

자문의뢰된 입원환자의 특성과 정신과 치료 순응도에 대한 연구

고려대학교 의과대학 정신건강의학교실
심인보 · 고영훈 · 이문수 · 김용구 · 한창수

A Study of Psychiatric Treatment Compliance in Referred Patients at a General Hospital

In-Bo Shim, M.D., Young-Hoon Ko, M.D., Ph.D., Moon-Soo Lee, M.D., Ph.D.,
Yong-Ku Kim, M.D., Ph.D., Changsu Han, M.D., Ph.D.

Department of Psychiatry, Korea University College of Medicine, Seoul, Korea

ABSTRACT

Objectives : The present study investigates the status of inpatient psychiatric consultations at a general hospital in order to find factors that contribute to treatment compliance related to psychiatric consultations.

Methods : The subjects were 333 patients who were hospitalized at Korea University Medical Center Ansan Hospital from 1 September 2009 to 31 July 2010. The patients were referred for psychiatric consultation during hospitalization. This study investigates demographic data, request department, referral causes, requestor, psychiatric history and diagnosis, and psychiatric treatment compliance. Treatment compliance was defined as whether or not the patient had accepted psychiatric treatment during hospitalization or outpatient department(OPD) follow-up. This study ascertains the factors that have impact on compliance, by taking binary logistic regression with compliance and other variables.

Results : Among the patients that were offered psychiatric treatment during hospitalization(N=310), treatment compliance was 82.9%. Among the patients that were offered OPD treatment(N=111), compliance was 55.8%. Elderly group(>65 years) showed better compliance to treatment during hospitalization than the younger patient group(OR=4.838, p=0.004). Patients with secondary psychiatric disorders showed better OPD follow-up compliance than patients with primary psychiatric disorders(OR=8.520, p=.008).

Conclusion : Elderly patients showed better compliance for psychiatric treatment during hospitalization. However they commonly have disorders such as delirium and mood disorders that have impact on the patient's physical state, hence further active measures should be carried out. Patients referred due to primary psychiatric disorders showed poor OPD compliance. Therefore clinicians have to suggest multidisciplinary interventions that will improve treatment compliance of such patients.

KEY WORDS : Psychiatric consultation · Treatment compliance.

Received: January 20, 2011 / Revised: March 25, 2011 / Accepted: April 2, 2011

Corresponding author: Young-Hoon Ko, Department of Psychiatry, Korea University Medical Center, Ansan Hospital, Gojan 1-dong, Danwon-gu, Ansan 425-707, Korea

Tel : 031) 412-5981 · Fax : 031) 6918-4523 · E-mail : koyh@korea.ac.kr, korean@chol.com

서 론

자문조정 정신의학은 종합병원에서 정신건강의학과(이하 정신과)와 타과 간의 협조관계의 필요성뿐만 아니라 전인적인 의료체계의 접근으로 입원기간의 단축과 의료비의 감소 효과를 위해 발달되었다.¹⁾ 현재 자문조정 정신의학은 종합병원의 여러 임상 분야뿐만 아니라 기타 복지시설, 학교, 산업기관 등 비의료기관까지 확대되어 의사들과 정신보건 전문요원들과 공동으로 수행하는 임상활동, 교육, 연구 등을 총괄하는 임상정신의학의 한 분야로 발전하였다. 자문조정 정신의학에서의 의사는 정신과적 평가 및 치료 뿐만 아니라 지속적인 상호협조관계를 통하여 환자와 보호자, 의사 간의 협조를 유지하는 역할을 하게 된다.²⁾ 하지만 이런 이점에도 불구하고 환자들과 임상 각과 의사들의 정신과 치료에 대한 인식의 부족, 편견, 저항과 같은 문제로 인해 임상에서는 정신과 자문의 활용도가 아직 낮다. 대학병원 입원 환자에서 정신질환의 동반 이환율은 30% 이상에 이르며, 입원 환자의 정신질환 유병율은 지역사회에 비해 3~4배에 이르지만,³⁾ 실제 일차 의료기관에서 정신질환을 확인하는 경우는 절반에 못 미친다.⁴⁾

한 종합병원에서는 정신과 외의 타질환으로 인해 입원 후 정신과 치료를 시작하는 경우가 전체 입원환자의 1.7%에 이르지만, 자문의뢰를 받은 후 29.6% 정도만이 외래통원치료를 지속하고 있다고 보고하고 있다.⁵⁾ 정신과 환자는 치료에 따르지 않음으로 인해 재발과 재입원이 늘어나게 되고,⁶⁾ 지역사회에의 적응도 어려워지게 된다.⁷⁾ 이러한 순응도 저하의 원인으로는 약물의 부작용, 복잡한 투약 방식, 병식의 부족, 환자가 약에 대해 알지 못하는 경우, 치료 비용 등이 있으며,^{8,9)} 환자의 정신과에 대한 인식과 치료 동기, 자문 의뢰한 의사의 정신과에 대한 인식 등은 순응도에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 알려져 있다.¹⁰⁻¹²⁾ 따라서 자문의뢰된 입원 환자와 외래 환자의 정신과 치료에 대한 순응도를 높이기 위해서는 치료 불순응의 원인을 파악하고 이들 원인에 대한 적극적인 개입이 필요할 것이다.

이에 본 연구에서는 2009년부터 2010년까지 종합병원 입원 환자에서의 정신과 자문 현황과 그 특성을 알아보고 자문 이후의 치료 순응도를 확인하여 어떤 요인들이 자문 후 정신과 치료에 영향을 미치는지 확인하고자 하였다.

연구대상 및 방법

1. 기본 자료

본 연구는 2009년 9월 1일부터 2010년 8월 31일까지 총 12

개월간 고려대학교 부속 안산병원에서 정신과 외의 타 임상과에서 입원 치료 중 정신과에 자문 의뢰된 18세 이상의 환자 333명의 자문 사례를 통해 연구가 진행되었다. 한 차례 자문을 구한 환자가 이후 증상 조절 등의 이유로 입원 기간 중 재차 자문 의뢰되었을 경우나 동일한 환자에서 유사한 사유로 다시 의뢰된 경우는 연구에 포함시키지 않았다. 자문 순응도에 대한 선행 연구들^{5,13)}에 근거하여 항목을 선정하고, 자문 기록지와 전산화된 의무기록지를 바탕으로 하여 자료를 수집하였다.

선정된 항목은 성별, 연령, 배우자 유무 등의 기본적인 인구역학적 정보와 흡연, 음주 등 내과적인 기왕력을 포함한 임상 정보, 자문을 의뢰한 임상 각과와 의뢰 요청자, 의뢰된 사유, 정신과적 과거력, 자문의에 의한 정신과적 진단, 원내에서 권유한 치료 사항과 각 실제 시행 여부, 추후 통원치료와의 연계성 등이었다. 특히 노인 환자의 정신과 치료의 비순응도가 40~70%에 이른다는 연구¹⁴⁾ 등에 미루어 연령군은 65세 이상의 환자와 65세 미만의 환자로 구분하였다. 배우자 유무는 기혼, 재혼, 동거 등 배우자가 존재하는 동거군과 이혼, 별거, 사별 등 배우자가 존재하지 않는 독거군으로 구분하였다. 교육기간은 환자가 졸업한 최종학력을 기준으로 무학, 초졸, 중졸, 고졸, 대졸 이상으로 구분하였다. 흡연과 음주 여부는 입원 직전의 상태를 기준으로 여부를 구분하였다. 자문 의뢰한 임상과는 신체 질환의 특성과 수술적 치료의 여부에 따라 내과계, 외과계로 구분하였으며, 분류가 불분명한 신경과, 가정의학과 등 수술과 관련이 없는 임상과는 내과계에 포함하였다. 자문의료 요청자는 담당 주치의의 판단으로 정신과적 평가나 치료가 필요하여 의뢰한 경우와, 환자 및 보호자가 정신과적 진료를 요구하여 의뢰된 경우로 구분하였다. 과거 연구들^{5,13,15)}에서는 자문 의뢰 사유를 정신과적 증상으로 분류하였으나, 환자마다 호소하는 증상이 다양하고, 동일한 증상의 경우에도 진단이 달라지며, 의뢰한 증상이 주치의의 주관적인 기술로 실제 증상과는 차이가 있는 경우가 많아서 다른 분류 기준이 필요하였다. 따라서 본 연구에서는 증상 보다는 진단에 중점을 두었고 이에 신체 질환의 관련성 여부에 따라 분류하였다. 즉, 신체 질환으로 인해 이차적으로 정신과적 증상이 발생하여 의뢰된 경우(섬망, 알코올 금단 증상, 신체 질환으로 인한 기분장애 혹은 수면장애 등, 이하 이차적 사유)와 신체 질환과 관련 없는 정신과적 문제로 인해 의뢰된 경우(정신과 약물 조절, 신체형장애, 일차적 수면장애 등, 이하 일차적 사유)로 분류하였다.

정신과적 진단명은 국제질병분류 제10판(ICD-10)에 근거하여 진행하였으며, ICD-10의 분류대로 F00-F09(증상성을 포함한 기질성 정신장애, 이하 기질성장애), F10-F19(정신활성 물질복용으로 인한 정신장애, 이하 물질장애), F20-F29(정

신분열병 및 망상장애, 이하 정신병적장애), F30-F39(기분장애), F40-F49(신경증성 및 신체형장애, 이하 신경증장애), F50-F59(생리적 장애 및 신체적 요인과 연관된 행태 증후군, 이하 생리적장애), 기타(F60~) 등 총 7개 항목으로 구분하였다. 각 환자에 대한 정신과적 진단명은 자문 평가 후 정신과 전문의가 추정하였던 임상적 진단을 근거로 하였으며, 자문 당시 진단이 명확하지 않았던 경우에는 자문 이후의 임상자료를 통해 후향적으로 평가하였다. 기타 장애에는 정신과적 진단을 내릴 수 없는 경우나 정신과 약물 이외의 약물 부작용에 대한 평가를 요청한 경우 등이 포함되었다.

2. 순응도 평가

환자들의 순응도 평가를 위해 정신과 자문 이후 입원 중 치료(입원 순응도)와 외래 통원치료의 시행 여부(외래 순응도)에 대하여 각각 세 가지 항목(시행함/거부함/해당 없음)으로 조사하였다.

입원 중 치료는 약물치료와 광치료 등의 생물학적 치료와 정신과로의 전과 등을 포함하였다. 입원 상황에서는 환자들의 투약이 병동 간호사에 의해 권유되며 타과 투약의 횟수가 가변적인 상황임을 감안하여 약물 복용 빈도를 산출하는 과정은 제외하였다. 따라서 본 연구에서는 해당 임상과 주치의의 권유에도 환자 및 보호자가 투약을 원하지 않아 거부한 경우에만 투약 순응도가 불량하다고 판단하였으며, 자문의의 권유에 주치의가 응하지 않은 치료 순응도 저하의 경우는 연구에서 제외하였다. 약물치료 혹은 광치료 모두를 시행한 경우와 둘 중 하나라도 시행한 경우는 정신과적 치료에 응한 것으로, 둘 모두 거부한 경우에는 정신과적 치료에 응하지 않은 것으로 간주하였다. 전과 또한 정신과 자문의가 정신과적 치료를 위해 환자 및 보호자에게 전과를 권유하였음에도 불구하고 환자 및 보호자가 전과를 거부하여 시행하지 못하는 경우에 전과에 응하지 않은 것으로 간주하였다. 외래 통원치료의 경우 자문의 혹은 담당주치의가 외래 통원치료를 권유하였을 때 환자가 퇴원 후 최소 1회 이상 정신과 외래에 내원하여 진료를 보았을 때를 외래 통원치료를 시행한 것으로 간주하였다. 생물학적 치료, 전과, 외래 통원치료 모두 자문의가 진료 후 해당 치료가 필요하지 않다고 판단하여 치료를 권유하지 않은 경우에는 각각 '해당 없음'으로 별도 기재하였으며, 이 경우에는 통계 분석 과정에서 제외하였다.

3. 통계 분석

이상 자료를 바탕으로 각 변수 별로 빈도분석을 시행하였으며, 자문 의뢰된 환자의 입원 순응도 및 외래 순응도에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위해서 각 변수에 대해 이분형 로지스틱 회귀분석을 시행하였다. 독립변수로는 환자의 성별, 연령, 배우자의 유무, 교육기간, 흡연, 음주, 의뢰 임상과, 의

뢰 요청자, 의뢰 사유, 정신과적 과거력의 유무, 정신과적 진단 등을 포함하였으며, 종속변수로는 입원 및 외래 순응도를 포함하였다. 이분형 로지스틱 회귀분석을 시행할 때 범주형 공변량의 각 기준에 대해서 교육기간은 무학을 기준으로 정하였고, 정신과적 진단은 두 집단 모두 유의한 비중을 차지한 기질성장애를 기준으로 정하였다. 통계적으로 유의한 결과가 나오는 변수에 따라 환자들을 분류하고 교차분석을 이용하여 집단간 비교를 시행하였다. 모든 자료는 SPSS v.12.0을 이용하여 분석하였으며, 유의수준은 $p=0.05$ 로 정하였다.

결 과

1. 기본 자료

남녀의 성별 분포는 남자가 166명(49.8%), 여자가 167명(50.2%)이었으며, 연령대는 65세 미만이 177명(53.2%), 65세 이상 노년층이 156명(46.8%)이었다. 기혼군은 257명(77.2%), 독거군이 76명(22.8%)이었으며, 독거군 중에서는 65세 이상이 39건, 65세 미만은 37건이었다. 비흡연자가 240명(72.1%), 비음주자는 226명(67.9%)이었다. 자문 요청자로는 318건(95.5%)이 담당 주치의의 임상적인 필요성에 의한 요청이었으며, 환자 및 보호자에 의한 요청은 15건(4.5%)에 불과하였다. 의뢰 사유로는 이차적인 경우가 218건(65.5%), 일차적인 경우가 115건(34.5%)이었다(Table 1). 정신과적 과거력이 있었던 경우는 103건(30.9%)이었으며, 기분장애가 46건(44.7%)으로 가장 많았다. 각 과별 분포를 보면, 내과 계열이 226건(66.5%), 외과 계열은 114건(33.5%)이었다(Table 2). 자문 의뢰 후 확정된 정신과적 진단으로는 섬망 등의 기질성장애가 120건(35.6%)으로 가장 많았으며, 기분장애가 94건(27.6%) 등의 순이었다(Table 3).

2. 치료 순응도와의 관계

입원 중 자문의뢰 후 자문의가 약물치료, 전과 등을 권유했던 경우는 전체 333건 중 310건(93.1%)이었으며, 나머지 23건(6.9%)은 정신과 치료를 권유하지 않았거나 정신과 치료가 필요 없는 경우였다. 이 중 276건(82.9%)이 자문 권고대로 정신과 치료가 시행되었으나, 34건(10.2%)은 자문의의 권고대로 이루어지지 않았다. 권고대로 정신과 치료가 이루어지지 않은 34건 중에서 기분장애가 15건(44.1%)으로 가장 많았으며, 알코올 등의 물질장애가 6건(17.6%) 등이었다. 전과를 권유한 경우는 333건 중 45건(13.5%)이었으며, 이 중 실제로 전과가 시행된 경우는 15건에 불과했고 나머지 30건은 환자 본인 및 보호자의 거부로 전과를 시행하지 않았다.

자문 환자에게 퇴원 후 정신과 외래 통원치료를 권유한 경우는 111건(33.3%)이었으며, 외래 통원치료를 한 번 이상시

Table 1. Demographic and clinical data of in-patients referred for psychiatric consultation(N=333)

	Variables	N	%
Sex	Male	166	49.8
	Female	167	50.2
Age	≤ 64	177	53.2
	>65	156	46.8
Spouse	No	76	22.8
	Yes	257	77.2
Education	None	37	11.1
	Elementary	85	25.5
	Middle school	74	22.2
	High school	112	33.6
	College	25	7.5
Smoking	No	240	72.1
	Current	93	27.9
Alcohol	No	226	67.9
	Current	107	32.1
Subject of decision for psychiatric consultation	Doctor's	318	95.5
	Patient's	15	4.5
Psychiatric history	No	230	69.1
	Yes	103	30.9
Psychiatric Treatment of hospitalization	Unrecommended	23	6.9
	Accepted	276	82.9
	Refusal	34	10.2
Outpatient follow-up	Unrecommended	222	66.7
	Accepted	62	18.6
	Refusal	49	14.7

행한 경우는 62건(18.6%), 외래 통원치료를 한 번도 시행하지 않은 경우는 49건(14.7%)이었다.

각 변수에 대해 시행한 이분형 로지스틱 회귀분석 결과 65세 미만 연령층보다 65세 이상 노인 환자에서 입원 중 치료 순응도가 더 높았으며(OR=4.838, p=0.004)(Table 4), 외과계 환자들이 내과계 환자들보다 입원 중 치료 순응도가 낮은 경향을 보였다(OR=0.404, p=0.078). 외래 순응도에 대한 변수에서는 이차적인 사유로 의뢰된 경우가 일차적인 사유로 의뢰된 경우보다 외래 통원치료 순응도가 더 높았으며(OR=8.520, p=0.008), 다른 변수에 대해서는 통계적으로 유의하지 않았다(Table 5).

회귀분석에서 유의하게 나온 연령, 내외과계 여부, 의뢰 사유 등에 따라 회귀분석에 포함되었던 환자를 두 군으로 분류하여 실험적 교차분석을 시행하였다. 65세 이상의 노인 환자는 81명(54.7%)의 환자가 기질성장애, 35명(23.6%)의 환자가 기분장애 이었으나, 65세 미만의 환자는 51명(31.5%)의 환자가 기분장애, 34명(21.0%)의 환자가 기질성장애, 26명(16.0%)의 환자가 신경증장애, 25(15.4%)명의 환자가 물질장애이었다($\chi^2=55.9$, p<0.001). 진단 이외의 변수에서는 통계적으로 유의한 결과가 확인 되지 않았다. 내과계에서 의뢰된 환자의 경우는 기분장애 68명(33.2%), 기질성장애 65명(31.7

%), 물질장애 23명(11.2%)이었으나, 외과계에서 의뢰된 환자는 50명(47.6%)이 기질성장애, 18명(17.1%)이 기분장애이었다($\chi^2=21.3$, p=0.002). 진단 이외의 변수에서는 통계적으로 유의한 결과가 확인 되지 않았다. 일차적 사유로 의뢰된 환자군은 기분장애(N=16, 35.6%)와 신경증장애(N=16, 35.6%)가 높은 빈도를 보인 반면, 이차적 사유로 의뢰된 환자군은 기분장애(N=32, 48.5%), 물질장애(N=13, 19.7%)의 순으로 높은 빈도를 보였다($\chi^2= 18.68$, p=0.005).

고 찰

본 연구에서는 65세 이상의 노인 환자가 전체의 46.8%를 차지하였으며, 이는 이수진 등의 연구⁵⁾에서 보고된 47.8%와 비교하여 유사한 결과를 보였다. 세부 진단 중 섬망이 30.6%로 가장 높은 비율을 차지하여 김성재 등의 연구에서 보고된 25.5%보다 높은 빈도를 보였으며,¹³⁾ 특히 섬망 환자 중 65세 이상 노인 환자들이 69.2%로 높은 비율을 차지하고 있었다. 또한 노인 환자에서는 기분장애도 23.7%로 높은 비율을 나타내었다. 본 연구에서처럼 65세 이상의 환자는 배우자가 없는 경우가 25%에 이르는 등 지지체계가 취약한 경우가 많고, 일반적으로 정신과적 질환에 대한 인식이 충분하지 못하기

때문에 입원 후에서야 정신과적 문제가 담당의사에 의해 확인되는 경우가 많다.¹⁶⁾ 섬망은 노인 환자의 사망률과 동반 질환의 진행 및 합병증에 영향을 미치며¹⁶⁾ 기분장애 또한 여러 신체 질환의 발병과 경과에 영향을 미치는 것으로 알려져 있으므로 노인 환자에 대해서는 정신과적 증상에 대한 평가와 치료가 보다 적극적으로 이루어져야 할 것이다.

본 연구에서는 65세 이상의 노인 환자의 경우 64세 이하의 환자들보다 입원 중 치료에 대한 순응도가 더 좋은 것으로 확인되었다. 64세 이하의 환자에서는 섬망을 포함하는 기질성 장애는 21.0%에 불과한 반면, 노인 환자에서는 기질성 장애

Table 2. Clinical department requesting psychiatric consultation

	Department	N	%
Medical department	Nephrology	50	15.0
	Gastroenterology	35	10.5
	Division of infectious disease	25	7.5
	Neurology	23	6.9
	Cardiology	22	6.6
	Pulmonology	21	6.3
	Hematoncology	18	5.4
	Endocrinology	12	3.6
	Rehabilitation medicine	8	2.4
	Rheumatology	4	1.2
	Family medicine	3	0.9
	Total	221	66.4
Surgical department	Orthopedic surgery	29	8.7
	Neurosurgery	25	7.5
	General surgery	23	6.9
	Cardiac surgery	11	3.3
	Otorhinolaryngology	7	2.1
	Plastic surgery	6	1.8
	Genitourology	5	1.5
	Obstetrics & Gynecology	4	1.2
	Anesthesiology	2	0.6
		Total	112
	Total	333	100.0

Table 3. Psychiatric diagnosis on in patients referred for psychiatric consultation

Category(ICD-10)	Diagnosis	N	%
Organic mental disorders	Delirium	102	30.6
	Dementia & other cognitive disorder	18	5.4
Psychoactive substance use	Alcohol related disorder	30	9.0
Schizophrenia	Schizophrenia & other psychotic disorder	12	3.6
Affective disorders	Mood disorder	94	28.2
Neurotic disorders	Anxiety disorder	29	8.7
	Somatoform disorder	7	2.1
	Adjustment disorder	3	0.9
Physiological disorders	Sleep disorder	31	9.3
	Eating disorder	1	0.3
Other disorders	Others	6	1.8
Total		333	100.0

ICD-10 : International Classification of Disease and Health Problems 10th Edition

가 54.7%에 이른다. 따라서 기질성장애에서 흔히 발생하는 수면, 인지기능, 행동 상의 문제로 인하여 보호자가 치료를 거부하거나 지연할 가능성이 적기 때문에 입원 치료순응도가 높았던 것으로 판단된다. 뿐만 아니라 섬망 등의 기질성장애가 기저질환의 치료에 장애가 될 수 있으므로 담당 의료진이 적극적으로 정신과 치료를 권유하는 경향도 순응도를 높이는 데 기여하였을 것으로 추정된다. 따라서 노인 환자에 대해서 임상 각과와 유기적인 관계를 유지하고 섬망을 비롯한 기질성장애의 조기발견과 조기개입을 위해 담당 의료진에 대한 교육이 필요할 것으로 판단된다. 한편 외과계 환자들은 내과계 환자들보다 입원 중 치료 순응도가 낮은 경향을 보였다. 외과계의 경우 수술적 치료가 핵심이 되는 경우가 많으므로 환자나 보호자가 정신과적 개입에 대해 불편감을 가졌을 수 있으며, 수술 전후 금식 등의 이유로 경구 투약이 어렵다는 점 등이 영향을 미쳤을 것으로 추정된다. 비록 질환의 분포에 있어서는 내과계와 외과계가 차이를 나타내었지만 기질성장애

Table 4. Logistic regression results for predicting hospitalization treatment compliance

Variables	Odds ratio	95% C.I.	p-value
Gender(Female)	1.394	.533-3.647	.499
Age > 65	4.838	1.647-14.210	.004
Spouse	.770	.293-2.028	.597
Education			
Elementary school	1.551	.176-13.628	.692
Middle school	2.557	.400-16.345	.321
High school	2.416	.409-14.272	.330
College	3.387	.596-19.262	.169
Current smoking	.745	.276-2.012	.561
Current alcohol drinking	1.455	.539-3.927	.459
Medical department	.404	.148-1.107	.078
Requested by patient	1.130	.202-6.315	.889
Primary psychiatric problem	1.004	.372-2.707	.994
Psychiatric history	.790	.301-2.077	.633

Table 5. Logistic regression results for predicting outpatient treatment compliance

Variables	Odds ratio	95% C.I.	p-value
Gender(Female)	.628	.184-2.141	.457
Age > 65	.838	.230-3.048	.788
Spouse	.540	.165-1.763	.307
Education			
Elementary school	6.623	.669-65.527	.106
Middle school	1.975	.254-15.340	.515
High school	.813	.097-6.779	.848
College	.887	.111-7.071	.910
Current smoking	1.054	.277-4.004	.939
Current alcohol drinking	1.592	.445-5.692	.475
Medical department	.952	.252-3.597	.942
Requested by patient	.633	.051-7.843	.722
Primary psychiatric problem	8.520	1.736-41.821	.008
Psychiatric history	14.878	.433-511.548	.135

와 기분장애가 모두 60% 이상을 차지하고 있다. 이들 정신과적 질환이 기저질환의 경과에 영향을 준다는 점을 고려할 때 외과계 환자에 대한 정신과적 개입이 보다 적극적으로 이루어질 필요가 있다.

외래 통원 치료에 대한 순응도에서는 신체 질환으로 인해 이차적으로 정신과적 증상이 나타난 경우 순응도가 더 높았는데(OR=8.520, p=0.008), 이에 대해서는 일차적인 정신과 문제로 의뢰된 환자들의 진단적인 측면을 고려해 볼 필요가 있다. 일차적인 정신과 문제로 의뢰된 환자들의 경우에는 기분장애와 신경증장애가 50% 이상을 차지하는 것을 주목해야 한다. 이들 환자의 경우 입원 후 시행한 검사 상 특별한 원인이 밝혀지지 않아 정신과로 의뢰되지만 충분한 정신과적 치료 없이 퇴원을 하게 되는 것이 일반적이다. 이런 경우 환자들은 정신과적 치료의 필요성에 대해 충분히 인지하지 못하게 되어 퇴원 후 닥터쇼핑이나 부적절한 치료를 선택할 가능성이 높아진다. 정신과에 입원한 환자의 경우 투약의 중요성이나 질환의 재발에 대한 의료진의 교육이 적극적으로 이루어지지만 타과에 입원한 환자에게 대해서는 이러한 부분이 부족하거나 간과되기 쉽다. 실제 신경증장애의 상당 부분을 차지하는 신체화 장애 환자는 치료에 대하여 주관적 만족도가 저하되어 있고 소화기내과 등 임상 각과의 환자 중 14.0~20.5%를 차지하며^{13,14)} 다른 질환으로 잘못 진단되어 치료받을 가능성이 높으므로 결과적으로 의료비 손실을 초래한다.^{17,18)} 따라서 검사상 특이소견을 보이지 않거나 객관적인 징후에 비해 주관적으로 심한 증상을 호소하는 환자에게 대해서는 조기에 정신과적 개입이 이루어질 수 있도록 타과와 유기적인 관계를 유지하여야 할 것이다.

본 연구에서는 기질성장애를 제외하고는 기분장애를 진단 받은 환자가 27.6%(N=94)로 가장 빈도가 높았다. 이 중 기

분장애 과거력이 있는 환자는 46건, 입원 후 질환이 진단되는 경우가 48건으로 유사한 빈도를 보였다. 이는 기분장애 환자들이 입원 후 담당 의사에 의해 정신과적 치료 범위 내로 들어오게 되는 경우가 절반에 이른다는 것을 의미한다. 일차 진료기관에서 우울증이 의심되는 환자 중 단극성 기분장애를 진단하는 경우는 39.1%에 불과하며, 항우울제 처방율은 22.2%에 머무른다는 연구에서 보듯이¹⁹⁾ 정신과 질환이 의심되는 환자는 전문적인 정신과치료의 기회를 놓치기 쉽다. 또한 기분장애는 입원 중 정신과 의사의 권고대로 치료가 시행되지 않았던 질환 중에서도 가장 많은 질환이었다. 자문 의뢰된 질환 중 기분장애가 많은 이유도 있겠지만, 기분장애의 특성상 질환에 대한 병식이 확립되어 있지 않은 환자가 정신과 약물 자체를 거부하는 경우가 흔하고,²⁰⁾ 정신과로의 전과가 환자나 보호자들에게 강한 거부감을 형성했기 때문이라고 생각된다. 환자가 입원 중 치료를 거부하게 되면 퇴원 후 추적관찰이 어렵게 될 뿐만 아니라 병식 형성을 할 수 있는 기회를 놓치고 결과적으로 증상을 악화시키기 때문에²¹⁾ 입원 중 정신과 치료를 시작하는 것은 매우 의미있는 시도가 될 수 있겠다. 실제 정신과 자문 의뢰 후 정신과에 대한 인식이 긍정적으로 변화되고²²⁾ 자문 자체에 대해 수용적이라는 연구 결과가 있듯이,²³⁾ 임상 각과에서는 적극적으로 정신과 자문을 권유해야 할 필요가 있겠다. 따라서 환자를 처음 접하게 되는 다른 임상 각과 의사들의 정신과적 문제의 인식이 중요하며,²⁴⁾ 적극적인 정신과적 개입이 이루어 질 수 있도록 임상 각과 의사들에게 기분장애에 대한 이해를 높여 이를 자문에 반영할 수 있어야 할 것이다.

본 연구는 후향적이며 환자 개개인마다 신체질환 및 정신과 질환의 증증도가 다를 수 있음에도 이를 모두 반영하지 못하였으며, 환자 혹은 보호자가 자문 전에 정신과 진료를 원하지 않는다면 연구 대상에서 제외될 수 있어 표본 오차의 가능성이 있다. 또한 정신과적 과거력이 있는 환자들은 치료를 받고 있거나 받았던 의료기관에서 정신과 통원치료를 할 수 있으며, 이런 경우 퇴원 후 추적을 할 수 없어 비순응으로 처리되므로 결과에 영향을 미칠 수 있다. 이런 제한점에도 불구하고 본 연구에서는 정신과 자문의 입원중 치료와 외래 통원 치료의 순응도에 영향을 미칠 수 있는 요인들을 제시하였다는 점에 의의를 둘 수 있으며, 향후에는 순응도를 보다 구체적으로 평가할 수 있는 변수를 추가하고 입원 환자뿐 아니라 외래 환자에 대한 자문의뢰를 포함한 전향적 연구가 필요할 것으로 생각된다.

REFERENCES

- (1) Levitan SJ, Kornfeld DS . Clinical and Cost-Benefits of Liaison Psychiatry. Am J Psychiat 1981;138:790-793.

- (2) **Pasnau RO.** Consultation-Liaison Psychiatry at the Crossroads-in Search of a Definition for the 1980s. *Hosp Community Psychiatry* 1982;33:989-995.
- (3) **Lipowski ZJ.** Current Trends in Consultation-Liaison Psychiatry. *Can J Psychiat* 1983;28:329-338.
- (4) **Levitte, Thornby JI.** Geriatric and nongeriatric psychiatry consultation: A comparison study. *Gen Hosp Psychiatry* 1989; 11:339-344.
- (5) **Lee SJ, Lee JK.** The investigation regarding the psychiatric consultation of the in patient from general hospital. *Korean J Psychosom Med* 2005;12:49-59.
- (6) **Green JH.** Frequent Rehospitalization and Noncompliance with Treatment. *Hosp Community Psychiatry* 1988;39:963-966.
- (7) **Kelly GR, Scott JE.** Medication Compliance and Health-Education among Outpatients with Chronic Mental-Disorders. *Medical Care* 1990;28:1181-1197.
- (8) **Blackwel B.** Drug-Therapy-Patient Compliance. *N Eng J Medicine* 1973;289:249-257.
- (9) **You JH, Woo YS, Hahn C, Choi JW, Ko HJ.** Predicting Factors Associated with Drug Compliance in Psychiatric Outpatients of a University Hospital. *Korean J Psychopharmacol* 2010; 21:29-34.
- (10) **Koh KB.** The Concept and Acceptability of Psychiatry in those Patients Referred for Psychiatric Consultation. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1987;26:130-137.
- (11) **Min SK.** Acceptance of Consultants' Opinions in Psychiatric Consultation. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1982;21:650-656.
- (12) **Byrne P.** Stigma of mental illness: Changing minds, changing behaviors. *Br J Psychiatry* 1999;174:1-2.
- (13) **Kim SJ, Yeon BK, Hong NR, Ryu SG, Han CH.** Clinical Features of Elderly Patients Referred to Neuropsychiatric Department. *J Korean Geriatr Psychiatry* 2004;8:133-141.
- (14) **Salzman C.** Medication compliance in the elderly. *J Clin Psychiatry* 1995;56 Suppl 1:18-22.
- (15) **Lee TG, Kim JG.** A Study Concerning the Psychopathology and Psychiatric Consultaion of Medical Outpatients-Focused on Medical Outpatients Compared with Health Control Group. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2003;42:755-760.
- (16) **Ryu SG, Hee JK.** Psychosomatic Management of Medically Ill Elderly: Focused on Consultation Psychiatry. *Korean J Psychosomatic Medicine* 2008;16:25-30.
- (17) **Lee JB, Park HB.** A Study on Somatization in Psychiatric Patients. *Yeungnam Univ Medical Journal* 1992;9:68-73.
- (18) **Barsky AJ, Orav EJ, Bates DW.** Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:903-910.
- (19) **Menchetti M, Belvederi Murri M, Bertakis K, Bortolotti B, Berardi D.** Recognition and treatment of depression in primary care: effect of patients' presentation and frequency of consultation. *J Psychosom Res* 2009;66:335-341.
- (20) **Lingam R, Scott J.** Treatment non-adherence in affective disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2002;105:164-172.
- (21) **Chen A.** Noncompliance in community psychiatry: a review of clinical interventions. *Hosp Community Psychiatry* 1991;42: 282-287.
- (22) **Koran LM, Vannatta J, Stephens JR, Pascualy R.** Patients Reactions to Psychiatric-Consultation. *J Am Med Assoc* 1979; 241:1603-1605.
- (23) **Schwab JJ.** Evaluating Psychiatric Consultation Work. *Psychosomatics* 1967;8:309-317.
- (24) **Park SH, Jung Y.** The Changing Patterns of Psychiatric Consultations at a General Hospital. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1997;36:671-682.

연구목적

종합병원에서 정신과에 자문 의뢰된 입원 환자 및 그 자문의뢰의 특성을 살펴보고 이를 통해 정신과 치료의 순응도에 관련된 요인을 찾아보고자 하였다.

방 법

2009년 9월 1일부터 2010년 8월 31일까지 고려대학교 안산병원에서 정신과에 자문 의뢰된 입원환자 333명을 대상으로 자문기록지와 의무기록을 참고하여 연구를 진행하였다. 기본적인 인구 역학적 정보, 자문을 의뢰한 임상 각과, 의뢰 요청자, 의뢰된 사유, 정신과적 진단과 과거력, 입원 중 정신과 치료의 시행 여부 및 추후 통원 치료의 여부 등을 조사하였다. 이들 중 정신과 치료의 시행 여부 및 통원 치료의 여부를 치료순응도로 정하였다. 순응도와 기타 변수간의 이분형로지스틱 회귀분석을 시행하여 순응도에 영향을 미치는 요인을 확인하였다.

결 과

입원 중 정신과 치료를 권유 받은 310명의 환자들 중, 치료에 순응한 환자는 82.9%이었으며, 외래 통원치료를 권유 받은 111명의 환자들 중에는 통원치료에 순응한 환자가 55.8%이었다. 64세 이하 연령층보다 65세 이상의 노인에서 입원 중 치료에 대한 순응도가 높았다(OR=4.838, p=0.004). 외래 통원치료를 권유받은 환자들 중 내과적 질환으로 인해 이차적인 정신과적 증상이 나타난 경우가 외래 순응도가 더 높았다(OR=8.520, p=0.008).

결 론

노인 환자는 입원중 정신과 치료에 대해서는 순응도가 높았으나 신체 질환의경과에 영향을 미치는 섬망 및 기분장애가 흔하므로 정신과적 증상에 대한 평가와 치료가 보다 적극적으로 이루어져야 할 것이다. 또한, 내외과적 질환과 관련이 없는 정신과 문제로 자문 의뢰된 환자들은 외래 통원치료 순응도가 낮으므로 치료순응도를 높이기 위해 다방면의 치료적 접근 방법을 모색하여야 할 것으로 판단된다.

중심 단어 : 정신과 자문 · 치료순응도.