

만성정신분열병 환자의 삶의 질: 스트레스 대처방식, 증상, 가족의 지지를 중심으로*

김 소 형[†] 오 수 성 이 은 희 김 현 정
성요한병원 전남대학교 성요한병원

본 연구는 만성정신분열병 환자들이 지각한 삶의 질의 요인구조를 살펴보고, 스트레스 대처방식, 증상 및 가족의 지지가 삶의 질에 미치는 영향에 관하여 알아보는 것이다. 이를 위하여 정신분열병 진단을 받은 후 2년 이상 경과하고 정신병원, 사회복귀시설 및 정신요양시설에서 생활하는 만성정신분열병 환자 222명을 대상으로 하였다. 이들에게 SQLS(The Schizophrenia Quality of Life Scale; SQLS)를 실시하여 요인 분석한 결과, 3개의 요인(긍정적 자기평가, 불편감, 정서적 불안정성)이 추출되었으며, 각 요인의 내적 합치도 계수는 적절하였다. 치료기관(정신병원, 사회복귀시설, 정신요양시설)에 따른 만성정신분열병 환자의 삶의 질 차이는 없었으며 가장 신뢰하고 도움을 청하며 대화를 하는 가족 구성원은 어머니였다. 또한 만성정신분열병 환자의 삶의 질을 가장 많이 설명하는 변인은 스트레스 대처방식이었고, 그 다음은 증상, 가족의 지지 순으로 나타났다. 다시 말해, 스트레스 관리 시 문제해결적 대처방식을 더 자주 사용하며, 정신증적 증상이 적고, 가족의 지지를 더 많이 받을수록 환자가 스스로 지각하는 삶의 질이 높은 것으로 나타났다. 마지막으로 본 연구의 시사점과 제한점이 논의되었다.

주요어 : 만성정신분열병, 삶의 질, 스트레스 대처방식, 가족의 지지

* 이 논문은 2002년 2월 석사학위논문으로 발표된 바 있음.

† 교신저자(Corresponding Author) : 김 소 형 / 성요한병원 임상심리실 / (500-740) 광주시 북구 유동 115-1
FAX : 062-510-3100 / E-mail : newco77@hanmail.net

요즘 들어 이른바 ‘웰빙’에 대한 관심이 급속도로 높아지고 있다. 이는 사람들의 생활태도가 삶의 질적인 측면으로 관심이 모아지고 있다는 것을 의미한다. ‘웰빙’에 대한 관심, 다시 말해 생활의 질적인 향상을 도모하고자 하는 관심은 일반인뿐만 아니라 정신건강과 질병치료분야에도 적용되고 있다. 최근 정신과 영역에서는 증상이 회복된 이후에도 대다수 환자들의 삶이 크게 변화되지 않기 때문에 삶의 질을 향상시키는 것이 보다 중요한 치료적 목적이라는 인식이 대두되고 있다(Sullivan, Wells, & Leake, 1992).

정신질환 중에서도 정신분열병은 생활 영역에서의 심한 기능장애를 야기시키고, 그 경과도 만성화되는 경향이 뚜렷한 질환으로 알려져 있다. 특히, 시간이 지날수록 황폐화되는 병의 특성 때문에 환자는 대인관계를 비롯한 사회·직업적 관계나 자신이 속해있는 지역사회에서 적절하게 기능하고 생활하는 데 많은 어려움을 겪게 된다(Marengo, Harrow, & Westermeyer, 1991).

‘만성 정신장애’는 최소한 2년 이상의 유병 기간을 가지고 있고, 입원기간이 최소한 90일 이상이 되며, 일상생활에서의 역할수행에서 기능상의 손상이 있어 어느 정도 타인의 보호가 필요한 정신장애라고 정의된다(양옥경, 1999). 따라서 이러한 만성적인 경과를 밟게 되는 정신분열병에 대한 치료적 쟁점은 환자의 증상 완화라는 미시적인 측면에서 벗어나 지역사회에서의 적응과 인권, 삶의 질 향상과 같은 재활적인 측면에 관심을 기울여야 한다. 이를 위해서는 만성정신분열병 환자의 ‘삶의 질’에 관한 재활적 개념과 ‘치료적 전략 수립’ 등에 대한 필요성이 강조되어야 한다(김철권, 변원탄, 1996; 한영란, 1997). 또한, 이와 관련된 연구(김광수, 장계호, 1999)들은 정신분열병 환자에 대한 일차적인 관심 자체를 시설통용에서 약물치료로, 그리고 정신사회재

활적 개입으로 변화시키는 원동력이 되고 있다.

정신사회재활적 개입이란 만성적인 정신장애를 가진 사람의 기능을 높여줌으로써 전문가로부터는 최소한의 도움을 받으면서 지역사회 내에서 성공적이고 만족스럽게 생활할 수 있도록 도와주는 것이다(Anthony, Cohen, & Farkas, 1990). 또한 질병의 만성화로 나타나는 약물의 부작용, 사회적응의 어려움, 인간관계에서의 어려움과 같은 문제들을 정신사회재활적인 개입으로 해결하고자 하는 것이다. 효과적인 정신사회재활을 위해서는 우선적으로 환자들이 자신의 삶을 어떻게 지각하고 있으며 또한 그에 영향을 미치는 요인들은 무엇인지를 살펴보는 것이 필요하다. 즉 정신분열병 환자들의 증상이나 기능평가뿐만 아니라 주관적이면서도 객관적인 삶의 질을 추가해서 평가하는 것은 그것 자체가 환자 개인에게는 실제적으로 필요하면서도 도달 가능한 치료 목표(최영희, 1997)가 되고 이를 기반으로 수립된 재활적 개입은 보다 성공적이고 만족스러운 결과를 낳을 수 있을 것이다.

삶의 질이란 ‘한 개인이 자신의 삶에 대해 주관적으로 느끼는 즐거움, 행복감, 유능감, 자긍심 보람, 삶의 의미 등의 긍정적 정서’(한성열, 1995) 혹은 ‘여러 가지 생활측면에서 느끼는 안녕감 또는 행복감’(이순목, 1995)으로 정의되고 있다. 그러나 임상장면에서의 삶의 질은 ‘연구되는 대상에 따라 변하는 주관적이며, 다원적인 구성개념으로서 질병, 사고, 치료 및 치료의 부작용과 관련된 주관적 안녕감’(국승희, 손정락, 2000)으로 ‘환자의 자기보고에 기초한 다차원적인 개념’(Awad, Voruganti, & Heslegrave, 1997)이라는 것이 널리 받아들여지고 있다. 이러한 삶의 질은 정신분열병을 비롯한 만성 정신장애인에 대한 연구에서 환자의 욕구와 치료 결과를 평가하는데 광범위한 관점을 제공하여 줄 뿐만 아니라 환자를

위한 평가와 관련된 많은 정보와 서비스 계획을 통합할 수 있는 체계를 제공해 준다는 점에서도 의의를 갖고 있다(Lehman, 1983). 따라서 본 연구에서는 정신과적 질환 가운데 만성적인 경과와 기능상의 저하를 초래하는 정신분열병환자들의 독특한 특성을 기초로 한 삶의 질에 관하여 살펴보고자 한다.

삶의 질과 관련된 그 동안의 연구들은 대부분 증상에 초점을 두고 있었으나 최근 들어서는 심리 사회적 요인들에 대한 연구들도 활발하게 이루어지고 있다. 삶의 질에 영향을 주는 정신병리적 요인들로는 증상(최영희, 1997; Heslegrave, Awad & Voruganti, 1997; Meltzer, Bastani, & Ramirez, 1990; Smith, Hull, & Clarkin, 1999a), 인지 기능(Heslegrave et al., 1997; Kaiser, 2000), 신경 인지적 기능(Norman, Malla, Cortese, Cheng, Diaz, McIntosh, McLean, Rickwood, & Voruganti, 1999; Smith, Hull, Goodman, Hedayat-Harris, Willson, Israel, & Munich, 1999b) 등이 있다. 심리사회적 요인들에 관해 살펴본 Lehman(1983)의 연구에서는 개인특성이나 객관적 생활상태보다는 삶의 질에 대한 주관적인 평가들이 정신장애인의 삶의 질을 가장 잘 설명해 주며 전반적인 삶의 질은 개인적 안전, 사회적 관계, 재정, 여가, 건강 관련 변인들과 관계가 있다고 하였다. 다른 연구들에서도 자존감(국승희, 2001; 양동석, 2000; 한영란, 1997; Diener & Diener, 1995), 사회적 지지(김연수, 1995; 양동석, 2000), 대인관계(한영란, 1997), 스트레스 대처방식(Patterson, Shaw, Semple, Moscona, Harris, Kaplan, Grant, & Jeste, 1997), 사회적 적응(Smith et al., 1999a) 등이 삶의 질과 관련되어 있음이 밝혀졌다.

만성정신장애를 가지고 있는 사람들에게 있어 가족은 매우 중요한 지지 집단이다. 또한 정서적, 경제적 지원자라는 점에서 정신장애인의 치료,

사회복귀 및 재활뿐만 아니라 '삶의 질'에서도 중요한 요인으로 작용한다(이근영, 1993; 한영란 1997; Hansson, Middelboe, & Vinding, 2002). 특히 정서적 지지는 정신장애인의 삶의 질과 가장 관련이 있는 요인으로서, 자신이 보호받고 사랑 받고 있다는 믿음, 인간으로서의 존경과 예우 등의 정서적 지지에 대한 중요성이 강조되었다(김연수, 1995). 하경희의 연구(2000)에서는 가족의 권위의식이 낮을수록, 지각하는 가족의 지지가 많을수록 사회적응도가 높은 것으로 나타났다. 이렇듯 가족의 지지는 만성정신분열병 환자의 사회 적응 및 삶의 질에 있어서 중요한 요인 중 하나이다.

만성정신분열병 환자는 반복되는 재발 및 사회기능의 저하로 인해 스트레스에 대한 대처전략과 기술이 매우 빈약하다(김철권 등, 1996). 대처기술은 개인의 성격적인 요소와 관련이 높지만 상황의존적이고 덜 영구적인 특성도 지니고 있기 때문에 외부에서 주어지는 스트레스원들의 영향을 조절할 수도 있고, 보호적인 완충기제로 작용하거나 부정적인 결과를 확대시키는 역할을 할 수도 있다(김은숙, 1997; Burgess, Carretero, Ellington, Pasqual-Marsettin, Lobaccare, & Catalan, 2000). 또한 만성정신분열병 환자가 생활하고 있는 거주환경 역시 환자가 지각하는 삶의 질과 자율성과 밀접하게 관련되어 있다(배안, 김진학, 박수희, 김명규, 김중원, 1999; Franz, Meyer, Reber, & Gallhofer, 2000). 따라서 가족의 지지나 스트레스에 대한 대처방식, 거주환경에서의 치료 서비스가 적절하지 못할 경우에는 심리사회적 환경이 빈약해져서 환자의 사회 적응 및 삶의 질에 부정적인 영향을 끼치는 요인으로 작용할 것이다.

삶의 질과 관련된 선행 연구들(국승희, 2001; 배안 등, 1999)에서는 정신분열병 환자들의 삶의

질을 일반적인 건강질문지나 혹은 면담자가 주관적으로 평가하는 방식으로 측정하였다. 그러나 만성 정신분열병 환자의 삶의 질을 적절하게 평가하기 위해서는 그들이 경험하는 증상과 부작용, 그리고 적응곤란과 같은 그들만의 특수성들을 측정하면서도 환자 스스로 자신의 주관적인 삶의 질을 평가할 수 있는 객관적인 도구가 필요하다. 이에 본 연구에서는 만성정신분열병 환자의 자기보고식 '삶의 질'에 대한 측정도구(The Schizophrenia Quality of Life Scale; 이후 SQLS라고 함)를 사용하였는데 SQLS가 국내에서는 사용된 연구가 미흡하여 SQLS의 국내 요인구조를 살펴 보았다. 또한 대부분의 연구들은 정신병원과 사회복지시설을 중심으로 진행되었는데 정신요양 시설에도 상당수의 만성정신분열병 환자들이 치료적 서비스를 제공받고 있으나 이에 대한 국내 연구는 미흡한 실정이다. 그렇기에 환자들이 생활하고 있는 다양한 환경, 즉 정신병원, 사회복지시설, 정신요양시설 등에 대한 연구도 이루어져야 한다.

따라서 본 연구에서는 자기보고식 삶의 질 측정도구를 사용하여 정신병원, 사회복지시설, 정신요양시설 등 다양한 치료환경에 접해있는 만성정신분열병 환자들을 대상으로 그들이 지각하고 있는 삶의 질에 대한 정도를 평가하였다. 이와 함께 만성정신분열병 환자들의 개인 내 변인인 증상, 환경적 변인인 가족의 지지, 자원과 관련된 변인인 스트레스 대처방식이 삶의 질에 영향을 미치는 영향에 관하여 살펴보았다. 본 연구 결과는 만성정신분열병 환자들을 대상으로 병원, 사회복지시설 및 정신요양시설 등 치료환경을 고려한 상황적 특성에 맞추어 적절한 재활프로그램 개발 및 최선의 치료적 개입에 활용될 수 있을 것으로 기대된다.

방 법

연구 대상

본 연구의 대상자는 DSM-IV 진단기준을 근거로 정신과 전문의에 의해 정신분열병으로 진단 받은 후 2년 이상 경과한 18세에서 55세 사이의 환자로, 문장이해와 표현이 가능하며 검사에 동의한 392명을 대상으로 하였다. 이들 가운데 누락된 응답이 많거나 한 번호에만 응답하는 등 설문에 불성실하게 응한 대상자를 제외한 총 222명이 분석자료로 사용되었다. 최종 대상자의 평균 연령은 36.13 ± 7.96 세였고, 성별 분포는 남자 130명(58.6%), 여자 92명(41.4%)이었으며, 기관별로는 사회복지시설 이용 환자 84명(37.8%), 정신병원 입원 환자 64명(28.8%), 정신요양시설 이용 환자 74명(33.3%)이었다.

인구학적인 변인과 임상적 특징들에 대한 기관별 차이를 분석한 결과가 각각 표 1과 표 2이다. 분석결과, 임상적 특징들에 있어서 집단간 차이는 나타나지 않았으나 인구학적 변인들에서는 연령, $\chi^2(2, N=222)=45.32, p < .001$, 결혼, $\chi^2(2, N=222)=32.21, p < .001$, 종교, $\chi^2(2, N=222)=21.60, p < .01$, 학력, $\chi^2(2, N=222)=38.76, p < .001$ 에서 유의한 차이가 있었다.

측정 도구

삶의 질 척도.

만성정신분열병 환자의 질병 특이적인 삶의 질을 평가하기 위해 Wilkinson, Hesdon, Wild, Cookson, Farina, Sharma, Fitzpatric, & Jenkinson (2000)이 개발한 총 30 문항의 자기보고형 질문지로 심리사회적(psychosocial), 동기 및 에너지(motivation and energy), 증상과 부작용(symptoms

표 1. 연구대상자의 인구학적 특성의 빈도와 백분위

특 성		정신병원 (n=64)	사회복귀시설 (n=84)	정신요양시설 (n=74)	전체 (n=222)	χ^2
성별	남자	34(53.1)	57(67.9)	39(52.7)	130(58.6)	4.82
	여자	30(46.9)	27(32.1)	35(47.3)	92(41.4)	
연령	20대	10(15.6)	30(35.7)	4(5.4)	44(19.8)	45.32 ***
	30대	35(54.7)	42(50.0)	23(31.1)	100(45.0)	
	40대	15(23.4)	10(11.9)	34(45.9)	59(26.6)	
	50대	4(6.3)	2(2.4)	7(9.5)	13(5.9)	
	무응답	0(0.0)	0(0.0)	6(8.0)	6(2.7)	
결혼	미혼	38(59.4)	74(88.0)	47(63.5)	159(71.6)	32.21 ***
	기혼	11(17.2)	2(2.7)	7(9.5)	20(9.0)	
	기타	15(23.4)	8(10.8)	20(27.0)	43(19.4)	
종교	기독교	38(59.4)	32(38.1)	30(40.5)	100(45.0)	21.60 **
	천주교	5(7.8)	7(8.3)	16(21.6)	28(12.6)	
	불교	7(10.9)	17(20.2)	8(10.8)	32(14.4)	
	종교 없음	11(17.2)	25(29.8)	11(14.9)	47(21.2)	
	기타	3(4.7)	3(3.6)	9(12.2)	15(6.8)	
학력	초졸	5(7.8)	5(6.0)	17(23.0)	27(12.2)	38.76 ***
	중졸	11(17.2)	8(9.5)	16(21.6)	35(15.8)	
	고졸	39(60.9)	37(44.0)	23(31.1)	99(44.6)	
	대졸	7(10.9)	28(33.3)	8(10.8)	43(19.4)	
	기타	2(3.1)	6(7.1)	10(13.5)	17(7.7)	

** $p < .01$, *** $p < .001$

표 2. 연구대상자의 임상적 특성

특 성	정신병원 (n=64)	사회복귀시설 (n=84)	정신요양시설 (n=74)	전체 (n=222)	F
발병 연령(세)	25.70(9.12)	22.80(6.34)	25.33(6.96)	24.17(7.33)	1.62
최초 입원당시 연령(세)	27.87(8.47)	24.17(5.29)	25.29(5.89)	25.38(6.47)	2.60
유병 기간(개월)	134.61(101.37)	124.17(74.07)	161.00(90.21)	136.26(86.07)	1.46
과거 입원횟수	6.04(4.08)	4.43(3.38)	4.04(2.18)	4.73(3.37)	2.51
과거 총 입원기간(개월)	23.52(36.58)	17.37(22.17)	24.92(49.23)	20.84(34.33)	<1.00
총 투약기간(개월)	96.52(119.07)	83.52(68.02)	88.29(82.67)	87.97(85.97)	<1.00
알약 갯수(정/일)	4.87(2.44)	5.20(2.78)	5.75(4.61)	5.26(3.26)	<1.00
투약 횟수(회/일)	1.87(.34)	1.87(.84)	1.54(.51)	1.78(.67)	2.17

and side-effects)의 3요인으로 구성되어 있는 5점 척도 질문지이다. 본 연구에서는 SQLS를 연구자와 심리학과 대학원생이 1차 번안한 것을 영문과 대학원생이 역번역하는 이중 번안과정을 거친 후 임상심리전문가와 함께 수정작업을 거쳐 최종 번안물을 만들어서 요인분석을 실시하였다. 본 연구에서의 내적 일관성 계수는 .82로 나타났다.

가족의 지지 척도.

강현숙(1985)이 개발한 것으로 가족의 지지 정도와 지지를 측정하는 총 16문항의 5점 척도로 되어 있는데 본 연구에서의 내적 일관성 계수는 .66이었다.

스트레스 대처방식 척도.

Folkman과 Lazarus(1985)가 개발한 68개 문항으로 이루어진 개정된 대처방식 척도를 토대로 하여 김정희와 이장호(1985)가 수정한 62개의 문항 중 새미레 정신재활연구소에서 사용하고 있는 30개의 문항을 사용하였다. 그러나 하위 요인간의 상관관계가 .81로 지나치게 높게 나타나서 연구자가 주축분해를 실시한 후 해석의 명료성을 저해한다고 판단되는 24번 문항을 제외하여 문제해결적 대처(20문항)와 문제회피적 대처(9문항)로 나누었다. 추출된 요인간의 상관관계는 .58이었고, 각각의 신뢰도(α)는 .89와 .68이었으며 척도의 내적 일관성 계수는 .91로 나타났다.

증상관련 척도.

간이정신진단검사(SCL-90-R) 가운데 고립, 철수, 분열성적 생활양식 등 정신증과 관련된 10개 문항(psychoticism: PSY)만을 실시하였으며 5점 척도로 평정하였고 내적 일관성 계수는 .86이었다.

자료분석

광주·전남과 대구 지역에 있는 정신병원, 사회복지시설, 정신요양시설을 방문하여 만성 정신분열병 환자들을 대상으로 질문지를 실시하였다. 자료분석에서는 SQLS의 요인구조를 살펴보기 위하여 탐색적 요인분석을 실시하였으며, 집단 간(정신병원, 사회복지시설, 정신요양시설) 삶의 질, 가족의 지지, 스트레스 대처방식, 증상의 차이를 변량분석을 통해 살펴보았다. 또한 만성정신분열병 환자가 지각하는 삶의 질 수준에 가족의 지지, 스트레스 대처방식, 증상이 미치는 영향을 살펴보기 위해 단계적 회귀분석을 실시하였다.

결 과

SQLS의 요인분석

국외에서 실시한 선행연구(Wilkinson 등, 2000)에서는 심리 사회적 요인, 동기 및 에너지 요인, 증상과 부작용 요인이 추출되었다. 국내에서는 선행연구가 없어서 요인부하량이 적은 17번 문항은 분석에서 제외하고 국외와 같이 요인수를 3개로 지정하고 최대우도법(maximum likelihood), 사각회전(direct oblimin)을 실시하였다. 삶의 질 각 문항의 요인부하량은 표 3에 제시되어 있다. 선행연구(Wilkinson 등, 2000)에서의 요인에 해당되는 문항들과 본 연구결과에서 해당하는 문항 구조가 서로 다르게 나타나서 요인명을 새롭게 명명하였다. 즉 요인 1에 해당하는 문항은 16개 문항으로 '나는 이겨낼 수 있다', '나는 나 자신을 믿을 수 있다' 등으로 구성되어 「긍정적 자기지각」으로 명명하였다. 요인 2에 해당하는 문항은 8개 문항으로 '입이 말라서 걱정이 된다', '현기

표 3. 각 문항의 요인 부하량(.20이상만 표기하였음)

문 항 번 호	성 분		
	요인 1*	요인 2	요인 3
20. 나는 이겨낼 수 있다고 느낀다	.672		
22. 나는 나 자신을 믿을 수 있다	.650		
16. 나는 뭔가에 집중할 수 있다	.642		
28. 사람들이 나를 좋아한다.	.581		
12. 나는 일상적인 일들을 할 수 있다.	.591		
9. 나는 희망을 느낀다.	.555		
15. 나는 미리 계획하는 것을 좋아한다.	.540		
6. 나는 무엇이든 하고자 한다.	.523		
7. 내 미래는 밝다.	.537		
1. 나는 뭔가를 할 수 있는 힘이 있다.	.527		
26. 나는 지금보다 나아질 것이라고 생각한다.	.505		
19. 나는 즐겁고 행복하다.	.499		
13. 나는 즐거운 활동에 참여한다	.505		
23. 잠을 잘 잔다.	.445		
18. 나는 사람들과 어울리는 것이 즐겁다.	.417		
29. 나는 과거를 생각하면 기분이 좋다.	.386		
10. 내 근육들이 뻣뻣해진다.(R)		.515	
3. 나는 웬지 걷는게 불안하다.(R)		.539	
2. 나는 몸이 떨려서 성가시다.(R)		.534	
25. 근육의 경련이 일어난다.(R)		.483	
30. 나는 가끔 현기증이 난다.(R)		.435	.307
14. 나는 사람들이 잘못됐다고 하는 것들을 하고 있다.(R)		.407	
5. 나는 입이 말라서 걱정이 된다.(R)		.433	
11. 나는 매우 신경질적이고 안절부절 못하다.(R)		.436	.392
24. 내 감정의 기복이 심하다.(R)			.486
4. 나는 화가 난다.(R)			.473
8. 나는 외롭다.(R)			.404
21. 눈 앞이 흐려진다.(R)			.392
27. 나는 이것저것을 걱정한다.(R)			.304
고유치	5.45	2.70	2.17
설명변량(%)	16.96	8.00	3.22
Cronbach alpha	.86	.70	.53

*요인 1: 긍정적인 자기 지각, 요인 2: 불편감, 요인 3: 정서적 불안정성

R: 역접수 문항

증이 날 때가 있다' 등으로 구성되어 있어서 「불편감」으로 명명하였고, 요인 3은 5문항으로 '외롭다', '이것저것을 걱정한다' 등의 문항으로 구성되어 있어서 「정서적 불안정성」으로 명명하였다. 이들 가운데 문항 1번('나는 매우 신경질적이고 안절부절못하다')과 30번('가끔 현기증이 날 때가 있다')은 요인 2와 요인 3에 모두 높은 요인부하량을 보이지만 내용상 요인 2에 보다 적절하다고 판단하여 요인 2로 포함시켰다. 만성정신분열병환자의 삶의 질에 대해서 3개 요인이 설명하는 총 변량은 전체 변량의 28.18%이었으며, 요인 1의 설명변량은 16.96%, 요인 2의 설명변량은 8.00%, 요인 3의 설명변량은 3.22%로 나타났다. 각 요인의 내적 합치도 계수는 긍정적 자기지각, 불편감, 정서적 불안정성 각각에 대하여 .86, .70, .53으로 나타났으며 요인간의 상관관계수는 긍정적 자기지각과 불편감 요인간에 $r=.09$, 불편감 요인과 정서적 불안정성 요인간에 $r=$

$.39(p < .001)$, 정서적 불안정성과 긍정적 자기지각 요인간에 $r=.10$ 으로 나타났다.

삶의 질과 가족의 지지, 스트레스 대처방식 및 증상

본 연구에서 측정된 주요 변인들의 평균과 표준편차를 기관별로 구분하여 표 4에 제시하였다. 기관별 분석 결과, 삶의 질, 가족의 지지, 스트레스 대처방식 점수에 있어서 유의한 차이는 없었으나 증상 점수에 있어서는 집단간에 유의한 차이를 보였다, $F(2, 220) = 3.52, p < .05$. 이는 사회복귀시설 환자들에 비해 정신요양시설을 이용하는 환자들의 증상이 보다 심각하다는 것을 의미한다. 또한 인구학적 변인들 가운데 집단간 차이가 존재한 연령, 결혼, 종교, 학력 변인들을 공변인으로 통제한 상태에서의 기관별 삶의 질은 유의한 차이가 나타나지 않았다, $F(2, 220) < 1.00, ns$.

표 4. 측정치별 평균과 표준편차

	정신병원 (n=64)	사회복귀시설 (n=84)	정신요양시설 (n=74)	전체 (n=222)	F
삶의 질	62.33(12.05)	64.33(11.60)	63.21(13.80)	63.37(12.47)	<1.0
긍정적인 자기지각	56.78(17.57)	58.15(13.79)	57.28(20.20)	57.46(17.16)	<1.0
불편감 [†]	67.07(16.93)	71.43(14.69)	67.17(17.94)	69.41(16.50)	1.29
정서적 불안정성 [†]	56.92(16.69)	56.67(15.70)	56.82(19.22)	56.79(17.15)	<1.0
가족의 지지	29.65(10.24)	30.79(9.10)	30.05(9.82)	30.21(9.65)	<1.0
스트레스 대처방식					
문제해결적 대처	33.50(13.28)	31.47(11.08)	34.21(12.29)	32.97(12.16)	1.09
문제회피적 대처	11.16(4.68)	10.24(4.84)	11.22(4.18)	10.83(4.59)	1.13
증상	11.66(8.44) ^{ab}	10.05(8.03) ^a	13.65(9.08) ^b	11.71(8.61)	3.52 [*]

^{*} $p < .05$

^{ab} 첨자가 같은 것은 통계적으로 유의미한 평균 차이가 없는 것임.

[†] 점수가 높을수록 불편감과 불안정성이 낮음.

(): 표준편차

만성정신분열병 환자들이 지각하고 있는 가족의 지원에 관하여 살펴본 결과, 가족 구성원 중 가장 믿고 신뢰하며, $\chi^2(2, N=222)=26.19, p < .01$, 도움을 요청하고, $\chi^2(2, N=222)=25.08, p < .001$, 대화를 나누는, $\chi^2(2, N=222)=34.49, p < .001$, 주된 대상에 있어서 사회복지시설, 정신병원, 정신요양시설들에서 유의한 차이가 있었다 즉, 사회복지시설 환자들이 가장 믿고 신뢰하는 가족은 어머니, 아버지, 형제의 순이었고 정신병원 환자들은 어머니, 부부, 형제였으며, 정신요양

시설 환자들의 경우는 형제, 어머니, 아버지 순이었다. 가족 중 필요할 때 도움을 요청하는 사람에 있어서, 사회복지시설 환자들은 어머니, 아버지, 형제, 정신병원 환자들은 어머니, 형제, 아버지, 정신요양시설 환자들은 형제, 어머니, 아버지였으며, 가장 많이 대화를 나누는 가족은 어머니, 형제, 아버지 순이었다. 또한 가족 구성원들 가운데 가장 믿고 신뢰하며, 대화를 나누고, 도움을 요청하는 주된 대상에 모든 집단에서 어머니가 가장 많았다(표 5).

표 5. 기관별 가족의 지지 하위내용 빈도분석

특 성	정신병원 (n=64)	사회복지시설 (n=84)	정신요양시설 (n=74)	전체 (n = 222)	χ^2
가족 중 가장 믿고 신뢰하는 대상	아버지	7(10.9)	21(2.5)	10(13.5)	26.19 **
	어머니	24(37.5)	33(39.3)	14(18.9)	
	부부	9(14.1)	3(3.6)	3(4.1)	
	형제	12(18.8)	12(14.3)	22(29.7)	
	자식	2(3.1)	1(1.2)	5(6.8)	
	없음	10(15.6)	14(16.7)	20(27.0)	
가족 중 도움을 청하는 대상	아버지	7(10.9)	14(16.7)	8(10.8)	25.08 **
	어머니	23(35.9)	37(44.0)	12(16.2)	
	부부	6(9.4)	3(3.6)	2(2.7)	
	형제	15(23.4)	16(19.0)	27(36.5)	
	자식	0(0.0)	0(0.0)	2(2.7)	
	없음	13(20.3)	14(16.7)	23(31.1)	
가족 중 대화를 나누는 대상	아버지	8(12.5)	13(15.5)	7(9.5)	34.49 ***
	어머니	27(42.2)	45(53.6)	11(14.9)	
	부부	5(7.8)	0(0.0)	3(4.1)	
	형제	12(18.8)	15(17.9)	28(37.8)	
	자식	2(3.1)	1(1.2)	2(2.7)	
	없음	10(15.6)	10(11.9)	23(31.1)	

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

() : %

표 6. 각 척도 측정치간의 상관 (n = 222)

	1	2	3	4	5
1. 가족의 지지	1.00				
2. 문제해결적 대처	.17**	1.00			
3. 문제회피적 대처	-.01	-.57**	1.00		
4. 증상	-.15*	-.16*	.36**	1.00	
5. 삶의 질	.28**	.30**	-.14*	-.35**	1.00

* $p < .05$, ** $p < .01$

표 7. 가족의 지지, 스트레스 대처방식 증상과 삶의 질간의 회귀모형

변 인	β	t	R ²	F	F Change
증 상	-.353	-5.595***	.13	31.30***	31.30***
문제해결적 대처	.366	8.027***	.26	37.50***	38.37***
문제회피적 대처	-.341	-4.733***	.33	34.91***	22.40***
가족의 지지	.146	2.568**	.35	28.50***	6.60*

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

만성정신분열병 환자의 가족의 지지, 스트레스 대처방식, 및 증상이 환자가 지각하는 삶의 질에 미치는 영향력을 알아보기 위한 회귀분석을 실시하기 전, 상관분석을 통하여 각 요인들의 관계를 살펴보았다(표 6). 상관 분석 결과, 삶의 질은 가족의 지지($r = .28, p < .01$), 문제 해결적 대처($r = .30, p < .01$)와 유의한 정적상관을 보인 반면 문제회피적 대처($r = -.14, p < .05$), 증상($r = -.35, p < .01$)과는 유의한 부적상관을 보였다.

가족의 지지, 스트레스 대처방식, 증상이 만성정신분열병 환자의 삶의 질에 미치는 상대적인 영향력을 살펴보기 위하여 단계적 회귀분석을 실시하였으며 그 결과는 표 7에 제시하였다.

표 7을 보면, 만성정신분열병 환자의 삶의 질에 대하여 증상은 총 13%, 문제해결적 대처는 13%로 가장 높았으며 문제 회피적 대처는 7%,

가족의 지지는 2%로 삶의 질 점수의 총 변량 중 35%를 차지한다. 예언 변인 가운데 스트레스 대처방식인 문제해결적 대처와 문제회피적 대처는 총 변량의 20%로 예언력이 상대적으로 가장 높았고, 가족의 지지가 가장 낮은 예언력을 보였다. 따라서 만성정신분열병 환자는 스트레스 관리 시 문제해결적 대처를 많이 할수록, 문제회피적 대처를 적게 할수록, 증상이 적을수록, 그리고 가족의 지지를 많이 받을수록 지각하는 삶의 질 수준이 높아지는 것을 알 수 있다.

논 의

본 연구에서는 정신분열병 진단을 받은 후 2년 이상이 경과된 만성정신분열병 환자들의 삶

의 질을 구성하는 요인들을 살펴보고, 환자들이 이용하고 있는 기관들을 정신병원, 사회복지시설, 정신요양시설들로 구분하여 그들이 지각하는 삶의 질에 가족의 지지, 스트레스 대처방식과 증상이 미치는 영향에 관하여 살펴보았다. 이는 치료 환경에 따른 환자들의 삶의 질 요인을 평가해보고 그들을 위한 치료계획과 목표를 수정하거나 치료적 접근 방향을 제시하고자 한 연구(Lehman, Possidente, & Hawker, 1986)와 비슷한 목적에서 행해졌다. Lehman 등(1986)의 연구에서는 지역사회 거주 환자가 입원환자들에 비하여 재정, 가족관계, 건강, 생활상태, 사회적 관계 등의 영역에서 보다 만족하고 있는 것으로 나타났으며, 지역사회에서의 거주기간이 늘어날수록 재정과 여가활동 등에서 생활 만족도가 향상되었다. 하지만 본 연구에서는 임상적 특징들에 있어서 집단 차이는 나타나지 않았으나 연령, 결혼, 종교, 학력에서는 집단 차이를 보였다.

만성정신분열병 환자의 삶의 질 척도는 「긍정적인 자기지각」, 「불편감」 및 「정서적 불안정성」의 3가지 하위요인으로 구성되었으나 환자들이 이용하고 있는 치료환경에 따른 차이는 나타나지 않았다. 또한 가족의 지지, 스트레스 대처방식과 증상이 삶의 질에 미치는 영향에 관하여 살펴본 결과, 첫째 만성정신분열병 환자들이 문제해결적 대처를 많이 사용할수록 지각하는 삶의 질이 높아짐을 알 수 있었다. 이러한 결과는 스트레스에 대한 적극적 대처전략이 사회적 지지를 촉진시키고 삶의 질을 향상시킨다는 Burgess 등(2000)의 결과와 일치하는 것으로, 향후 만성정신분열병 환자들의 재활에는 스트레스 대처방식에 대한 교육과 훈련이 반드시 필요함을 시사한다. 둘째, 정신증적 증상이 적을수록 지각하는 삶의 질이 높은 것으로 나타났다. 이러한 결과는 증상이 삶의 질과 부적 상관관계에 있다

는 Kaiser(2000)와 Koksall, Binnur, Yildiz, Songul, & Huray(2004)의 연구 결과와 일치하는 것이다. 정신분열병은 질병의 특성 상 일상생활에서의 기능손상을 야기하기 때문에 만성적인 경과를 밟을수록 점점 사회로부터 철수되기 쉬우며 따라서 삶의 질에도 부정적인 영향을 끼치게 되는 것이다. 따라서 적절한 재활적 서비스를 받는 데 있어서 증상 경감을 위한 약물치료와 재활방지에 대한 교육이 제공될 필요가 있다. 마지막으로 가족의 지지를 많이 받는 환자일수록 그들이 지각하는 삶의 질이 높은 것으로 나타났다. 가족 중에서 도움을 청하고 대화를 나누며 가장 신뢰하는 사람은 '어머니'가 높은 빈도를 보였다. 이는 만성정신분열병 환자들 대부분이 미혼이고 퇴원 후 가정으로 돌아가는 사람들의 비율이 높다는 사실을 고려할 때, 가족의 지원인 어머니의 중요성이 부각되는 부분이다. 이와 함께 사회복지시설 환자들이 정신요양시설 환자들에 비해 도움을 청하고 대화를 나누는 영역에서 보다 많은 가족 지원을 가지고 있는 것으로 나타났다. 결국 정신요양시설 환자들의 경우 다른 기관들에 비하여 상대적으로 긴 유병 기간과 입원 기간으로 인하여 환자뿐만 아니라 가족들도 지쳐서 환자에 대한 가족의 지지가 감소되었을 것이다. 따라서 만성정신분열병을 가진 환자들에 대한 보다 효과적인 개입을 위해서는 어머니를 대상으로 치료적 정보를 제공하고 스트레스 관리를 위한 적절한 치료적 서비스가 부가적으로 제공되어야 할 것이다.

본 연구는 심리사회적 요인 가운데 스트레스 대처방식, 가족의 지지가 만성정신분열병 환자의 삶의 질에 영향을 미치고 있음을 보여주었다. 또한 만성정신분열병 환자의 심리사회적 재활 서비스와 관련된 몇 가지 시사점을 갖는다.

첫째, 만성정신분열병 환자를 대상으로 한 자

기보고식 '삶의 질' 측정도구를 사용하였다. 만성정신분열병 환자의 삶의 질을 측정하는데 있어 여러 가지 도구가 사용되어 왔으나, 대부분의 선행연구에서 사용된 삶의 질 측정도구를 보면 구조화된 면담에 의한 것(Franz et al., 2000; Heslegrave et al., 1997; Lehman, 1983; Lehman et al., 1986; Patterson et al., 1997; Sullivan et al., 1992)이거나 일반적인 건강질문지였다(국승희, 손정락, 2000; 양동석, 2000). 하지만 본 연구에서는 만성정신분열병 환자들이 스스로 보고하는 자기보고식 삶의 질 측정도구를 사용함으로써 그들의 증상과 적응상의 특이성을 측정하였다.

둘째, 스트레스 대처방식이 만성정신분열병 환자의 삶의 질에 영향을 미친다는 것을 알아냈다. 따라서 퇴원을 앞둔 환자들이나 혹은 지역사회에서 살아가고 있는 만성정신분열병 환자들에게 스트레스 대처에 대한 보다 체계적인 훈련이 제공되어야 할 것이다.

셋째, 가족의 지지 정도에 따라 만성정신분열병 환자가 지각하는 삶의 질이 다름을 발견하였다. 즉, 가족의 지지를 많이 받을수록 지각하는 삶의 질 수준이 높아진다. 이는 만성정신분열병 환자의 치료와 재활적 개입의 계획에 있어 환자 뿐만 아니라 환자의 가족, 특히 어머니의 적극적인 치료 개입도 함께 고려해야 한다는 것을 시사한다. 만성정신분열병 환자 가족에 대한 교육과 서비스가 충분하게 제공되었을 경우 환자가 지각하는 삶의 질이 향상될 뿐만 아니라 지역사회 적응 수준을 높이고 적응기간 역시 단축시킬 수 있을 것으로 여겨진다.

넷째, 연구대상자에 있어서 정신요양시설에 있는 환자들도 연구에 포함시켰다. 현재까지 만성정신분열병 환자들을 대상으로 한 연구의 대부분은 병원이나 사회복지시설을 중심으로 이루어져 왔다. 하지만 우리 사회에는 정신요양시설에

서 생활하고 있는 정신분열병 환자들도 많이 있다. 그러므로 본 연구에서는 앞으로 정신요양시설에 있는 환자들을 위해서도 관심이 필요하며 이를 위한 기초 자료를 제공하였다는 점에서 의의가 있다.

본 연구의 제한점과 앞으로의 연구를 위한 제언은 다음과 같다.

첫째, 전체 대상자들의 증상에 대한 보다 심도 깊은 평가가 요구된다. 단순히 증상과 삶의 질과의 관련성을 밝혀내는 것만이 아니라 양성이나 음성 증상의 정도가 삶의 질과 더 많이 관련된다는 Heslegrave 등(1997)의 주장에서처럼, 증상에 대한 보다 면밀하고 체계적인 측정이 필요할 것이다.

둘째, 표집된 연구대상자의 수가 적고 주로 광주와 대구지역 등에 국한되어 본 연구결과를 일반화하는데 제한점이 있다. 따라서 추후 연구에서는 보다 큰 표집과 전체 지역을 대상으로 한 폭넓은 연구가 필요할 것이다.

셋째, 본 연구에서는 만성정신분열병 환자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인으로 환자가 지각하는 가족의 지지만을 살펴보았다. 그러나 환자가 지각하는 가족의 지지도와 가족이 생각하는 환자에 대한 가족의 지지 정도에는 차이가 있을 수 있으며 그러한 차이가 환자의 삶의 질에 영향을 미칠 수 있다. 따라서 추후 연구에서는 환자가 지각하는 가족의 지지와 더불어 가족이 환자에게 제공한다고 생각하는 지지 정도를 구분해서 측정함으로써 이러한 관련성을 살펴볼 필요가 있을 것이다.

마지막으로 지역사회 적응수준을 주관적인 삶의 질로 가장 잘 예측할 수 있다는 Smith(1999a)의 결과가 우리나라에서도 적용되는지에 대한 추후연구가 필요할 것으로 생각된다.

참고문헌

국승희 (2001). 정신분열병 환자의 삶의 질 모델 개발. 전북대학교대학원 박사학위 논문.

국승희, 손정락 (2000). 정신분열병 환자의 삶의 질 평가를 위한 GHQ/QL-12의 타당화: RMSEA 및 ECVI 지수와 Rasch 모델을 이용하여. 한국심리학회지 : 임상, 19, 587-602.

김광수, 장계호 (1999). 정신분열병 환자의 삶의 질: 역사적 개관. 정신분열병 클리닉 제 1 권. 중앙문화사.

김연수 (1995). 정신장애인의 삶의 만족도와 사회적 지지에 관한 연구. 이화여자대학교대학원 석사학위 논문.

김은숙 (1997). 만성정신장애인에 대한 스트레스 대처훈련 프로그램 활용에 관한 연구. 가톨릭대학교대학원 석사학위 논문.

김철권, 변원탄 (1996). 정신분열병을 극복하는 법. 신한.

배안, 김진학, 박수희, 김명규, 김중원 (1999). 치료환경에 따른 만성정신질환자의 삶의 질. 신경정신의학, 38, 1273-1281.

양동석 (2000). 정신장애 환자와 보호자의 사회인구학적, 임상적 및 심리적 특징과 삶의 질의 관계. 전남대학교대학원 석사학위 논문.

양옥경 (1999). 지역사회 정신건강-달린 시설에서 열린 사회로-. 나눔출판

이근영 (1993). 사회적 지지가 퇴원한 정신분열증 환자의 사회적응에 미치는 영향에 관한 연구. 숭실대학교대학원 석사학위 논문.

이순목 (1995). 직업생활의 질과 인생의 질 삶의 질의 심리학, 1995년도 한국심리학회 춘계 심포지움 자료집, 77-112.

최영희 (1997). 정신과 영역에서 삶의 질에 관한 고찰. 신경정신의학, 36, 19-31.

하경희 (2000). 정신장애인의 사회적응에 영향을 미치는 요인. 서울대학교 대학원 석사학위논문.

한성열 (1995). 삶의 질과 내재적 동기의 실현. 삶의 질의 심리학, 1995년도 한국심리학회 춘계심포지움 자료집, 1-22.

한영란 (1997). 만성정신장애인의 삶의 질 요인에 관한 연구. 대구대학교대학원 박사학위 논문.

Anthony, W., Cohen, M., & Farkas, M. (1998). 정신 재활[Psychiatric Rehabilitation].(손명자 역). 성원사. (원전은 1990에 출판)

Awad, A. G., Voruganti, N. P., & Heslegrave, R. J. (1997). Measuring quality of life in patients with schizophrenia. *PharmacoEconomics*, 11, 32-47.

Burgess, A. P., Carretero, M., Elkington, A., Pasqual-Marsettin, E., Lobaccare, C., & Catalan, J. (2000). The role of personality, coping style and social support in health-related quality of life in HIV infection. *Quality of Life Research*, 9, 423-437.

Diener, E. & Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 653-663.

Franz, M., Meyer, T., Reber, R., & Gallhofer, B. (2000). The importance of social comparison for high levels of subjective quality of life in chronic schizophrenic patients. *Quality of Life Research*, 9, 481-489.

Hansson, L., Middelboe, T., & Vinding, H. R. (2002). Living situation, subjective quality of life and social network among individuals with schizophrenia living in community settings. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 343-351.

- Heslegrave, R. J., Awad, A. J., & Voruganti, N. P. (1997). The influence of neurocognitive deficits and symptoms on quality of life in schizophrenia. *Journal of Psychiatry Neuroscience*, 22, 235-243.
- Kaiser, W. (2000). Cognitive effects of anti psychotics in schizophrenia and relationship to quality of life. *The British Journal of Psychiatry*, 176, 92-93.
- Koksall, A., Binnur, A. B., Yildiz, A., Songul, C., & Huray, F. (2004). Quality of life assessment in Turkish patients with schizophrenia and their relatives. *Psychological Reports*, 95, 197-207.
- Lehman, A. F. (1983). The well-being of chronic mental patients. assessing their quality of life. *Archives of General Psychiatry*, 40, 369-373.
- Lehman, A. F., Possidente, S., & Hawker, F. (1986). The quality of life of chronic patients in a state hospital and in community residences. *Hospital and Community Psychiatry*, 37, 901-907.
- Marengo J. T., Harrow M., & Westermeyer J. F. (1991). Early longitudinal course of acute-chronic and paranoid-undifferentiated schizophrenia subtypes and schizophreniform disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4), 600-603.
- Meltzer, H. Y., Bastani, B., & Ramirez, L. F. (1990). Effects of six months of clozapine treatment on the quality of life of chronic schizophrenic patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 892-897.
- Norman, R. M. G., Malla, A. K., Cortese, L., Cheng, S., Diaz, K., McIntosh, E., McLean, T. S., Rickwood, A., & Voruganti, L. P. (1999). Symptoms and cognition as predictors of community functioning: A prospective analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 156, 400-405.
- Patterson, T. L., Shaw, W., Semple, S. J., Moscona, S., Harris, M. J., Kaplan, R. M., Grant, I., & Jeste, D. V. (1997). Health-related quality of life in older patients with schizophrenia and other psychoses; relationships among psychosocial and psychiatric factors. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 452-461.
- Smith, T. E., Hull, J. W., & Clarkin, J. F. (1999a). Dimensions of social adjustment in schizophrenia: A factor analysis. *The Journal of Nervous and Mental Diseases*, 187, 55-57.
- Smith, T. E., Hull, J. W., Goodman, M., Hedayat-Harris, A., Willson, D. F., Israel, L. M., & Munich, R. L. (1999b). The relative influences of symptoms, insight, and neurocognition on social adjustment in schizophrenia and schizoaffective disorder. *The Journal of Nervous and Mental Diseases*, 187, 102-108.
- Sullivan, G., Wells, K. B., & Leake, B. (1992). Clinical factors associated with better quality of life in a seriously mentally ill population. *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 794-798.
- Wilkinson, G., Hesdon, B., Wild, D., Cookson, R., Farina, C., Sharma, V., Fitzpatrick, R., & Jenkinson, C. (2000). Self-report quality of life measure for people with schizophrenia: The SQLS. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 42-46.

원고접수일 : 2004. 10. 30

게재결정일 : 2004. 12. 21

The chronic schizophrenic patient's Quality of Life: Focused on stress coping strategy, symptom, and family support

SoHyoung Kim* SooSung Oh** EunHee Lee* HyunJeong Kim*

*St. John of God Hospital

**Department of Psychology, Chonnam National University

This study was designed to examine factor structures of the Schizophrenia Quality of life Scale(SQLS), and the influences of family support, stress coping strategies, symptoms on the quality of life. 222 chronic schizophrenic patients with a diagnosis of schizophrenia, of more than 2 years and who resided in a mental hospital, rehabilitation centers, mental sanatoria were examined with SQLS. Following analysis, three factors(positive self- perception, uncomfortableness, and emotional unstableness) were extracted from SQLS. There were no significant differences among the groups. The person chronic schizophrenic patient trusted, asked for help and wanted to talk to most was identified as the mother among family members. The chronic schizophrenic patient's quality of life score was best explained by the order of stress coping strategy, symptoms, and family support. In other words, it was reported that their quality of life was higher when they took more coping strategies, when they had less serious psychotic symptoms, and when they could have more family support. In conclusion, suggestions and limitations of this study, and directions of future study were discussed.

Keywords : chronic schizophrenia, quality of life, stress coping strategy, family support