



비정신과 간호사가 경험한 정신질환자 간호의 어려움

정재원¹ · 장미영^{1,2} · 심지현¹ · 고윤희¹ · 신성희²

¹경희의료원 간호본부, ²경희대학교 간호과학대학 · 동서간호학 연구소

Difficulties in Caring for Psychiatric Patient as Experienced by Non-Psychiatric Nurses

Joung, Jaewon¹ · Jang, Mi Young^{1,2} · Shim, Jihyun¹ · Ko, Yoonhi¹ · Shin, Sung Hee²

¹Department of Nursing, Kyung Hee University Medical Center, Seoul

²College of Nursing Science and East-West Nursing Research Institute, Kyung Hee University, Seoul, Korea

Purpose: The purpose of this study was to identify non-psychiatric nurses' difficulties in caring for patients with mental illness. **Methods:** Data were collected from eighteen general medical-surgical nurses working at a university hospital in Seoul, Korea. This study involved two focus group discussions and three in-depth individual interviews. All interviews were recorded and transcribed as they were spoken, and data were analyzed using qualitative content analysis. **Results:** General medical-surgical nurses experienced difficulties in 3 categories, 9 subcategories, 27 codes. The three categories were 'nurse' related factors, 'patient' related factors, 'resource' related factors. The nine categories were 'unpreparedness', 'nursing barriers due to stigma', 'undervaluing and avoidance of psychiatric nursing', 'eroding into the trap of a vicious cycle', 'facing unapproachable patients', 'dealing with unhelpful family members', 'burdening already overburdened staff', 'obstructive environment', and 'isolation of staff with heavy responsibilities'. **Conclusion:** The results of this study indicate the need to develop psychiatric mental health education programs for non-psychiatric nurses. Education about psychiatric mental health and support from institutions for non-psychiatric nurses can reduce their negative attitude toward psychiatric patients and difficulties in caring for psychiatric patients.

Key words: Qualitative research; Psychiatric nursing; Patients; Medical-surgical nursing; Mental disorders

서론

1. 연구의 필요성

정신질환자는 일반인에 비해 신체질환, 특히 만성질환과의 동반이환율이 매우 높다[1]. 그 원인은 항정신병 약물로 인한 체중 증가, 지질수준 증가, 포도당 불내성이 2형 당뇨병과 뇌혈관 질환의 위험을 증가시키고, 일반적인 약물 부작용인 진정작용과 정신병의 음성증상이 운동의 능력과 동기를 감소시키며, 흡연, 잘못된 식사습관 및 과다 알코올 섭취 등이 건강을 악화시키기 때문이다[2]. 또한 정신질환의 질병 특성상 자가 관리를 잘 하지 않고, 필요한 의료적 도움을 자

발적으로 적절한 시기에 찾지 않아 치료 시작이 늦어지고, 치료를 시작한 후에도 치료준수를 잘 하지 않는 경향이 있다[3]. 연구에 따라 차이가 있으나 정신질환자의 약 33.2%에서 74.0%가 한 개 이상의 신체적 만성질환을 가지고 있는 것으로 보고되었다[3-5]. 이는 정신질환을 진단받지 않은 일반인들에 비해 세 배 이상의 높은 수치이다[5]. 그러므로 정신질환자가 다양한 신체 질환으로 정신과 병동이 아닌 비정신과 병동(non-psychiatric department)에 입원하는 것은 매우 흔한 일이며, 자살 시도 등의 안전사고 및 물질 중독으로 인해 응급실 및 중환자실에 입원하는 경우까지 포함하면 거의 대부분의 병동에 입원 한다고 볼 수 있다.

주요어: 질적 연구, 정신간호, 환자, 내과 외과 간호, 정신질환

Address reprint requests to : Shin, Sung Hee

College of Nursing Science and East-West Nursing Research Institute, Kyung Hee University, 26 Kyunghedae-ro, Dongdaemun-gu, Seoul 02447, Korea

Tel: +82-2-961-0917 Fax: +82-2-961-9398 E-mail: sunghshin@khu.ac.kr

Received: January 25, 2016 Revised: September 19, 2016 Accepted: November 4, 2016

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution NoDerivs License. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0>)

If the original work is properly cited and retained without any modification or reproduction, it can be used and re-distributed in any format and medium.

1995년 정신보건법 제정 이후 탈원화 정책으로 정신질환자의 관리가 병원의 정신과 폐쇄병동이나 정신전문기관이 아닌 환자가 거주하는 지역사회나 병원의 개방병동을 선호하는 정책과 인식의 변화가 있었으며, 이로 인해 비정신과 간호사(non-psychiatric nurse)가 정신질환자를 간호하게 되는 기회가 더욱 증가하였다. 비정신과 간호사란 공식적으로 쓰이는 용어는 아니나 병원에서 흔히 정신과 병동 간호사의 상대적인 개념으로 일반병동과 특수병동에 근무하는 간호사를 지칭한다. 결국 정신과 병동에서 근무하는 간호사 뿐 아니라 모든 건강관리영역의 간호사는 정신질환자를 간호하게 되며, 실제 연구에서도 비정신과 간호사의 95.3%가 정신질환자 간호의 경험이 있다고 응답하였고, 그 중 과반수 이상은 5회 이상을 경험한 것으로 나타났다[6].

한편 정신질환을 진단받지 않았으나 단순 신체질환으로 비정신과 병동에 입원한 환자 중에서도 잠재적으로 정신질환을 일으킬 가능성이 있거나 정신적 어려움을 겪는 경우가 많이 있는데[7], 실제 내과적 질환을 가진 환자에게 시행한 신체화, 불안, 우울, 정신증 지표 항목이 대조군에 비해 유의하게 높았던 연구 결과가 이 사실을 뒷받침하고 있다[8]. 그러므로 정신간호는 모든 간호 현장에서 이루어져야 하고, 비정신과 간호사도 정신질환자 간호 및 정신간호의 중요성을 인식하고 환자와의 관계에서 자신을 치료적 도구로 사용할 수 있어야 한다. 정신간호란, 병적인 생각에 사로 잡혀 고통을 받거나 정상적이고 건강한 삶을 사는데 지장이 있는 사람들을 도와 정신건강을 최적의 상태로 증진시키려 노력하는 것을 말한다[9].

그러나 비정신과에서의 ‘정신간호’라는 주제는 그 중요도에 비해 간호사를 포함한 국내 의료진의 관심이 부족할 뿐 아니라, 연구 측면에서도 현저하게 부족한 실정이다. 국외의 연구에서 비정신과 간호사의 정신질환자 간호에 대한 대부분의 경험은 ‘어려움’, ‘스트레스’와 같이 부정적인 것으로 나타났고[4,10-12], 환자의 건강과 안녕 증진에 중요한 역할을 하는 간호사의 부정적인 경험은 환자에게 제공되는 간호의 질을 떨어뜨리며, 이로 인해 환자의 치료 만족도와 삶의 질 저하, 치료 기간 및 비용 증가를 야기하는 등 환자의 부정적인 치료 결과와 직결되는 것으로 나타났다[11]. 따라서 비정신과 간호사의 정신질환자 간호에 대한 긍정적인 인식으로의 변화가 요구되므로 먼저 그들의 경험을 심층적으로 파악할 필요가 있다. 그러나 국내에서는 비정신과 간호사의 정신질환자에 대한 태도, 정신증상 인식, 정신간호 스트레스를 파악하는 연구[6]와 정신과와 비정신과 간호사의 정신질환 및 정신질환자에 대한 태도를 비교하는 연구[7] 등 측정도구를 이용하는 연구가 일부 시행되었으나, 도구 자체가 국외에서 개발되어 우리나라의 현실을 충분히 반영하지 못한 제한점이 있다. 또한 나라마다 간호 실무의 사회적, 문화적, 조직적 환경이 매우 다양하기 때문에 국외의 연구를 토대로 한국의 실상을 파악하는 데

는 한계가 있다.

이에 본 연구는 한국의 사회문화적 측면을 고려한 비정신과 간호사가 경험한 정신질환자 간호의 어려움을 심층적으로 탐구하여 그 내용을 구체적으로 파악하는 것을 목적으로 하며, 궁극적으로 이를 바탕으로 비정신과 간호사의 정신간호 능력 향상을 위한 교육 프로그램 및 중재 개발 마련을 위한 기초자료를 구축하고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 비정신과 간호사가 경험한 정신질환자 간호의 어려움을 탐색하고 서술하는 것이다. 이러한 결과를 통하여 비정신과 병동에서의 효율적인 정신질환자 간호제공을 위한 방안을 제시하고 전략 수립에 필요한 기초 자료를 제공하려고 한다. 본 연구의 질문은 “비정신과 간호사(non-psychiatric nurse)가 경험한 정신질환자 간호의 어려움은 무엇인가”이다.

연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 비정신과 간호사가 경험한 정신질환자 간호의 어려움을 심층적으로 탐색하기 위하여 포커스 그룹 면담과 심층 개인 면담을 이용한 질적 서술적 연구이다. 포커스 그룹 면담은 특정 주제에 대하여 소수의 구성원들이 집단을 이루어 집중적이고 심층적으로 토론하도록 하는 정성적 기법의 연구방법으로 집단의 이점을 활용하여 그룹 구성원이 상호영향을 미치도록 함으로써 개개인의 경험을 통합하는 과정이다[13]. 본 연구에서는 개인의 구체적인 의견과 경험을 더 깊이 있게 탐구하기 위해 개인 심층 면담을 추가하여 포커스 그룹에서 나온 내용을 보완하고 검증하였다.

2. 연구 참여자 선정

본 연구는 서울 소재 3차 의료기관인 K대학교 병원에 근무하는 간호사 중 정신과 병동이 아닌 일반병동과 특수병동에서 정신질환자를 간호한 경험이 있는 간호사 18명이 참여하였다. 참여자 선정 방법은 문헌고찰을 토대로 정신질환자들이 신체적 동반질환으로 인하여 주로 입원하는 병동과 K대학교 병원 특성상 정신건강의학과 환자의 신체질환 치료를 목적으로 주로 선택되어 지는 병동(산부인과, 중환자실, 일반외과, 내과 병동)을 확인하여 해당 병동에 면담 대상자를 소개받는 형식의 의도적 표집방법(purposive sampling)을 사용하였다. 소개받은 간호사에게 본 연구의 목적과 방법을 설명하고 참여에 동의한 8명이 첫 번째 포커스 그룹에 참여 하였고, 이들이 연구에 참여할 의사가 있는 다른 간호사를 소개해 주는 형식의 눈덩이 표출법(snowball sampling)을 사용하여 두 번째 포커스 그룹

7명과 심층 개인 면담 3명의 참여자를 모집하였다. 단 본 연구의 목적에 부합되는 참여자 모집을 위하여 임상 경력 1년 이하의 간호사와 간호 관리자, 과거 정신과에서 근무한 경험이 있는 자는 제외하였다.

3. 윤리적 고려

연구 시작 전 K대학교 병원의 '임상시험심사위원회'의 승인을 받았다(KHUH 2015-03-102). 면담 시행 전 연구 참여자에게 본 연구의 목적과 방법을 설명하고, 면담 내용을 녹음하여 전사한다는 것과 자료의 비밀이 보장될 것이고, 연구 도중 언제든지 본인의 의사에 따라 중단할 수 있음을 알렸다. 수집된 자료는 연구 목적으로만 사용할 것이며, 개인 정보 노출 방지를 위해 자료를 코드화 하고, 인용문을 통해 참여자를 추측할 수 없도록 할 것과 녹음자료 및 필사자료는 연구종료 후 영구 폐기할 것임을 설명 후 서면 동의서를 받았다. 면담이 끝난 후 연구 참여자에게 감사의 표시로 소정의 상품권을 제공하였다.

4. 연구자 훈련과 준비

본 연구의 연구자들은 정신건강의학과 병동에서 10년 이상 근무한 간호사와 수간호사, 정신간호학 교수로 구성되어 정신질환자 간호에 대한 풍부한 경험과 깊이 있는 이해를 갖추고 있으며, 주 연구자는 대학원 과정에서 질적 연구 관련 과목을 수강하였고, 질적 학회 회원으로서 다수의 질적 연구 관련 워크숍에 참가하여 질적 연구 역량을 강화하고 통찰력을 갖기 위한 노력을 해왔다.

5. 자료수집방법

1) 질문의 개발

자료 수집을 위해 먼저 포커스 그룹 연구방법에서 제시하는 질문의 원칙에 따라 연구 문제를 명확히 하고 질문의 초안을 만들어 검토한 후 다음과 같이 최종 질문을 구성하였다. 개인 심층 면담에서도 같은 질문을 사용하였다.

시작 질문: 근무 마치고 바쁘실 텐데 귀한 시간 내주셔서 감사합니다. 각자 자신의 소개를 하는 시간 갖도록 하겠습니다.

도입 질문: 정신질환자를 간호하며 경험한 어려움은 무엇입니까?

전환 질문: 신체질환자와 비교했을 때 정신질환자 간호는 어떠했습니다니까?

주요 질문: 정신질환자에게 어떤 간호를 수행하였습니까?

정신질환자를 보면 어떤 생각이 들었습니까?

정신질환자를 간호 할 때 있었던 특별한 경험이 있었습니까?

정신간호를 하는데 도움이 된 것은 무엇입니까?

정신간호 관련 교육을 받은 적이 있습니까?

마무리 질문: 정신질환자 간호에 대하여 더 이야기 하고 싶은 내용이 있습니까?

2) 포커스 그룹의 진행

본 연구의 자료 수집은 2015년 4월 15일부터 5월 14일까지 2개의 포커스 그룹 면담과 3명의 개인 심층 면담을 통해 이루어졌다. 주 연구자가 직접 포커스 그룹 토의 진행을 맡았고, 두 명의 보조 연구자가 함께 참여하여 면담의 진행 보조, 현장 노트 기록을 담당하였다. 포커스 그룹 면담은 참여자들의 근무 시간 후 병원 회의실에서 진행되었으며, 회의실 탁자를 둥근 형태로 배치하고 다과를 준비하여 참여자들을 둘러앉아 서로 얼굴을 맞대고 편안한 분위기에서 자유롭게 이야기 할 수 있도록 하였다. 각 면담 시간은 평균 1시간이었으며 최저 50분에서 최고 1시간 30분이 소요되었다. 모든 면담 내용은 2대의 녹음기를 이용하여 녹음하였고, 면담이 끝난 후 곧바로 녹음자료를 전사하고 분석하였다. 2회의 포커스 그룹 면담에서 유사한 내용이 반복되어 나오는 자료의 포화 상태가 이루어졌으며, 포커스 그룹 면담 내용을 보완하고 분석 결과를 검증하기 위해 3명의 개인 심층 면담을 추가로 진행하였다.

6. 자료 분석

본 연구는 현상에 대한 폭넓은 이해를 증진시키고자 질적 내용분석(content analysis) 방법으로 분석하였다[14]. 질적 내용분석 방법은 탐구하고자 하는 현상에 대한 이해와 지식을 얻기 위해 특정 이론적, 철학적 배경 없이 연구 질문을 통해 자료가 가진 의미에 주의를 기울이는 귀납적 분석방법으로 Hsieh와 Shannon [14]이 제시한 3가지 방법 중 전통적인 내용분석(conventional content analysis) 방법을 따랐다. 일차적으로 연구자들은 범주를 미리 정하지 않은 채 필사된 모든 자료를 몰입하여 반복해서 읽으며 전체적인 의미를 파악하기 위해 노력하였다. 그 후 자료를 참여자들이 정확히 말한 그대로 읽어가며 주요한 생각이나 개념을 포함하는 단어, 문장, 단락을 선택하여 코드화하였다. 그리고 연구자가 가진 첫 인상, 생각, 초기 분석을 메모하였다가 함께 모여 본문을 다시 읽었고, 여러 차례 반영적 과정을 거친 후 코드를 명명하였다. 그 다음 상호 관련이 있는 코드들을 모아 하위 범주로 분류하고, 최종적으로 범주를 도출하였다. 연구자 간의 일치도는 대화를 통해 자료 수집의 계속 여부를 결정하고 개념을 추출하고 범주를 명명하는 과정을 재확인 하였다. 연구의 일관성과 자료 분석의 중립성을 유지하기 위해서 연구 일지를 작성하였으며, 약 10여회 이상 연구자들의 정기적인 모임을 가졌다.

7. 연구 결과의 타당성 확보

본 연구에서는 결과의 타당성을 확보하기 위해 신뢰성, 감사가능성, 적합성, 확인가능성의 네 가지 기준을 고려하였다[15]. 첫째, 신뢰성(credibility)을 높이기 위해 정신질환자를 직접 간호한 경험이 풍부한 일반간호사(staff nurse)를 목적으로 선택하였고, 면담 시 개방형 질문을 사용하여 다양한 상황의 사례들을 진술하도록 하였다. 모든 면담자료는 참여자의 말 그대로 필사하여 질적 내용 분석 절차를 지켜 분석하였고, 최종적으로 3명의 연구 참여자에게 분석 결과를 보여주어 검증하는 절차를 밟았다. 둘째, 감사가능성(auditability) 확립을 위해 자료수집 방법 및 분석 절차에 대해 구체적으로 기술하여 다른 연구자가 추적할 수 있도록 하였고, 셋째, 적합성(fittingness) 확립을 위해서 연구 참여자의 일반적 특성을 연구 결과에 포함시켰다. 마지막으로 확인가능성(conformability)을 위해 면담 중 불분명한 내용에 대해 바로 질문하여 의미를 확인함으로써 연구자들의 편견을 최소화하고 중립성이 유지되도록 하였다.

연구 결과

1. 연구 참여자의 일반적 특성

본 연구의 참여자는 포커스 그룹이 15명, 개인 심층 면담이 3명이었다. 연령은 20대가 5명이고, 30대가 13명으로 주를 이루었으며, 성별은 1명만이 남자로 대부분이 여자였다. 교육 수준은 전문학사 1명, 학사 12명, 석사 5명이었다. 참여자들의 임상경력은 3년 이하가 3명, 4년에서 9년이 10명, 10년 이상이 5명이었으며, 신체 질환을 동반한 정신질환자의 직접 간호 경험은 최소 10회 이상이었다. 포커스 그룹 참여자 중 12명이 일반병동(내과, 일반외과, 산부인과), 3명이 중환자실에서 근무하고 있었고, 개별면담의 참여자는 각각 특실, 응급실, 한방 병동의 근무자였다.

2. 내용분석 결과

총 18명의 비정신과 간호사들이 경험한 정신질환자 간호의 어려움에 대한 2회의 포커스 그룹 면담 자료와 3회의 개인 심층 면담 자료의 진술문을 분석하였다. 질적 내용 분석 방법을 이용하여 분석한

Table 1. Difficulties in Caring for Psychiatric Patient Experienced by Non-Psychiatric Nurses

Categories	Subcategories	Codes
Nurse related	Unpreparedness	Lack of knowledge in psychiatric nursing Lack of experience in psychiatric nursing
	Nursing barriers due to stigma	Prejudice Feeling overwhelmed (burdened) Feeling anxiety and fear
	Undervaluing and avoidance of psychiatric nursing	Report only to the doctor Deprioritized in the care plan Recognizing physical care as complete nursing care Feeling more comfortable at work
	Eroding into the trap of a vicious cycle	Feeling helplessness Feeling guilty
Patient related	Facing unapproachable patients	Patients' self-harming or harming others Highly demanding patients Patients with erratic behaviors Sensitive patients Patients exerting harmful influence on other patients around
	Dealing with unhelpful family members	Families interfering with treatments Families with mental disorders
Resource related	Burdening already overburdened staff	Taking care of many patients (or high patient-nurse ratio) Work paralysis due to disruptive patients
	Obstructive environment	No treatment program No consulting room Hampered patient observation No acting code for psychiatric nursing
	Isolation of staff with heavy responsibilities	Lack of patient safety system Lack of referral system
		Lack of training system

결과 주요 진술은 총 265개였다. 이들 주요 진술들로부터 구절과 문장을 반복적으로 읽으면서 유사한 내용을 통합하여 내용을 잘 반영할 수 있는 진술 총 176개를 확정하였다. 이 진술에서 27개의 코드를 구성하였고 이들 코드로부터 더욱 추상성이 높고 포괄적인 의미로 도출된 9개의 하위범주와 3개의 범주로 구조화하였다(Table 1).

정신과 병동이 아닌 비정신과에서의 정신질환자 간호는 특수한 개념이지만 이 또한 간호의 영역이다. 따라서 비정신과 간호사가 경험한 정신질환자 간호의 어려움은 돌봄의 제공자인 ‘간호사’, 수혜자인 ‘대상자’, 그리고 그들을 둘러싼 환경으로 지원받고 활용할 수 있는 ‘자원’, 세 가지 측면의 요인으로 분류되었다. 첫 번째 범주인 ‘간호사 요인으로 인한 어려움’은 간호사 자신의 정신질환자에 대한 지식과 경험부족으로 인한 정신간호의 자신 없음, 정신질환자에 대한 편견, 신체간호가 우선이며 정신간호는 자신의 업무가 아니라는 태도, 정신간호는 치료되지 않고 효과가 없다는 부정적 신념 등으로 인해 정신질환자를 간호하는 상황을 스스로 어렵게 규정하고 꺼리게 됨을 나타낸다. 세부 하위범주는 ‘준비되지 않은 채 좌충우돌’, ‘색안경 쓰고 바라봄’, ‘우선순위에서 밀리는 정신간호에 대한 회피’, ‘악순환의 덫에 빠짐’ 등이다. 두 번째 범주는 ‘대상자 요인으로 인한 어려움’으로 정신질환자와 그 보호자가 보여주는 정신병적 증상과 성격 특성으로 인해 간호사가 경험하게 되는 어려움을 반영한다. 세부 하위범주는 ‘다가가기 쉽지 않은 대상자와 마주하기’, ‘치료를 도움이 되지 않는 보호자 대응하기’ 등이다. ‘자원 요인으로 인한 어려움’이라는 세 번째 범주는 비정신과 간호사들의 주 영역인 신체질환자 간호 외에 정신질환자의 정신간호까지 하기에는 주어진 시간 내에 해야 할 간호 업무가 너무 많은 부족한 인적 자원, 보호병동과 같이 활동요법과 면담환경이 마련되어 있지 않은 비효율적이고 부적합한 물리적 자원, 이러한 자원에 비해 타과 환자로 분류되는 정신질환자에 대한 간호의 막중한 책임이 타 의료인의 협력과 안전체계가 미비한 채 간호사 개인에게 부과되는 열악한 행정적 자원을 나타낸다. 세부 하위범주는 ‘과중한 업무에 더해진 짐’, ‘하고 싶어도 할 수 없는 치료 환경의 맞닥뜨림’, ‘홀로 떠안게 되는 버거운 책임’ 등이다.

1) 제 1 범주: 간호사 요인으로 인한 어려움

첫 번째 범주인 ‘간호사 요인으로 인한 어려움’은 정신간호에서 치료적 도구라고 일컫는 간호사 자신이 원인이 되어 겪는 어려움에 대한 범주다. 이들은 미리 준비가 되지 않은 채 정신질환자를 간호하게 되는 상황에 놓여지고, 정신질환자에 대한 편견과 선입견을 가지고 있다. 또한 신체 간호에 비해 정신간호를 자신의 역할로 생각하지 않으며, 간호 제공 후 즉각적으로 나타나는 증상 호전이 없거나 재발이 반복될 때 자신의 간호역량에 대해 무력감과 죄책감을 느꼈다.

(1) 준비되지 않은 채 좌충우돌

비정신과의 간호사들은 신체질환자 간호에 비해 정신질환자 간호에 대해서는 준비가 되어 있지 않았다. 학부를 졸업한 이후 임상에서 정신질환자 및 정신간호 관련 교육의 기회가 거의 없어 정신간호 지식이 부족하였다. 정신질환자 간호에 대한 공식적인 교육과 매뉴얼이 부재해 정신질환자와 마주할 때 자신이 제공하는 간호에 대한 확신을 갖지 못하였다. 따라서 ‘시행착오’나 ‘의구심’, ‘막막함’을 경험하곤 했다.

학교에서 배운 치료적인 대화방법을 내가 아무리 쓰려고 해도 내가 지금 하는 게 치료적인 대화방법이 맞나 한번 의심하게 되고...NP과(정신과) 환자는 우선은 이 사람 말을 들어주는 게 치료인지, 아니면 말을 끊고 정정 해주는 게 치료인지, 아니면 정정을 했더라도 어떠한 방향을 내가 제시하는 게 치료인지 그걸 모른다는 거죠. 그러니까 내 정신적 스트레스도 증가를 하고, 내 앞에 있는 환자도 자기가 만족하지 못하니 자기도 미덥지 않고, 말해봤자 지금 당장 이 사람에게 해결책을 안주하면서 말을 하는 거잖아요. 그것도 나도 답답하고, 나는 뭔가 해주고 싶은데 해줄게 없고, 무한반복인 것 같아요.

또한 이들은 알고 있는 지식도 ‘정신 질환자에 대한 경험이 부족해서’, ‘몸에 익지 않아서’ 확신하지 못하며, 환자의 ‘행동 하나하나의 의미를 모르고’, ‘앞으로의 상황에 대한 예측을 할 수 없어서’ 효과적인 간호중재를 계획하거나 수행할 수 없었음을 확인할 수 있었다. 다음 인용문은 간호 경험과 익숙함의 중요성을 보여주는 것이다.

경험이 없어서 우리가 정신과 환자를 다루는 게 부족한 것 같아요. 만약 우리 산모가 막달인데 자리가 없어서 분만을 한다고 그럴 일이 없지만 만약 정신과병동으로 간다면 당황하고 경황이 없잖아요. 이슬이 보인다가나 양수가 터지면...애가 나올 거라는 걸 우리는 알지만 그런 경험을 안 해 보고 양수가 어떤 건지 이슬 색깔이 어떤 건지 이게 가진통인지 진진통인지 모르니까...제가 봤을 때 진짜 경험이 없어서 그게 안 되는 것 같아요.

(2) 색안경 쓰고 바라봄

정신질환자에 대한 편견은 사회에 만연하다. 정신질환자를 자주 접해보지 않은 이들 또한 ‘편견’으로 인한 ‘불안’, ‘두려움’, ‘부담감’ 등의 부정적인 감정을 갖고 있다. 이는 정신질환자에게 다가가기보다는 ‘등한시’하거나 적절한 간호중재를 제공하지 않게 되는 결과를 낳기도 하였다.

그 사람은 순간 어떻게 받아들일까? 난 아무 감정 없이 던진 말인데 그 사람이 어떻게 받아들일지, 그런 괜한 선입견 때문에 말을 아끼게 되고 말을 더 못 걸겠고 괜히 눈빛이 찌려보는 거 같고 그런 느낌을 받은 적이 있어요.

이러한 편견의 영향으로 의료진들이 정신질환자의 병력이나 전반적인 외모 상태를 통해 정신증상에만 초점을 두고 신체 증상을 무시하여 문제를 뒤늦게 알아채게 되는 경우도 있었다.

우리는 정신과 문제인줄 알고 있었는데 진짜 배가 아픈 거였어요. 처음에 이런 얘기를 했어요. 애기가 나와요, 애기가 나와요 이렇게. 그런 얘기를 하니깐 정신과 인줄 알았죠. 정신과 환자처럼 보였어요 워낙. 너무 irritable 하고 그리고 morphology가 임신했는지는 보이잖아요. 근데 아무튼 부인과적 문제였어요.

(3) 우선순위에서 밀리는 정신간호에 대한 회피

참여자들은 정신질환자 간호에 대해서 ‘필요하다고는 생각하지만 그게 내 몫이라고 생각하지 않는다’며 자신의 주 업무인 신체질환자 간호와 명확하게 구분하였다. 또 즉각적이고 가시적인 효과가 나타나는 신체질환자 간호를 우선하게 되고, ‘환자의 정신적인 부분은 뒤로 미루어지는 경향’이 있음을 알 수 있었다.

꿀딱꿀딱 넘어가는 생명의 위험이 있는 사람들이 우선순위잖아요. 환자가 피를 철철 흘리고 CPR 나기 직전인데 그런 상황들이 더 우선순위이고, 나는 지금 눈앞에 있는 bleeding 환자가 더 중요하다는 거죠. 생명의 위험 순으로 따지자면 정신과는 저 밑이니 특히 오픈 워드에 있는 정신과 환자는 특히 더 그러니 우리가 일을 안배할 때 우선순위로 나누자면 끝에…….”

한편 ‘경정보다는 투약과 같은 액션을 더 취하는 것’이 대상자에게 도움이 될 것이라 여기고, ‘간호사보다 의사가 말해주는 것이 효과적’이라는 신념으로 인해 정신질환자에게 다가가 간호 중재를 제공하기 보다는 ‘의사에게 전가’하는 경향이 있음을 알 수 있었다. 한 참여자는 정신질환자 간호가 때로는 ‘일적으로 편하게’ 느껴짐을 다음과 같이 진술했다.

가끔은 오히려 신경이 안갈 때도 있어요. 이 사람이 특별한 거 없이 병실에 가만히 있으면 손이 안가는 환자인 거예요. 가끔은 그 사람이 고마울 때도 있는 게 별로 특별하게 이벤트 없이 병실에 잘 계시고 밥 잘 먹고 약 잘 먹고 이르고 있으면 정말 손이 안가는 거예요 우리한테는……. 어떨 때는 이벤트가 있으면 정말 싫

긴 하지만, 그렇지 않으면 진짜 뒷말로 하면 알아주는, 그런 경우가 있어요. 어떨 때는 고마워요.

(4) 악순환의 덫에 빠짐

정신질환은 재발을 반복하는 특징이 있다. 같은 문제로 재입원하게 되는 환자를 보면서 참여자들은 자신의 ‘영향력이 미약’하고 ‘도움이 되지 않는다’는 느낌과 ‘답답해서 뭐가 해 주고 싶은데 해 줄게 없는 것이 무한반복’되는 것을 경험했다. 결과적으로 ‘무력감’과 ‘죄책감’을 느끼게 되었다.

알코올 환자가 많기 때문에 아무리 금주하세요, 이번엔 금주하실 거죠? 해도 맨날 똑같이 오고, 맨날 금단 증상 와서 소리치고, 아! 이걸 고쳐지지 않는 거구나. 먹고 죽는데도 먹는구나 하는 이런 경험들, 긍정적인 피드백을 받은 적이 없는 것 같아요.

이처럼 자신이 제공하는 간호가 환자에게 긍정적인 효과를 나타내지 못했다는 인식은 환자에 대한 ‘죄책감’과 간호사 자신에 대한 ‘직업 만족도 저하’라는 결과로 이어졌다.

환자도 환자 입장에서 의료진에게 바라는 요구, 욕구, 그런 게 있을 텐데, 저희가 지식도 부족할뿐더러 다른 업무가 해야 될 게 너무너무 많은데 그 부분을 채워주지 못하니깐 그 환자의 만족도도 떨어지고, 저도 간호사로서의 자부심도 있고 난 이 정도 할 수 있는, 케어 할 수 있는 능력이 있는데 정신과 환자는 그 질환에 대한 지식이 없으니깐 제가 미안한 마음도 들고 제 업무에서도 만족도가 떨어지고, 환자 입장에서도 만족도가 떨어질 것 같아요.

2) 제 2 범주: 대상자 요인으로 인한 어려움

두 번째는 참여자들이 간호를 제공하게 되는 대상자인 환자와 그 보호자들이 원인이 되어 나타나는 어려움에 대한 범주다. 정신질환자가 가진 정신병적 이상행동, 공격행동, 성격변화 등은 그 자체가 다루기 어려운 문제다. 보호자인 환자의 가족들 또한 치료에 비협조적이거나 정신질환자인 경우가 많다. 때문에 이중의 어려움을 경험하게 되는 것이다.

(1) 다가가기 쉽지 않은 대상자와 마주하기

대상자의 정신병적 증상은 간호사를 당황하게 한다. 증상에 대한 이해가 부족한 상태에서 대상자의 다양한 정신병적 증상은 비정신과 간호사의 정신질환자 간호에 대한 어려움을 더욱 크게 만들었다. 더구나 그 대상자 뿐 아니라 다른 환자들과 병동 전체를 관리해야 하는 간호사 입장에서 대상자의 정신병적 증상이 다른 환자의 치료 환

경에 방해가 되지 않을까 하는 신경을 써야했다.

속옷도 전혀 안 입고, 가운만 입고 나와요. 바로 벗으면 그거잖아요. 그래서 가끔 저도 놀래서 바지라도 입고 나오라고 언질을 주면 깜빡했다고 바지를 입고 나와요……. 병실 한쪽에 칸을 다 모아 놓아요. 버리질 않고. 그리고 자기가 사온 비닐봉지가 있을 거 아니에요. 봉지를 바닥에 다 깔아놓아요. 침대에도 있고, 소파에도 있고, 바닥에도 있고. 병실에 다 널려 있고, 정리가 안 돼요.

특히 ‘과도를 들고 위협’하고, ‘TV 처치 시 팔 비틀기’, ‘병실 바닥에 머리 박음’ 등의 공격 행동과 ‘도망’가거나, ‘외출 가서 돌아오지 않음’의 도주의 문제, 다양한 방법의 자살 시도는 참여자들에게 강렬한 고통의 경험으로 남겨져 있었다. 또한 이들은 대상자의 예민한 성향과 반복하여 요구하는 특성에 대해 이구동성으로 어려움을 진술 하였으며 결과적으로 ‘조심하려고 하였다’에서 ‘특히나 신경이 쓰였다’, 급기야 ‘한계에 다다랐다’와 같은 극한 부정적 경험을 하였다.

(2) 치료에 도움 되지 않는 보호자 응대하기

정신질환이나 정신과 치료에 대한 부정적인 인식을 가지고 있는 보호자는 필요한 치료를 거부하거나 협조하지 않기도 하였다. 또한 오랜 기간 정신질환자의 보호자로 살아오면서 소진을 경험하여 될 대로 되라는 식의 환자와 치료에 대한 무관심과 방관자적 자세를 보이기도 했다.

보호자들이 좀 이것저것 많이 알아봐서 이걸 정신과적 면담이나 치료가 필요하구나 라고 동의를 하면 치료가 같이 들어가는데, 죽어도 이 약은 안 먹이겠다 하고 보호자가 또 이 약이 무슨 약이냐 하며 추궁하는 거죠.

유전적 경향이 높은 정신병의 특성으로 인해 보호자 또한 정신질환자인 경우도 빈번하여 이들은 환자문제 뿐만 아니라 보호자 대처에서도 곤란함을 느끼게 되었다.

환자는 누워 있어야 되고 보호자는 빨리 집에 가자고 난리를 피우고……. 알고 보니 그 분이 저희병원 정신과에 등록돼 있는 환자더라고요. 그래서 이름 쳐보니까 있어가지고 응급실로 가서 진료 보게 하고 처리하고 그런 경우도 있고. 본인만의 문제가 아니라 보호자도 그런 경우도 있는 것 같아요.

3) 제 3 범주: 자원 요인으로 인한 어려움

마지막 범주인 ‘자원 요인으로 인한 어려움’은 비정신과에서의 정

신질환자 간호를 위한 자원이 간호사에게 지지적이지 못하고, 간호사들이 어려운 환경에서 고군분투 하고 있음을 보여주는 것이다. 의료서비스에 대한 기대와 요구가 높은 현대 의료 시스템에서 참여자들은 간호사 대 환자의 높은 비율로 인해 과중한 업무에 시달리고 있었다. 정신질환자를 이해하거나 치료적인 대화를 위해 노력 해보았으나 돌봐야 할 환자가 많은 인적자원의 부족에서 정신질환자의 간호는 더욱 큰 부담이 되는 것으로 나타났다. 또한 정신질환자 간호를 하기에 비정신과 병실은 면담실 및 치료요법이 부재하고 환자를 집중 관찰하기에는 부적합한 물리적 자원이다. 더구나 문제 발생 시 책임은 고스란히 간호사에게 돌아가는 것에 반해 타 의료인과의 상호 체계 부족, 응급상황에 대한 매뉴얼 부재와 정신질환자 간호에 대한 교육의 부재는 정신질환자 간호를 위한 행정적 자원이 부족한 현실을 보여주고 있다.

(1) 과중한 업무에 더해진 짐

근무시간 내 한 명의 간호사에게 배정된 환자 비율이 지나치게 높은 현실에서 참여자들은 신체 간호 업무만 하는 것으로도 시간이 부족해 정신간호까지 할 여력이 없다. 병동에 따라 차이는 있으나 20여명의 환자를 혼자 돌봐야 하는 인적 자원으로 ‘들어줄 시간이 없음’, ‘얘기를 나눌 시간적 여유가 없음’을 경험하게 된다. 또한 정신질환자가 예기치 못한 행동화를 보일 경우 자신에게 주어진 간호업무가 마비될 뿐 아니라 행동화에 대한 안전한 뒤처리까지 도맡아야 하므로 정신질환자 간호로 인해 일의 강도가 더욱 가중되게 된다.

환자가 도망가서 다 찾아봤는데 집에 가 있고 그런 경우도 있고. 그렇게 되면 그 환자 때문에 업무가 마비되는 거예요. (간호사)한 명은 거기(환자 찾는데)에 계속 있고, 해야 할 닥터 처방은 계속 나오고…….

결국 이들은 정신질환자가 자신에게 배정될 경우 부담감이 커지게 되고, 맡고 싶지 않은 마음이 있다. 따라서 정신질환자가 전과를 가게 될 경우 그 부담감에서 해방됨을 느끼게 된다.

정신과 환자를 오픈 워드에 언제까지 둘 거냐, 이제 클로즈 워드가 필요하지 않냐 했는데 결국은 (정신과로) 데려갔어요. 그 마음의 안도감, 더 이상 안 해도 되는구나 하는 안도감이 있죠 사실. 가서 치료 잘 받으세요 하면서도 내일은 저 부담스러운 것을 안 맡아도 되는구나....

(2) 하고 싶어도 할 수 없는 치료 환경과 맞닥뜨림

정신과 병동과는 달리 일반병동에서는 정신질환자들에게 제공되

는 ‘치료 프로그램이 없고’, ‘자신의 병을 타인에게 숨기고 싶어 하는 정신질환자들의 요구에 부합하는 면담실’이 마련되어 있지 않다. 또한 주의 관찰이 필수적인 정신질환자 간호에서 ‘동선이 길고 시야가 잘 확보되지 않는 일반병실의 구조’는 적합하지 않은 물리적 자원이다. 즉 정신간호를 포함한 양질의 간호를 하고 싶다 하더라도 정신간호 수행에 부적합한 환경이고, 설상가상으로 체계화된 정신질환자 ‘간호 매뉴얼이 부재’해 어려움은 배가 된다.

우리가 NP병동이어서 뭔가 치료 요법을 하고 있는 게 아니고, 정식으로 배우질 않았잖아요, 우리가 리액션을 보이는 게 치료적인 경청이니 반응으로 아 그렇구나 라고 우리가 배운 것을 하긴 하는데, 치료적 요법에서의 면담을 하는 게 아니니 치료적 효과가 나타나는 게 아니잖아요.

병실이 간호사실과 너무 멀리 있어요. 그 환자를 행동하는 것들 그런 걸 저희가 전하……(볼 수 없어요). 전혀 환자의 상태를 관찰할 수 있는 시스템 자체도 아니고……

(3) 홀로 떠안게 되는 버거운 책임

정신질환자로부터 최전선에 있게 되는 참여자들은 여러 가지 응급상황을 경험한다. 그러나 이러한 응급상황에서 비정신과 간호사는 정신질환자 치료에 대해 타 의료진과의 협력체계가 미흡하고 안전체계가 미비한 채 문제가 발생되면 간호사 홀로 막중한 책임을 떠안게 되는 열악한 행정적 자원을 나타내었다.

보호자가 없으면 너무너무 불안해요. 주치의한테 얘기하면 별 대수롭지 않게 여기고, 저희는 중간에서 되게 곤란하죠. 또 사고라도 생기면 간호사 책임이 크니까……그런 문제도 많은 것 같아요.

또한 정신간호 역량 강화를 위한 교육의 기회를 접하기 어렵고, 정신질환자관련 응급 매뉴얼이 부재한 상황에서 기관이 지원하는 교육의 대부분이 신체질환자 간호에 초점 맞추고 있는 실정이라 정신질환자 간호에 대한 버거움은 계속된다. 그럼에도 참여자들은 정신질환자 간호와 관련된 기관의 지원체계에 대한 바람에 대해서 부정적인 시각을 나타내었다.

지원은 없을 것 같아요. 현실적으로 봤을 때 지원은 절대 일어날 수 없는 것 같아요. 결과물이 없잖아요, 지원을 해도. 인풋이 있으면 아웃풋이 있어야 하는데 아웃풋이 없는데……눈에 보이게 없잖아요.

논 의

본 연구는 비정신과 간호사가 경험한 정신질환자 간호의 어려움을 탐색적으로 파악하고자 시도된 질적 연구이다. 2회의 포커스 그룹 면담과 3회의 개인 심층면담을 통하여 수집한 자료를 분석한 결과 어려움 경험은 ‘간호사 요인’, ‘대상자 요인’, ‘자원 요인’의 3개 범주와 9개의 하위범주로 구분되었다.

‘간호사 요인’의 범주는 ‘준비되지 않은 채 좌충우돌’, ‘색안경 쓰고 바라봄’, ‘우선순위에서 밀리는 정신간호에 대한 회피’, ‘악순환의 덫에 빠짐’의 하위범주로 도식화 되었다. 연구 참여자 대부분이 정신간호 지식 및 경험 부족으로 정신질환자를 간호하기에 준비가 되어 있지 않음을 보고하였고, 학부 때 배운 정신간호학 및 실습 이후에 교육 및 훈련의 기회가 전혀 없었다고 하였다. 많은 선행연구에서도 대다수의 비정신과 간호사들이 정신간호 지식 부족을 경험하였고, 정신간호 관련 교육을 받은 적이 없다고 하여 본 연구 결과와 일맥상통하다[4,6,10,12,16,17]. 간호사의 지식과 기술의 습득은 정신질환자에 대한 이해를 증진시켜 불안, 두려움을 감소시키고 스스로 상황을 조절할 수 있다는 통제감 및 자신감을 갖게 되어 정신질환자에게 대화나 상호작용 등의 치료적 간호를 시도하게 되므로 환자의 치료 효과 증진에 큰 기여를 할 수 있다[12,16]. 따라서 비정신과 간호사를 위한 정신간호 교육 프로그램 개발 및 중재가 반드시 필요한데 지금까지 국내에서는 전무하고, 국외에서도 정신간호 관련 교육을 시행한 연구의 수가 매우 적어서 그 효과성을 검증하기가 어렵다. 추후의 비정신과 간호사를 위한 정신간호 교육 프로그램 개발 및 중재 연구를 통해 효과를 확인하고, 이를 임상에서의 보수교육, 직무교육의 일환으로 실행할 필요가 있다. 한편 Haddad 등[16]과 Ramritu 등[18]의 연구에서는 비정신과의 간호사들이 정신간호 교육 프로그램에 참여하여 정신간호에 대한 기술과 이해를 증진시키겠다는 의지를 나타낸 반면, 본 연구 참여자들은 교육 참여에 회의적인 반응을 보였다. 참여자들은 실효성이 명백히 드러나지 않는 정신간호 교육을 한국의 실정에서 비현실적이라고 여겼고, 근무 시간 외에 개인의 시간과 돈을 투자해야만 가능한 현실적인 문제를 보고하였다. 그러므로 간호사의 자발적인 의지에 의한 적극적인 교육 참여를 위해서는 기관의 지원과 협조가 필요할 것으로 여겨진다.

또한 연구 참여자 대부분이 정신질환자에 대해 편견, 부담감, 불안 및 두려움을 가지고 있는 것으로 나타났고, 다수의 선행 연구에서도 비정신과 간호사들이 정신질환자에 대해 부정적 태도를 가지고 있는 것으로 나타나 유사한 면이 있다[4,11,12,17]. 태도는 돌봄을 제공하는 간호사의 능력과 관련되어 있는 것으로 간호사 스스로가 정신간호에 대한 준비되어 있지 않음으로서 정신간호가 어렵고, 보상이 없고, 위험하다는 믿음을 갖게 되며 결과적으로 환자를 회피하는

데 영향을 미친다[12]. Zolnierек [11]은 정신질환자의 비정신과 병동 입원에 대한 체계적 고찰에서 비정신과에 입원한 정신질환자에게 제공하는 간호중재가 거의 없다고 하였는데, 본 연구의 참여자들 다수가 정신질환자를 ‘회피’, ‘방치’하며, 신체간호를 정신간호보다 우선시하고, 정신간호는 자신들의 역할이나 업무 영역이라 생각하지 않는 것으로 나타나 이와 상통하는 결과를 보였다. 질병이 아닌 인간을 대상으로 하는 간호가 자연과학적 객관주의 아래에서 신체간호만을 완전한 ‘간호’로 인식하는 이원적 사고가 팽배해 있다. 이는 간호의 측면 중 인간의 정신사회적 측면의 돌봄은 무시되고 있는 현실을 반영한 결과라 볼 수 있다. 따라서 간호사들이 간호의 본질인 돌봄의 철학에 입각하여 각 개인의 생물학적, 정신사회적 측면을 아우르는 전인적 관점(holistic vision)으로 대상자에게 접근하는 시각의 변화를 도모할 수 있는 전략이 시급하다.

연구 참여자들은 알코올 중독 환자가 또 다시 술을 마시거나 자살 시도 환자가 같은 문제로 재입원하였을 때 “먹고 죽는데도 먹는구나.”, “어차피 나가면 또 죽을 건데 뭐 하러 살리나.”라고 하였고, 선행연구에서도 Zolnierек과 Clingerman [4]은 ‘악순환이 반복되는 절망’, Liggins와 Hatcher [10]는 ‘희망이 없는 상태’라는 표현을 통해 재발이 잦은 정신질환에 대한 무력감을 나타냈다. 이는 간호사 자신이 환자의 긍정적인 치료 결과에 영향을 줄 수 없다는 절망감, 죄책감으로 이어지고, 결과적으로 간호사 개인에게 정신적 고통 및 직업 만족도 저하를 야기할 수 있다. 그러므로 정신 질환에 대한 이해와 수용 및 전인적 간호 개념에 대한 재정립이 필요하다고 본다.

‘대상자 요인’의 하위 범주는 ‘다가가기 쉽지 않은 대상자 마주하기’와 ‘치료에 도움 되지 않는 보호자 대응하기’로 도출되었다. 연구 참여자들은 정신증상인 이상행동, 행동문제로 인해 당황하고 긴장하게 되는 것으로 나타났고, 정신질환의 예민한 성격과 요구가 많은 특성은 간호사를 지치게 할 뿐 아니라 타환자에게도 방해가 된다고 하였다. Giandinoto와 Edward [17]도 파괴적이고 요구가 많으며 치료에 순응하지 않고 조르는 등의 행동으로 바쁜 병동의 일과 및 같은 병실을 사용하는 환자들의 안위에 방해가 된다고 하였으나, 원인을 간호사가 그러한 행동을 중재하는 것에 준비가 잘 되어있지 않기 때문으로 보았다. Zolnierек과 Clingerman [4]도 간호사가 환자나 질환에 대해 이해하지 못 하기 때문에 더 힘들음을 경험하는 것이라고 하였다. 즉 간호사가 환자의 증상 및 특성을 잘 파악하는 것이 문제를 미리 예측하고 중재할 수 있는 능력을 향상시키는데 도움이 된다. Goncalves 등[19]은 간호사, 의사로 구성된 다학제팀에게 정신건강 훈련을 시행, 평가한 연구를 통해 중재 후 간호사가 환자의 증상을 인지하는 비율이 증가하였다고 보고하여 이 견해를 지지하였다. 그러므로 정신 질환과 증상에 대한 이해를 향상시키기 위한 비정신과 간호사를 대상으로 한 교육이 필요하다고 본다. 보호자와 관련한 범

주는 이번 연구에서 처음 도출된 것으로 보호자가 상주하는 한국 의료 환경만의 독특한 특성 때문이라고 판단된다. 보호자가 오히려 환자의 치료에 도움이 되지 않고, 유전적으로 영향을 많이 미치는 질병 특성 상 보호자도 정신질환자인 경우가 있어 간호사는 더욱 어려움을 느끼는 것으로 나타났다. 가족은 제 2의 치료자라 할 수 있을 만큼 환자의 치료에 매우 중요한 역할을 하게 되므로 비정신과 간호사가 역량을 갖추어 보호자에 대한 교육 및 지지를 제공한다면 좋은 간호 성과를 이끌어 낼 수 있는 자원이 될 수 있을 것이다.

‘자원 요인’의 하위 범주는 ‘과중한 업무에 더해진 짐’, ‘하고 싶어도 할 수 없는 치료 환경과 맞닥뜨림’, ‘홀로 떠안게 되는 버거운 책임’으로 도식화되었다. 연구 참여자들은 간호사 한 명당 지나치게 많은 환자를 돌보고 있는 업무 환경에서 정신간호까지 수행하는 것은 어렵다고 하였으며, 정신질환자들의 도주, 행동화 등의 문제 발생은 자신의 해야 할 업무에 지장을 준다고 하였다. 이러한 결과는 외국에 비해 많은 수의 환자를 돌보아야 하는 한국의 업무 실태가 반영된 것이며, Reed와 Fitzgerald [12]도 간호사가 시간의 압박을 받게 될 때 신체간호와 정신간호 중 우선순위를 정하며 그 중 정신간호는 가장 낮은 순위가 된다 하였다. 이는 환자에 초점을 둔 관점이 아닌 업무에 초점을 둔 접근 방식 때문으로 사료된다. 물리적 치료 자원이 갖춰지지 않은 것도 이 연구에서 드러난 독특한 현상으로 발견되었다. 일대일 면담이 가능한 공간의 부족은 간호사가 자신이 정신질환자임을 감추고 싶어 하는 환자들과 관계를 맺고 치료적 의사소통을 하기 어렵게 하며, 신체질환만 있는 환자들로부터 떨어뜨려 놓기 위해 가장 구석의 침대나 병실을 쓰게 하는 분위기는 간호사가 주의 관찰하기에 어려운 환경에 놓이게 되어 환자의 안전사고나 행동화를 미리 예측하지 못 하게 하는 요인이 될 수 있다. 부적합한 물리적 자원은 행동화를 미리 예측하지 못하여 신체 억제대 적용의 증가 및 정신관련 약제의 사용을 증가시키게 되므로[20] 조직 차원의 물리적 환경 개선이 요구된다. 비정신과 병실에 입원한 정신질환자가 참여할 수 있는 치료 프로그램이 없고, 합의를 정신질환자 간호 매뉴얼이 마련되지 않은 것도 문제로 드러났다. 이러한 문제를 해결하기 위해 외국에서는 ‘정신 상담 연계 간호사(psychiatric consultation-liaison nurse)’라는 제도가 생겼으며, 그 역할은 비정신과 병동 간호사가 정신건강 문제를 가진 환자에게 통합되고 전인적인 간호를 제공하도록 촉진하기 위해 도움을 주고 교육을 하는 것이다. 그 결과 90% 이상의 간호사들의 만족도가 향상되었고 환자의 치료 성과에도 긍정적인 영향을 미쳤다고 보고하였으나 시간의 제한과 유용성의 문제가 한계로 나타났다[21]. 아직 이러한 역할이 시도 되지 않은 우리나라에서도 한국의 병원 환경에 적합한 비정신과에서의 정신간호 돌봄 모델이 개발되고 적용될 필요가 있다. 마지막으로 본 연구의 참여자들은 기관의 행정적 지원 체계 부족을 어려움의 중요한 요소로

언급하였다. 안전사고 및 위험한 상황 발생 시 환자로부터 가장 최전선에 있는 간호사는 안전체계의 미비로 인해 위험에 노출될 뿐 아니라 모든 책임을 짊어지게 되는 부담감이 있고, 분업화된 의료 시스템 하에서의 타과 의사의 비협조적인 태도로 인해 환자 관리를 혼자 해결해야 되는 상황에 봉착하여 어려움은 배가 된다. 반면 Reed와 Fitzgerald [12]는 정신질환자를 돌보는 비정신과 간호사가 정신건강 의학과 팀과 가까운 관계를 맺는 것이 간호사의 두려움을 극복하고 자신감을 향상 시킨다는 결과를 보였다. 그러므로 기관의 지원 체계를 통한 정신건강의학과와의 협조 체계는 매우 중요하리라 생각한다. 정신질환자에 대한 지식, 태도 개선을 위한 교육 프로그램도 매우 시급하지만 현재 지원은 전혀 없고, 기대하기도 어렵다. 결과적으로 간호사의 어려움은 지속되고 그 영향은 환자에게 고스란히 전달될 것이므로 실효성 있는 안전 체계 및 연계 체계 구축 및 교육 제공에 대한 제도적 장치가 조속히 마련되어야 할 것이다.

본 연구의 결과는 다음과 같은 측면에서 의의를 갖는다. 첫째, 비정신과에 입원 하게 되는 정신과 환자들이 점차 늘고 있는 시대의 흐름에 따라 국내에서 최초로 비정신과 간호사의 정신질환자 간호와 관련하여 질적 연구를 시행하고 결과를 도출하였다. 둘째, 국외의 연구 결과와 차별화가 되는 한국의 사회문화적 및 의료 환경 특성이 고려된 보호자 요인이나 간호사의 과다업무에 대한 현상을 규명하였다는 점에도 의의가 있다.

결 론

본 연구는 비정신과 간호사가 정신질환자를 간호할 때 겪는 어려움에 대하여 포커스 그룹 면담과 개인 심층 면담을 적용하여 어려움의 다양한 측면에서의 원인에 대한 탐색을 가능하게 하였다. 특히 정신질환자에 대한 부정적 인식이 일반인들뿐 아니라 간호사에게도 만연해 있고, 그로 인해 정신질환자를 기피하고 정신간호를 소홀히 하는 현 실정을 구체적으로 규명하였고, 이는 가시적인 성과 중심의 사회적 분위기, 물질 만능주의, 객관주의, 이원론의 영향을 받은 것으로 총체주의적 관점의 돌봄에 부정적인 영향을 주고 있는 것으로 사료되며, 본 연구를 기점으로 자각과 변화를 위한 시도가 이루어져야 할 것으로 보인다. 구체적으로는, 본 연구의 결과가 비정신과 간호사에게 제공되는 교육 프로그램 및 중재 방안의 기초 자료가 될 것이고, 정신간호 매뉴얼 개발에 근거를 제공할 수 있으며, 기관 차원에서의 안전 체계와 정신건강의학과와의 연계 및 협조 체계를 위한 실행 전략 및 관련 정책을 마련하는데 유용한 기초 자료가 될 수 있을 것이다.

본 연구 결과를 기초로 후속 연구를 위해 첫째, 비정신과 간호사의 정신질환자 간호에 대한 스트레스 또는 부담감을 측정하는 도구

개발 연구와 둘째, 비정신과 간호사를 위한 정신간호 교육 프로그램의 개발 및 효과검증 연구를 제언한다.

CONFLICTS OF INTEREST

The authors declared no conflict of interest.

REFERENCES

1. Leucht S, Burkard T, Henderson J, Maj M, Sartorius N. Physical illness and schizophrenia: A review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2007;116(5):317-333. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.01095.x>
2. Blythe J, White J. Role of the mental health nurse towards physical health care in serious mental illness: An integrative review of 10 years of UK literature. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2012;21(3):193-201. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00792.x>
3. Jones DR, Macias C, Barreira PJ, Fisher WH, Hargreaves WA, Harding CM. Prevalence, severity, and co-occurrence of chronic physical health problems of persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*. 2004;55(11):1250-1257. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.55.11.1250>
4. Zolnieriek CD, Clingerman EM. A medical-surgical nurse's perceptions of caring for a person with severe mental illness. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 2012;18(4):226-235. <http://dx.doi.org/10.1177/1078390312446223>
5. Carney CP, Jones L, Woolson RF. Medical comorbidity in women and men with schizophrenia: A population-based controlled study. *Journal of General Internal Medicine*. 2006;21(11):1133-1137. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00563.x>
6. An HR. Attitude on mental illness, perception on mental symptom, stress on mental health care, and expectation of psychiatric nurse's roles of non-psychiatric nurses in general hospitals [master's thesis]. Seoul: The Catholic University of Korea; 2013. p. 1-49.
7. Kim BJ. A study on psychiatric nurses and non-psychiatric nurses' attitudes toward mental illness & the mentally ill [master's thesis]. Seoul: Ewha Womans University; 2004. p. 1-63.
8. Lee TG, Kim JG. A study concerning the psychopathology and psychiatric consultation of medical outpatients: Focused on medical outpatients compared with health control group. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*. 2003;42(6):755-760.
9. Yu SJ, Kim SYJ, Kim YH, Won JS, Lee KJ, Lee SW. Introduction to psychiatric nursing. Seoul: Soomoonsa; 1983. p. 146.
10. Liggins J, Hatcher S. Stigma toward the mentally ill in the general hospital: A qualitative study. *General Hospital Psychiatry*. 2005;27(5):359-364.

- <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2005.05.006>
11. Zolnieriek CD. Non-psychiatric hospitalization of people with mental illness: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. 2009;65(8):1570-1583.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05044.x>
 12. Reed F, Fitzgerald L. The mixed attitudes of nurse's to caring for people with mental illness in a rural general hospital. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2005;14(4):249-257.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-0979.2005.00389.x>
 13. Morgan DL. Focus groups. *Annual Review of Sociology*. 1996;22:129-152.
<http://dx.doi.org/10.1146/annurev.soc.22.1.129>
 14. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*. 2005;15(9):1277-1288.
<http://dx.doi.org/10.1177/1049732305276687>
 15. Sandelowski M. The problem of rigor in qualitative research. *Advances in Nursing Science*. 1986;8(3):27-37.
 16. Haddad M, Plummer S, Taverner A, Gray R, Lee S, Payne F, et al. District nurses' involvement and attitudes to mental health problems: A three-area cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*. 2005;14(8):976-985.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01196.x>
 17. Giandinoto JA, Edward KL. The phenomenon of co-morbid physical and mental illness in acute medical care: The lived experience of Australian health professionals. *BMC Research Notes*. 2015;8:295.
<http://dx.doi.org/10.1186/s13104-015-1264-z>
 18. Ramritu P, Courtney M, Stanley T, Finlayson K. Experiences of the generalist nurse caring for adolescents with mental health problems. *Journal of Child Health Care*. 2002;6(4):229-244.
<http://dx.doi.org/10.1177/136749350200600401>
 19. Goncalves DA, Fortes S, Campos M, Ballester D, Portugal FB, T foli LF, et al. Evaluation of a mental health training intervention for multidisciplinary teams in primary care in Brazil: A pre- and posttest study. *General Hospital Psychiatry*. 2013;35(3):304-308.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2013.01.003>
 20. Hundertmark J. The impact of mainstreaming on patient care in Australian emergency departments and liaison services. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2002; 36(3):424. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1440-1614.2001.01030.x>
 21. Sharrock J, Happell B. The psychiatric consultation-liaison nurse: Thriving in a general hospital setting. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2002;11(1):24-33.
<http://dx.doi.org/10.1046/j.1440-0979.2002.00205.x>