

보건소에서 접근할 수 없는 재가 정신질환자에 대한 조사연구: B시 일 보건소를 중심으로

류정숙¹ · 김명희² · 정추영²

부산광역시 중구보건소¹, 부산대학교 간호대학²

A Survey on Community dwelling Mentally Ill Patients Who could not be Accessed by a Community Health Center

Reu, Jeong-Suk¹ · Kim, Myung-Hee² · Jeong, Chu-Young²

¹Busan Metropolitan City, Jung-gu Public Health Center, Busan

²College of Nursing, Busan National University, Yongsan, Korea

Purpose: The purpose of this study was to identify the frequency and status of mentally ill patients who registered in a community health center (CHC) but they could not be accessed. **Methods:** A total of 233 mentally ill individuals who were registered to a CHC in B Metropolitan City participated in this survey. Data were collected from December 1 to 31, 2010 and analyzed. **Results:** There were 140 (60.1%) community dwelling mentally ill patients who had been registered to that CHC but were not accessible. The major reasons of this inaccessibility were patients' rejection to be accessed (27.1%) and the wrong or missing address in hospital's discharge note (22.9%). The nursing problems of the subjects were rejection of medication (93.4%); poor personal hygiene (85.8%); violence including harassment of family member(s), assault, property destruction, threat with weapon (38.7%); and so on. Among 159 cases of referrals and requests for help immediate action with patient's compliance were only 8.8%. **Conclusion:** The findings show that mentally ill patients who had registered to the CHC but were not able to be accessed failed to be managed properly. This would become risk factors of social problems which threat to the community as well as individuals. Thus, we need to prepare programs for this population to make them take medicine at a minimum.

Key Words: Community health center, Mentally ill persons

서론

1. 연구의 필요성

정신질환자의 평생 유병률은 30.0%에 달하며 2006년 보건복지부에서 추정한 정신질환자 수는 약 540만 명이나 병원 및 입소시설에 있는 정신질환자는 65,498명에 지나지 않아 지역

사회에 상당수의 정신질환자가 있을 것이라 판단된다(Gang, 2009). 정신병원에서 가정이나 사회로 복귀하는 정신질환자는 일상생활의 수행능력 부족, 가족과의 갈등, 대인관계의 어려움 등의 문제와(Han, 2002; Lee, 2004) 사회적 낙인, 오점을 경험하며 사회적응이 어렵게 된다(Mason & Miller, 2006). 정신질환자는 약 40%가 1년 이내 재발하고, 퇴원 후 5년 이내 75%가 재발하는 등, 재발과 재입원을 반복하게 되므로 지역

주요어: 보건소, 정신질환자

Corresponding author: Kim, Myung-Hee

College of Nursing, Busan National University, Beomeo-ri, Mulgeum-eup, Yongsan-si 626-770, Korea.

Tel: +82-51-510-8334, Fax: +82-51-510-8308, E-mail: myung@pusan.ac.kr

투고일: 2012년 9월 24일 / 수정일: 2012년 11월 12일 / 게재확정일: 2012년 11월 19일

사회에서 약물복용과 사회적응을 도우는 등의 재활관리를 통하여 재발률을 낮추고 사회로 복귀할 수 있도록 지속적인 관리가 이루어져야 할 것이다(Kim & Byun, 2000). 그러나 지역사회에서 지속적으로 관리되어야 할 정신질환자들이 방치되어 사회적인 물의를 일으키는 경우를 뉴스나 여러 보도 자료를 통해 자주 접하게 된다.

1995년 정신보건법이 제정되어 보건소에서 정신보건시설간 연계체계를 구축하고, 정신질환의 예방, 정신질환자의 발견·상담·진료·사회복귀훈련 및 사례관리 등을 기획·조정 및 수행하게 되었다. 또한, 지역사회 정신보건센터는 1999년 14개시의 시범사업을 시작으로 시·군·구별로 확대되어 운영되고 있으며 센터는 보건소의 위탁을 받아 지역정신보건사업을 실시하므로 일체의 예산 및 사업수행 결과를 보건소에 보고하도록 되어 있다. 그리고 2008년도에는 정신질환자의 인권을 보호하고 병원에서 퇴원 후 지속적인 관리를 받도록 하기 위해 정신병원에서 퇴원하는 환자를 보건소에 통보하도록 정신보건법이 개정되었다. 보건소에서는 정신보건담당자나 방문간호사가 발견한 재가 정신질환자와 정신병원에서 퇴원 시 통보해 주는 재가 정신질환자, 민원으로 신고하는 재가 정신질환자 모두의 관련서류를 접수하고 이들에게 전화 통화나 가정방문 등 다각적으로 접근을 시도한다. 그리고 보건소의 관리를 받고자 하는 대상자들은 보건소에 등록하여 약물복용 등의 정기적인 관리를 하며 이들에게 실제 수행한 업무결과를 보고하고 있다. 그러나 보건소에 접수만 되었을 뿐 보건소에서 접근할 수 없는 대상자들에게는 실제 수행한 업무가 없어 심각한 문제가 있다 하더라도 사업보고 대상에서 제외되어 지역사회에 그대로 방치되어 있는 실정이다.

가족과 정신보건 관련 기관으로부터 체계적으로 관리 받지 못하는 재가 정신질환자들은 대부분 개인위생 등의 기본적인 자기관리 능력이 결핍되어 있으며(Cho & Hah, 2003) 이들을 계속 방치하면 질병의 재발은 물론 사회 적응력 상실 등의 개인적인 문제뿐만 아니라 폭력이나 방화 등 사회 안전을 위협할 수도 있다(Lee & Han, 2001). 지역사회의 재가 정신질환자들에 대한 선행연구에는 재활을 돕는 프로그램 운영의 효과와(Lee, 2004; Lee & Kim, 2002) 이들에게 제공하는 서비스 내용과 모형개발을 위한 조사연구 등(Han, 2002), 지역사회에서 관리되고 있는 대상자를 중심으로 한 연구들으로써 보건소에서 접근할 수 없는 재가 정신질환자들에 대한 연구는 없었다.

이에 본 연구는 일 보건소에 접수만 되어 있을 뿐 보건소에서 접근할 수 없는 재가 정신질환자들을 대상으로 그 사유를 파악하여 최소한의 기본적인 약물관리 만이라도 받게 해

야 하는 방안이 마련되어야 할 필요성을 제시하기 위하여 시도하였다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 보건소에 접수만 되어 있을 뿐 보건소에서 접근할 수 없는 대상자들의 실태를 파악하기 위한 것으로 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 연구대상자의 일반적인 특성을 조사한다.
- 연구대상자의 의뢰 경로 별 접근할 수 없는 사유와 간호문제를 파악한다.
- 연구대상자의 타 기관 연계 및 관련기관의 협조요청 현황을 파악한다.
- 타 기관 연계 및 관련기관의 협조요청 후 조치현황을 파악한다.

연구방법

1. 연구설계

일 보건소에 정신병원의 퇴원통지서와 보건간호사의 가정방문 또는 민원으로 보건소에 접수되어 있으나 보건소에서 접근할 수 없는 대상자들의 실태를 파악하기 위한 단면 조사연구이다.

2. 연구대상

연구대상은 2009년 12월 당시 B시 S구 보건소에 접수되어 있는 만 19세 이상의 재가 정신질환자 233명 중 서류접수 후 12개월 이상이 경과하여도 보건소에서 접근할 수 없어 보건소에 등록 및 관리되고 있지 않은 자 140명이었다.

3. 연구도구

본 연구의 도구는 2009년 12월 S보건소에서 접근할 수 없는 재가 정신질환자들의 실태를 조사하기 위해 본 연구자가 제작한 조사표이며, 이는 간호학 박사 B정신보건센터 부센터장이면서 1급 정신보건전문요원인 1인과 정신간호학 교수 1인에게 내용 타당도를 검정 받았다. 조사표는 대상자의 성별, 연령, 의료보장 유형, 정신질환명, 의뢰경로, 의뢰 후 경과 기간, 보건소에서 접근할 수 없는 사유, 간호문제, 연계기관, 연

계 시 관련기관의 협조 요청, 연계 및 협조 요청 후 조치현황에 대한 문항으로 구성되었다.

의뢰경로는 병원의 퇴원통지서, 보건소 방문보건, 민원으로 구분하였고, 경과 기간은 보건소에 의뢰된 시점에서 조사 시점까지의 기간을 개월로 표시하였다. 접근하지 못하는 사유는 만나지 못함(주소 및 연락처 불명, 배회, 재입원, 요양), 만남을 거부한 경우(본인거부, 가족거부), 공포 분위기 조성(가족 및 이웃과 싸움, 심한 알코올 음주상태), 안전의 위협으로 구분하였고, 간호문제는 4개 항목의 총 17개로 치료 불응(복약거부, 재입원 거부), 행동장애(폭력성(가족 괴롭힘, 폭언, 폭행, 기물파손, 흉기위협), 공포 분위기 조성, 배회, 방화, 노출증), 부적절한 일상생활(불규칙한 식사, 개인위생 불량, 환경위생 불량), 기타(자살시도, 대인관계 기피)로 분류하여 복수체크하였다.

연계 기관은 연계하지 않음과 정신보건센터 또는 병원으로 연계한 것을 표시하였고, 연계 시 관련기관의 협조요청은 경찰, 119구급대, 주민자치센터(동사무소 및 구청), 기타(자원봉사센터, 아파트관리사무소 등) 기관에 복수 체크하였다. 연계 및 협조 요청 후 조치현황은 신속조치(병원 입원을 포함한 신속한 타 기관 연계), 1회 조치 후 보류, 조치 안 함(접수만 된 상태), 지연된 조치(문제 발생 시 조치)의 4개 항목으로 범주화하여 분류하였다.

4. 자료수집

본 연구는 Y시 소재 B대학교병원의 임상시험심사위원회 승인을 받고(05-201127), S보건소 소장의 허락을 받았다. 당해 보건소의 정신보건 담당자이면서 정신보건전문요원인 본 연구자가 2010년 3월부터 S보건소에 병원의 퇴원 통지서, 맞춤형 방문보건 조사지와 팩스, 전화, 편지, 홈 페이지의 게시판, 통합 전산망의 공문 등, 민원으로 접수된 재가 정신질환자 중 보건소에서 접근할 수 없어 12개월 이상 보건소에 등록 및 관리되지 않는 대상자의 명단을 작성하였다. 대부분 의료급여 대상자이고 차상위 계층이 많았기 때문에 이들에 대한 신상정보를 기초생활 수급자와 차상위 계층의 전산자료에서 확인하여 조사표에 기입하였다. 본 연구자는 이들에게 다시 한 번 접근하기 위하여 전화로 확인한 후 가정 방문하였으며, 전화로 확인되지 않는 경우에는 주민자치센터의 담당 공무원이나 통장과 동행하여 가정 방문하였다. 대상자를 만나지 못하는 경우에는 이웃 주민과 통장 및 주민자치센터의 담당 공무원이 제공한 정보를, 대상자를 만난 경우에는 본인이나 가족과의

면담과정에서 수집한 정보를 면담 후 즉시, 기록하였으며, 이를 기초로 보건소에서 접근할 수 없는 사유와 간호문제를 분석하였다.

간호문제는 전체 160여개가 추출되었고, 이를 정신보건전문가 및 간호학과 교수와 함께 4회에 걸쳐 통합하고 범주화하여 분류하였다. 또한, 대상자의 상태에 따라 타 기관의 연계 및 관련 기관의 협조를 요청하였으며, 1~2개월 정도 경과 후 본 연구자의 연구목적에 동의하고 연구 보조원으로 참여하기로 한 동료 직원 1명과 함께 타 기관의 연계 및 관련 기관의 협조 요청 후의 조치 현황을 전화로 문의하여 확인된 내용을 기록하고 분류하였다. 이와 같은 자료수집은 동년 12월까지 수행되었다.

5. 자료분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 12.0 프로그램으로 빈도와 백분율, 평균, 표준편차를 이용하여 분석하였다.

연구결과

1. 연구대상자의 일반적인 특성

보건소에서 접근할 수 없는 140명의 대상자에 대한 일반적인 특성은 Table 1과 같다. 성별은 남자가 74.3%로 여자 25.7%보다 높게 나타났으며, 평균 연령은 48.8세이며 최소 19세에서 최대 90세의 범위를 보였다. 의료보장 유형은 의료급여가 68.6%로 가장 많았으며, 정신질환명은 알코올 중독이 45.7%로 많았고, 의뢰 경로는 병원의 퇴원 통지가 71.4%로 가장 많았다. 보건소에 접수 이후 조사 시점까지의 평균 경과 기간은 21.8개월이었으며 최소 12개월에서 최대 56개월까지 경과된 경우도 있었다.

2. 대상자의 의뢰 경로 별 접근할 수 없는 사유와 간호문제

1) 접근할 수 없는 사유

보건소에서 연구대상자 140명에게 접근할 수 없는 사유는 Table 2와 같다. 만나지 못한 경우가 58명(41.5%)으로 가장 많았으며, 만났으나 거부한 경우 46명(32.8%), 공포분위기 조성으로 접근하지 못한 경우 25명(17.8%), 안전의 위협으로 접근하지 못한 경우가 11명(7.9%)이었다. 만나지 못한 경우에는 병원의 퇴원통지서에서 기록된 주소 및 연락처 오기로

Table 1. General Characteristics of Subjects (N=140)

Characteristics	n (%) or M±SD	Range
Gender		
Male	104 (74.3)	
Female	36 (25.7)	
Age (year)	48.8±10.9	19~90
19~29	6 (4.3)	
30~39	20 (14.3)	
40~49	48 (34.3)	
50~59	44 (31.4)	
60~69	18 (12.9)	
≥70	4 (2.8)	
Medical security type		
Medical benefit	96 (68.6)	
Health insurance	43 (30.7)	
Not covered	1 (0.7)	
Mental disease		
Schizophrenia	45 (32.1)	
Alcoholism	64 (45.7)	
Mood disorder	17 (12.2)	
Dementia	3 (2.1)	
Other	11 (7.9)	
Received channel		
Hospital's discharge notice	100 (71.4)	
Home visit	18 (12.9)	
Civil complaint	22 (15.7)	
Lapse period (month)	21.79±9.08	12~56
≤18	58 (41.4)	
19~36	66 (47.1)	
≥37	16 (11.5)	

연락이 불가능한 경우가 22.9%로 가장 많았으며, 배회가 13.0%, 재입원 4.2%, 타 지역으로의 요양이 1.4%순으로 나타났다. 만났으나 거부한 경우는 본인 거부가 27.1%로 가장 많았고, 가족의 거부는 5.7%였다. 공포분위기 조성으로 만나지 못한 경우는 가족이나 이웃과의 싸움이 15.0%, 심한 알코올 음주 상태가 2.8%였으며, 안전의 위협으로 만나지 못한 경우는 7.9%였다. 의뢰 경로별로 살펴보면 병원의 퇴원통지에서는 주소 및 연락처 불명이 32.0%, 방문보건에서는 본인의 거부가 50.0%, 민원에서는 안전의 위협이 45.5%로 가장 높게 나타났다.

2) 간호문제

연구대상자 140명 중 퇴원통지서에 주소 및 연락처가 잘못 기재된 32명과 타 지역으로 요양을 떠난 2명을 제외한 106명의 의뢰 경로 별 간호문제는 Table 3과 같다. 불이행에서는 99명(93.4%)의 대상자가 복약을 거부하였고, 부적절한 일상생

활 관리에서는 응답한 98명 중 개인위생 불량 91명(85.8%), 환경위생 불량 80명(75.5%), 불규칙한 식사가 77명(72.6%)으로 나타났다. 행동장애에서는 폭력성이 41명(38.7%), 공포분위기 조성이 24명(22.6%), 배회 20명(18.9%), 방화 9명(8.5%), 노출증이 3명(2.8%)으로 나타났다. 기타 문제에서는 자살 시도가 4명(3.8%), 대인관계 기피가 17명으로 연구대상자 전체의 16.0%로 나타났다.

의뢰 경로별로 투약거부의 간호문제를 살펴보면 퇴원통지에서는 96.7%, 방문보건에서 94.4%, 민원에서 81.8%의 높은 비율을 보였다. 행동장애 문제가 있는 대상자 중 퇴원통지에서 폭력성이 28.8%, 배회가 4.5%, 공포분위기 조성이 1.5%로 나타났다. 방문보건에서 폭력성이 38.9%, 배회와 공포분위기 조성 모두가 27.8%, 방화 16.7%, 노출증이 5.8%로 나타났다. 민원에서는 폭력성이 45.5%, 공포분위기 조성이 81.8%, 배회가 54.5%, 방화 27.3%, 노출증이 9.1%로 나타났다. 퇴원통지와 방문보건의 폭력성에는 가족 괴롭힘이 22.7%, 5.6% 말싸움이 6.1%, 33.3%로 많은 반면 민원에서는 퇴원통지와 방문보건에서 나타나지 않은 폭행 27.3%, 기물파손 9.1%, 흉기 위협 4.5%의 심각한 폭력성이 있었다.

부적절한 일상생활의 간호문제에서 불규칙한 식사, 개인위생 및 환경위생 불량이 퇴원통지에서는 68.2%, 84.8%, 66.7%, 방문보건에서는 88.9%, 83.3%, 94.4%, 민원에서는 72.7%, 90.9%, 86.4%의 높은 비율로 이들 대부분이 개인위생과 환경위생이 불량하며 불규칙한 식사를 하는 것으로 나타났다. 기타의 간호문제에서 대인관계 기피를 퇴원통지에서는 19.7%, 방문보건에서 11.1%, 민원에서는 9.1%의 비율을 보였으며 자살시도가 퇴원통지와 민원에서 각각 4.5%로 나타났다.

3. 타 기관 연계 및 관련 기관의 협조요청 현황

보건소에서 접근할 수 없는 106명의 타 기관 연계 및 관련 기관의 협조요청 현황은 Table 4와 같다. 연계하지 않은 경우가 26명(24.6%)이었고, 정신보건센터에 연계한 경우가 70명(66.0%), 정신병원이 10명(9.4%)이었다. 타 기관의 협조요청은 퇴원통지서에서 정신병원으로 연계한 1명과 민원에서의 22명, 총 23명에서 79건이 이루어졌는데. 주민자치센터 및 구청 등 공공행정기관이 21건으로 26.6%, 119구급대와 기타(자원봉사센터 및 아파트 관리사무소)가 각각 20건으로 25.3%, 경찰이 18건으로 22.8%였다.

4. 타 기관 연계 및 관련 기관 협조요청 후 조치 현황

Table 2. Causes of Inaccessibility to Patients according to Referrals (N=140)

Variables	Categories	Hospital's discharge notice (n=100)	Home visit (n=18)	Civil complaint (n=22)	Total (N=140)
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Failure to meet	Missing or wrong address	32 (32.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	32 (22.9)
	Wandering	10 (10.0)	5 (27.8)	3 (13.6)	18 (13.0)
	Rehospitalization	3 (3.0)	2 (11.2)	1 (4.5)	6 (4.2)
	Recuperation in other region	2 (2.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (1.4)
	Subtotal	47 (47.0)	7 (39.0)	4 (18.1)	58 (41.5)
Rejection to meet	Patient's rejection	21 (21.0)	9 (50.0)	8 (36.4)	38 (27.1)
	Family member's rejection	8 (8.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	8 (5.7)
	Subtotal	29 (29.0)	9 (50.0)	8 (36.4)	46 (32.8)
Creation of fearful environment	Fight with family member or neighbor	20 (20.0)	1 (5.6)	0 (0.0)	21 (15.0)
	Severe alcohol drinking	3 (3.0)	1 (5.6)	0 (0.0)	4 (2.8)
	Subtotal	23 (23.0)	2 (11.2)	0 (0.0)	25 (17.8)
Threat to safety		1 (1.0)	0 (0.0)	10 (45.5)	11 (7.9)

Table 3. Subject's Nursing Problems (N=106)

Nursing problems † Categories Subcategories	Hospital's discharge notice (n=66)	Home visit (n=18)	Civil complaint (n=22)	Total † (N=106)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Noncompliance				
Rejection of medication	64 (96.7)	17 (94.4)	18 (81.8)	99 (93.4)
Rejection of rehospitalization	2 (3.0)	5 (27.8)	9 (40.9)	16 (15.1)
Behavioral disorder				
Violence	19 (28.8)	7 (38.9)	15 (45.5)	41 (38.7)
Harassment of family member(s)	15 (22.7)	1 (5.6)	1 (4.5)	17 (16.0)
Verbal violence	4 (6.1)	6 (33.3)	5 (22.7)	15 (14.2)
Assault	-	-	6 (27.3)	6 (5.7)
Property destruction	-	-	2 (9.1)	2 (1.9)
Threat with weapon	-	-	1 (4.5)	1 (0.9)
Creation of fearful environmental	1 (1.5)	5 (27.8)	18 (81.8)	24 (22.6)
Wandering	3 (4.5)	5 (27.8)	12 (54.5)	20 (18.9)
Arson	-	3 (16.7)	6 (27.3)	9 (8.5)
Exhibitionism	-	1 (5.8)	2 (9.1)	3 (2.8)
Inappropriate DLM				
Irregular meal	45 (68.2)	16 (88.9)	16 (72.7)	77 (72.6)
Poor personal hygiene	56 (84.8)	15 (83.3)	20 (90.9)	91 (85.8)
Poor environmental hygiene	44 (66.7)	17 (94.4)	19 (86.4)	80 (75.5)
Other				
Suicide attempt	3 (4.5)	-	1 (4.5)	4 (3.8)
Avoidance of IR	13 (19.7)	2 (11.1)	2 (9.1)	17 (16.0)

DLM=daily living management; IR=interpersonal relationships.

† Multiple check; ‡ Excepting a total of 34 persons, including 32 inaccessible due to wrong or missing contact information and 2 recuperation in other region.

정신보건센터와 정신병원으로의 연계한 80건과 타 기관 협조 요청 79건을 포함한 전체 159건의 조치 현황은 Table 5와 같다. 즉시, 조치된 것은 14건(8.8%)에 불과하며, 1회 조치 후

관리를 보류한 경우가 93건(58.5%)로 가장 많았고, 문제가 발생한 다음에 처리한 경우가 27건(17.0%), 조치를 하지 않은 경우가 25건(15.7%)였다. 정신보건센터로 연계한 70명 중 3

논 의

명은 직장생활을 하고 있어 처리된 경우로 분류하였으며 67명은 정신보건센터의 담당자가 1회 권유하였으나 이에 응하지 않아 방치되고 있었다. 정신병원으로 연계한 10명 중 3명은 즉시, 입원되었으나 4명은 1회 권유하고 방치되고 있었으며 1명은 본인의 거주지 아파트에서 방화로 문제를 일으킨 후 입원되었고 2명은 아무런 조치를 하지 않았다.

경찰에 협조를 요청한 18건 중 즉시, 조치된 경우는 2건(11.2%)에 지나지 않고 1회 조치 후 관리를 보류한 경우와 조치하지 않은 경우가 각각 6건(33.3%)으로 많았으며 사건발생 후 조치를 취한 경우가 4건(22.2%)이었다. 119 구급대에 협조를 요청한 20건 역시 즉시, 조치된 경우는 2건(10.0%)에 지나지 않고 1회 조치 후 관리를 보류한 경우가 9건(45.5%)으로 많았으며 조치하지 않은 경우가 6건(30.0%), 사건발생 후 조치를 취한 경우가 3건(15.0%)으로 나타났다. 주민자치센터 및 구청 등 공공행정기관에 협조를 요청한 21건 중 즉시, 조치된 경우는 3건(14.3%)에 지나지 않고 사건발생 후 조치를 취한 경우가 10건(47.6%)으로 많았으며 1회 조치 후 관리를 보류한 경우와 조치하지 않은 경우가 각각 4건(19.9%)이었다. 기타 자원봉사센터 및 아파트 관리사무소에 협조를 요청한 20건 중 즉시, 조치된 경우는 1건(5.0%)에 지나지 않고 사건발생 후 조치를 취한 경우가 9건(45.0%)으로 많았으며 조치하지 않은 경우가 7건(35.5%)이었고 1회 조치 후 관리를 보류한 경우가 3건(15.0%)으로 나타났다.

이상에서 경찰과 119구급대에서는 1회 조치 후 관리를 보류하는 경우가 많으며 주민자치센터 및 구청 등 공공행정기관과 자원봉사센터 및 아파트 관리사무소 등에서는 사건발생 후 조치를 취한 경우가 많음을 알 수 있었다.

본 연구에서 보건소에서 접근할 수 없는 대상자는 보건소에 접수된 재가 정신질환자 233명 중 140명으로 60.1%에 해당되었다. 이는 지역사회에 많은 수의 재가 정신질환자들이 방치되어 있음을 반영해 주는 것이라 본다. 따라서 이러한 대상자들을 파악하기 위해 각 보건소를 중심으로 반복 조사연구를 실시하고 이들을 위한 실질적인 관리방안을 모색하여야 할 것이라 생각한다. 보건소에서 접근할 수 없는 140명 중 알코올 중독자가 45.7%로 많았다. 이는 우리나라의 알코올 중독자 수가 약 220만 명으로 추정되나 치료율은 1.6%에 불과하다고 한 Yoon (2010)의 연구결과를 반영하는 것이라 본다. Jung, Lee와 Kim (2009)은 음주로 인한 사회·경제적 비용이 2008년에 연간 약 20조 990억원인 것으로 보고하여 문제의 심각성을 시사했으며, Yoon (2010)은 알코올 중독 치료의 연속성과 효과성을 위해 지역사회 자원체계망의 구성이 필요하다고 하였다. 따라서 보건소와 지역사회가 협력하여 알코올 중독자들의 관리 방안을 위한 적극적인 노력이 필요(Lee & Yang, 2006)하다고 생각된다.

보건소에서 접근할 수 없는 사유는, 대상자를 만나지 못한 경우가 58명으로(41.5%) 가장 많았으며 퇴원통지서에 주소 및 연락처가 잘못 기재된 경우가 32명(22.9%)이나 되었다. 이는 정신병원에서 대상자의 정보 공개를 구체적으로 또한 적극적으로 하지 않고 있기 때문에 나타난 결과라 생각되며, 대상자의 정보는 병원의 이권과 관련된다고 하였다(Lee, Chung & Du, 2008). 따라서 병원의 퇴원통지서가 충실하게 작성되지 않았을 경우 행정적 조치를 취할 수 있는 방안이 필요하다고 생각한다. 또한, 대상자를 만났으나 본인이 거부하여 관리

Table 4. Referrals and Requests for Help

Variables	Categories	Hospital's discharge notice	Home visit	Civil complaint	Total
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Referral	No referral	-	16 (89.0)	10 (45.4)	26 (24.6)
	Mental health center	65 (98.5)	2 (11.0)	3 (13.6)	70 (66.0)
	Mental hospital	1 (1.5)	-	9 (41.0)	10 (9.4)
	Subtotal	66 (62.3)	18 (17.0)	22 (20.7)	106 (100.0)
Request for help [†]	Police	1 (50.0)	-	17 (22.0)	18 (22.8)
	119 rescue service	1 (50.0)	-	19 (24.7)	20 (25.3)
	Public administration bodies (community center, district office etc.)	-	-	21 (27.3)	21 (26.6)
	Other	-	-	20 (26.0)	20 (25.3)
	Subtotal	2 (2.5)	-	77 (97.5)	79 (100.0)

[†] Multiple check.

Table 5. Actions Taken by Organization according to Referrals and Requests for Help

Actions [†]	MHC (n=70)	MH (n=10)	Police (n=18)	119 RS (n=20)	PAB (n=21)	Other (n=20)	Total (n=159)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Immediate action and problem solved	3 (4.3)	3 (30.0)	2 (11.2)	2 (10.0)	3 (14.3)	1 (5.0)	14 (8.8)
Immediate action and problem not solved	67 (95.7)	4 (40.0)	6 (33.3)	9 (45.0)	4 (19.0)	3 (15.0)	93 (58.5)
Delayed action till another problem occurred	-	1 (10.0)	4 (22.2)	3 (15.0)	10 (47.6)	9 (45.0)	27 (17.0)
No action	-	2 (20.0)	6 (33.3)	6 (30.0)	4 (19.0)	7 (35.0)	25 (15.7)

MHC=mental health center; MH=mental hospital; RS=rescue service; PAB=public administrative body.

[†] Multiple check.

할 수 없는 경우가 38명(27.1%)으로 많았다. Lee와 Chung (2008)은 본인이 치료를 거부하더라도 보호의무자에 의한 비자발적이고 강제적인 형태의 입원이 많음을 보고한바 본인이 거부하더라도 지역사회 내에서 관리를 받게 하는 사회적 조치가 필요하다고 생각된다. 안전의 위협을 느껴 접근하지 못한 경우가 11명(7.9%)이었으며, 이 중 10명(45.5%)이 민원으로 의뢰된 대상자로 폭행, 기물파손, 흉기위협, 방화, 노출증 등의 심각한 행동장애를 보였다. Park (2008)은 사회적 문제를 일으키고 있는 재가 정신질환자들은 지역사회 기관이 서로 협력하여 해결할 필요가 있다고 하였다. 따라서 이들이 기본적인 관리만이라도 받게 하려면 사회전체 차원에서의 노력이 요구된다고 본다.

보건소 의뢰 시 간호문제에서는 대상자의 93.4%가 투약을 거부하고 있으며 이중 15.1%가 재입원을 거부하는 치료 불순응의 문제를 갖고 있었다. 또한, 일상생활 관리가 부적절한 92.5%의 대상자 중 85.8%가 개인위생 불량, 75.5%가 환경위생 불량문제를 보였고 72.6%의 대상자가 불규칙한 식사 문제를 지닌 것으로 나타났다. 또한, 연구대상자의 38.7%가 폭력성을, 16.0%에서 대인관계 기피의 문제를 보였다. Choi와 Choi (2010)은 일상생활 관리문제와 정신과적 증상 및 치료 불순응은 서로 상관성이 있다고 하였고, 일상생활 수행능력이 정신질환자의 사회재활에 직접적인 영향을 미친다고 하였다. 이에 지역사회에서 재가 정신질환자의 재활을 도모하기 위해서는 치료 불순응 문제와 일상생활 관리문제, 대인관계 기피의 문제를 함께 해결하기 위한 방안을 모색해야 할 것이라 생각한다.

본 연구에서 대상자들을 정신보건센터와 정신병원으로 연계하고 경찰, 119구급대, 주민자치센터 및 구청 등의 공공행

정기관, 자원봉사센터, 아파트관리사무소 등의 관련 기관에 협조를 요청하였다. Min (2010)은 이와 같은 기관들을 정신보건 관련 지역사회기반 서비스 조직이라 하였으므로 본 연구에서 적절하게 도움을 요청한 것이라고 생각한다. 또한, 타 기관 연계 및 관련기관 협조 요청 후의 조치 현황에서 즉시, 조치(병원 입원을 포함한 신속한 타 기관 연계)는 8.8%에 불과하여 대부분 적절하게 조치되고 있지 않음을 알 수 있었다. 이는 Lee와 Chung (2008)이 정신보건시설 간에 형식적인 연계 체계는 있으나 실제적인 도움이 안 되며, Kang (2010)이 위기에 대응하는 경찰, 행정공무원, 소방공무원들이 정신질환자에 대하여 일반인보다 부정적 태도를 보인다고 한 것과 일맥상통하는 것이라 하겠다. 정신보건법 제13조 및 지역보건법 제9조에도 정신보건시설 간 연계체계를 구축하고, 응급 입원 시 경찰과 119구급대가 이들을 후송하라는 언급만 있을 뿐(정신보건법 제26조 1, 2항), 이들 기관과의 실제적인 연계 시스템이 없는 실정이다. 따라서 보건소에서 접근할 수 없는 재가 정신질환자의 실제적인 관리를 위해 각 연계 기관의 공조와 협력을 이끌어 낼 수 있도록 정신보건 관련 기관 관리자와 실무자로 구성된 실무협의체와 같은 행정적 제도가 필요하다고 생각한다(Gang, 2009; Yang & Kim, 2000).

Seo (2010)는 지역사회치료명령(CTO, community treatment order)제도를 소개하며 정신질환자의 과거뿐 만 아니라 현재의 위험성과 치료 순응도, 무능력 등을 포괄적으로 사정하고, 약물치료와 지역사회 서비스 참여 및 강제 입원까지 포함하는 매우 구체적인 치료 계획이 수립되어야 한다고 하였다. 또한, 병원, 정신보건센터 그리고 사회복지시설 간의 협조와 연계를 강조하였다(Choi & Nam, 2011). 그리고 미국 뉴욕 주에서는 정신질환자의 과거 병력과 현재 상태가 독립적으

로 생활하기 불가능한 경우, 법률상 자격 있는 주변인의 소견을 접수 받아 전문가의 증언과 자료를 종합하여 6개월에서 1년간 비자발적으로 치료를 받도록 하고 환자가 치료를 거부하면 강제입원 조치도 가능하도록 하였다(National Human Rights Commission of The Republic of Korea, 2009). 따라서 우리나라도 본인이 거부하더라도 개인과 지역사회 안전 및 관리를 위해 적절한 치료와 보호를 받아 재발과 재입원을 예방하고, 지역사회 복귀를 위한 관리를 받도록 하는 시스템 구축이 절실하다 하겠다. 또한, 지역사회 정신보건 관련 기관들의 통합적인 서비스 체계를 확립하고, 재가 정신질환자의 관리와 관련된 인력은 물론 타 연계기관 종사자들의 인식을 개선하기 위한 교육도 필요하다(Min, 2010)고 생각한다.

결론 및 제언

본 연구는 B시 S구 S보건소에 접수만 되어 있을 뿐 보건소에서 접근할 수 없는 만 19세 이상의 재가 정신질환자 140명을 대상으로 접근할 수 없는 사유와 이들의 간호문제를 파악하고 이들을 정신보건센터나 정신병원에 연계하면서 경찰, 119구급대, 공공행정기관, 관련 기관에 협조를 요청한 후 그 결과를 조사한 단면 조사연구이다. 보건소에서 접근할 수 없는 사유가 정신병원의 퇴원통지로 등록된 경우에는 퇴원통지서의 주소 및 연락처 오기로, 방문보건에서는 본인의 거부, 민원에서는 안전의 위협 때문인 경우가 많았다. 이들은 복약거부와 불량한 개인위생과 같은 개인적인 문제뿐 만 아니라 폭력성, 공포분위기 조성, 배회, 방화, 노출증, 자살시도, 대인관계 기피 등의 다른 사람들에게 피해를 줄 수 있는 문제점도 갖고 있었다. 또한, 이들을 타 기관에 연계하고 관련 기관에 협조를 요청하여도 적절하게 조치되지 않음을 알 수 있었다. 이는 개인 및 지역사회 내 문제를 일으킬 수 있는 대상자들을 사회에 방치하고 있는 상태라 하겠다. 따라서 이들에 대한 관리를 적극적으로 수행하여 대상자들의 보호, 재활 및 사회적 문제 발생을 예방하기 위한 사회 전체의 관심과 협조 체계가 마련되어야 할 것이라 생각된다.

이상의 연구결과로 다음과 같이 제언하고자 한다.

첫째, 본 연구는 일 보건소만을 대상으로 하였으므로 보건소를 확대하여 보건소에서 접근할 수 없는 재가 정신질환자 실태를 파악해 볼 것을 제언한다.

둘째, 정신병원 퇴원통지서의 기록 사항이 미비하거나 잘못 기재되지 않도록 하는 제도적 방안의 모색을 제언한다.

셋째, 환자가 거부하거나 안전에 위협적인 경우에 대해서

도 적극적이고 책임있게 조치할 수 있는 정책적 방안의 모색을 제언한다.

REFERENCES

- Cho, S. H., & Hah, Y. S. (2003). Analysis of psychiatric home care implemented by psychiatric-mental health nurse practitioners. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(1), 76-87.
- Choi, S. H., & Nam, M. H. (2011). Factors affecting rehabilitation outcomes of community mental health services. *Health and Social Science*, 30, 77-96.
- Choi, S. S., & Choi, Y. J. (2010). The process of community integration on recovery of the person with psychiatric disabilities. *Journal of Rehabilitation Research*, 14(4), 225-255.
- Gang, G. J. (2009). *A study on the improvable plan of community mental health projects*. Unpublished master's thesis, Dongguk University, Seoul.
- Han, K. S. (2002). A structural model for quality of life of patient with chronic mental illness in community. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(4), 430-442.
- Joung, W. J., Lee, S. M., & Kim, J. Y. (2009). *Social and economic costs of alcohol*. Seoul: Jibmoondang.
- Kang, H. W. (2010). Fundamental human rights and the persons with mental disorders. *Mental Health & Social Work*, 35, 5-50.
- Kim, C. G., & Byun, W. T. (2000). *Mental rehabilitation for chronic psychiatric patients*. Seoul: Hana Medicine Publishing Company.
- Lee, J. S., & Kim, S. J. (2002). A study on the effectiveness of case management for rehabilitation of the chronic mentally illness. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(2), 206-220.
- Lee, K. L., & Yang, S. (2006). Effects of telephone interview for chronic mentally ill persons on psychiatric symptoms and daily living activities. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(4), 482-490.
- Lee, H. K. (2004). The effects of imago psychotherapy on self-concept of mentally ill patients at home. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(1), 73-79.
- Lee, P. S., & Han, K. S. (2001). Influencing factors on social adaptation of chronic mental illness. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 31(2), 340-350.
- Lee, Y. P., & Chung, H. J. (2008). A qualitative study on public management of the admission and discharge of mental hospital. *Korean Journal of Social Welfare Studies*, 37, 369-397.

- Lee, Y. P., Chung, H. J., & Du, J. Y. (2008). A study on the effective management system of community mental health service in Seoul. *Seoul Studies*, 9(4), 107-130.
- Mason, S. E., & Miller, R. (2006). Stigma and schizophrenia: Directions in student training. *Journal of Teaching in Social Work*, 26(1-2), 73-91.
- Min, S. Y. (2010). A study on the factors affecting the networking of community-based mental health services organizations. *Mental Health & Social Work*, 34, 5-29.
- National Human Rights Commission of The Republic of Korea. (2009). *Research on the human rights actual condition*. Seoul: Author.
- Park, K. S. (2008). Network structure of the health and social service organizations for the elderly - Among the groups of the public welfare offices, private social service organizations and public health offices. *Social Welfare Policy*, 35, 245-269.
- Seo, M. K. (2010). A study on out-patient treatment order. *Mental Health & Social Work*, 35, 111-140.
- Yang, S., & Kim, P. K. (2000). The awareness of community mental health and connection chronic psychiatric patients with community mental health resources by psychiatric mental health nurses. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(4), 587-598.
- Yoon, M. S. (2010). The current situation and developmental direction of Korean addiction service delivery system. *Mental Health & Social Work*, 35, 234-266.