

지역사회 정신보건서비스 제공 전·후 정신장애인의 의료비용, 삶의 질, 가족 부담감 비교연구

노 인 영 (안산시 정신보건센터)

목 차

I. 서론	V. 결론 및 제언
II. 문헌고찰	참고문헌
III. 연구방법	영문초록
IV. 연구결과 및 고찰	

I. 서 론

1. 연구의 필요성

의학발달과 더불어 어려운 질병에 대한 치유율이 높아지는 반면 그 휴유증으로 장애인이 증가되는 것은 어쩔 수 없는 추세이다. 따라서, 환자에 대한 접근방법도 질병 중심의 시각을 벗어나 인간 중심의 시각으로 다루는 다영역 접근방식(multidisciplinary approach)이 원칙으로 되어가고 있다. 이러한 시대적 배경으로 정신보건도 정신장애가 있는 사람이 주어진 조건하에서 최대한의 신체적, 정신적, 사회적 능력과 그의 취미, 직업, 교육 등의 잠재적 능력을 발달시켜 그 사람으로 하여금 최대한의 정상에 가까운 생활이 될 수 있도록 지원되어야 한다.

1990년대 들어 주변환경의 변화와 함께 정신보건은 여러 가지 큰 변화들을 겪고 있다. 정신보건은 지방자치제의 도입이라는 정치적 변수와 맞물려 정신보건법 제정이 이루어짐으로 인해 그 변화속도는 가속화되었으며, 지방자치제의 도입은 향후 지역분권화(decentrali-

zation)와 시민들의 직접적인 참가(non-government organization, NGO), 서비스의 공공성(publicity) 도입 등으로 발전하게 되었다. 또, 1994년 이후 진행된 보건복지부 정신보건 연구부터 1995년부터 전개된 지역사회 정신보건활동은 서울시 지역사회 정신보건사업을 서두로 책상 위의 토론에서 벗어나 실천적이고 구체적인 실체로 전환되었다. 그리고 2000년에 들어서 는 전국에 지역사회 정신보건센터가 40개 지역으로 확대됨에 따라 지역사회 정신보건서비스는 명백히 새로운 유형의 정신장애인 관리모형으로 자리하게 되었다.

그러나 인간의 욕구는 무한한 데 반해 자원의 양은 한정되어 있어 희소성의 문제로 자원을 선택적으로 배분하여야 하는데 지역사회 정신보건서비스는 1995년부터 현재까지 추진·진행되어 오면서 사업에 투입되는 예산은 지속적으로 확대되는 반면 그 효과를 측정하지는 못해 논란의 대상이 되었고, 이에 지역사회 정신보건서비스에 대한 효과를 계량화 할 수 있는 평가의 필요성을 느끼게 되었다.

이러한, 효과를 측정하기 위해서는 다양한 분야에서 의 범주를 정하기 위해 논의가 먼저 이루어져야 할 것

이나, 우선적으로 본 연구자의 연구설계에서는 의료비용에 있어 효과가 있다는 것을 수요자 측면에서 직접적으로 느낄 수 있는 재입원을 줄인데서 오는 비용절감과 탈원화로 인한 대상자의 삶의 질 변화, 함께 생활하는 가족의 부담감에 대한 변화에 대해 접근하고자 한다. 즉, 지역사회 정신보건서비스라는 공공재(public goods)를 이용하여 어떠한 효과를 보았는가 하는 과제를 지역사회 정신보건서비스 종사자로서 인식하게 되었고 제한된 범주이지만 성과에 대한 측정을 시도하고자 하는 것이다.

2. 연구의 목적

본 연구는 정신장애인에게 지역사회 정신보건서비스를 제공한 후, 의료비용이 감소되었는지, 대상자의 삶의 질이 향상되고 가족의 부담감이 감소되었는지의 효과를 입증하는데 목적이 있으며, 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 지역사회 정신보건서비스 제공 전·후의 의료비용 차이를 비교한다.
- 2) 지역사회 정신보건서비스 제공 전·후의 가족부담감 차이를 비교한다.
- 3) 지역사회 정신보건서비스 제공 전·후의 삶의 질 차이를 비교한다.
- 4) 일반적 특성에 따른 삶의 질, 가족부담감의 차이를 비교한다.

II. 문헌 고찰

1. 지역사회 정신보건서비스

우리나라의 정신장애인 관리는 그 목적과 방향을 어디에 둘 것인가를 결정하는 매우 중요한 시기에 직면하고 있다. 최근 관심이 모아지고 있는 지역사회 정신보건서비스는 정신보건 관계자들이 1995년부터 재가정신질환자를 대상으로 보건소와 민간 단체가 중심이 되어 불필요한 입원치료를 막고 환자의 치료가 증상의 제거만이 목적이 아닌 사회복귀에 주안점을 두어 생산적이고 독립적인 사회인으로 기능할 수 있도록 전인적

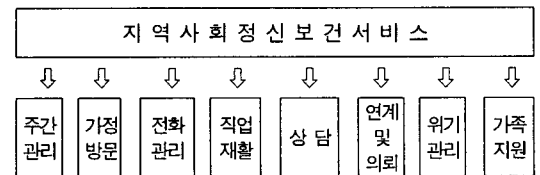
인 통합치료를 하는 것이다.

이러한, 지역사회 정신보건서비스는 1960년대부터 미국 등 선진국을 중심으로 시작되었고, 지역사회 내에서 행해지는 정신보건에 관한 모든 활동을 의미하는 것으로(Bloom, 1984), 정신질환에 대한 건강증진, 예방, 치료 및 재활의 모든 활동을 병원 또는 수용시설 위주에서 치료의 장소를 환자가 거주하는 지역사회로 옮긴 것이다. 이에 따라 치료목표도 증상의 감소나 약물복용의 자발성 등에 두는 것과는 다르게 지역사회 정신보건서비스에서는 환자가 지역사회 내에 거주하며 사회·경제적인 여건 등을 보통사람처럼 생활할 수 있도록 하는 것이다. 또한, 정신질환자와 함께 생활하면서 지지하는 가족에 대한 서비스도 병행하여 정신질환에 대한 정보를 제공하고 재발을 조기 발견하여 적절히 대처할 수 있도록 하는 것은 물론, 가족을 위로하고 지지하는 서비스까지 포함한다.

또한 지역사회 정신보건서비스는 정신장애인의 거리, 시간, 재정적인 제한을 감소시켜, 정신보건 기관에 대한 접근을 용이하게 하고, 정신보건서비스의 질 향상과 지역의 의료자원 불균형 해소에 일조하며, 국민의료비 절감에 기여할 수 있다.

정신장애인에 대한 지역사회 정신보건서비스의 목적은 정신장애인이 지역사회에 거주하면서 질병을 관리받을 수 있게 하는 것으로, 질병관리, 기능적 기술재활, 삶의 질을 향상시키는 것이다(한국정신건강 복지연구소, 1994).

〈지역사회 정신보건서비스〉



2. 정신장애인

세계보건기구는 장애의 개념을 넓게 정의하여 일반적으로 인구의 10%가 장애인구에 해당한다고 추정하고 있다. 또한, 세계보건기구(WHO)와 미국 하버드대학의 최근 5년 간의 연구에서 세계 10대 장애 요인 중

우울증, 알코올중독, 조울증, 정신분열병, 강박장애 등 정신질환이 5개나 차지하고 있어 2000년대 정신장애 질병 부담률은 전 인구의 15%선을 넘어설 것으로 전망된다(서동우, 1998)고 그 심각성을 보고하였다.

Goldman은 “정신장애인이란 어떤 정신적, 혹은 정서적 장애(기질성 뇌중후군, 정신분열증, 반복성 우울증, 조울증 장애, 기타 정신병)와 더불어 일상생활의 세 가지 이상의 측면(위생, 자기보호, 자기지시, 대인관계, 사회적 교육, 학습과 레크레이션)에서 기능적 능력의 발달과 경제적 자립을 저해하는 만성적인 기타 다른 장애를 갖고 있는 사람”이라고 하였다.

우리 나라에서 정신장애인은 1999년 1월 개정된 장애인복지법에 의해 장애인범주(제2조 제 1항)가 확대됨에 따라 2000년 1월 1일부터 정신장애(정신분열병, 분열정동장애, 양극성정동장애, 반복성우울장애)를 장애범주에 포함시키기로 하고 정신장애의 장애등급 판정기준을 확정, 발표함으로써 비로서 정신장애인으로 표명되었다.

정신장애 등급판정 기준 개관에서 정신장애 1급은 지속적인 정신질환과 그로 인해 기능 및 능력장애로 인하여 주위의 전적인 도움이 없으면 일상생활을 해 나가는 것이 불가능한 정도로 하고, 2급은 지속적인 정신질환과 그로 인한 기능 및 능력장애로 인하여 일상생활을 영위하는데 필요한 기능수행에 심한 제한을 받아 주위의 많은 도움이 없으면 일상생활을 영위하기가 어려운 정도, 3급의 범위는 지속적인 정신질환과 그로 인한 기능 및 능력장애로 인하여 일상생활 혹은 사회생활을 영위하기 위한 기능수행에 제한을 받아 주위의 도움이 간헐적으로 필요한 정도로 정신장애의 등급을 구분하였다.

정신질환자들은 질병의 경과가 길기 때문에 지속적인 관리가 이루어지지 않을 경우 사회적 기능에 손상을 입게되어 영구적인 장애를 가져올 수 있다. 그러므로 1차 예방보다는 2, 3차 예방이 보다 중요하다(김용익, 1994). 따라서 지역사회 정신보건서비스는 정신장애인의 질병으로 인한 손상을 최소화하고 건강한 사회인으로 살아갈 수 있도록 하기 위해서 정신장애인 관리를 보다 포괄적이고 장기적으로 접근하여야 한다.

3. 의료비용

의료비용은 보건의료부문에 대한 지출이 계속 증대되고 또한 의료비 지출이 GNP에서 차지하는 비중이 점점 더 커지는 추세에 있는 오늘날, 자원의 효율적인 활용차원에서 중요한 관심의 대상이 될 수밖에 없다. 그러나 우리나라에서는 정신질환으로 인한 질병부담이나 사회적 비용을 추산한 연구가 아직 전무하다고 할 수 있다. 여기서 사회적 비용은 지역사회 정신보건서비스의 투자대비 목표 달성도를 경제성 측면에 초점을 맞추는 경제적 효율성 평가로서, 비용과 효과를 공동의 화폐단위로 비교 분석하는 것을 뜻한다.

의료비용에 따른 경제성 평가는 사회에 최대한 편익을 가져다주는 대안을 선택하는데 하나의 기술적 도구에 해당되며, 지역사회 정신보건서비스 역시 가용자원의 제약 때문에 경제적 효율성에 관심을 가져야 한다. 그러나 비용-편익 분석 자체는 가치 중립적이어야 하므로 다양한 지역사회 자원에 기반을 둔 정신보건서비스에 대한 비용-편익 분석의 틀을 정하는 것은 결코 쉽지 않다.

이영문(1999)은 경제성 평가에서 먼저 부딪치는 문제는 각각의 주어진 대안중 어디까지를 비용과 편익으로 정하고, 이렇게 정한 비용과 편익에 어떻게 합당한 금전적 가치를 매기느냐의 문제를 제기하였다. 또한, 이에 따르는 비용의 범위를 첫째, 치료를 체계적으로 조직화하고 운영하는 비용으로 치료 시간과 건물, 기계의 임대 비용 등이 직접 비용(direct cost)과 둘째, 환자와 그 가족이 부담하는 비용으로 치료과정 중에 쓰이는 모든 자원의 가치뿐 아니라 환자와 그 가족의 주머니에서 직접 나가는 모든 지출을 포함하는 직접 비용, 그리고 셋째 환자와 그 가족이 치료 및 재활의 과정에서 일할 수 있는 시간을 뺏기면서 발생하는 생산의 손실의 간접비용(indirect cost)과 보건의료의 운영에 따른 보건분야 외부의 비용을 유발할 수 있는 정신보건시설 설치 후 인근 마을의 집값이 떨어지는 등의 경우를 상상할 수 있다고 하였다. 그리고, 편익의 범주는 알고자 하는 대안적인 치료법의 효과, 발생한 효과로 인해 미래의 자원 이용에 변화, 치료의 효과로 발생한 환자와 그 가족의 ‘삶의 질’ 변화라고 하였다.

위와 같은 사항을 고려하여 비용과 편익의 범위가

정해진 다음, 비용과 편익에 대해 어떻게 합당한 금전적 가치를 매기느냐의 문제를 해결하여야 하는데, 이를 위해서는 비용과 산출물을 정확히 측정하고 측정된 비용과 산출물을 믿을만한 금전적 단위로 가치화 하여야 하는데 이는 다학문적인 접근으로만이 용이할 수 있을 것이다. 따라서 본 연구에서는 이러한 제한점을 안고 의료수요자 측면에서 직접 지출되는 의료비용에 대해서만 효과를 측정하고자 한다.

4. 정신장애인의 삶의 질

최근 공공부문과 민간부문 모두 삶의 질에 대해 많은 관심이 모아지고 있고, 이것은 앞으로 국가와 사회의 모든 활동이 궁극적으로 개인의 삶을 중시할 것이기 때문에 당연한 흐름인 동시에 당위적이라고 할 수 있다. 삶의 질은 용어자체가 매우 추상적이어서 접근하는 관점도 다양하다.

Mendola와 Pelligrini(1979)는 삶의 질을 '주어진 신체적 능력 내에서 만족스러운 사회 생활을 성취하는 것'이라고 정의하였고, Shin과 Johnson(1978)은 '각 개인의 필요, 요구, 그리고 욕망을 만족시킬 수 있는 필수적인 자원의 소유, 개인이 발전할 수 있는 활동에 참가하고, 스스로 행동하고, 자신과 남을 비교하여 만족하는 것' 등으로 구성되어 있다고 제안하였는데, 이는 기존의 경험과 지식에 바탕을 둔 것이다.

보건의료 분야에서는 삶의 질을 각 개인이 주관적으로 평가한 건강상태를 의미하며, 이를 특별히 건강관련 삶의 질(Health Related Quality Of Life: HRQOL)이라고 부른다. 이는 삶의 질을 환자 스스로의 경험에 관심을 둔다는 점에서 주관적 요소가 강하고 그러한 이유로 각 문화권이나 국가에 따라서 상당히 다른 양상을 보일 수 있다.

최근 만성질환 비중의 증대는 의료서비스의 질적 향상을 요구하고, 국민의 의료 접근성 및 편의성 제공, 포괄적인 의료서비스 및 보건의료 공급체계의 효율성이 증대될 수 있도록 정책적 방안을 강구하여야 하며, 예방 및 건강관리 사업이 강화되어야 한다는 압력도 삶의 질에 기인된 것이라 할 수 있다. 여기서, 만성정신질환자의 삶의 질 측정은 증상의 심각도와 약물의 부작용과 관련된 일탈행위 등을 측정하는 것뿐만 아니

라 기능의 변화와 그들의 기능에 대한 환자의 만족도가 포함되어야 한다(Tantam등, 1988). 따라서, 삶의 질의 범주는 기거장소의 편안함, 지식과 교육, 대인관계, 의존도, 내적 경험, 건강관리측면, 여가, 일로 나누어 보아야 할 것이다.

이러한 삶의 질에 대한 사회적 관심은 정신질환자들이 만성화에 따른 반복적인 재발과 사회적응기능의 저하로 비례적으로 삶의 질이 낮아지므로 이에 대한 사회의 인식과 질병에 대한 관심, 사회적 정책에 대한 요구를 증가시키고 있다.

미국의 국립 정신건강연구소(NIMH)에서는 장기정신질환자를 위한 지역사회 서비스 효과의 평가에서 삶의 질이 가장 중요한 요소임을 강조한바 있으며(Simmons, 1994), Holmes(1989)는 삶의 질 측정이 특별히 간호와 관련된 분야에서 인본주의적이고 총체적인 간호이론 모형개발에 적합하다고 언급하였고, Maln, May, Dencker(1981)는 정신분열증 환자의 삶의 질이 매우 중요한 쟁점이 되고 있다며 치료 프로그램은 환자의 삶의 질을 높이는데 기여하여야 함을 강조하였다.

우리나라가 성취한 급속한 경제성장은 세계가 놀랄 정도로 자랑스러운 것이지만, 그 이면에는 상대적으로 낙후된 인간보장(human security), 즉 국민과 그 안의 소외 계층의 인간다운 삶의 질을 확보하는 정책은 미흡하였다. 그러나 이제는 국민의 기본적 복지수요를 충족시키기 위해 사회안전망(social safety net)이라 할 수 있는 삶의 질에 대해 다각적인 접근을 하여야 한다.

본 연구에서는 노유자(1988)의 삶의 질 도구를 사용하여 지역사회 정신보건서비스가 정신장애인 삶의 질에 어떤 영향을 미쳤는가를 측정하고자 한다.

5. 가족부담감

정신질환자 가족의 부담감(Family Burden)에 대한 관심은 1960년대 초, 지역사회 정신의학의 개념이 대두되면서부터 시작되었다. 즉, 재가치료의 경향이 늘어나면서 환자와 같이 생활하며 관리를 맡아야 하는 가족원의 건강과 안녕에 대한 연구가 시도되었으며(Pai & Kaput, 1981; Winefield & Sainsbury,

1994) 특히, Grad & Sainsbury(1963)가 지역사회 중심의 치료를 받는 환자 가족과 병원중심 치료를 받는 환자가족을 대상으로 가족들이 경험하는 고통에 대한 연구를 서두로 몇몇 학자들이 정신질환자 가족의 문제에 대해 관심을 가지게 되었다.

가족은 단순한 가족구성원의 합이 아니라 가족구성원들을 둘러싸고 있는 환경, 물질 그리고 에너지 등이 상호 교환되는 생물적, 심리적, 사회적으로 통합된 개방체계라는 특성을 지니고 있어 한 가족 내에서 정신질환자가 발생했을 때, 다른 가족 구성원들은 '가족위기'라고 불리는 위기상황을 경험하게 된다. 환자 자신뿐 만 아니라 그를 둘러싸고 있는 가족이 고통의 굴레에 접어들게 되고 지속적인 긴장 상태에 처하게 함으로써 돌봄 제공자를 "잠정적인 환자"로 만들고 있는 것이다(이미경, 2000).

정신질환자 대부분은 사회의 부정적 반응, 사회복귀 및 질병의 재발 등에 따른 제반문제를 지니고 호전과 악화를 반복하기 때문에 환자의 가족들은 환자와 관련된 수치심과 죄의식, 분노 등의 부정적 감정, 환자의 치료와 예후에 대한 불확신감, 치료비에 대한 경제적 부담, 정신건강에 대한 부정적 태도 등으로 인해 여러 가지 고통과 정서적 반응을 경험하게 된다(박원희, 1990; 홍순원 등, 1993). 또한 정신질환자를 돌보는 가족은 정보와 관련된 문제, 가족에 관련된 문제, 경제적 문제, 환자의 질병, 대인관계 및 의사소통에 관련된 문제 등으로 스트레스를 느끼고 있으며(김은하, 1990), 가족원은 환자를 돌봄으로 인해 사회적으로 고립되고 친구나 가족과 함께 보낼 시간이 부족하며 재정적 손실과 신체적 피로 등 여러 가지 문제로 부담감을 높게 인지하고 있다(박명희, 1991; 임혜숙, 1991; 김명정, 1994).

최근 가족들이 경험하는 부담감 정도를 변화시키는데 영향을 미칠 수 있는 요인들에 대해서 관심을 갖게 되었는데, Hatfield(1987)는 사회적인, 개인적인 자원에 따라 가족들이 경험하는 부담감이 달라질 수 있으며 간호사와 다른 정신과 치료자로부터 받는 지지가 일종의 사회적인 지지가 되어 부담감에 영향을 줄 수 있다고 보고하였고, Jacob, Frank와 Carpenter(1987)는 우울증 환자와 함께 사는 112명의 가족을 대상으로 부담의 양을 측정된 결과 정서적 긴장, 절망

감, 거절감, 경제적인 어려움, 만성적인 부부불화, 사회적 격리 등으로 나타났고 이는 환자와 함께 살고 있는 가족이 더 부담이 높은 것으로 밝혀졌다.

Lefley(1987)는 정신질환 자녀를 돌보는 나이 든 부모를 대상으로 연구한 결과 부모의 부담은 환자의 미래에 대한 두려움 때문에도 증가되지만, 정신건강체계가 가족원들에게 퇴원계획에 대한 협조적 역할을 수행하지 않고 문제해결을 함에 있어서도 교육과 지지를 제공하지 않는데서 증가됨을 지적하였다.

또, 정신질환자 가족에게 제공되는 전문적인 서비스에 관한 연구에서 Abramowitz와 Coursey(1989)는 교육적, 지지적 요소를 포함한 중재는 간호제공자의 불안과 고통 수준을 감소시키고, 지역자원의 사용 증가는 적극적인 대처 행동을 증가시키며 가정생활을 더 잘 관리하는 효과를 나타낸다고 보고하였으며, Falloon과 Pederson(1985)은 환자 중심의 중재 접근보다는 가족 중심의 접근이 가족의 부담을 감소시킨다고 하였다.

Solomon등(1995)은 정신질환자를 돌보는 가족의 부담을 설명하는 가장 중요한 변수는 '사회적 자원과 개인적 자원'이며 개인적 자원은 스트레스를 완화할 수 있는 성격적 특성(조절감)이기에 개인적 자원과 사회적 자원이 주관적 부담에 영향을 주며, 그 중에서도 개인적 자원이 사회적 자원보다 주관적 부담에 더 큰 영향력을 갖는다고 하였다.

국내의 경우는 백혜순(1997)이 정신분열병 환자 가족이 가족의 부담감, 우울 및 삶의 질에 미치는 효과를 연구한 결과 교육적 중재가 가족의 부담 중 일상적 가족생활, 가족상호작용, 신체건강에 대한 영향, 정신건강에 긍정적으로 영향을 미쳤고 우울감도 감소시킨 결과를 가져왔으나, 삶의 질에는 차이가 없었음을 보고하였다.

고천석과 이형영(1985)은 가족이 겪는 불안을, 정민(1991)은 가족의 태도와 불안과의 관계 연구에서 가족이 정신질환에 대해 긍정적인 태도를 보일수록 불안 정도가 낮다고 보고하였으며, 임혜숙(1991)은 정신질환자 가족의 부담감과 사회적 지지에 관한 연구에서 사회적 지지가 많을수록 가족의 부담감은 낮음을 지적하면서 정신질환자 가족의 사회적 지지망 형성의 필요성을 강조하였다.

본 연구에서는 Montgomery의 가족부담감 측정도

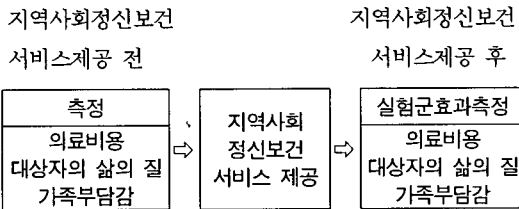
구를 사용하여 지역사회 정신보건서비스가 가족부담감에 어떤 영향을 미치는가에 대해 서비스 제공전·후를 비교하고자 한다.

III. 연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 지역사회 정신보건서비스 제공이 재가 정신장애인의 의료비용 절감과 삶의 질, 가족부담감에 미치는 영향을 규명하기 위하여 단일군 사전사후 비교연구이며 다음과 같은 모형을 제시할 수 있다. 지역사회 정신보건서비스를 제공받기 전 1년과 제공 받은 1년 후의 의료비용, 삶의 질, 가족부담감의 차이를 비교·분석하였다.

<그림 1> 연구설계도



2. 연구대상 및 기간

연구대상자는 A시의 지역사회 정신보건기관에서 정신보건서비스를 받고 있는 정신장애인 39명과 함께 생활하고 있는 가족 중에서 환자의 간호를 주로 담당하고 있는 가족 37명 총 76명을 대상으로 하며 1997년 3월부터 2000년 10월 30일 까지 자료를 수집하였다.

조사대상자는 다음과 같이 한정하였다.

- 1) A시에 거주하는 정신장애인 범주의 진단을 받은 환자와 가족
- 2) 본 연구에 동의하고 의사소통이 가능한 자
- 3) 지역사회 정신보건서비스를 제공받든지 1년이 경과된 정신장애인

본 연구의 대상은 본 지역사회 정신보건서비스를 제공 받은 정신장애인 39명과 그 가족 중 지속적으로 정신보건서비스에 참여하고 본 연구에 동의한 가족 37명의 총 76명이다.

3. 연구도구

1) 의료비용 측정 도구

본 도구는 연구자가 입원관련 비용, 진료비, 약제비의 내용을 기초로 간호학 교수 3인의 자문을 구한 후 개발된 도구로서 가족부담의 의료비용(입원관련 비용, 진료비, 약제비)에 대한 문항과 입원기간 및 입원기간의 변화 여부에 대한 질문으로 구성하였다.

2) 대상자 삶의 질 측정 도구

본 연구에서도 노유자(1988)가 개발한 삶의 질 측정 도구로 측정하였으며 이는 정서상태(9문항), 경제생활(11문항), 자아 존중감(8문항), 신체상태와 기능(9문항), 이웃과의 관계(4문항), 가족관계(6문항)의 6가지 요인으로 구성되어 있다. 총 47문항의 자기보고식 측정도구이다. 평가는 '매우 그렇다', '매우 만족한다'가 5점에서부터 '전혀 그렇지 않다', '매우 불만이다'가 1점까지 5단계 증화 평정 척도로 점수가 높을수록 삶의 질이 높음을 의미하며 역문항은 역산처리하였다. 본 도구의 내적 일관성 신뢰도는 Chronbach's $\alpha = .9438$ 이었으며, 본 연구에서의 Chronbach's $\alpha = .9667$ 이었다.

3) 가족부담감 측정 도구

Montgomery 등(1985)이 개발한 측정도구를 수정, 보완하여 20문항 4점 척도의 질문지를 작성하여 사용하였다. 각 문항에 대해 가족원의 느낌이나 생각이 매우 그렇다 일 경우 4점, 전혀 아니다 1점으로 점수화 하였고 점수가 높을수록 부담감 정도가 높은 것을 의미한다. 본 도구의 신뢰도는 Chronbach's $\alpha = .8993$ 이었고, 본 연구에서의 Chronbach's $\alpha = .9827$ 이었다.

4. 자료수집방법

자료수집기간은 1997년 3월부터 2000년 10월 31일까지였으며 연구자가 수집하였고 수집방법은 대상자가 지역사회 정신보건서비스를 제공받기 위해 센터에 등록할 당시 조사에 대한 동의를 구한 다음 인구통계학적 정보, 질병관련 정보, 보호자 관련 일반적인 특성

정보, 의료비용 관련 정보, 대상자의 삶의 질에 대한 정보, 가족부담감에 대한 정보를 면접방법으로 질문지를 사용하여 자료를 수집하였다. 그리고 지역사회 정신보건서비스 제공 후 1년이 경과한 대상자를 방문하여, 2차로 의료비용과 삶의 질, 가족부담감을 측정하였다.

5. 자료분석방법

수집된 자료는 SPSS win 10.0 전산통계 처리방법을 이용하여 다음과 같이 분석하였다.

- 1) 대상자의 인구사회학적 특성, 보호자 관련 특성, 질병관련 특성은 빈도와 백분율로 구하였다.
- 2) 대상자의 인구사회학적 특성, 보호자 관련 특성에 따라 가족부담감과 삶의 질의 차이 검증을 t-test 또는 F-test하였다.
- 3) 의료비용 전·후 비교는 paired t-test를 실시하였다.
- 4) 대상자의 삶의 질, 가족부담감의 문항별 전·후 비교는 paired t-test를 실시하였다.

6. 연구의 제한점

본 연구는 A시 지역사회 정신보건서비스를 제공 받고있는 현재, 본 연구에 동의한 소수의 정신장애인과 그 가족을 대상으로 한 연구이다. 따라서 대부분 조사에 응한 정신장애인과 가족은 주간관리 등의 직접서비스 제공을 받고 있는 대상자이거나 지역사회 정신보건서비스에 호의적이고 적극적인 태도를 가진 사람으로서 선택편견이 작용할 수 있을 것이다. 또한 추적기간이 1년에서 3년으로 만성적인 장애를 가진 대상자에 대한 충분한 추적기간이 될 수는 없을 것이다.

IV. 연구결과 및 고찰

1. 일반적인 특성

1) 대상자의 인구·사회학적 특성

대상자의 인구사회학적 특성은 표 1-1과 같다. 성별은 남자가 61.5%로 여자보다 많았으며, 연령은 30대가 61.6%로 가장 많았고 20대 20.5%, 40대 17.9%

순이었다. 결혼상태는 미혼이 71.8%, 기혼이 28.2%이었고, 종교는 56.4%가 갖고 있고 43.6%가 없었다. 직업을 갖었던 경험은 51.3%가 있었으며 48.7%가 직업을 갖은 적이 없었다. 주거형태는 보호자와 같이 동거하는 경우가 많아 자가가 51.3%이고 임차 등이 48.7%이었으며, 교육정도는 고졸이 53.8%이고 중졸 이하가 25.6%, 대졸이 20.6%이었다.

의료보장형태로는 의료보호가 58.9%이고 의료보험이 41.1%이었다.

〈표 1-1〉 대상자의 인구·사회학적 특성

(N=39)

특 성	구 분	실수(N)	백분율(%)
성 별	남	24	61.5
	여	15	38.5
연 령(세)	21 ~ 30	8	20.5
	31 ~ 40	24	61.6
	41 ~ 50	7	17.9
결혼상태	미 혼	28	71.8
	기 혼	11	28.2
종 교	유	22	56.4
	무	17	43.6
직 업 력	유	20	51.3
	무	19	48.7
주거형태	자 가	20	51.3
	임 차	19	48.7
학 력	중졸 이하	10	25.6
	고졸	21	53.8
	대졸	8	20.6
의료 보장 형태	의료 보호 1종	13	33.3
	의료 보호 2종	10	25.6
	의료 보험	16	41.1

2) 주 보호자의 특성

주 보호자의 특성은 표 1-2와 같다. 대상자와의 관계는 어머니가 42.1%이고, 아버지가 34.2%, 형제·자매, 배우자, 자녀, 보호자 없음이 23.7%이었다. 성별은 여자가 52.6%로 남자보다 많았으며, 연령은 60대 이상이 59.0%를 보였다. 결혼상태는 기혼이 56.8%, 사별 등이 43.2%이었고, 종교는 67.6%가 갖고 있고 32.4%가 없었다. 직업은 노령, 전업주부, 실직 등으로 모두가 없었으며, 교육정도는 무학에서부터 대졸까지 다양한 분포를 보였다.

〈표 1-2〉 주 보호자의 특성

(N=37)

특 성	구 분	실수(N)	백분율(%)
대상자와의 관계	부	13	34.2
	모	16	42.1
	기 타	8	23.7
성 별	남	17	47.4
	여	20	52.6
연 령(세)	20 ~ 60	15	41.0
	61 ~	22	59.0
학 력	중졸 이하	10	27.0
	고졸	10	27.0
	대졸	9	24.3
	기타	8	21.6
결혼 상태	미혼, 사별	16	43.2
	결혼(동 거)	21	56.8
종 교	불 교	5	13.5
	개신교	12	32.4
	천주교	8	21.6
	없 음	12	32.4
직 업	없 다	37	100.0

3) 질병관련 특성

질병관련 특성은 표 1-3과 같다.

진단명은 정신분열증이 89.7%로 대부분이었고, 현재의 불편함은 정신과적인 어려움이 66.7%이었다.

정신장애 등급은 1, 2, 3등급을 받은 사람이 43.6%이었으며, 사회적 낙인 등의 이유로 정신장애 판정을 기피하는 사람도 많았다.

지역사회 정신보건서비스를 받은 기간에 대해서는 12개월 이상 23개월 이하가 48.7%이고 24개월 이상 44개월 이하가 51.3%로 지속적인 서비스 제공이 확인되었다.

〈표 1-3〉 질병관련 특성

(N=39)

특 성	구 분	실수(N)	백분율(%)
진단명	정신 분열증	35	89.7
	기타	4	10.3
장애 등급	1, 2, 3급	17	43.6
	등급 받지 않음	22	56.4
현재의 불편함	정신과적 어려움	26	66.7
	기 타	13	33.3
지역사회 정신보건 서비스 제공 받은 시기	12 ~ 23개월	19	48.7
	24 ~ 44개월	20	51.3
제공 받고 있는 서비스 내용	주간관리	20	51.3
	전화방문	7	12.8
	직업재활	7	17.9
	가정방문	5	17.9

제공받고 있는 지역사회 정신보건서비스는 주관관이 51.3%, 전화방문과 직업재활이 각각 17.9%, 가정방문이 12.8%의 순으로 서비스별로 대상자가 선호하는 서비스가 다름을 나타내었다.

2. 지역사회 정신보건서비스 제공 전·후 비교

1) 의료비용

지역사회 정신보건서비스를 제공받기 전 1년 동안의 입원기간(월)은 4.53이었으며, 지역사회 정신보건서비스를 제공받은 후 1년 동안의 입원기간(월)은 4.10이 감소하여 통계적으로 유의한 차이를 보였고, 입원비용에 있어서도 지역사회 정신보건서비스를 제공받기 전 1년 동안의 입원비용(만원)은 50.76이었으며, 지역사회 정신보건서비스를 제공받은 후 1년 동안의 입원비용(만원)은 5.12로 45.64가 감소하여 통계적으로 유의한 차이를 보였고 외래비용에 있어서는 지역사회 정신보건서비스를 제공받기 전이나 지역사회 정신

〈표 2-1〉 지역사회 정신보건서비스 제공 전·후의 의료비용 차이검증

(N=39)

영 역 내 용	전		후		diff.		paired t	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
입 원 기 간 (월)	4.53	3.35	4.43	1.25	-4.10	3.66	-6.983	.000
입 원 비 용(만원)	50.76	77.39	5.12	19.17	-45.64	68.88	-4.138	.000
외 래 비 용(만원)	2.58	2.91	2.35	2.65	-.23	1.49	-.964	.341

보건서비스를 제공받은 후의 차이는 보이지 않았다(표 2-1). 본 연구에서 지역사회 정신보건서비스 제공 후 의료비용의 차이는 $t = -4.138$, $p = .000$ 로 나타나 유의하게 나타났다.

재입원을 감소로 인한 입원비용은 현저히 줄었으나 외래비용에 있어서는 유의한 차이를 보이지 않았는데, 이는 지역사회 정신보건의 특성 상 의료보호 혜택을 받고 있는 대상자가 많아 외래비용이 무려나 감액을 받고 있고, 보험환자·보호환자 모두 외래비용에 있어서는 약제비와 진료비가 일정하며 지속적으로 소비되어야 함으로 외래비는 절감되지 않았다.

탈수용화와 지역사회 정신보건서비스는 장기 수용화 및 정신질환자들이 흔히 경험하는 반복적인 재입원에 대한 대안들로 주간관리를 통한 정신재활 프로그램은 재발률을 줄일 수 있음을 시사하는 예비적 연구는 몇몇 발표되었다. Herz(1971)는 가족이 있는 환자들을 2년간 추적조사한 결과 단기입원 후 외래치료로 이행하는 과정에서 낮병원 치료를 받은 환자들이 일반적인 입원치료만 받은 환자들에 비해 증상의 해소, 역할기능, 재입원 및 치료비용 면에서 더 낫다는 결과를 보고하였다. 또, 가족교육이 환자의 재입원을 감소시켰다는 김철권 등(1995)의 연구 결과가 있으며, 만성 정신분열병환자가 대부분을 차지하는 주간치료소의 치료효과에 대한 연구에서 외래치료 환자에 비해 주간치료소의 환자들은 재입원 기간이 짧았으며 사회적응도가 더 높았으나, 2년간의 연구기간 중 비용면에서는 유의한 차이가 없었다고 보고되었다(Linn, 1979). 이는 본 연구결과에서도 지지되었다.

지역사회 정신보건서비스 제공 전·후의 입원기관의 비교로 지역사회 정신보건서비스 제공전 입원기관은

정신병원이 35.9%로 많았으나 지역사회 정신보건서비스 제공으로 입원기관이 없음의 비율이 10.3%에서 79.5%로 큰 차이를 보였다(표 2-2).

지역사회 정신보건서비스가 제공되기 전에는, 생활보호 대상자의 의료비용은 의료보호 혜택을 받아 입원하면 비용부담이 적으나, 지역사회에서 치료를 받는 경우는 의료비를 제외한 생활에 대한 지원은 부족하여 보호자는 정신장애인을 돌보기 위해 낮에 일도 못나가고 응급상황시의 의료체계도 없어 대부분이 대상자를 장기입원시키게 되는 편의나 도덕적 해이(moral hazard)로 인해 의료비용이 증가되었다. 또한, 의료보험 대상자의 의료비용은 고가의 본인부담금으로 장기입원에 대한 수요자측 견제장치가 되고 있으나 치료의 지속성이나 재활치료를 촉진하는 유인책이 없어 반복입원하게 되므로 의료비용이 증가되었다.

그러나 지역사회 정신보건서비스 제공 이후, 정신장애의 진단과 증상이 다양하고 일부의 정신장애인에겐 약물 및 장기적인 수용관리가 필요하다는 점에는 모두 공감하지만 효과적인 치료모형이 확산으로 대부분의 급성상태의 입원치료 후에는 지역사회 중심의 관리가 적합하다고 판단하게 되었다. 따라서 의료비용 절감을 위해 지역사회 정신보건서비스는 더욱 활성화되어야 할 것이다.

2) 대상자의 삶의 질

지역사회 정신보건서비스를 제공받기 전의 대상자의 삶의 질의 평균은 2.83이었으며, 지역사회 정신보건서비스를 제공받은 후 삶의 질의 평균은 3.10으로 .26이 향상되어 통계적으로 유의한 차이를 보였다($t = -3.263$, $p = .002$). 이를 삶의 질 영역별로 지역사회

<표 2-2> 지역사회 정신보건서비스 제공 전·후의 입원기관 비교 (N=39)

구 분	제공전1년동안 입원기관		제공후1년동안입원기관	
	실수(N)	백분율(%)	실수(N)	백분율(%)
국립 정신병원	6	15.4	1	2.6
사립 정신병원	14	35.9	3	7.7
정신병·의원	5	12.8	0	0
정신 요양원	2	5.1	0	0
대학병원정신과	8	20.5	3	7.7
없 음	4	10.3	31	79.5

〈표 3〉 지역사회 정신보건서비스 제공 전·후의 삶의 질 영역별 비교

(N=39)

영역내용	문항수	전		후		diff.		paired t	p
		M	SD	M	SD	M	SD		
정서상태	9	2.68	1.25	2.54	1.14	-.13	.52	1.549	.130
경제생활	11	2.44	.92	2.75	1.02	.31	.64	-3.087	.004
자아존중감	8	2.38	1.21	2.76	1.31	.38	.71	-3.384	.002
신체상태와 기능	9	2.61	1.07	2.78	1.06	.17	.59	-1.789	.082
이웃관계	4	2.43	1.17	2.94	1.19	.50	.90	-3.477	.001
가족관계	6	1.46	.75	1.62	.72	.16	.47	-2.114	.041
계		2.83	.48	3.10	.46	.26	.49	-3.263	.002

회 정신보건서비스 제공 전·후를 비교하여 보면 경제 생활이 2.44에서 2.75로, 자아존중감이 2.38에서 2.76으로 이웃관계가 2.43에서 2.94로, 가족관계가 1.46에서 1.62로 높아져 통계적으로 유의한 차이를 보였다.

그 밖에 정서상태와 신체상태 및 기능에서도 점수가 높아지는 차이를 보였으나 통계적으로 유의하지는 않았다(표 3).

본 연구에서 지역사회 정신보건서비스 제공 후 삶의 질 변화는 제공 전에 비해 유의하게 높아졌으며, 이는 정신재활 프로그램을 적용한 결과 삶의 질이 향상되었다고 한 황태연, 한은선, 이충순, 한양순, 이민수, 이대희(1995) 및 이수(1996), 이홍식 등(1995)의 연구결과와 유사하다.

최근, 정신장애의 치료목표를 최대한의 기능유지와 삶의 질 향상에 두어야 한다는 경향이 대두되면서 미국의 국립정신건강연구소(NIMH)에서는 만성정신질환자를 위한 지역사회서비스의 효과에 대한 평가에서 삶의 질이 가장 중요한 요소라고 하였고, Malm, May와 Denker(1981)와 Flanagan(1982)은 정신분열병 환자의 치료 프로그램은 그들의 삶의 질을 높이는데 기여하여야 함을 강조한 바 있다.

따라서, 지역사회 정신보건서비스를 제공받은 정신장애인은 외래에서 약물치료만 받을 때보다 증상의 호전도가 더 좋으며 사회적 역할과 기능적 퇴행을 피하고, 기능을 향상시킬 수 있는 결과를 보여 지역사회에서 개인으로서 삶의 질이 향상된다고 할 수 있다.

3) 가족부담감

지역사회 정신보건서비스를 제공받기 전의 가족부담

감 평균은 3.13였으나, 지역사회 정신보건서비스를 제공받은 후 가족부담감 평균은 2.59로 .53이 감소되어 통계적으로 유의한 차이를 보였다($t = -5.355, p = .000$). 이를 가족부담감 항목별로 보면 사생활 감소, 생활비 지출, 사회생활이나 오락에 할애하는 시간, 여행과 휴가활동, 다른 식구들과 함께 하는 시간, 신체적 피로, 환자의 건강상태를 생각할 때의 고통, 환자의 미래, 환자로 인한 답답함, 환자 나름대로의 조정, 환자가 고마워하는 정도, 신경질적이고 우울한 정도, 환자의 요구, 환자가 말을 따라주지 않는 것, 할 일을 못하는 정도, 집안분위기의 무거움, 다른 가족과의 어려움에서는 유의한 차이를 보였다(표 4).

환자를 돌보는 가족원의 심리적, 신체적 부담감이 완화되지 못할 때 가족원 각자의 개인생활의 효율성이 저하되고, 가족 전체 생활의 균형이 위협을 당하게 된다. 따라서 가족들이 환자로 인한 부담감과 고통을 덜 느끼고, 나아가 환자의 사회적응과 재활을 돕기 위해 우선 그들이 갖는 부담감이 무엇인가를 파악하고 그들의 고통을 이해하는 것이 중요하며 또한 이 영역에 관한 연구가 필수적으로 이루어져야 한다.

지역사회 정신보건서비스가 확대됨에 따라 정신질환자의 입원기간이 줄어들고, 가능한 한 가족들과 함께 가정에서 지내려는 경향이 늘었다. 따라서 정신질환자를 보살피고 간호하면서 환자가 가정 내에서 잘 적응할 수 있도록 관리해야하는 가족들의 부담감은 증가될 수 밖에 없다. 또한, 가족의 부담은 환자의 과격한 행동 즉 위협이나 자살 시도, 폭력행동 등이 나타나면 더 창피해하고 과중해지며, 증상이 심하면 자녀로부터 탈피하고 싶은 마음이 된다고 하였다(Tessler & Fisher, 1990).

〈표 4〉 지역사회 정신보건서비스 제공 전·후의 가족부담감 문항별 비교

(N=39)

문항내용	전		후		diff.		t	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
1. 가족 돌봄 시간	2.38	1.58	2.02	1.44	-.35	1.44	-1.555	.128
2. 사생활 감소	2.56	1.58	1.69	1.28	-.87	1.21	-4.471	.000
3. 생활비 지출	2.51	1.50	2.12	1.43	-.38	1.13	-2.110	.041
4. 사회생활이나 오락 시간	2.33	1.52	1.74	1.31	-.58	.99	-3.711	.001
5. 여행과 휴가 활동	2.38	1.56	1.94	1.45	-.43	1.04	-2.602	.013
6. 식구들과 함께하는 시간	2.20	1.52	1.79	1.36	-.41	1.11	-2.293	.027
7. 신체적 피로	2.64	1.63	1.94	1.41	-.69	1.07	-4.004	.000
8. 환자건강상태에 대한 고통	3.02	1.64	2.35	1.51	-.66	.95	-4.359	.000
9. 환자의 미래	3.10	1.61	2.76	1.54	-.33	.62	-3.351	.002
10. 환자로 인한 답답함	2.97	1.61	2.61	1.51	-.35	.66	-3.354	.002
11. 환자가 나름대로 조정	2.00	1.48	1.66	1.28	-.33	.66	-3.143	.003
12. 환자와의 관계	1.87	1.47	1.89	1.41	.02	1.06	.151	.881
13. 환자가 고마워하는 정도	2.43	1.56	1.97	1.44	-.46	1.04	-2.752	.009
14. 신경질적이고 우울 정도	2.66	1.52	2.28	1.56	-.38	.90	-2.649	.012
15. 환자의 요구	1.97	1.45	1.64	1.28	-.33	.89	-2.317	.026
16. 돌봄 사람이 나밖에 없다	2.56	1.60	2.69	1.62	.12	.76	1.044	.303
17. 말을 따라주지 않는 것	2.48	1.62	2.02	1.49	-.46	1.09	-2.629	.012
18. 할일을 못하는 정도	2.30	1.50	1.79	1.39	-.51	.68	-4.687	.000
19. 집안분위기의 무거움	2.74	1.60	2.10	1.41	-.64	.90	-4.434	.000
20. 다른 가족과의 어려움	2.51	1.62	2.10	1.48	-.41	.84	-3.015	.005
계	3.13	.51	2.59	.59	-.53	.55	-5.355	.000

가족은 오랫동안 정신질환자의 치료과정에서도 소외되어 왔을 뿐만 아니라, 오히려 그들을 정신질환의 원인적 요인으로 보거나 환자를 가족의 희생양으로 보는 입장이 있었다. 결과적으로 정신질환자 가족 특히 어머니를 질병의 원인적 요소로 간주하여 '정신분열증환자를 만드는 어머니'라는 오명을 써 왔으며 이러한 사회적인 편견 때문에 다른 만성질환을 가진 가족에 비하여 정신질환자를 둔 가족들이 더 많은 부담감을 경험하는 것으로 알려져 있다(Maurin & Boyd, 1990).

만성정신질환자의 치료 및 재활의 궁극적인 목표는 지역사회 내에서의 적응이다. 이때, 환자가 적응해야 할 가장 일차적인 환경이자 지지체계는 가족이라 할 수 있으며, 환자에 대한 가족들의 이해와 그에 따른 대응방식은 퇴원 후 환자의 재활율과 사회적응도에 영향을 미치는 중요한 요인이 된다(Thompson & Doll, 1982)고 하였다.

따라서, 본 연구결과로 위와 같은 선행 연구결과가 지지되었으며, 그에 따른 프로그램 개발이 요구된다.

V. 결론 및 제언

1. 결 론

우리나라 정신보건은 정신장애인에 대한 장기입원과 수용이라는 비치료적이고, 비경제적이고, 비인본주의적 정책에서, 1995년 정신보건법의 제정과 시행으로 정신질환자의 탈원화와 정신질환에 대한 포괄적인 접근이 중요하다는 인식으로 전환되어, 지역사회에서 가능한 자원을 활용하여 대상자에게 제공하는 지역사회 정신보건서비스라는 통합적인 보건활동으로 확산되었다.

지역사회 정신보건서비스는 재활과 사회복귀를 중심으로 정신보건 관리체계를 확립하였고, 이에 따라 대상자의 재활률이 감소되어 의료비용을 줄이고, 대상자의 삶의 질을 높이고 가족의 경제적, 심리적 부담을 줄이는데 비중 있는 영향력을 미치고 있으나, 아직 이를 증명할 연구는 거의 없었다.

따라서, 본 연구는 A시 지역사회 정신보건센터에 등록되어 있는 정신장애인에게 제공한 지역사회 정신보

건서비스가 의료비용과 대상자의 삶의 질, 가족부담감에 미치는 영향을 확인하고자 지역사회 정신보건서비스 제공 전·후의 의료비용과 대상자의 삶의 질, 가족부담감을 비교연구 하였다.

연구대상은 A시 정신보건센터에 등록되어 있고 본 지역사회 정신보건서비스를 제공받고 있는 재가 정신장애인과 그 가족 76명이었고, 지역사회 정신보건서비스 제공 전과 제공 후 1년 이상이 경과한 뒤 2차 측정하였다.

연구기간은 1997년 3월부터 2000년 10월 31일까지였고, 단일군 사전사후 비교연구에 의하여 시행되었다.

연구에 사용된 측정 도구는 의료비용에 대한 도구는 본 연구자가 간호학 교수 3인의 자문을 얻어 개발한 도구와 노유자(1988)가 개발한 삶의 질 측정 도구, Montgomery 등(1985)이 개발한 가족 부담감 측정도구를 수정, 보완하여 사용하였고, 연구대상자의 의료비용 절감, 삶의 질, 가족부담감 측정은 지역사회 정신보건서비스 제공 전과 제공 후 12개월이상이 경과한 다음 실시 하였다.

통계분석은 SPSS Win 10.0를 사용하였다.

본 연구의 결과를 바탕으로 다음과 같은 결론을 내릴 수 있다.

- 1) 지역사회 정신보건서비스 제공 전·후에 정신장애인의 의료비용이 유의하게 감소하였다.
- 2) 지역사회 정신보건서비스 제공 후 정신장애인의 삶의 질은 평균 3.10로서, 지역사회 정신보건서비스를 제공 전, 삶의 질 평균 2.83에 비해 유의하게 향상되었다.
- 3) 지역사회 정신보건서비스 제공 후 가족부담감은 평균 2.59로서, 지역사회 정신보건서비스를 제공 전, 가족부담감 평균 3.13에 비해 유의하게 감소되었다.

정신보건센터의 서비스 제공이 그들의 사회복지와 재활을 위하여 지역사회 내에서 효율적으로 제공되면서 정신장애인들의 삶의 질을 높여 주고 또한 가족의

부담감과 의료비용을 덜어줄 수 있다는 결과를 확인한 바, 보건복지부 및 지방자치 단체가 지속적으로 지역사회 정신보건서비스를 수행할 필요가 있는 합리적이고 설득력있는 근거를 제시했다고 할 것이며, 나아가 공조직과 민간 단체는 보건복지정책과 사회복지시설 확충 등으로 정신장애인과 가족들의 생활이 보다 건강하고, 가치 있는 사회의 구성원이 될 수 있도록 도와야 할 것이다.

21세기를 맞이하여 한 개인으로서 장애인의 입장이 우선 이해되어야 하며, 지역사회에서 정신장애인들이 거주하면서 보통사람처럼 살아나가기 위해서는 무엇보다도 정신장애인에 대한 비합리적인 사회적 편견을 해소하고 정신장애인과 그 가족에게 우호적인 환경으로 변화되어야 하며, 지역사회의 전체주민이 정신장애인에 대한 애정어린 관심과 그 가족에 대한 이해와 지원이 절대적으로 필요하다.

끝으로, 지역사회 정신보건서비스 관계자는 H. R. lammb(1988)가 강조하는 바와 같이 지역사회 정신보건서비스가 '가까운 곳에서의 진료(treatment close to the patient's home), 포괄적인서비스(comprehensive service) 및 예방적인 서비스(preventive service), 지속적인 관리(continuity of care)가 실행되고 있는지를 언제나 염두에 두고, 대상자와 그 가족의 욕구에 부응하는 통합적·질적 접근이 될 수 있도록 지역사회 정신보건체계를 구축하여야 한다. 그리고 지역사회는 지역사회 정신보건서비스의 이유를 알고(know why) 방법(know how)을 함께 실천하여야 한다.

2. 제 언

이상의 연구결과를 토대로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

- 1) 입원한 환자와 지역사회에서 생활하는 환자와의 삶의 질 차이를 검증하는 연구가 필요하다.
- 2) 대상자의 삶의 질을 향상시키는 요인과 가족부담감을 줄이는 요인을 규명하는 연구가 필요하다.

참 고 문 헌

- 고천석, 이형영 (1985). 정신과 환자가족의 불안에 관한 연구. *신경정신의학*, 24, 421-42.
- 김도훈, 오병훈, 남궁기 (1995). 만성정신분열증 입원 환자를 대상으로한 정신사회 치료 프로그램의 효과. *신경정신의학*, 34, 1805-1815.
- 김명정 (1994). 정신분열병 환자가족의 객관적, 주관적 부담에 관한 연구. 부산대학교 대학원 석사학위 논문.
- 김소야자, 현명선, 선경미, 공성숙 (1993). 입원한 정신질환 가족의 가정간호 요구도와 가족부담감. *대한간호*, 32, 68-86.
- 김연희 (1994). 정신과 외래환자의 자가간호수행 및 가족기능과 가족부담감의 관계. 서울대학교 보건대학원 석사학위논문.
- 김철권 (1995). 정신분열병 환자를 위한 정신사회 재활 치료. 한국 정신 사회 재활협회 학술대회 초록집, 2-8.
- 노유자 (1988). 서울지역 중년기 성인의 삶의 질에 관한 분석 연구. 연세대학교 박사학위논문.
- 보건복지부 (2000). 지역보건복지사업 세미나. 과천, 보건복지부.
- 박미선 (1998). 정신분열증환자 가족교육이 가족의 부담감, 우울 및 삶의 질에 미치는 효과. *정신 보건*, 3(1), 56-63.
- 박주희 (1999). 고객중심의 질경영을 위한 의료경영론. 서울, 대학서림.
- 세계보건기구, 앤드류 크리스 (1996). 경제적인 지역 보건을 위한 알기쉬운 비용분석. 서울, 한울.
- 서미혜, 오가실 (1993). 만성질환자 가족의 부담감에 관한 연구. *대한간호학회지*, 23(3), 467-486.
- 아주대학교의과대학 (1995). 정신요양원수용자의 사회 복귀 및 거주시설운영에 관한 연구. 수원, 아주대학교의과대학.
- 양봉민 (1999). 보건경제학. 서울, 나남출판.
- 양옥경 (1995). 정신장애인 가족에 관한 연구-가족의 보호부담, 대체기제, 서비스욕구를 중심으로. *신경정신의학*, 34(3), 809-829.
- 이경호 (1993). 우리나라 보건진료원제도의 경제적 분석. 서울, 서울대학교대학원보건학과.
- 이계준, 오병훈, 임기영, 유계준 (1995). 낮병원 사회 재적응프로그램이 정신분열병환자의 여가생활에 미치는 영향. *신경정신의학*, 34, 1816-1822.
- 이미경 (2000). 재가정신질환자의 어머니 경험연구. 경희대학교 대학원 박사학위 논문.
- 이영문 (1999). 낮병원이 효과성과 효율성. 서울, 99 정신건강의 날 기념 학술세미나 자료집, 17-29
- 이영신 (1993). 만성입원환자 가족원의 부담감. 서울대학교 대학원 석사학위논문.
- 이정섭, 이평숙, 양경숙, 김현진 (1998). 지역사회정신보건 재활간호사업이 만성정신질환자의 삶의 질에 미치는 영향. *정신간호학회지*, 제6권, 제2호 161.
- 이정섭 (1995). 지역사회 정신건강간호. *대한간호*, 34(1), 17-22.
- 이주훈, 이유상, 김지현, 이순자, 김세숙, 유명이 (1996). 강남정신보건센터에 등록된 정신질환자 가족의 부담과 정신보건요구. *용인정신의학보*, 3(2), 177-187.
- 이충순, 한은선, 황태연 (1996). 현대 정신보건과 지역사회. 세진, 용인정신병원
- 원정숙 (1995). 지역사회에서의 정신분열증 환자의 간호관리. *대한간호*, 34(1), 31-39.
- 임혜숙 (1991). 정신질환자 가족의 부담감과 사회적 지지에 관한 연구. 연세대학교 보건대학원 석사학위 논문.
- 정규현희 (1994). 21세기 한국의 사회발전전략 : 성장복지 환경의 조화. 나남출판.
- 정신간호학회, 한국정신보건전문간호사회, 이화여자대학교 간호과학연구소, UNDP, 성북구보건소, 한국산업가스 (1998). 재가 만성정신질환자의 재활을 위한 지역사회정신간호 사업. UNDP 지원최종보고서.
- 최영신 (1997). 정신질환자를 돌보는 가족원의 부담감과 사회적 지지와의 관계연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위 논문.
- 최일섭, 최성재 (1997). 사회문제와 사회복지. 나남, 356.
- 하양숙, 김수지, 김기숙, 박혜숙 (1998). 지역사회정신보건 재활간호사업이 만성정신질환자 가족의 부

- 단감에 미치는 영향. 정신간호학회지, 제6권, 제2호 170.
- 한국정신건강 복지 연구소 (1994). 만성정신장애와 사회복지서비스. 서울, 인간과 복지.
- 홍순원, 이병욱, 이수일 (1994). 정신병 환자 가족의 심리적 반응과 대응전략에 관한 연구. 신경정신의학, 33, 117-127.
- Barckhrdt, C. S., Woods, S. L., Schultz, A. A., Ziebarth, D. M. (1989). Quality of Life of Adults with Chronic Illness : A Psychometric Study. *Research in Nursing & Health*, 12, 347-354.
- Brown, J. S., Rawlinson, M. E., Hilles, H. C. (1981). Life Satisfaction and Chronic Disease: Exploration of a Theoretical Model. *Medical Care*, 19(11), 1136-1146.
- Bull, M. J. (1990). Factors influencing family caregiver burden and health. *Western Journal of Nursing Reserch*, 12, 756-776.
- Doll, W. (1976). Family Coping With the Mentally Ill : An Unanticipated Problem of Deinstitutionalization. *Hospital and Community Psychiatry*, 27(3).
- Dubos, R. (1976). The state of health and the quality of life. *Western Journal of Medicine*, 125, 8-9.
- Francell, C. G. (1988). Families' Perceptions of Burden of Care for Chronic Mentally Ill Relatives. *Hospital and Community Psychiatry*, 39(12).
- Goldman, H. H. (1982). Mental Illness and family burden : A publics health perspective. *Hospital Community Psychiatry*, 33, 557-560.
- Grad, J., & Sainsbury, P. (1968). The Effects that Patients have on their Family in a Community Care and Control Psychiatric Service a two year follow up. *British Journal of Psychlatry*, 114, 265-278.
- Glbbons, J. S., Bulter, J. P. (1987). Quality of Life for 'New' Long-Stay Psychiatric In-Patients: The effects of Moving to a Hostel. *British Journal of Psychiatry*, 151, 347 - 354.
- Heinrichs, D. W., Hanlon, T. E., Carpenzer, W. T. Jr. (1984). The Quality of Life Scale : An Instrument for Rating the Schizophrenic Deficit Syndrome. *Schizophrenia Bulletin*, 10(3), 388-398.
- Hatfield, A. B. (1979). The family as partner in the treatment of mental illness. *Hospital and Community Psychiatry*, 30, 325-333
- Kanter, J., Lamb, H. R., & Loeper, C. (1897). Expressed emotion in family : a critical review. *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 374-380.
- Liberman, R. P. (1988). *Psychiatric Rehabilitation Of Chronic Mental Patients*. American Psychiatric Press, Inc., 145-156.
- Montgomery, R. J. V., Goynea, J. G., Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family Relations*, 34, 19-26.
- Malm, U., Philip R. A. May, Sven Jonas Dencker. (1981). Evaluation of the Quality of Life of the Schizophrenic Outpatient : A checklist. *Schizophrenla Bulletin*, 7(3), 477-487.
- Murphy, M. (1991). Quality of life : the patient's perspective. *Nursing standard*, 5(36).
- Pinkney, A. A., Gerber, G. J., & Lafave, H. G. (1991). Quality of life after psychiatric rehabilitation : the clients' perspective. *Acta Psychiatri Scand*, 83, 86-91.
- Pai, S., & Kapur, R. L. (1981). The Burden on the Family of a Psychiatric Patient : Development of an Interview Schedule. *British Journal of Psychiatry*, 138, 332-335.

Simmons, S. (1994). Quality of life in community mental health care-a review. *Int. J. Nurs. Stud.*, 31(2), 183-193.

Thompson, E. F., Doll, W. (1982). The burden of families coping with thw mentally ill, an invisible crisis. *Family Relations*, 31, 379-388

Tantam, D. (1988). Quality of life and the chronically Mentally Ill. *The International Journal of Social Psychiatry*, 34(4), 243-247.

Zarit, S. H., Reever, k. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the Impaired Elderly : Correlates of Feelings of Burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655.

Zarit, S. H., Todd, P. A., Zarit, J. M. (1986). Subjective Burden of Husbands and Wives as Caregivers : A longitudinal study. *The Gerontoloelst*, 26, 260-266.

ABSTRACT

**Comparative Research of the Medical Cost,
The Quality of Life, The Family burden of the Mentally Ill before and
after the Community Mental Health Service**

Noh, In Young
(Community Mental Health Center, Ansan)

Community mental health management system emphasizing on the rehabilitation and the return to the community has been established and carried out for many years.

The study has been demanded to prove that the decreasing rate of the recurrence of the mentally ill resulted to lower their medical costs, to enrich the quality of life, and to reduce the psychological burden of their family.

This study tried to prove that the mental health services to the mentally ill which were registered in community mental health center of A city have an influence on the medical cost, the quality of their lives, the family burden.

The subject group of this study were 39 home-based mentally ill patients and their 37 family members, totally 76 people registered in mental health center of A city and participated in its program. This research had been measured twice, the first before the intervention and the second after at least a year. The measuring tools in the research were the medical cost measurment tools developed by the researcher, the quality of life index by Yoo ja, Noh(1988) and the family burden by Montgonery(1985). The methods were modified and supplemented in this study.

This research made use of SPSS Win 10.0.

The results of this study are the same as followings.

- 1) There were the significant difference in the medical cost before and after the mental health service delivery.
- 2) The quality of lives of the mentally ill, after the mental health services delivered were significantly higher than before.

3) The family burden were significantly reduced after the delivery of community mental health services.

Community mental health services brought out efficient results to the social return and rehabilitation. And these results means that the mentally ill changed highly the quality of life and their burden of family and medical cost were reduced. So the public organization and the private society should help positively the mentally ill and their family through mental health policy and social service agency to live healthy lives and to be valuable member of society.