있다. 그들의 부모가 세상을 떠났을때 형제들

이 그 환자를 돌보는 책임을 갖게 되므로 그 환자에 관한 문제 결정에 형제, 자매들을 관련시키는 것이 대단히 중요하다.

⑦ 약물치료를 받게 하는 부모들의 문제

환자의 가족에게 지속적으로 관심갖도록 해야 할 문제는 환자가 매일 약물치료를 받아야 한다는 확신을 가족이 갖도록 알리는 것이다. 약물복용을 하는 환자 가족의 대부분은 환자가 약물복용을 거부한다는 사실을 밝혔다. 환자 자신이 병에 걸린 사실을 부인하면서 또 자신들은 회복되었다고 주장하면서 거부하기도 한다고 했다.

약물복용은 때때로 부작용을 가져오며 이것을 극복하고 끊임없이 약을 복용하는 것을 도와야 한다. 이 약물거부는 환각증이나 급성 정신증상들을 일으킬 수 있다.

(2) 교육프로그램

교육프로그램은 정신보건 간호사들이 가족과의 접촉을 통해서 지속적으로 계속 이루어지는 교육과정이다.

환자의 가정이나 집단가족모임에서 실시되며 주2회가 적당하다. 그 내용은 정신분열증에 관한 교육으로 정신분열증의 원인, 증상, 예후 그리고 치료와 관리 등으로 구성되어 있다(The National Schizophrenia Fellowship).

이것은 개개인 환자의 증상과 그들의 환경에 초점이 맞추어져야 하며 이 교육프로그램은 가족과의 공동작업을 통하여 지속될 병에 관하여 계속배우는 재활의 초기단계에 불과하다.

프로그램이 진행되는 동안 정신간호사가 알아야 할 점:

1) 환자의 상태에 관한 가족의 견해가 교육기간 즉시 변하는 것이 아니고 일년이나 그 이상의 기간을 거쳐 점차적으로 변한다는 것을 알아야 한다.

2) 가족들이 환자의 상태에 대해서, 의문나는 모든 점에 대해서 의문이 풀릴때까지 계속해서 계속 반복해서 전달 해야 하고 이때에 많은 인내심을 가져야 한다.

3) 가족들이 환자에게 새로운 사건이 생길때마다 계속 질문이 생기며 오랜 동안은 동일한 질문을 계속하게 될 것이다.

4) 가족들이 환자에게 너무 비판적이거나 과잉개입할때 충고하는 것은 큰 도움이 되지 못하며 이 충고는 가족들이 자신에 대한 비판으로 받아드려 오히려 좋은 대인관계를 유지하는 것이 어렵게 된다는 것을 알아야 한다.

5) 가족들이 비록 대부분의 교육정보를 잘 받아 들인다 해도 가족들이 이병의 원인에 대해서는 그들의 생각을 쉽게 바꿀려고 하지 않는다는 것을 인식해야 한다.

6) 가족들이 환자를 대할때 논쟁적인 분위기 보다는 안정된 분위기, 모순된 태도 보다는 일관성있는 태도, 거절보다는 지지와 관용이 궁극적인 목표라는 것을 이해 시키는 것이 중요하다.

교육프로그램의 각 내용에서 정신간호사가 강조해야 할 두가지 중요한 관점들:

1) 원인(Causation)

① 가족들은 그 병에 원인에 대해서 모든 책임이 있는 것이 아니다.

② 유전도 한 요인으로 작용하지만 아직 규명되지 않은 많은 요인도 관계가 있다.

2) 증상(Symptoms)

① 증상은 병에 의해 유발되는 것이고 환자 자신이 통제하지 못해서 생기는 것이 아니다.

② 증상은 약에 대해 반응하는 것 뿐아니라 1~2년에 걸쳐 서서히 호전 되게 된다.

3) 예후(Prognosis)

① 정신분열증에 걸린 네사람 중 한 사람은 완치되고 나머지 한사람은 몇년간에 걸쳐 회복이 된다.

② 나머지 사람의 대부분은 호전되어 병원밖에서 대체로 정상적인 생활을 살아 간다.

4) 치료(Treatment)와 관리(Management)

① 병은 환자에게 스트레스에 민감하게 만들고 그 스트레스가 가능한한 감소되어야 환자와 가족에게 좋은 영향을 미치게 된다.

② 약은 장기적으로 보아 도움이 되지만 조용하고 항상 안정된 분위기가 또한 중요하다.

(3) Schizophrenia Association, Family self-Help Group

정신분열증 환자의 가족을 돕기 위해서 만들어진 모임이다. 우리나라에는 이러한 지역사회내의 정신분열증 환자를 위한 기관들이 거의 전무한 상태여서 외국에서 볼 수 있는 것들로 설명하였다(원, 1994).

세계의 정신분열증 가족 구성원들은 환자자신을 위해서나 그들의 가족을 위해서나 지원을 하는데 협력하고 있다.

공통된 경험을 통해 대개의 그룹들은 정보와 정서적 지원을 제공한다. 정신분열증 환자 가족을 가진 가족들을 위한 가족자조 그룹은 서로서로 돕고 동시에 스스로 돕지 못하는 다른 가족들의 복지를 증진시킨다.

가족지지 그룹(Family Support Group)의 목적에는 다음과 같은 사항이 포함된다.

- 정신분열증으로 고통받는 가족들의 요구를 확인하고 그들에게 정서적 지지, 문제를 해결하고 대처하는 기술, 가능하면 정보와 실제적인 도움을 제공함으로써 그들의 필요에 대응한다.

- 가족과 정신전문 관리요원 간의 관계를 잘 유지하고 정신분열증으로 고통받는 사람을 위한 정통하고도 관심있으며 적극적인 간호를 향해 움직일수 있는 관계를 이룩하도록 지원을 제공한다.

- 고통받는 가족들에게 사회속에서 정신분열증의 현재의 상태에 대한 정확한 이해, 현재의 치료프로그램 또 질병의 각 단계에서 이용가능한 선택 등을 제공한다.

- 환자의 가족구성원에게 정신분열증에 관한 교육을 제공한다.

- 개선된 정신보건법안을 발의한다.

- 정신분열증의 치료를 위해 그 원인과 더 나은 치료법등을 연구하기 위한 연구 기금을 주도한다.

- 공중에게 교육과 정보를 제공함으로써 정신질환과 연관된 잘못된 선입견을 감소시킨다.

- 작업요법, 오락요법 등을 포함한 모든 분야에서 좀더 나은 서비스를 공급하고 Hostel, Group Home, Supervised Lodgings Halfway House, Day center Sheltered Workshop, Green door 등을 설립 촉구한다.

- 환자를 간호하다 지친 가족들을 위한 휴식을 제공한다.

- 자살한 환자의 가족들의 우울에 대한 상담을 제공한다.

참 고 문 헌

김광일, 김명정(1973). 정신과 입원치료에 있어서의 사회문화적 문제, 신경정신의학 12,245-254

남정자, 최창수(1993). 지역사회 정신보건 시행방안연구, 한국보건사회연구원, 대한간호협회, 대한정신간호학회, 정신보건법(안) 문제점및 대책과 정신간호사 활용방안, 국회 보건사회위원회, 1993.

도복늬의 6인(1990). 최신정신의학, 서울, 신원출판사
유숙자(1991). 정신분열증 환자 퇴원교육이 퇴원후자가 간호수행에 미치는 효과, 서울대학원, 간호학 박사학위 논문.

원정숙(1994). 지역사회에서의 정신간호사의 역할에 따른 정신분열증 환자의 간호관리, 경희간호논문집, 19(1).

조영숙(1981). 정신질환자 가족들의 정신질환에 대한 태도 조사연구, 간호학회지, 11(1), 7-17.

정신보건연구회(1993). 우리나라 정신보건 정책수립을 위한 제안, 정신보건연구회.

이광자, 분야별 간호전문화의 현황과 전략, Symposium II, 대한간호학회, 1993.

이광자 "정신보건법(안)의 문제점과 정신간호사의 역할및 활동에 관한연구" 정신간호학회지, 제2권, 1993.

이소우, 미국의 정신보건 관리와 정신간호사의 역할, 정신보건관리와 정신간호사의 역할, 정신간호학회 추계예술대회, 대한간호학회 정신간호학회, 1993.

이정균(1981). 정신의학, 서울, 일조각

이영희, 김이영(1989). 정신분열증 환자들의 치료순응에 영향을 미치는 요인, 신경정신의학, 28, 282-305.

한국정신요양협회. 정신보건법(안)제정에 따른 우리의 입장, 사단법인 한국정신요양협회, 1992.

전주성요한 생활관(1989). 좌절과 희망, 서울, 하니출판사.

Alexander, K.(1991). Understanding and Coping with schizophrenia, Principle for the Relatives 9-13. < 46페이지에서 계속 >