

지역사회 정신건강간호

이 정 섭
(한양의대 간호학과 교수)

목 차

- I. 서론
- II. 본론
 - 1. 주요개념
 - 2. 프로그램 유형
 - 3. 성공및 실패요인
- III. 결론
- 참고문헌

I. 서론

19세기 이전까지 정신질환자는 치료의 대상이 보다는 관리의 대상이었다. 이들은 증상관리를 위하여 의료적개입이 없는 구호소나 형무소와 같은 통제된 시설에 보호되었다.

그런데 19세기에 교도소개혁, 노예해방과 같은 인권운동의 맥을 같이하여 도덕적치료가 부흥되면서 이들은 인간적 대접을 받기 시작하였고 치료받을 가치가 있는 병든사람으로서 치료의 대상이 되기 시작했다.

또한 1,2차 세계대전은 역설적으로 정신의학의 발전에 기여하는 계기가 되는데 젊은연령층의 군인들이 예상외로 정신질환의 이환율이 높다는 사실과 가능하면 신속하게 치료하고, 치료에 대한 기대가 높을수록 예후가 좋다는 임상적 경험을 하였기 때문이다.

1953년 항정신성약약품인 chlorpromazine이

개발된 것은 정신질환의 치료에 획기적인 전기를 마련하게 된다.

약물투여후 많은 환자들은 편안한 수면을 취할 수 있었고 병적행동이 소실되어 퇴원이 가능해지는 환자들이 늘어나게 되었다. 더 나아가 장기입원 및 수용을 하게되면 환자들의 사회복귀 능력이 저하된다는 사실을 알게 되면서 환자를 수용하기 보다는 지역사회에서 관리하는 것이 필요함을 인식하기에 이르렀다.

우리나라에서는 정신보건정책이 중요하게 부각된 것은 1983년 부터이다. 그해 7월에 KBS-TV의 '추적 60분'이라는 프로그램에서 기도원에 수용된 정신질환자들의 실태를 방영한 것이 직접적인 계기가 되었다.

그 이후 체계적인 정신보건정책에 대한 관심이 높아졌고 정신질환관리체계의 확립을 위해서 정신과 의원, 보건소(보건지소), 상담소를 1차 의료기관(발견, 진료, 상담)으로 하고, 정신병원, 종합병원 정신과, 요양원을 2차기관(진료, 재활, 훈련)으로 하는 2단계 정신의료전달체계모

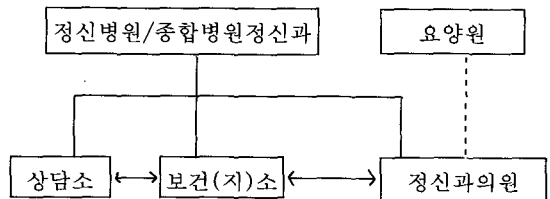


그림 1. 1980년 후반의 정신의료전달체계모형

형 개발과 더불어 (그림1), 정신보건법 제정의 필요성을 인식하게 되었다. 개발모형에 충실하기 위한 지난 10여년간의 국가적 지원시책은 절대적으로 부족한 전문병상의 확충을 위해 국공립 정신병원을 신축·운영하고 민간 정신병원의 신축지원 및 요양원의 설립 및 운영을 지원하는데 주력하여 왔다.

그런데, 병상수를 확충하였지만, 지역사회에서의 정신의료 시설 설치에 대한 거센 반발, 그리고 경제적·정신적 부담이 가중하여 가족들이 입원을 기피하고 있다는 사실과 요양시설의 보건의료기능약화 및 시설과 인력부족, 그리고 본래 취지인 사회복귀 보다는 장기 격리 수용화되고 있는 추세, 정신병원의 대형화로 인한 장기수용화 현상이 문제점으로 대두되었다.

또한 1991년 1월 의정국에서 관장하던 정신보건사업이 신설된 보건국 질병관리과로 이관됨에 따라 정신보건정책은 자원개발차원에서 질병관리차원으로 전환되는 계기를 맞게 된다.

이에 따라, 정책의 주요목표도 기존의 정신의료 시설확충 및 정신보건법 제정 뿐 아니라, 지역사회 정신건강사업을 추가하여 많은 연구를 하게 되었다.

제정에정인 정신보건법은, 1968년부터 시도하여 왔지만 1980년 이후부터 활성화 되었는데 마련된 초안이 인권침해와 정권안보에 악용될 우려가 높다는 반발로 실효를 거두지 못하다가 1991년에 와서 범죄의 예방적 차원에서 정신보건법 제정이 활성화 되기에 이르렀고 1992년 9월에 정신보건법이 입법예고 되었다.

이 정신보건법안에는 정신질환자를 관리하는 정신보건 시설로 정신의료기관과 정신요양원 뿐 아니라 사회복지 시설을 포함시켰다.

이는 수용이 필요치 않은 환자를 입원시키지 않고 사회복지를 촉진하는 프로그램을 제공하는 시설로 환자의 재활에 주력하려는 의도이다.

그러나, 지역사회 정신건강사업의 실현과 정착을 위하여 탈병원화와 조기퇴원이 필요한 시점에서, 환자를 병원에서 지역사회로 내보내는

데는 정신간호사의 역할이 중요함에도 불구하고 정신보건법안에서는 정신보건 전문요원속에 정신간호사가 배제된 것이다.

하지만, 1990년부터 이론 200시간, 실습 1000시간의 1년 과정인 정신전문간호사과정을 신설하여 1994년 9월 현재 100여명의 전문간호사를 배출하였고, 지속적으로 전문인을 배출하는 착실한 준비에 임하고 있다.

제정될 정신보건법을 두고 각계각층의 논의가 지속되고 있는데, 앞서 언급한 정신간호사가 정신보건전문요원에서 배제된 것 뿐 아니라, 사회복지시설이 보다 다양한 유형이 필요하며, 정신요양원의 수준향상과 의료진 및 시설확충의 필요성, 선별된 양성화의 문제가 언급되고 있으며, 이미 기존의 2단계 정신의료 전달체계로는 정신질환자의 특성을 고려한 관리가 불가능하므로 국민의 정신건강 및 조기치료, 재활을 위하여는 정신보건센터와 같은 또 다른 기관이 전체 환자 및 주민을 포괄적으로 관리할 수 있는 3단계 정신의료전달체계로의 전환의 필요성이 논의되고 있다. 서울시가 1994년 지역사회 정신보건사업사업을 용인정신병원에 의뢰하여 서울의 7개 구 영세민 정신질환자 가정방문사업을 용인정신병원 정신전문 간호사 15명, 보건소지역 담당간호사 40명, 정신과 전문의 3명이 실시하여 호응을 받고 있어 1995년 올해도 실시하고 있으며, 보건사회부는 1994년에 정신보건법, 지역사회 정신보건 사업 및 향후 정책입안에 필요한 기초자료 수집연구를 3개 대학병원과 보건사회연구원에 의뢰하고 있음을 볼때 좀 더 바람직한 한국형 지역사회 정신건강모형이 제시되리라 사료된다.

이러한 시점에서 지역사회정신건강간호의 개념을 확인하고 개념을 실현하기 위한 다양한 프로그램을 살펴보고, 이 개념의 정착을 위한 성공요인과 실패요인을 고찰하므로써 간호사로서 지역사회정신건강에 기여할 바를 모색하는 것은 바람직하다고 하겠다.

II. 본 론

지역사회 정신건강간호의 주요개념, 프로그램유형, 성공 및 실패요인 순으로 논하고자 한다.

1. 주요개념

지역사회 정신건강 간호의 주요개념은 다음과 같이 요약할 수 있다.

1) 서비스의 지속성과 포괄성을 유지한다.

환자의 상태에 따라 적당한 프로그램을 쉽게 이동하며 체계적인 서비스를 받을 수 있도록 다양한 프로그램의 개발과 더불어 프로그램선정을 돕는 case manager의 역할 도입이 필요하다.

2) 치료적 서비스와는 별도로 질병의 예방과 건강증진 및 재활에 중점을 둔다.

지역의 취약한 인구집단을 미리 관리하고 건강교육을 실시하며 질병을 조기발견하고, 가능하면 단기입원을 시키며, 만성화되지 않게 정신치료를 지속적으로 받게하며, 지역사회내에서 사회적인 접촉을 할 수 있도록 적절한 환경을 마련해 주어야 한다.

3) 여러분야의 전문인으로 구성된 팀을 활용한다.

정신과의사, 간호사, 심리학자, 사회사업가, 내과 의사 그리고 정신건강상담사 등이 포함된다.

각 전문인력간의 독특한 기술의 이점을 최대한으로 살리고 협력하는 체제를 마련하여야 한다.

4) 지역사회에 대한 봉사과 책임을 목적으로 한다.

정신질환자 관리의 중점이 되는 장소가 병원이나 요양원 같은 시설이 아니고 지역사회이다. 그러므로 질병의 원인도, 치료도 지역사회를 대상으로 하는 사회치료의 의미를 부여하고 지역주민의 삶의 질을 높이는데 그 목적을 둔다. 그

리므로 보다 많은 주민에게 혜택을 줄 수 있는 다양한 프로그램개발이 필요하다.

이는 중앙집권적인 의료제도에서는 불가능하며, Catchment area(진료권지역)을 설정하여 지역을 관리하는 형태에서만 가능한 일이다.

5) 지역 전주민의 관심과 참여가 기본이 되어야 한다.

여기에는 두가지 접근이 가능하다.

하나는 지역사회내의 가용인적자원을 모색함인데 이사업을 도울 지지자를 찾아 계몽함이 필요하며 또 다른 하나는, 지역주민이 소비자라는 개념을 도입하여 그들의 요구와 정책 및 관리체계의 결정과 프로그램 평가 등에 지역주민을 참여하도록 하는 것이다. 그러므로 지역특성에 맞는 프로그램을 효과적으로 운영할 수 있으며 지역주민이 이 사업의 가치와 필요성을 인정하도록 돕는 것이다.

하지만, 정신질환에 대한 부정적 견해와 최근 도시주민의 지역사회에 대한 소속감 결여의 문제로 인하여 그리 쉬운일이 아니므로 정신질환자가족을 참여시키는 일부터 시작하여야 한다는 의견이 제시되고 있기도 하다.

2. 프로그램 유형

위의 5가지 개념을 실현하기 위하여 다양한 프로그램의 개발 및 실천은 필수적이다.

예방, 조기발견과 치료, 재활의 3단계 접근에 따라 살펴보고자 한다.

1) 1차 정신건강간호 프로그램 : 질병예방 및 저항력 증가, 사회환경적 요인 관리가 목적이며, 위기중재, 퇴직자 상담, 결혼가족관리, 가족관계상담, 결혼상담, 소년원에 있는 어린이 상담, 집단 정신요법, 자조그룹, 학교지지, 부모교육 및 훈련, 지역사회 정신건강교육 프로그램 등이 있다.

2) 2차 정신건강간호 프로그램 : 정신질환의 조기발견, 조기치료, 만성화의 예방이 목적이다.

- 정신과 응급치료(응급전화, 24시간 응급실 운영, 위기관리팀의 가정방문)는 정신과적 사정, 위기중재이론 적용, 개인 및 가족상담, 응급으로 기거할 수 있는 장소 및 재정적 지원, 내외과적 정신적 입원이 가능한 지역사회 자원 활용이 있어야 한다.
- 조기발견을 위한 학교, 기업체 등에 screening program을 실시한다.
- 정신질환 조기증상에 대한 교육을 지역사회 지도자를 대상으로 한다.
- 단기입원 및 외래진료, 부분입원이 필요하다. 입원기간에도 민주적, 허용적, 자치적, 현실적 등의 치료적 환경을 유지하고 지역사회와 유대를 가져야 한다.

3) 3차 정신건강간호 프로그램 : 추후관리와 재활이 목적이다.

- 추후관리는 병원에서 퇴원한 환자의 지속적인 약물투여와 사회생활 적응도를 관리하는 것이다. 약물관리, 개인 및 가족상담, 사회기술훈련, 다른 내외과 질환관리, 자조그룹, 직업적 훈련 및 재정적 지원 및 상담을 제공한다.
- 지역사회거주프로그램은 여러유형의 거주 프로그램이 가능하며, 프로그램 확장을 선도하는 주요한 것이다. 장기입원을 하지 않아도 되는 환자를 그의 상황에 따라 다른 구조화된 삶의 현장으로 옮기는 것을 말한다.

Group home, halfway-house, foster home, apartment cluster, independent living 등의 다양한 유형이 있다.

각각의 프로그램에서 제공되는 서비스 유형과 직원분포도 다르다. 이러한 프로그램은 주거장소, 음식, 가사일 돕기, 개별적 돌봄과 관리, 건강관리, 개인 혹은 집단상담, 직업훈련과 고용문제, 여가와 사회화의 기회를 제공한다. 이 프로그램은 특별히 만성질환자에게 효과적이다. 우리나라에서는 기존 정신요양원의 시설의 수준에 따라 어느정도는 거주 프로그램으로 전환하는 방법도 논의되고 있다.

- 정신과 가정방문 간호 :

방문간호사에 의해 프로그램이 진행된다. 간호사의 역할은 약물관리, 정신상태 사정, 개인 및 가족상담 그리고 정기적으로 의사에게 환자평가를 위한 의뢰를 한다.

방문대상자는 의사가 집에 있어도 좋다는 판정이 있어야 하고 정신과 진단명이 있어야 하며, 의료기관과 사회복지시설방문을 거부하는 환자로서 정신전문간호사의 특별한 기술 및 지식과 자질의 도움이 필요한 사람을 대상으로 한다.

이 프로그램을 효율적으로 시행하기 위해서는 지역사회 정신과 의사 및 다른 관련자원들과 협조관계를 발전시키고 지역의 유용자원을 충분히 활용해야 하며, 무엇보다 그 지역에 대한 지식이 풍부한 간호사가 질높은 간호를 제공하여야 하며 환자와 가족의 관계를 통합적으로 관리해야 한다.

그리고 약물관리, 식사, 대인관계적응전략, 스트레스감소에 관한 교육적 자원으로서 행동하고 지속적인 지역사회교육 및 자문가의 역할을 수행하여야 한다.

이 프로그램은 이미 1994년 부터 서울시 시범사업으로 용인 정신병원의 정신전문 간호사들이 시행하여 호응을 받고 있다.

프로그램을 개발하고 정착하기 위한 적극적인 노력이 그 어느때보다 더욱 필요한 시점에 있다.

3. 성공 및 실패요인

지역사회란 공통되는 가치와 일 그리고 흥미를 가지고 함께 살아가는 그룹이다.

지금도 우리는 의식하지 못하는 가운데 지역사회 환경의 영향을 받고 살아간다.

개인과 사회의 상호관계과정에서 중요한 영향요인을 지역사회 정신건강사업의 역사를 돌이켜 봄으로써 찾아 볼 수 있을 것이며 이사업을 활발히 전개시키는데 도움이 될 것이다.

1) 문화적 영향 : 문화는 행동기준 및 지역사회
의 가치를 구성한다. 특히 변화와 규범이탈에
대한 반응에 영향을 주며, 특히 정신질환에 대한
문화적 태도는 중요한 영향요인이 된다.

2) 종교적 영향 : 종교는 예로부터 정신질환
에 대한 원인에 관련된 신념에 크게 영향을 미쳐
왔다.

정신질환을 마귀가 씌워서 사악해진것으로
보았기에 환자를 화형에 처하기도 하였듯이 오
늘날도 종교의 영향을 무시할 수 없으므로 종교
의 힘을 긍정적으로 활용하는 것도 바람직한 방
법이라 하겠다.

3) 과학적 영향 : 과학은 mind/body의 이
원론에 근거하여 출현하였고, 문제로 부터 그문
제의 원인을 찾아 원인을 감소시키므로써 진리
가 발견됨을 믿게 되었다.

과학적방법으로 정신질환의 원인을 찾아내
고 원인을 감소시키는 연구가 활발히 진행될때
정신질환자에 대한 시각을 달리 할 수 있을 것이
다.

4) 경제적 영향 : 사회의 경제적 수준이 높을
수록 정신질환 치료의 질도 관심도 높아진다. 예
전에도 경제적으로 여유가 있는 환자는 외딴 조
용한 곳에서 개별간호를 받아왔고 빈곤한 사람
이 수용소에 있었다.

하지만, 이사업의 목적은 사람들의 경제수준
에 관계없이 모든사람에게 전문인의 질적인 간
호를 받도록 함이다. 무엇보다 안정적이고 예측
가능한 재정적 지원, 그리고 국가의 경제상황의
변화에도 불구하고 보건사업비 예산의 할당비율
이 꾸준하거나 세금에서 재정적 지원을 하는 등
의 정부의 뒷받침이 있을 때 성공적이다.

5) 정치적인 영향 : 정신질환관리에 대한 정
부의 관여가 매우 이상적이다. 정책제정이나 재
정적 지원이 튼튼할 때 많은 발전을 해 왔다.

기존 정신과 의사들의 강력한 반발에도 불구
하고 정부의 강력한 정책의지만이 이 사업을 실
현시킬 수 있으며, 정부가 얼마나 이 사업을 지
속적으로 지지해 줄것인가가 성공 혹은 실패요

인이 될 수 있다.

6) 사회적 영향 : 사회가 얼마나 환자를 따듯
이 맞이하고 더불어 살아갈 준비가 되었는가는
매우 중요한 요인이다. 이를 위한 국민적 합의를
얻기위한 교육과 계몽을 매스컴을 통해 하는 것
도 바람직하며 지역주민의 의식을 전환시키는일
이 무엇보다 중요하다.

아무리 좋은정책이 있더라도 사회에서 환자
를 거부한다면 사업은 실패 할 수 밖에 없다. 광
주 성요한 병원에서는 환자를 '손님'이라고 부르
면서 그들을 맞이하고 있는데 이는 좋은 실례라
고 하겠다.

7) 지역정신건강체계모형을 개발하고 실현
하는 과정에서 무엇보다도 caregiver입장에 있
는 정신건강전문요원들의 강력한 의지와 봉사성
및 강력한 지도자정신이 필요하며 사업발전을
위해 각 전문분야별 전문가들의 의견수렴과 논
의를 하기위한 지역정신건강위원회 모임을 결성
하고, 통합적인 프로그램의 운영 하여서 환자가
탈원화 하면 기거할 수 있는 거주 프로그램의 활
성화가 있어야 성공할 수 있다.

하지만, 정신과 의사의 권위적이며 비협조적
인 태도, 전문인력의 교육 및 양성대책 미흡, 국
가의 민간정신병원에 의존한 병상확보 강화 및
무조건적인 지원, 지역사회내 사회복지 체제 및
환자거주 시설의 미비는 실패요인으로 제시되고
있다.

Ⅲ. 결 론

우리나라의 정신질환자 관리는 매우 중요한
시기에 직면하고 있다.

정신질환자 관리와 그 목적을 어디에 둘것인
가라는 기준설정을 하여야하고, 이에따라 시설
보급 및 인력을 확보하여야하며 이를 법으로 제
정해야만 하는 시점이기 때문이다.

사회복지시설이 전무하고 가족없는 환자관
리를 위한 거주시설이 없으며, 정신요양원의 보
건의료기능약화 등의 문제점을 보완하고, 지속

적이고 포괄적인 서비스제공을 위한 3단계 정신 의료전달체계 정립을 위하여 지역사회 정신보건 센터의 설립이 검토 되어야 한다.

1차, 2차, 3차 정신건강간호프로그램에 관한 정신전문간호사의 관심 그리고 지역사회 정신건강개념으로의 의식전환과 참여가 무엇보다도 필요한 시점에 있다.

나아가서 역할확립을 위해서 전문인으로서의 자질을 준비하여야 한다. ■

참 고 문 헌

- 남정자, 최창수., 지역사회 정신보건 시행방안 연구, 1993, 한국보건사회연구원
- 서울의대, 아주의대, 한국보건사회연구원, 정신보건 정책 및 지역정신보건사업의 발전방향에 대한 세미나. 1994.11
- 서울특별시, 용인정신병원 지역사회 정신보건사업
- 팀, 서울특별시 지역사회 정신보건 시범사업 설명회, 1995.1.
- 용인정신병원, 정신전문간호사의 가정 방문사업, 1994, 7.
- 이광자, 정신보건법(안)의 문제점과 정신간호사의 역할 및 활용에 관한 연구, 정신간호학회지, 제2권 1993. pp.5-22
- 한국정신보건연구회, 지역사회 정신보건 전문분야별 역할과 과제, 1994, 11.
- Norris, J., connell, M.K., Stockard, S., Ehrhart, P. M., Newton, G.R., Mental Health-Psychiatric Nursing/A continuum of Care, wiley Medical, 1987.
- Shives, L.R., Basic Concepts of Psychiatric-Mental Health Nursing, Lippincott, 1990.
- Suzanne, Lego., The American Handbook of Psychiatric Nursing, Lippincott, 1984.
- Wilson, H.S., Kneisl, C.R., Psychiatric Nursing, Addison Wesley, 1988.