

쉼터거주자의 건강관리실태 및 대안*

한 영 란** · 윤 희 상***

I. 서 론

1. 연구의 필요성

우리나라에서 노숙인에 대한 관심은 지난 10년간 꾸준히 증가하고 있으며 40-50대 남성 가정이 노숙인으로 전락하는 것은 개인 및 가정의 문제일 뿐 아니라 국가 경제에 영향을 미치므로 이를 방지하기 위한 대책이 다각적으로 수립되고 있다(Shin & Baek, 2010). 국민들도 이제는 노숙인을 실직 등으로 인하여 어쩔 수 없이 거리로 나온 안타까운 사람으로 인식하기 시작하였다(Shin, Lee, & Ju, 2013). 노숙에서 벗어나기 위해서는 근로를 해서 자립하는 것이 중요하고, 이를 위해서 건강이 필수적이다. 노숙인은 노숙 전 가정과 경제문제로 인해, 또는 노숙생활 그 자체로 건강위험요인과 다양한 건강문제를 가지게 되며, 이러한 문제는 중요한 공중보건학적 문제로 부각되고 있다(Hwang & Henderson, 2010; Seo, Nam, Shin, Kim, & Lee, 2013; Turnbull, Muckle, & Masters, 2007). 그러나 노숙인들은 건강을 관리할 여력이 없기에 노숙기간이 길어질

수록 점점 건강이 악화되므로 특별히 이들 취약집단에 대한 관리가 필요하다(Hwang, 2001; Park & Lyu, 2004; Han & Park, 2009).

노숙인은 거리노숙인과 시설거주 노숙인으로 구분되며, 시설은 부랑인시설과 노숙인 쉼터로 구분된다. 노숙인쉼터는 자활을 목적으로 하는 기관으로 건강상의 특별한 문제가 없고 근로 의지 및 직업능력이 있는 노숙인에게 다양한 서비스를 제공하여 노숙인 등의 자활·자립을 지원하는 시설을 말한다(Yu, 2004; Kim, Kim, Yoo & Ahn, 2008). 2011년 현재 노숙인 시설 중 노숙인쉼터 거주자는 2,636명으로 보고되고 있으며(Seo, et al, 2013), 이들은 자립의지가 있을 뿐만 아니라 쉼터에서 관리를 받을 수 있으므로 거리 노숙인보다 건강관리를 통한 근로능력 회복이 용이한 집단이다. 그러므로 노숙인쉼터 거주자의 건강문제와 그에 따른 건강관리 실태를 파악하여 효과적인 건강관리대책을 수립하는 것은 노숙인의 건강을 관리하여 재발을 도모한다는 측면에서 중요한 부분이다(Joyce & Limbos, 2009).

노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법(2012)에서는 노숙인 등을 상당한 기간 동안 일정한 주거없이

* 본 연구는 2009년 건강증진사업지원단의 연구사업 지원으로 수행되었음.

** 동국대학교 간호학과 교수

*** 서울여자간호대학교 부교수(교신저자 E-mail: viva826@snjc.ac.kr)

투고일: 2014년 10월 14일 심사완료일: 2014년 10월 25일 게재확정일: 2014년 12월 8일

• Address reprint requests to: Yoon, Hee Sang

Seoul Womans College of Nursing

38 Ganhodaero-ro, (287-89), Seodaemun-gu, Seoul, KOREA

Tel: 82-2-2287-1743 Fax: 82-2-395-8028 E-mail: viva826@snjc.ac.kr

생활하는 사람, 노숙인 시설을 이용하거나 상당한 기간 동안 노숙인 시설에서 생활하는 사람, 상당한 기간 동안 주거로서의 적절성이 현저히 낮은 곳에서 생활하는 사람으로 규정하고 있다. 따라서 이 법에 의한 노숙인에 포함되는 집단은 비 숙박용 다중이용시설과 쪽방, 여관, 여인숙, 고시원에 거주하는 거주취약계층을 포함한다(Seo et al., 2013).

노숙인의 건강상태에 대한 연구결과를 보면 신체, 정신적으로 만성적 장애를 가지고 있거나 정신질환의 유병률이 높으며 알코올 중독, 척추, 사지, 관절손상, 피부질환, 외상이 많고 결핵 이환율도 일반인보다 매우 높은 것으로 나타났다(Lee, Shin, Hong, Jung, & Lee, 2013). 과거에 비해 최근 노숙인들은 의료적인 필요와 욕구가 강해지고 있으며 노숙기간이 장기화 되면서 노숙인의 건강상태는 악화되고 있다(Lee & Hong, 2012; Han, Yoon & Choi, 2011). 외국의 연구에서도 노숙인들은 급·만성질환, 감염성 질환, 정신건강문제 등 다양한 신체 및 정신적 건강문제를 호소하며, 사망률은 일반인의 2배 정도이며, 약 50%에서 정신건강문제를 가지고 있는 것으로 보고되었다(Schanzer, Dominguez, Shrout, & Caton, 2007; Turnbull, Muckle, & Masters, 2007).

우리나라의 노숙인 정책은 1997년 응급 구호차원의 대응책으로 시작된 이후, 다양한 정책이 전개되고 있으나 질병, 부상 등에 대한 응급의료서비스 중심으로 전개되는 방식이다(Seo et al., 2013). 이러한 응급의료 중심의 서비스가 노숙인쉼터 거주자의 건강문제에 적합하고 그에 따른 건강관리로 적절한 것인지 또는 수정 및 보완되어야 하는 것은 무엇인지 등을 탐색하기 위해서 노숙인쉼터 거주자들의 건강문제에 따른 건강관리 실태에 대한 심층의 탐색조사가 필요하다고 판단되어 본 연구를 실시하게 되었다.

질적 연구는 관찰과 심층면접을 통하여 양적 연구로는 확인할 수 없는 자료를 도출할 수 있기에, 본 연구에서는 노숙인 쉼터 거주자를 위한 진료단계나 이용 빈도 등 구조와 현황을 파악하는데서 더 나아가 대상자들의 건강문제와 이를 관리하는 과정에서 발생하는 어려움과 장애 그리고 그에 따른 대안 등을 파악하고자 한다. 특히 포커스그룹은 주제와 관련하여 공통된 특성을 가지고 있는 구성원으로 구성되며, FGI는 연구

자가 특수한 목적을 가지고 개방적 면담을 진행하여 단 기간에 참여자들로부터 주제에 초점을 맞추어 많은 양의 집중적인 대화를 유도해 내는 것으로 그룹 내의 상호작용을 통해 그들의 경험, 감정 및 신념을 이끌어 낼 수 있는 유용한 방법이다(Morgan & Scannell, 1998). 본 연구에서는 쉼터종사자들이 대상자들과 함께 생활하면서 그들의 건강문제를 상담하고 필요시 치료기관으로 의뢰하는 핵심적 역할을 하고 있고, 보건소 쪽방담당 간호사는 일차보건의료기관의 간호사로서 노숙인의 한 부류인 쪽방 주민들의 건강관리서비스를 지속적으로 제공하여 왔기에, 노숙인쉼터 거주자들의 건강관리실태와 그에 따른 대안을 제시할 수 있을 것이라고 판단되어 두 집단을 연구 참여자로 선정하였다. 즉 FIG를 통해 연구 참여자들이 축적된 경험을 토의하고 상호간에 의견을 교환하는 과정에서 대상자들의 건강문제에 따른 건강관리실태 및 그 과정에서의 어려움과 그에 따른 대안을 탐색하고자 하였다.

이에 본 연구는 노숙인쉼터 거주자의 특성과 건강문제에 대한 이해를 기반으로 그들의 건강관리 실태를 확인하고 이들에게 어떻게 보건의료서비스를 전달하는 것이 효과적인지 그 대안을 탐색하여 이를 앞으로의 노숙인쉼터 거주자들의 건강관리정책 수립을 위한 기초자료로 제공하고자 시도되었다.

2. 연구 목적

노숙인쉼터 거주자의 특성과 건강문제에 대한 이해를 기반으로 그들의 건강관리 실태와 대안을 탐색하여 이를 노숙인쉼터 거주자들의 건강관리정책 수립을 위한 기초자료로 제공하고자 시도된 본 연구의 구체적인 연구질문은 다음과 같다.

- 첫째, 노숙인쉼터 거주자의 특성은 무엇인가?
- 둘째, 노숙인쉼터 거주자의 건강에 대한 인식은 어떠한가? 그리고 그들은 어떠한 건강문제를 가지고 있는가?
- 셋째, 노숙인쉼터 거주자의 건강관리실태는 어떠한가? 그에 따른 대안은 무엇인가?

II. 연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 노숙인쉼터 거주자들의 일반적 특성과 건강문제에 대한 이해를 기반으로 건강관리실태와 그 대안을 심층적으로 탐색하기 위해 쉼터종사자와 서울시 보건소 쪽방담당 간호사를 대상으로 포커스 그룹인터뷰를 실시하여 그 결과를 분석한 질적 연구방법이다.

2. 연구 대상

노숙인쉼터 거주자의 건강관리를 담당하고 있는 쉼터 사회복지사와 간호사 그리고 '숨겨진 노숙인'이라고 불리는 쪽방주민의 건강을 관리하는 서울시 보건소 쪽방담당 간호사를 조사대상으로 선정하였다. 쪽방은 저소득층이 밀집한 주거지가 광범위하게 존재하는 곳으로 도시빈곤의 대명사라고 할 수 있으며 IMF이후 급증한 거리의 부랑인과 노숙자가 잠시 쉬어가는 곳이기에, 노숙인으로 들어가는 그리고 노숙인으로 부터 벗어나는 한 경로로 이용되고 있으며(Han & Kim, 2010), 현행 관련 법에서도 노숙인에 쪽방거주자가 포함된다(Seo et al, 2013). 서울시 보건소의 쪽방관리 담당자는 이미 보건소에서 수년간 '숨겨진 노숙인'이라 일컫는 쪽방주민을 대상으로 지속적인 건강관리를 한 경험이 있어 쉼터거주자를 위한 건강관리실태 및 그에 따른 바람직한 대안을 제시할 수 있을 것이라 판단하여 대상자로 선정하였다. 또한 여성 및 청소년 쉼터 그리고 정신장애인 쉼터는 제외하고 남성성인을 대상으로 하는 전국의 노숙인 쉼터 중 본 연구의 목적을 이해하고 본 연구의 참여에 동의한 쉼터의 종사자를 연구대상으로 선정하였다.

3. 연구대상자 선정과 자료 수집

FGI를 실시하기 위해 노숙인 쉼터가 가장 많은 지역 순으로 서울(55.9%), 경기(16.2%), 부산(7.4%) 지역 등의 노숙인 쉼터에 전화를 하여 본 연구의 목적과 방법에 대하여 설명한 후 연구 참여에 대한 동의를 받아 참여자를 선정하였다. 1차 FGI는 서울지역 노숙인 쉼터

종사자인 사회복지사 3명과 간호사 2명 총 5명을 대상으로 2009년 7월 6일에 실시되었고, 2차 FGI는 경기도 지역 쉼터사회복지사 3명과 부산의 쉼터사회복지사 1명 등 총 4명으로 구성하였으나 갑자기 근무시간 등의 이유로 함께 모이지 못해 이-메일을 통해 1차 인터뷰 분석결과를 보면서, 경기도 및 부산지역 쉼터 거주자의 건강관리체계를 정리하여 메일로 보내주었다. 연구자는 그 내용을 보고 궁금한 추가사항에 대하여 전화로 추가의견을 들어 이를 분석에 반영하였다. 경기도의 경우 쉼터 배정인원이 100명 이상인 곳이 없어 간호사가 있는 곳이 없었으며, 부산의 경우 배정인원이 100명 이상인 쉼터이지만 현재 간호사가 없어 사회복지사가 참여하였다. 3차 FGI는 7월 20일에 서울시 4개 지역의 보건소 쪽방관리 간호사 4명을 대상으로 실시하였다.

FGI 시작 전에 연구의 목적을 재차 설명하였고, 참여자의 일반적 특성에 관한 설문지를 작성하면서 토의 내용을 녹음해야 하는 이유를 설명하고 이에 대한 허락과 함께 연구동의서를 받았다. 다음으로 참석자들에 대한 소개시간을 가졌으며 토론의 규칙을 설명하면서 원하지 않으면 언제든지 토의를 중단할 수 있음을 설명하였다. 연구자의 선입견 배제를 위하여 안면이 있는 대상자는 배제하였으며 가능한 한 질문을 하기보다 그들의 의견을 경청하고자 노력하였다. 토의는 도입, 전환, 주제, 마무리 질문으로 진행되었는데, '노숙인쉼터 거주자의 특성은 무엇이라고 생각하세요?'라는 시작질문으로 시작하여, '그들의 주요 건강문제가 무엇이며, 그동안 어떻게 건강관리를 해왔는지?' 그리고 '앞으로 어떤 서비스를 원하는지?' 등을 핵심질문으로 하여 토론을 진행하였다. 토의내용을 녹음하는 동시에 칠판에 토의내용을 정리하여 토의의 흐름을 함께 볼 수 있도록 하였다. 장소는 조용한 방을 선정하여 서로를 마주 볼 수 있는 위치로 앉아 토의를 하였으며, 분석결과를 차기 인터뷰에 반영하기 위해 최소 일주일 이상의 간격을 두고 진행하였다. FGI에 소요된 시간은 1차 2시간 40분, 3차 2시간 30분이 소요되었으며 녹음된 자료는 전사하였으며, 녹음 파일과 필사내용은 연구책임자가 컴퓨터파일에 잠금장치를 하여 보관하였고, 연구종료 후 3년간 보관 후 컴퓨터 파일에서 녹음파일, 필사파일을 모두 삭제 폐기하고 복구가 불가능하게 할 예정이다.

4. 자료 분석

Krueger (1998)가 제시한 4단계 분석과정, 즉 연구시작 시기, 포커스그룹 도출, 포커스그룹 직후, 전체 포커스그룹 종료 후로 이루어졌다. 연구시작 전에 문헌 고찰을 통해 도입, 전환, 주제 및 마무리 질문을 정하였으며, FGI 진행 중에는 토론 내용을 경청하였고, 특히 토론과정에서 모호한 부분이나 궁금한 사항이 있을 때는 추가질문을 하였으며 한 그룹을 마칠 때마다 정리된 내용을 빔 프로젝트에 띄워 이를 함께 보며 토론 내용에 대한 연구 대상자들의 확인을 받았다. FGI 직후에는 연구자들이 함께 모여 토론내용 중 중요한 주제로 인식한 것과 특이사항 등에 대한 논의(debriefing)를 거쳐 이를 정리했다. 부족한 내용은 토의진행 후 개별적으로 추가 면담을 하거나 이 메일을 통해 자료를 수집하였다. 녹음한 내용은 매 집단면담이 끝난 후 즉시 전체를 필사하여 의미 있는 진술을 중심으로 분석한 자료와 토론 직후 논의(debriefing)노트 등을 합하여 다음 그룹토의에 반영하였다. 이러한 과정을 거쳐 결과를 도출하였다. 마지막으로 분석결과를 기술한 후 노숙인쉼터 사회복지사와 간호사 각 1명과 보건소 간호사 1명 등 총 3명에게 연구결과를 보내어 최종 확인토록 하였고 추가내용이나 지적한 사항은 다시 원 자료를 검토하면서 수정하였다. 마지막으로 질적 연구 전문가인 간호학과 교수 1인에게 분석결과를 자문받았다.

III. 연구 결과

1. 연구 참여자의 일반적 특성

1차 FGI에 참여한 5명, 2차 이 메일과 전화로 정보를 받은 4명 그리고 3차 FGI에 참여한 4명 등 총 13명의 일반적 특성은 다음과 같다(표 1). 성별은 여자가 61%로 8명이었고, 직종은 쉼터 사회복지사 7명, 쉼터 간호사 2명, 보건소 쪽방관리 간호사가 4명이었다. 연령은 29-55세의 분포를 보였으며 평균 39.6세였다. 학력은 전문대학 졸업이 6명, 대학졸업이 4명, 대학원 졸업이 3명이었고, 종교는 기독교 9명, 천주교 3명, 불교 1명이었다. 근무기간은 노숙인 쉼터종사자의 경우 최소 3개월에서 최대 132개월로 평균 73.8개

월(약 6년)이었고, 보건소 쪽방담당 간호사는 최소 5개월에서 최대 56개월로 평균 23.5개월이었다 (Table 1).

2. FGI 분석결과

FGI 내용을 분석한 결과 노숙인쉼터 거주자의 특성, 건강에 대한 인식 및 주요 건강문제, 거주자의 건강관리실태 및 컴퓨터거주자의 건강관리를 위한 대안의 4가지 범주와 15개의 하위범주가 도출되었으며 그 내용은 다음과 같다.

1) 노숙인쉼터 거주자의 특성

FGI 분석결과 노숙인쉼터 거주자의 특성은 인구학적 특성, 주거부재로 발생하는 문제, 거리 노숙인과의 차이점, 정서 상태 등 4개의 하위범주가 도출되었다

(1) 쉼터거주자의 인구학적 특성

40~50대가 거의 대부분이고 남자들이 절대적으로 많지요. 그런데 외모를 보면 40대가 50대처럼 보이죠. 앞니까지 빠진 사람들도 있고 하니깐요(사회복지사 5).

이번에 신 빈곤에 대해서 새로워진 것은 젊은 층이 많아진 것이 엄청난 문제입니다.... 지금 청소년에서 스물 하나, 스물 둘, 스물 다섯... 그 연령층이 다양해졌어요. IMF 때는 사실상 사업을 하다가, 가정을 갖고 있었던 그런 분이 나와서, 노숙인 층이 되었지만, 지금은 젊은 세대 층이 증가하고 있어요. 20대에서 30대 미만 이 거의 노숙인의 절반 수를 차지하는 쉼터도 많아요 (사회복지사 2).

(2) 주거부재로 발생하는 문제

생활공간에 차이가 있기 때문에, 그 불편함을 고스란히 삶 속에서 가지고 살아갈 수 밖에 없는... 그러니까 주거가 안정되어 있지 않기 때문에 숙식이 불안정하고, 숙식이 불안정하기 때문에 안정적인 취업도 할 수 없고, 사회적인 관계 또한 고립되어서 살아갈 수 밖에 없는 그러한 것들을 가지고 있지 않나..(사회복지사 2). 특히나, 내과 질환은... 불안정화 주거로 인한, 표면화 되지는 않지만 계속적으로 장기화되어서 앓고 있는 질환이죠...노숙인들에게 대부분 많이 잠재되어 있다고 생각하는데요(사회복지사 3, 간호사 1).

Table 1. General Characteristics of Participants

No	Age	Sex	Marital status	Educational level	Religion	Working area	Working period (months)	Occupation
1	37	M	Married	College graduates	Catholic	Seoul	37	Nurse
2	39	M	Married	Over college graduates	Christian	Seoul	84	Social worker
3	29	F	Married	College graduates	Christian	Seoul	36	Nurse
4	35	M	Married	Over college graduates	Christian	Seoul	108	Social worker
5	36	M	Married	University graduates	Christian	Seoul	96	Social worker
6	39	F	Married	University graduates	Christian	Busan	132	Social worker
7	44	F	Married	Over college graduates	Christian	Gyeonggi	42	Social worker
8	38	F	Married	University graduates	Christian	Gyeonggi	3	Social worker
9	48	M	Married	University graduates	Christian	Gyeonggi	126	Social worker
10	55	F	Married	College graduates	Buddist	Seoul	27	Nurse
11	35	F	Married	College graduates	Christian	Seoul	6	Nurse
12	31	F	Unmarried	College graduates	Catholic	Seoul	5	Nurse
13	49	F	Married	College graduates	Catholic	Seoul	56	Nurse

(3) 거리노숙인과의 차이점

저는 거리 노숙인과 쉼터 거주자 간에 다른 부분이 있다면 자립의 의지에 있지 않겠나... 일어서려고 하는 다시 한 번 더 살아보겠다는 의지가 조금 더 있는 분들이기에, 뭔가 살아가려는 의지, 정신적으로나 육체적으로나 심리적으로 이런 부분들이 많이 있는 것 같아요. (사회복지사 2, 간호사 2)

쉼터에는 규정이 있어요. 10시 반 이후는 외출 못하고, 아침 4시 반에는 새벽기도를 하는 규정이 있으니깐 그 규정에서 벗어나지 못하면 쪽방으로 가는 거예요. 그러면 이제 쪽방에 와서 타락을 하는 거예요. 누구의 간섭도 받지 않고.. 술 먹고 자기마음대로 사는 거죠. 쉼터 노숙인은 규칙을 나름 지킬 수 있는 능력이 있는 거죠(간호사 2) .

쉼터는 자활이 목적이니까 보니까 일을 하면서 저축하

는 것이 가장 중요하고, 또, 주민증이 말소되신 분들을 일을 할 수 있게 해서 자활하는 과정까지가 중요한 부분인데요. 일을 맨 처음에 하실 때에는 의무적으로 하시는데요, 어려운 점은 자발적으로 지속되는 것이 힘들다는 것입니다. 관리를 해주지 않으면, 저희 쉼터같은 경우에는 길어야 두 달, 세 달 가시는 분들, 또 어떤 분들은 한 달 정도 가시는 분들도 계시구요. 급여를 타시게 되면 다시 술을 드시는 분도 생기고요. ... 일을 시작할 때는 의무적으로 하시되 지속적이지 못하고 자발적이지 못한 것이 어려운 것 같습니다(사회복지사 4).

(4) 정서상태

사람을 선불리 판단하는 것은 좀 그렇지만... 나름대로 어떤... 자기가 취업할 때나 병원에 가서 치료를 받을 때 상대적으로 어떤 피해를 입지나 않나... 자격지심

이 많구요(사회복지사 5).

저희 컴퓨터에 계신 분들은 대부분 가정을 가졌던 분들이 가정적인 문제도 있고, 또 그걸로 인해서 버림을 받았거나, 또 본인이 가정을 버렸거나, 제가 판단했을 때는 가정이 가장 심리적인 안정의 근원이 된다면 가정이 없음으로 인한 그런 것들로 인해 심리적인 불안이 좀 있다고 생각이 됩니다(사회복지사 4).

분석결과 컴퓨터주자의 인구학적 특성은 대부분이 남성이고 40-50대가 많으며 최근 들어 연령이 다양화되는 경향이 있는 것으로 나타났다. 이는 취업이 어려워지고, 소수이지만 카드 신용불량자가 되어 더욱 취업이 어려워지는 악순환에 의해 젊은 연령층이 노숙인으로 유입되는 사례가 증가하고 있기 때문이라고 추가 설명이 있었다. 노숙인의 문제는 개인적인 특성에 의한 것이기보다는 안정적인 '주거의 부재'로 인해 숙식이 불안정해지고, 주소지 및 연락처가 없기에 더욱 취업이 어렵게 되며, 점차 대인관계가 좁아지고 건강도 나빠지는 것이라고 분석되었다.

컴퓨터주 노숙인은 거리 노숙인에 비하여 자립의지가 있으며 집단에서 규칙적인 생활을 견뎌낼 수 있는 긍정적 측면이 있지만, 일을 시작하고 난 후 끈기가 부족한 특성을 보인다고 하였으며, 정서적 특성은 가족해체와 대인관계의 폭이 좁아짐에 따라 정서가 불안정해지고 취업이나 진료과정에서 겪게 되는 노숙인에 대한 사회적 편견으로 인해 자격지심을 가지고 있는 것으로 분석되었다.

2) 컴퓨터주자의 건강에 대한 인식과 주요 건강문제

컴퓨터주자의 건강에 대한 인식은 '건강 및 건강관리의 중요성을 경시'하는 것으로 분석되었으며, 주요 건강문제로는 음주관련 질환, 위장질환, 고혈압·당뇨, 구강질환, 전립선 질환, 결핵과 성병 등 감염성 질환, 근육통 등 근골격계 질환 등 신체적 건강문제가 주된 건강문제라 분석되었다.

(1) 건강 및 건강관리의 중요성 경시

건강해야 먹고 사니까... 중요성을 비율로 따지면 점도 중요하지만, 건강이 50% 정도라고 생각은 하는데...(사회복지사 5).

그들에게 남은 재산은 육체뿐이라는 생각을 하지만, 육체적 노동을 하면서 지내니까 실제 건강을 돌볼 수 있는 조건이 안 되죠. 이들이 제일 가기 싫어하는 곳이 경찰서와 병원이라고 하니깐요(간호사 3).

사실 이분들은 건강에 대해 별로 관심이 없어요.. 몸이 많이 아파서 병원에 가긴 하지만, 이분들한테 가장 큰 것은 취업하고, 주거잖아요. 그래서 평소 급하지 않은 질환들은 관리하지 않는 것이 대부분이죠(사회복지사 5). 통증이 있어야 응급실에 가서 치료를 받고요. 결국은, 자기들의 식생활 습관에 의해서, 술로 인해서 더 진행이 되고, 그것을 자기들이 모른 상태에서 아프고 난 다음에 치료를 받아요(간호사 4). 자기네끼리 연출 연출 해서 병원에 가시기도 하는데 그거는 이제 건강에 관심이 많으신 분들인데. 몇 분이고, 많지는 않아요(간호사 1). 더우기 하나뿐인 재산에 병들었다는 소식을 후시라도 들을까봐 겁나하고 병원에 돈을 쓰는 것을 아까워합니다(간호사 3).

(2) 주요 신체적 건강문제

대상자들의 주요 건강문제는 음주관련 질환, 위장질환, 고혈압·당뇨, 구강질환, 감염성 질환, 근골격계 질환 및 전립선 질환 등 신체적 건강문제로 분석되었다.

(음주관련 질환) 그 분들은 노숙을 하면서부터 절망감을 맛보면서 술을 먹기 시작하기 때문에.. 심한 사건 사고를 경험하면서 그것을 이겨내기 위해서 술을 먹게 되면서 술과 관련된 질환들이 많아요. 술을 드시면서 규칙적인 식사는 하지 않고... 심한 경우 간경화도 오고요. 알콜성 질환이 좀 심하다고 생각되는 분, 불면을 넘어서서 환시, 환청 이런 분들이 발견되기도 하죠.(사회복지사 2, 5, 간호사 4). 알콜에 중독이 되어서 몸이 만신창이가 되고, 여러가지 합병증이 오고, 뭐... 그런 다음에 치료를 받고, 또 다시 한번 괜찮아지면 알콜에 또 의존을 하게 되고, 또 다시 한 번 병원을 이용해야 하는 부분인데...(간호사 2)

(위장 질환) 대체적으로 소화기질환, 위장계통질환. 이게 뭐냐면, 빈곤 생활에서 대명사로 표면화되고 있는, 불규칙적인 생활습관에서 드러나는 그런 질환이죠, 빈곤 계층의 대부분이 가지고 있는... 혼자 살아가고, 누

가 돌아보 주지 않아서 일어나는 질환이죠(사회복지사 2,5, 간호사 4)

(고혈압·당뇨) 확실한 것은 당뇨나 고혈압 때문에 많이 고생을 하는데, 약은 비교적 잘 드시는 것 같아요(사회복지사 2,5, 간호사 4).

(구강질환) 특별히 치과 쪽으로 얘기를 하고 싶었는데요, 표면상으로 봤을 때는 이가 한 두개는, 안 쪽은 거의 없는 이런 분들이 대부분이고요. 잇몸질환과 통증 호소를 하는데... 실제 진료의뢰서를 발급하는 걸 보면 치과 질환 쪽으로는 서비스 자체가 한계가 있어서 진료를 많이 못 받는 경우가 많이 있습니다.(사회복지사 2). 그분들이 이렇게 치아가 없는 것은 영양부족과 위생문제 다 원인이 되겠지만... 저희도 개인병원과 연계를 하는데,, 보내면 다 뽑고 오는 거예요. 이가 좀 흔들리거나 문제가 있으면 의사선생님들이 다 뽑나 봐요. 그래서 보내면 뽑고 오고, 보내면 뽑고 오고... 그래서 40대가 거의 대부분인데 진짜 앞이 다 빠지고...(간호사 5) 그러니깐 자꾸 뺏다고. 빼면은 오히려 싫어하세요.. 안가겠다고... 하는 사람들이 계세요(간호사 1).

(감염성 질환) 성병같은 경우는 매독이나, 그런 경우에는 병원에 가요. 그 때 한 분을 쫓 지켜봤는데 나름대로 자기가 어떤 예방책을, 콘돔을 가지고 다니더라고요(사회복지사 5). 매독 등 성병을 진단받은 분, 아니면 의심이 되거나 그런 분들은, 헛터에 본인이 입소를 꺼려하는 것 같아요... 한 번은 HIV 양성으로 판정이 된 분이 있었는데, 그 분은 정말 문제였던 것이 다른 사람과 관계를 갖지 말아야 한다는 그런 부분을 모르고 잘 인식을 못 하시더라고요. 의사소통은 되지만, 이런 부분에서 이해를 못하시더라고요. ...저희가 그래서 따로 보건소에 보고를 하고, 따로 숙소가 있다고 하더라고요, 이런 분들을 관리하는 숙소로 연결을 해드렸는데(간호사 2).

정확히 비율은 모르겠는데, 폐결핵이 많아요. 알콜과 같이 병행되는 부분이 대부분 많고요, 너무 안타까운게 신염과 폐결핵 등이 같이 오는 경우도 있어요(간호사 6). 이번엔 A형 간염 나오고, 신중 플루도 나오니깐 걱정이 되요. 사람들이 붙어 있기 때문에,, 한번 병이 전

염되면 그게 쉽게 전염 될 수 있으니 걱정이 되더라고요(간호사 5).

(근골격계 질환) 일용직이나 날품팔이 등으로 인해 근육통을 호소하면서 파스를 많이 요구해요(사회복지사 7). 허리나 어깨 등 급성기적인 통증이 있을 때는 병원에 가서 치료받고 하루 이틀 약을 먹고 괜찮다 싶으면 약을 안 먹고, 한 달 뒤에는 이 약이 무슨 약인지도 모르거든요. 그리고 다시 또 아프면 치료를 받는 경우가 있구요(간호사 5).

(전립선질환) 남자들이다 보니까, 전립선 쪽, 남성들의 50대 중반이후에 대체적으로 많이 드러나구요. 그런 분들이 약 복용하는 것을 많이 확인할 수 있었습니다(사회복지사 2, 간호사 4).

건강은 노숙인에게 있어 유일한 자산이지만, 현실적으로 건강을 관리하기 힘들며 증상이 나타나고 악화된 경우에만 치료를 받는 경우가 대부분이었고, 질병확진을 두려워하여 건강검진을 회피하는 사례도 많은 것으로 분석되었다. 또한 노숙인쉼터 거주자들에게 술은 많은 경우 삶의 대처방식으로 이용되고 있으며, 이로 인해 식사를 거르고 불규칙적인 생활을 하게 되면서 위염 등 소소한 건강문제가 발생하다가 점차 간염, 간경화, 고혈압 등으로 발전한다고 한다. 이들은 치료를 통해 금주했다가도 다시 재발하는 사례가 많아 관리하기 어렵다고 하였다. 고혈압과 당뇨병을 가진 경우가 많은데 함께 생활하면서 복용은 비교적 잘 하는 것으로 관찰되나 흡연, 영양, 운동과 관련된 지도는 이루어지지 않고 있다고 하였다. 치아가 없는 경우가 많으며, 잇몸질환과 통증 등을 경험하나 치과진료는 쉽지 않고 특히 빠진 이나 틀니에 대한 대책은 거의 없어 이에 대한 치료요구가 높다.

집단생활을 하기 때문에 쉼터입소 전에 최소한의 건강검진을 받는데 소수이지만 폐결핵이 발견되고 일부 검진에서 성병이 확인되었다. 그러나 성병을 검사하는 기관이 많지 않고 입소 후에는 주기적인 검사를 하지 않으며 개인적인 문제로 취급하여 노출을 꺼려 확인되는 예는 적은 편으로 분석되었다. 검사과정에서 발견된 경우에도 상담과 치료를 적극적으로 하지 않아 이에 대한 관리가 필요하다고 강조한다. 대부분의 일이 임시

노동적이기에 근육통, 디스크 등으로 인한 급성 및 만성통증 등을 호소하는 예가 많았으며, 전립선 질환을 호소하는 사례가 많은 것으로 분석되었다.

3) 컴퓨터거주자의 건강관리실태

본 범주에서는 5개 하위범주, 즉 질병치료 위주의 제한된 의료서비스, 진료기관에서 일부 의료진의 차별적 대우, 질병치료의 통합적 및 지속적 관리부족, 보건소에 대한 낮은 만족도 및 지역사회자원과의 일부 연계가 도출되었다.

(1) 질병치료 위주의 제한된 의료서비스

컴퓨터입소 노숙인들은 컴퓨터에서 발급하는 의료서비스 의뢰서를 끊어야만 병원진료를 받을 수 있어요. 진료의뢰서를 받으면 바로 2차병원으로 가실 수 있어요. 국립의료원도 2차 병원으로 되었어요, 시립병원이 4개, 보라매, 국립, 동부, 뭐 이렇게 몇 개가 있잖아요.. 거기서 대부분 질병을 치료하고요, 시립병원에서도 보험이 되는 부분에서만 무료가 될 수 있어요(서울의 사회복지사 2, 4, 5, 간호사 2, 4)

부산시는 노숙인 컴퓨터에 입소 후 질병을 호소하며 진료를 희망하면 진료의뢰서를 발급하여 보건소와 연계하여 기본적인 건강검진 및 감기, 당뇨 등 간단한 진료를 받을 수 있어요. 보건소에서 하는 것이 1차 진료이고요. 여기서 진료를 할 수 없는 질병은 진료의뢰서 발급 후 부산시립의료원에 연계하여 진료를 받을 수 있도록 합니다. 그런데 대부분의 노숙인들이 2차 진료기관의 진료에 더 신뢰를 가지고 이용하는데 익숙해져, 2차 진료기관에 진료를 희망하죠(사회복지사 6). 경기도는 컴퓨터에 배정된 질병관리예산 내에서 질병관리가 이루어지고 있으며, 이용하는 병원은 컴퓨터에서 편한 병원을 선택하여 치료할 수 있어요. 경기도의 경우는 대부분이 작은 규모의 컴퓨터기에 상주하는 간호사가 없으나 가까운 병원에서 치료 할 수 있어요(사회복지사, 1, 3, 7).

보통 노숙인 컴퓨터나 상담보호센터에서 병원을 바라보는 시각과 컴퓨터에 거주하시는 아저씨들이 병원을 바라보는 시선은 그냥 일회성 질병치료..에서 끝나는 거죠(사회복지사 4)

(2) 진료기관에서 일부 의료진의 차별적 대우

컴퓨터노숙인은 2차 진료기관의 이용에 익숙해 있으나, 그 기관에서 일반인과 다른 진료 과정상의 대우, 예를 들면 이름을 호명하기보다 '노숙인'이라고 대상자를 불러 자존심이 상해하게 하여 진료의뢰서 발급을 거부하거나, 다른 의료기관을 찾아다니기도 해요(사회복지사 3). 시립병원임에도 지금까지 의료진이 바뀌면 노숙인에 대한 차별이 계속 작용하고 있어요(사회복지사 2).

대부분 갖고 있는 생각이, 보라매는 부랑화가 많이 되어 있어서 노숙인에 대한 차별이 좀 심하다고 해서 저희는 영등포에 있지만 동부까지 가요, 동부가 수급자 위주로 해서 저소득층에 대해서 큰 차별 없이 잘해준다는 그런 인식이 있거든요. 은평 시립병원은 다른 시립병원과는 좀 다르게 일반인들하고 같이 있다 보니까, 노숙인이라는 차이가 두드러지지 않아서 차별을 덜 받을 것이라고 생각해서 그 병원을 좀 적극적으로 오래 이용하고 있는데요(사회복지사 2).

(3) 질병치료의 통합적 및 지속적 관리부족

이 분들은 아프면 진료의뢰서를 발급받아 병원가서 약을 받고, 정도가 더 심하면 심전도나 이런 걸 검사하다가도 수술날짜 까지 잡는... 그러다가 또 괜찮겠지, 생활하다가 아플 때는 약 드시다가, 좀 나아지면 중단하고.. 대부분 약을 드시는 분들을 보면 약을 많이 드시더라고요(사회복지사 2).

병원을 갔다오면 연세드신 분들이 이곳저곳 아프신데가 많아서 정형외과, 내과, 신경과 등등 한꺼번에 갔다 오시면 약이 한 보따리에요. 그 약은 5달 이상이 되요. 그런데 실질적으로 그 약을 드시고 약에 취해서 넘어지신 분들도 있고 해롱해롱 대시는 분들도 있고... 그런 부분이 너무 안타까워요. 그 약 자체를 낮기 위해서 먹었음에도 불구하고 오히려 이게 나아지려고 먹은 건지 의문점이 들 때가 많은데...(간호사 2)

노숙인들이 컴퓨터를 이리저리 이용하기 때문에 지속적인 관리에 어려움이 많아요. 컴퓨터도 한 곳에 계속 있는 게 아니라, 그래서 그 컴퓨터를 떠나게 되면 치료적인 부분이 중단이 되잖아요. 그런 부분에 있어서 연속적인 건강관리가 어떻게 되는지는 좀 의문이구요(사회복지사 3, 간호사 2).

(4) 보건소에 대한 낮은 만족도

요변에 부산시에서도 의료비가 너무 많이 나왔다는 말을 하고, '보건소를 이용을 해라' 라고 하는데요, 실질적으로 감기가 걸렸다고 해도, 감기나 위장병이나 그런 부분에 있어서 만성 성인병 질환들은 보건소에서 이용이 쉽지가 않았어요. 이번에 시에서 보건소에 공문을 내려서, 먼저 보건소에서는 생활성 질병을 연결을 하라는 방향으로 말을 했는데요, 아직은 그게 시행 안 됐어요. 그런데 너무나도 병원의 고급 진료에 익숙해진 분들이 보건소에 가면 솔직히, 보건소에 대해 무시하는 부분도 있을 것 같아요. 컴퓨터에 계신 분들은 간단한 병에도 병원을 이용하는 패턴이 되어 버린 분들이 많으세요.(간호사 2).

보건소에서 와서 검진을 받으라고 하면 사실 저도 안 하거든요. 형식적이고 지속적인 서비스를 제공하고 있지 않아요. 그래서 저는 이 사람들한테 뭐 파스나 영양제라도 쥐라 그러죠(사회복지사 3, 5). 보건소는 주로 건강검진 위주로만 진행이 되고 있어요. 서울시에서 보건소도 일반적이고 기본적인 병을 치료할 수 있도록 하라고 했지만, 실제적으로는 현장에서는 이루어지지 않고 있습니다. 건강검진만 6개월에 한 번씩, 또 컴퓨터에서도 체크해야지만 정기적인 건강검진이 되고 있는 상황이고, 근데 보건소 건강검진은 일자리 연결해서 건강검진 결과서를 제출하면, 보건소 결과서는 안 된다고, 시립병원의 건강검진 결과를 요구해서 또 다시 재검을 받아야 되는 이런 상황도 있어요(사회복지사 2).

(5) 지역사회자원과의 일부 연계

저희 00컴퓨터에 입소하면 의료급여는 이전에 받았다 하더라도 중단되기 때문에, 시립병원, 국립 의료원에서 진료를 하고, 그 외에 가까운 곳에 있는 운영위원으로 가입하고 계신 의사가 있는 통증클리닉과 정신과 병원에서 무료로 진료를 해주고 있어요. 특히 허리 디스크 라든지, 통증을 완화시켜주는 역할을 하고요. 또 한 곳은 교회를 통해서 소개받았는데, 정신과 쪽 진료를 받는 곳인데요, 알콜성 질환이 좀 심하다고 생각되는 분, 불면을 넘어서서 환시, 환청 이런 분들이 발견되면 저는 약속을 먼저 하고 갑니다(사회복지사 2).

필요시에는 지역 내 알콜상담센터나 정신보건센터를 통해 알콜 상담교육, 자조 모임을 운영하고 있으

며, 정신과에 연계하여 상담 및 치료를 주선하는 등 지속적인 사례관리를 하기도 해요(사회복지사 1, 3, 7).

서울광역시와 부산광역시의 컴퓨터에서 의료서비스의뢰서(진료의뢰서)를 발급받으면서 질병관리가 시작되는데, 차이점은 서울은 처음부터 이차병원으로 가서 진료를 받을 수 있는 반면, 부산시는 보건소에서 진료를 받고난 후 다시 진료의뢰서를 발급받아 시립병원으로 가게 되어있는 등 지역별로 의료지원서비스가 다르게 지원되고 있었다. 그러나 공통점은 모두 질병치료 위주의 제한된 서비스임을 확인할 수 있었다. 또한 질병을 치료하기 위해 방문한 병원에서 일부 의료인들의 노숙인에 대한 차별적 대우로 인해 노숙인들은 진료받기를 꺼려하는 것으로 분석되었으며, 거주자들의 진료내역에 대한 자료가 없고 특히 노숙인들의 컴퓨터 이동이 잦아 치료가 통합적이고 지속적인 관리가 이루어지지 않는 것으로 분석되었다. 한편 컴퓨터관리자의 특성에 따라 무료 병원 진찰, 알콜상담센터 등 지역사회자원을 적극적으로 활용하고 있는 사례도 있었다. 보건소는 제한된 검진만 주로 실시하고 병원에 비해 형식적이고 내용이 부실하여 노숙인들의 만족도가 낮은 것으로 분석되었다.

4) 컴퓨터거주자의 건강관리를 위한 대안

본 범주에서는 건강관리를 위한 컴퓨터담당 간호사 필요, 보건소와 진료기관간의 기능적이고 체계적인 시스템 구축, 통합관리시스템의 필요, 보건의료인의 노숙인에 대한 이해선행 등 4개의 하위범주가 도출되었다.

(1) 건강관리를 위한 컴퓨터담당 간호사 필요

컴퓨터는 자활쪽으로 초점을 맞추었기 때문에 거기에 관심이 있어요. 의료적인 부분은 어떻게 보면 좀 개인적인 관심사이기 때문에 개인적인 욕구를 가지고 진료를 요구하지 않으면 진료를 받기가 좀 어려울 것 같아요(사회복지사 2). 그런데 저희는 아저씨들이 움직이는데는 문제가 없잖아요. 그래서 알아서 약을 먹을 것이라고 기대하는 거죠. 그리고 우리가 혈압이나 혈당 같은 걸 주기적으로 체크할 수가 없는 부분이고, 이분들도 유동적이고요... 사실 컴퓨터에서 간호사가 필요한 건 맞아요. 약을 본인이 타 와서 본인이 약을 먹을 수 있

게 꿈 하는 건 간호사가 해야 하는 거예요. 약을 드실 수 있게끔 갖고 있다가 주고, 거기에 필요한 식생활 습관, 거기에 필요한 운동, 환경, 정서적인 문화, 그런 것들이 복합적으로 맞춤형이 되어야 한다고 생각해요. 무조건 그냥 약 타왔는데 약 왜 안 먹어... 그럼 안 된다는 거죠(사회복지사 5).

보니까, 여러 다양한 종류로 약을 많이 드세요. 그분이 퇴소를 하게 되면 약 봉지만 잔뜩 남게 되는 경우를 보는데... 이런 상황에서 건강관리라는 것 자체가 좀 더 세밀하게 접근되어야 되지 않겠나 라는 생각이 들어요(사회복지사 2, 3, 간호사 2).

(2) 보건소와 진료기관간의 기능적이고 체계적 시스템구축

나름대로 예산을 투여해서 노력을 하고 있긴 한데, 그것이 좀 디테일한 부분이 좀 많이 부족하지 않나 싶어요.. 그러니까 보건소와의 관계.... 가까이 지역 내의 근거리성이 있고, 보건소가 가지고 있는 의료진과 의료기기를 통해서 할 수 있는... 쉽게 할 수 있는 부분에서 최대한 접근할 수 있도록... 거기서 이제 건강검진을 직접 나와서 컴퓨터를 순회하면서 하는 것도 한 방법일 수 있을 것 같구요, 또 감기나, 피부질환 같은 것은 가서 진료를 할 수 있구요, 거기를 거쳐서 2차 진료를 간다면, 아니면 우리가 몇 가지 판단해서 이 정도는 1차를 거치지 않고 2차까지 가야한다 이런 매뉴얼 같은 것이 있으면, 2차까지 좀 갈 수 있도록 하고(사회복지사 2).

보건소에서 노숙인 컴퓨터를 관리해 줄 수 있다면, 특히 현대병이라고 하는 고혈압, 당뇨병 등의 질병이 발생 하기 전의 예방이 가능해 질수도 있을 것이고 지속적으로 체계적인 질병관리가 보건소를 통해 가능해 질 수 있을 거라고 생각해요. 그 외 의료기관이용에 대한 안내와 다양한 교육도 필요하고요(사회복지사 2, 5, 간호사 4).

(3) 통합 관리시스템의 필요

제가 봤을 때, 인권침해인지는 모르겠는데, 통합관리적인 시스템이 되어야 되지 않나... 예를 들어서, 이분들의 정확한 상담까지는 바라지 않는데... 이분들이 무슨 약을 어떻게 드셨다는 거.. 그런 것들은 통합관리 시스템이 구축이 돼서 사실... 인권침해인지 모르겠지만, 예를 들면 이분들에 대한 의료수첩 있어서, 건강상의 그런 것들을 일괄적으로 관리하는 시스템이 있다면, 우리 쪽에서 다른 컴퓨터로 전환할 수도 있고, 다른 컴퓨터에서 저희 컴퓨터로도 올 수 있는데, 그런 건강상의 것은 좀 볼 수 있는... 그런게 다 고려가 된다면, 사실상 여러 가지 예산이 절약될 수 있고, 나름대로 맞춤형 건강서비스가 될 수 있고, 다각적인 면에서 질적인 서비스가 가능하지 않을까 ... (사회복지사 2, 5).

(4) 보건의료인의 노숙인에 대한 이해전행
 시립병원임에도 지금까지 의료진이 바뀌면 노숙인에 대한 차별이 계속 작용하고 있기에 저는 의료인의 노숙인에 대한 이해가 선행될 필요가 있다고 생각해요. 일반 저소득층이나 수급자나 차상위나 이런 사람들하고 동일하게 바라볼 수 있는 그런 관점에 대한 이해... 그런게 좀 필요할 것 같고, 친절하게 하고 접근성을 용이하게 하는 이런 사전교육이 반드시 필요하다... 그러면 노숙인들이 가까운 곳에서 가벼운 진료를 손쉽게 이용할 수 있는데... 많이 아쉽지요(사회복지사 2).

IV. 논 의

본 연구는 노숙인컴퓨터 거주자의 특성과 주요 건강문제에 대한 이해를 기반으로 건강관리 실태를 확인하고 이들에게 어떻게 보건의료서비스를 전달하는 것이 효과적인지 그 대안을 탐색하기 위해 FGI를 실시한 결과 컴퓨터거주자의 특성, 건강에 대한 인식 및 주요 건강문제, 거주자의 건강관리실태 및 컴퓨터거주자의 건강관리를 위한 제언의 4가지 범주와 15개의 하위범주가 도출되었다.

먼저 컴퓨터거주자의 특성에 대하여 논의하면 다음과 같다. Lee (2009)의 연구에 의하면 2009년 2월 컴퓨터거주자 3,106명 중 남자가 92.5%, Seo 등(2013)의 연구에서는 2011년 노숙인 시설거주자 11,304명 중 남자가 8,160명(71.8%)로 남성이 대부분을 차지하고 있었다. Nam, Ryu와 Shin (2000)의 시설입소자 연구에서는 409명 중 40대(36.9%), 30대(27.6%), 50대(18.8%), 60세 이상(8.6%), 29세 이하(4.6%)이었으나, Park과 Lyu (2004)의 남성컴퓨터 거주자 대상연구에서는

40대(37.9%), 30대(24.8%), 50대(20.9%), 20대(10.5%), 60세 이상(5.9%)로 40대 가장 많고 20대 층이 증가하는 경향을 보여 40-50대 남성위주이나 연령층이 다양화되고 있다는 본 연구결과와 유사한 결과를 보였다.

컴퓨터거주 노숙인은 거리 노숙인에 비해 자활을 위한 근로에 대한 요구가 강하므로 이를 실천하기 위해 건강이 중요하다. 대상자들은 컴퓨터 입소전의 노숙생활로 인해 건강한 생활을 할 수 없었고 그로인해 건강문제가 발생되어 다양한 건강문제를 가지고 있는 것으로 분석되었다. Seo 등(2013)도 노숙생활은 그 자체가 가장 심각한 건강위험요인 중 하나이므로 노숙생활로 인해 여러 가지 질환이 발생할 수 있으므로 적절한 관리가 필요하다고 하여 본 연구결과를 지지하고 있다. 컴퓨터거주 노숙인은 자활의지가 있으므로 거리 노숙인과는 차이가 있으나 심리적으로 불안하고 다소의 자괴감이 있는 것으로 나타났다(Lee & Kim, 2012).

컴퓨터 거주자의 건강문제를 살펴보면, 음주가 가장 중요한 건강문제 중의 하나로 분석되었다. 노숙인 컴퓨터는 자활을 목적으로 하는 기관이기에 컴퓨터 내 규칙 준수와 근로임금을 저축하게 하는 자체 규칙이 있어 이를 준수하여야 한다. 그런데 규칙을 지키다가 1-2개월이 지나면 술을 다시 먹게 되어 점점 음주가 심해지고 식사를 거르는 경우가 많아져 위장질환이 악화되고 간경화 등 음주관련 질환이 발생하는 것으로 분석되었다. 컴퓨터거주자의 알코올 평생 유병률은 47.4%로 일반인의 3배 수준이며, 음주재발로 인한 컴퓨터 퇴소자가 30%이며, 노숙인 사망의 두 번째 요인이 간질환으로 나타나고 있는 것은, 알코올 관리가 전문적으로 시행되어야 할 필요가 있음을 보여주고 있다. 노숙인은 사회적 지지가 단절되어 있으므로 알코올에 의지하게 되어 점차 우울에 빠지는 경향이 있으므로 알코올 관리는 노숙인의 신체적 및 정신적 건강관리에 매우 중요하다(Shin & Baek, 2010).

Yoon, Han과 Song (2013)의 컴퓨터거주자 357명을 대상으로 의사로부터 진단받은 질병에 대해 조사한 결과 고혈압(20.7%), 당뇨(12.3%), 뇌졸중(5.9%), 우울(4.2%), 결핵(0.8%), 위염(2%), B형간염(1.1%) 순으로 분석되었으며, 치아가 없어 의치가 필요하다고 64.9%가 응답하여 구강질환이 중요한 문제로 부각되

었다. Seo 등(2013)의 연구에서도 노숙인 및 (구)부랑인시설거주자 중에는 고혈압(24.9%), 정신질환(24%), 치과질환(23%), 당뇨병(12.9%) 순으로 나타나 본 연구결과와 대부분이 일치하고 있다. Nam, Ryu와 Shin (2000)의 연구에서도 64%가 이상소견이 있는 것으로 나타나 컴퓨터 이용자에 대한 보건의료대책을 촉구하였다. 노숙인 대상 연구에서 지난 10년간 심혈관 질환과 내분비 질환이 2배 이상 증가한 것으로 나타나고 있으며, 남성 노숙인에게 당뇨가 많은 것으로 보고되고 있다(Lee, et al, 2013). 특히 노숙인은 선별검사를 받을 기회가 없으므로 타 질환으로 입원 후 당뇨진단을 받고 약제복용, 식사조절, 운동을 시행하지 않으므로 당 조절에 실패하여 합병증이 발생하는 형태로 진행하고 있어 그 문제가 심각하다. 혈당강하제를 복용하는 노숙인은 불규칙한 식사로 저혈당 증세를 보이는 경우가 많아 혈당관리가 필수적이고, 두개내출혈 말초동맥 질환 발생이 많은 것으로 보고되고 있어(Beom, Oh & Ahn, 2014), 고혈압·당뇨 등 만성질환관리는 사회적 국가적 차원에서 매우 필요하다. 이는 현재의 급성질환 중심의 노숙인 치료에서 만성질환의 관리형태로 변화된 노숙인 건강관리서비스가 제공되어 질병의 발생을 예방할 뿐 아니라 질병발생 후 합병증을 예방하여 사회복귀를 유도할 필요가 있음을 시사하고 있다. Lee와 Hong (2012)의 연구에서도 노숙인은 과거 10년간 고혈압·당뇨 등 만성질환이 증가하고 있어 한국인의 질병패턴과 유사하게 진행되는 것으로 분석되었으므로 지역사회의 보건학적 관리가 필요하다고 하여 본 연구결과를 지지하고 있다.

결핵은 노숙인에게 취약한 질병으로, Minister of Health and Welfare와 Korea Centers for Disease Control and prevention (2010)이 공동으로 실시한 서울지역 노숙인(300여명) 대상 조사에서 활동성 폐결핵감염자가 5.8%이고 잠복중인 결핵환자가 75.9%로 일반인의 추정 활동성결핵 유병율인 0.25%보다 노숙인들이 23배 높다는 보고를 하였다. Beom 등(2014)의 연구에서 병원에서 치료를 받은 노숙인 중 폐결핵과 감염성 질환이 유의하게 높고 특히 당뇨병 환자에게서 감염병과 폐결핵 유병율이 높아 만성질환과 감염병 질환 관리가 필요함으로 보고하였다. Nam, Ryu와 Shin (2000)의 연구에서도 컴퓨터 이용자의 감염성 질

환 관리의 어려움을 언급하였다. 쉼터는 집단생활을 하는 곳이기에 감염성 질환은 신중하게 관리되어야 하는데, 2011년부터 결핵환자 노숙인을 위한 전문요양원이 설립·운영되고 있는 바람직한 결과이다.

치과질환은 노숙인의 주관적 호소가 많은 질환으로 발치에 대한 불만이 높고 쉼터의 건강관리자도 발치로 인하여 외모의 불만족과 자존감 저하에 대한 문제를 지적하였다. 치아는 영양섭취의 중요한 요소로 건강유지에 필수적이다(Vargas, 2010). 그러나 노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률에 따라 의료급여가 실시된다고 하여도 치과진료는 비급여 항목이 많고 서비스에 한계가 있다(Seo et al., 2013). 미국에서는 노숙인의 구강질환관리의 필요에 따라 노숙인 쉼터에 치과진료실을 설치하여 구강질환관리를 체계적으로 실시하여 치아손실을 방지하고 있다. 일 예로 대도시 중심으로 노숙인 쉼터와 치과진료실을 보건소 소장, 쉼터 책임자, 치과전문의가 공동 운영하는 모델을 가지고 있다(Vargas, 2010). 우리나라에서도 공공의료기관에서 노숙인 대상 치과진료를 실시하여 대상자들의 건강유지와 자존감 향상을 도모할 필요하다고 사료된다.

다음으로 쉼터 거주자의 건강관리 실태에 대해 분석한 결과를 보면, 첫째, 건강은 노숙인에게 있어 유일한 자산이지만, 현실적으로 건강을 관리하기 힘들며 증상이 보이고 악화된 경우에만 치료를 받는 경우가 대부분이었고, 질병확진을 두려워하여 건강검진을 회피하는 사례도 많다고 하였다. 사실상 쉼터 거주자는 취약한 처지에 있으므로 건강권의 보호를 제대로 받고 있지 못하며, 평소에는 건강 및 건강관리에 관심을 두지 않다가 질병이 심각해지거나 사고가 발생하게 되면 비로소 보건의료기관을 이용하고 있는 실정이다(Lee, & Hong, 2012; Nam & Hwang, 2002). Yoon, Han과 Song (2013)의 연구에서 쉼터거주자가 주로 이용하는 보건의료기관은 국공립병원, 약국, 병원, 보건소 순으로 분석되었고, 부산지역의 일부 노숙자를 대상으로 한 연구(Nam, Ryu & Shin, 2000)에서는 약국(44.9%), 종합병원·병원·의원(32.5%), 보건소(10%) 순으로 보고되어 건강문제 발생 시에 사후관리를 위해 보건의료기관을 이용하고 있는 것으로 해석할 수 있다. 노숙인의 진료기록을 분석한 연구를 보면 약물순응도가 낮고 치료중단과 불규칙한 외래내원으로 치료가 제

대로 이루어지지 않음을 보고하고 있다. 특히 감염병 질환에 대한 관리가 이루어지고 있지 않아 잠복결핵환자가 일반인의 23배로 높는데, 이는 불규칙한 식사와 영양부족으로 결핵발병의 위험이 높기 때문인 것으로 해석되고 있다. 특히 쉼터는 집단생활을 하므로 결핵이 발병하면 감염 위험이 매우 높기 때문에 관리가 더욱 강화될 필요가 있다(Beom, et al., 2014).

둘째, 의료기관에서 일부 의료인의 노숙인에 대한 차별은 지속적으로 존재하고 지정병원에서도 차별행위가 발생하는 것으로 나타나 차별에 민감한 노숙인은 거리와 상관없이 차별이 적은 병원을 찾아가 진료를 받는 것으로 나타났다. Jung (2006)의 연구에서도 노숙인은 의료기관에서 차별과 소외를 경험한 것으로 나타났다. 차별경험으로 의료기관 이용을 기피하는 것으로 분석되었다. 노숙인이 이용하는 공공의료기관인 병원에서 차별이 발생하고 있으며 일반인과 분리된 격리병동이 운영되고 인프라의 부족으로 건강상태가 악화되는 것으로 보고하였다(Shin, Lee, & Ju, 2013). Kim (2012)에 의하면 노숙인은 보편적 인권에서 벗어난 사회적 배제로 최소한의 인간다운 삶이 보장되지 않았고, 건강권이 열악하여 인간다운 삶을 살 수 없는 것으로 파악되었다. 건강권은 인간의 가장 기본적인 권리로 누구나 누릴 수 있는 보편적 권리이므로 진료기관에서는 노숙인의 건강권을 보장할 의무가 있으며, 의료서비스에 대한 접근을 좀 더 용이하게 해야 할 뿐 아니라 서비스 과정에서 발생하는 차별을 최소화하여 그들이 사회적인 편견과 차별을 극복하여 노숙에서 벗어날 수 있도록 돕는 것이 필요하다.

셋째, 노숙인은 여러 건강문제를 치료하기 위해 다양한 약을 과다 처방받고 있으나 제대로 관리되지 않고 있으며 쉼터를 이곳에서 저곳으로 이동하기에 건강관리를 위한 통합적이고 지속적인 관리가 되고 있지 않음을 확인할 수 있었다. 이는 노숙인은 퇴원 후 의료관리를 받을 곳이 없다는 노숙인 의료전달체계의 문제점을 제시한 Shin 등(2013)의 연구결과와도 일치하였다. Beom과 Kim (2014)의 연구에서 노숙인은 치료순응도가 낮고 본인이 질병이 있는 것을 알고 있어도 관리를 하지 않아 합병증의 발생이 일반인에 비해 높고, 병원에서의 치료과정에서 뿐 아니라 퇴원 후에도 지속적인 질환관리가 필요함을 제시하였다.

넷째, 컴퓨터거주자는 질병치료를 위해 2·3차병원의 진료를 선호하고 보건소 의료서비스에 만족하고 있지 않았다. 그러나 주거가 부정확하고 직장이 없는 노숙인에게 건강보험은 부여되지 않으며, 노숙인 관련법에 근거해 의료급여가 가능하여도 의료급여수급자의 조건이 까다로워 7%의 노숙인만이 의료급여 혜택을 받고 있으며(Shin et al., 2013), 무료진료는 거리노숙인을 중심으로 운영되고 있기에 컴퓨터노숙인에게 제공되는 의료혜택은 제한적이라는 사실을 인식한다면 컴퓨터가 위치한 지역의 보건소가 컴퓨터노숙인의 만성질환 예방 및 관리를 위해 우선적으로 개입할 필요가 있다고 사료된다.

마지막으로 노숙인의 지속적인 건강관리를 위해서 지역사회자원과의 연계가 일부 수행되는 것으로 분석되었다. 지역사회자원 연계는 급성질환의 관리에서 뿐 아니라 알콜중독, 정신질환 및 폐결핵 등 만성질환관리에서는 절대적으로 중요하다. 미소꿈터와 같은 노숙인 요양시설과의 연계는 투약 관리와 함께 사례관리를 진행할 수 있어, 건강회복을 통한 자활에 필수적이므로 지역사회 자원발굴과 함께 연계는 컴퓨터 건강관리자의 역할이라고 할 수 있다. (Nam & Hwang, 2002; Shin et al., 2013).

컴퓨터거주자의 건강관리실태 분석결과에 따른 대안을 살펴보면 첫째, 노숙인컴퓨터 거주자는 증상발현 후에야 질병치료를 받으며, 진료 후에도 통합적이고 지속적인 관리가 이루어지고 있지 않는 것이 중요한 문제로 확인되었다. 더욱이 컴퓨터 거주자의 특성상 건강관리를 소홀히 하고 증상발현 후에도 자발적으로 진료를 받는 적극적인 태도가 부족하다는 점을 고려할 때 컴퓨터 거주자를 지속적으로 관리할 수 있는 인력이 필요함을 확인할 수 있었다. 컴퓨터노숙인은 질병을 치료하기 위해 병원을 방문할 때마다 약을 과다하게 처방받고 있으며 이 약들을 모두 먹으면서 오히려 상태가 더 악화되는 사례도 발생하고 있고, 컴퓨터노숙인에게 알코올, 고혈압, 당뇨 등 만성질환이 증가하고 있으며, 결핵 등 감염성 질환 등이 발생하기에 이러한 문제들을 체계적으로 관리할 수 있는 간호사가 배정될 필요가 있다. 간호사가 있는 컴퓨터에서는 대상자를 주기적으로 상담하고 약물투여를 관리하며, 의학적 상태(당뇨, 혈압 활력증후 등)를 관찰하고 있다. 현재 노숙인컴퓨터는 100인 이

상 시설에만 상주 간호사를 채용하도록 되어있어 소규모가 대부분인 노숙인 컴퓨터에서 건강관리를 지속적으로 할 수 있는 간호사가 부재하므로, 한명의 간호사가 몇 개의 노숙인컴퓨터를 관리하는 시스템을 도입하더라도 이들을 관리해주어야 한다. 더 나아가 만성질환자 및 감염성 질환자를 관리를 위한 가이드라인을 개발하여 제공하면 전국의 건강관리서비스가 질적인 수준을 유지할 수 있으므로 이것도 좋은 대안이 될 것이다 (Seo et al., 2013).

둘째 대안은 노숙인들의 진단명과 투약상태를 파악할 수 있는 통합관리 시스템을 구축하는 것인데, 만약 이러한 통합시스템이 구축된다면 이들의 건강을 지속적으로 관리할 수 있게 될 것이다. Seo 등(2013)도 노숙인 컴퓨터는 대상자의 건강자료, 상담자료, 개인 신상자료 등을 전산망을 통해 관리하는 시스템을 운영하고 있기에 이러한 시스템을 활용하여 노숙인의 의료정보망을 구축한다면 약물 오남용 등에 대한 통제와 투약관리, 중복진료 등을 체계적으로 관리할 수 있을 것이라고 제안하였다. 물론 이러한 시스템을 구축하여 운영하려고 한다면, 개인의 인권 및 법적 측면을 충분히 고찰한 후에 이루어져야 할 것이다.

세 번째 대안은 이들의 건강관리를 위해 지역사회에서 일차보건의료를 제공하는 보건소와 진료기관간의 체계적인 시스템을 구축하는 것이다. 보건소의 컴퓨터담당 간호사가 각 컴퓨터와 연계체계를 가지고 예방과 검진을 실시하고 일상생활에서의 건강관리를 실시하면 비용 효과적인 건강관리가 이루어질 수 있으리라 사료된다. 특히 노숙인에 대한 이해가 깊고 관계형성이 된 보건소의 컴퓨터담당 간호사에 의해 예방과 검진이 이루어진다면 효과적일 것이다. 이렇게 된다면 컴퓨터 퇴소 후에도 보건소에 기록이 남아 있기에 사후관리가 가능하다는 점도 장점으로 작용할 것이다. 즉 보건소가 첫 번째 접촉자가 되어 컴퓨터노숙인들을 집단차원에서 관리하고 필요한 경우 컴퓨터관리자와 함께 개별적 사례관리를 실시하면서 차후 필요시 전문적인 치료와 진료를 담당하는 전문기관에 의뢰하는 역할 분담이 필요하다고 사료된다.

마지막으로 노숙인에게 서비스를 제공하는 보건의료인에게는 노숙인의 특성과 건강문제 등에 대한 사전교육을 통해 그들에 대한 이해를 가지고 차별적이지 않

은 질적인 서비스를 제공할 수 있는 기반이 마련될 필요가 있다. Seo 등(2013)의 연구보고서에서도 보건의료인을 별도로 언급하지는 않았으나, 쉼터 종사자에게 충분한 교육과 연수를 통해 역량을 강화하여 서비스의 질을 높이는 것을 중요한 목표로 제시하였는데, 이러한 맥락은 노숙인에게 건강관리서비스를 제공하는 보건의료인에게도 반드시 필요한 항목이라고 생각된다.

본 연구는 지역사회에서 가장 취약계층인 노숙인의 건강관리를 체계적으로 제공할 수 있는 자료를 제공하여 이를 반영한 건강관리시스템의 발전에 기여할 수 있으며, 건강형평성 확보를 위한 자료 중 노숙인의 건강문제와 건강관리실태에 대한 근거자료를 제시하였기에, 향후 본 연구에서 나온 결과를 바탕으로 노숙인 건강문제에 따른 체계적 건강관리를 연계하여 설명할 수 있는 대규모 조사연구가 필요함을 제안한다.

V. 결 론

본 연구는 노숙인 건강관리와 관련된 양적 연구와는 달리 노숙인의 건강관리를 담당하였던 간호사, 사회복지사 그리고 보건소 쪽방담당 간호사를 중심으로 그들의 돌봄 경험을 포괄적이며 총체적으로 탐구하고 이해하여 이를 앞으로의 정책개발을 위한 자료로 제시하고자 하였다는 점에서 의의를 찾을 수 있다.

쉼터거주자의 건강문제는 신체적 건강문제가 주를 이루었으며, 이전과 다르게 만성질환이 증가하고 있으므로 만성질환관리가 필요한 것으로 분석되었다. 또한 대상자에게 제공되는 건강관리는 일회성 질병치료가 대부분으로 통합적이고 지속적인 관리가 되지 않는 것으로 분석되어 쉼터거주자의 건강문제를 관리하는데 효과적이지 않은 것으로 분석되었다. 지역 내에 위치한 보건소에 대해서는 만족도가 낮아서 2, 3차병원을 선호하는데 이곳에서도 일부 의료진의 차별적 대응이 이용 시 어려움이 있는 것으로 분석되었다. 이러한 어려움을 개선하기 위한 건강관리의 대안으로 제시된 것은 쉼터에 건강관리를 담당하는 간호사를 배정하고, 보건소와 진료기관간의 기능적이고 체계적 시스템을 구축할 필요가 있으며, 노숙인 통합관리시스템의 구축과 서비스를 제공하는 보건의료인들은 노숙인 특성에 대한 이해가 선행되어야 한다는 것이었다. 앞으로 대상자들

의 건강관리를 효과적으로 하기위해서는 보건소가 주축이 되어 노숙인 건강관리를 담당하고, 진료기관과 연계하는 체계적인 시스템이 구축될 필요가 있으며, 쉼터 간호사는 간호를 제공하고 사례관리를 통하여 직접서비스를 제공하고 지역사회보건의료시설과 연계하므로 공공과 민간이 함께 노숙인 건강관리에 역할을 할 것을 제안한다.

본 연구결과는 2009년에 조사된 결과임에도 불구하고, 2012년 노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법이 개정되어 기존의 법이 수정·보완되었음에도 본 연구결과에서 제시된 건강관리의 문제점이 현 법률 하에서도 해결되지 못하고 그대로 유지되기에(Seo, et al., 2013; Shin et al., 2013), 앞으로 노숙인을 위한 건강관리대책을 설정할 때 기초자료로 활용될 수 있다. 또한 현행법 제 12조에 국가와 지방자치단체는 국공립 병원, 보건소 또는 민간의료기관을 노숙인 진료시설로 지정할 수 있다고 되어있다. 따라서 보건소는 노숙인시설과 가장 근접한 공공보건의료기관으로 이들의 질병 진료 뿐 아니라 건강위험행태관리 등 본 연구에서 제시한 통합적이고 지속적 관리를 위해 2, 3차 진료기관과 역할을 구분하여 쉼터노숙인을 위한 내실있는 서비스를 제공할 필요가 한다고 제안한다.

본 연구의 제한점은 여성 및 청소년 그리고 정신장애인 노숙인 쉼터를 제외한 노숙인쉼터를 대상으로 하였기에 여성 및 청소년 대상자들의 특성과 정신적 건강문제에 대한 자료가 없다는 점이다. 향후 여성과 청소년 그리고 정신 장애인을 포함하는 쉼터거주 노숙인 전체의 건강문제와 건강관리실태에 대한 연구를 통하여 노숙인 건강문제를 체계적으로 관리할 수 있는 국가 시스템 구축으로 노숙인의 인권보장에 기여할 수 있게 되기를 제안한다.

References

- Beom, S. H., Oh, M. K., & Ahn, C. W. (2014). The Quality of Medical Care Provided to Homeless Diabetes Patients in a General Hospital in Seoul, and the Prevalence of Diabetes Comorbidities. *The Korean Journal of Medicine*, 86(5), 585-592.

- Han, Y. R. & Kim, G. A. (2010). Health services of residents in homeless shelters and dossi house. In Community public health service strategies for health equity in vulnerable groups. *Symposium conducted at the meeting of Korean Public Health Nursing*, Seoul. Korea.
- Han, Y. R., Yoon, H. S., Choi, A. S. (2011). Factors Influencing Depression of Elderly Residence in Homeless Shelters. *Journal of Korean Public Health Nursing*, 25(2), 289-301.
- Han, Y. R., Park, H. S. (2009). Barriers and Solutions of Immunization Programs for Children among Vulnerable Classes in Community Health Centers. *Journal of Korean Public Health Nursing*, 23(1), 113-128.
- Hwang, S. W. & Henderson M. J. (2010). *Health care utilization in homeless people: translating research into policy and practice*. Agency for Healthcare Research and uality Working Paper No. 10002. Retrieved April 10, 2013, from <http://gold.ahrq.gov>
- Hwang, S. W. (2001). Homelessness and health. *Canadian Medical Association or Its Licensors*, 164(1), 229-233.
- Joyce, D., & Limbos, M. (2009). Identification of cognitive impairment and mental illness in elderly homeless men. *Canadian Family Physician*, 55(1110-1), e1-6.
- Jung, E. I. (2006). Holeless and Human Right. *Urbanity & Poverty*, 81-92.
- Kim, S. (2012). Social Minorities and Universal human rights System: A Case Study of Holeless people. *Korean Journal of Social Welfare Studies*, 43(3), 5-38.
- Kim, Y. H., Kim, S. Y., Yoo, I. Y., Ahn, Y. H. (2008). Experience of Violence and Health Status of Battered Women in Shelters. *Journal of Korean Public Health Nursing*, 22(1), 39-48.
- Krueger, R. A. (1998). *Analyzing & Reporting focus group results: FGI kit 6*. SAGE Publication: London New Delhi.
- Lee, A., & Kim, J. (2012). The Effects of Factors related to Homelessness Experience and Psychosocial Characteristics on the Self-efficacy of the Homeless. *Korean Journal of Social Welfare Research*, 33, 21-43.
- Lee, B. J. (2009). *Cooperation and the direction of Christian Mission for the homeless*. In Homeless survey reports and debates. *Symposium conducted at the meeting of Korea Diakonia*, Seoul. Korea.
- Lee, H., Shin, J., Hong, K., Jung, J., & Lee, H. (2013). Differences in tetanus antibody titer between homeless patients and general patients. *Journal Korean Society Emergence Medicine*. 24(5), 566-561.
- Lee, W. & Hong, J. (2012). Disease status of new patients at free homeless clinic in Seoul area. *Korean Public Health Research*, 38(1), 35~43.
- Ministry of Government Legislation. (2012). *Act on welfare and support of self reliance for homeless*. Retrieved July 22, 2012, from <http://www.mole.go.kr>
- Ministry of Health and Welfare & Korea Centers for Disease Control and Prevention. (2010). *2009 National Health Statistics: National Health and Nutrition Survey*. Retrieved July 21, 2011. from <http://knhanes.cdc.go.kr>
- Morgan, D.L., & Scannell, A. U. (1998). *Planning focus groups: FGI kit 2*. SAGE Publication: London New Delhi.
- Nam, E. W., Ryu, H. G., & Shin., S. H. (2000). The study of homeless' health

- behavior in Pusan area. *Journal of Korean Public Health Association*, 26(2), 189-200.
- Nam, K., & Hwang, W. (2002). The Classification of the homeless' life Characteristics in shelter. *Korean Journal of Social Welfare Studies*, 19, 103-135.
- Park, H. S., & Lyu., S. J. (2004). A study on the health status among the homeless in shelters. *The Journal of Korean Community Nursing*, 15(4), 655-664.
- Schanzer, B., Dominguez, B., Shrout, P. E., & Caton, L. M., (2007). Homelessness, health status, and health care use. *American Journal of Public Health*. 97(3), 464-469. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2005.076190>
- Seo, J., Nam, K., Shin, W., Kim, J., & Lee, J. (2013) The study of Master Plan of Homeless Welfare. *Urbanity & Poverty*, 105, 98-125.
- Shin, J, S., & Baek, J. H. (2010). The Effect of Self-Esteem and Social Support on Depression for Middle-Aged and Elderly Male Homeless. *Journal of the Korean Gerontological Society*, 30(4), 1393-1407.
- Shin, W., Lee, T., & Ju, Y. (2013). Evaluation of health service for homeless. *Urbanity & Poverty*, 103,4/5/6, 110-137.
- Turnbull, J., Muckle, W., & Masters, C. (2007). Homelessness and health. *Canadian Medical Association Journal*, 177(9), 1065-1066.
- Vargas, A. (2010). Homeless access to dental health care: Creation of a dental service model. The University of Texas School of Public Health, Mastered Dissertation.
- Yoon, H., S., Han, Y., R., Song, M., S., (2013). Health Behavior, Health Status, and Utilization Pattern of Health Care Institutions of shelter residents: a comparison of Younger and Older male homeless. *Journal of Korean Public Health Nursing*, 27(3), 578-591.
- Yu, S., J. (2004). *A Study on the health status among the homeless in the shelter*. unpublished master's thesis, Pusan National University, Busan.

Health Status and Health Care System of Homeless Shelter Residents*

Han, Young Ran (Professor, Dongguk University, Department of Nursing)

Yoon, Hee Sang (Associate Professor, Seoul women's College of Nursing)

Purpose: The purpose of this study was to explore how homeless shelter worker and public health nurses perceive health status and health care of homeless shelter residents (HSRs). **Methods:** Data collected through focus group interviews. In Focus group, in-depth discussions were between 150 to 160 minutes. Data analyzed using Krueger (1998) step analysis. Participants were seven experienced clinical social workers, nurses working homeless shelters, and public health center nurses for dosshouse people. **Results:** The results were 4 themes and 15 sub-themes: Characteristics of HSRs, perception of health and health problem of HSRs (alcohol related disease, hypertension Diabetics, gastro-intestinal disease, dental disease and infectious disease such as Tuberculosis, musculo-skeletal disease, prostate problem), health care status of HSRs(insufficient health care service, discrimination of medical staff, lack of health care management, low satisfaction community health care services), and the health care proposal of HSRs(nurse in homeless shelter, integrated health care system, understanding of homeless) **Conclusion:** Based on the findings of this study, health care programs focusing on understanding of HSRs and chronic diseases of HSRs increasing steadily although the management system is limited. Therefore, more systemized health care plan and health referral system for homeless people.

Key words : Homeless person, Delivery of health care, Focus groups

* This work was supported by Korea health promotion foundation fund of 2009.