

농촌지역 정신질환자 가족 부담

이원영 · 신영전 · 김정희 · 남정현¹⁾ · 문옥륜²⁾

한양대학교 의과대학 예방의학교실, 신경정신과학교실¹⁾, 서울대학교 보건대학원²⁾

A Study on the Family Burden of the Mentally Ill in a Rural Area

Weon Young Lee, Young-Jeon Shin, Jung Hoe Kim,
Chung Hyun Nam¹⁾, Ok Ryun Moon²⁾

Department of Preventive Medicine, Hanyang University College of Medicine
Department of Psychiatry, Hanyang University College of Medicine¹⁾
School of Public Health, Seoul National University²⁾

Objectives : This is a descriptive study which was carried out to identify characteristics of the chronic mentally ill and their families in a rural area and the influencing factors on family burden.

Methods : Data was collected for seven months beginning April 1, 1998 by questionnaire from chronic mentally ill patients and their families in two towns and seven townships of the rural areas of Kyonggi Province. In addition to the mental diagnosis of the mentally ill patients, family burden was measured by interviewing the other family members using the questionnaire developed by Pai & Kapur (1981). Of those interviewed, 103 patients were selected for final analysis.

Results : Of 103 mentally ill patients, 36.1% of the subjects were not under treatment. In particular, of 29 patients with schizophrenia, 48.3% of the subjects had stopped taking medication and 6.9% of the subjects had never been treated. According to the results of a specialized examination by a psychologist, 81% of patients were in need of hospitalization. Most primary caregivers were parents. Of the 101 primary caregivers in the study, 39.6% were over 65 years old. In case of death of the primary caregiver, 50.5% of these 101 mentally ill patients would not have anyone to care for them. Of the various kinds of family burden, primary caregivers most often reported psychological

stress. Overall, the families of dementia and schizophrenia patients complained of the most family burden. Through univariate analysis, the variables of sex, education and current treatment type of the patients, the relationship with the patient and marital status of the primary caregiver and the number of people living together in the household showed significant correlation with the family burden of schizophrenia patients. Univariate analysis also showed that there were a number of variables which were correlated to the family burden in mentally retarded patients. Concerning the need for mental health services, the most common requests were for entitlement to disability benefits and housing programs.

Conclusions : Community mental health services in rural areas must be developed, planned and executed in consideration of the local situation. In particular, the development of various family support programs is needed in order to mitigate emotional, mental and economic burdens and carry out a positive role to care for and rehabilitate patients.

Korean J Prev Med 1999;32(3):400-414

Key Words: Community mental health, Family burden, Rural area

서론

정신질환은 매우 다양한 범주의 질환으로 구성되어 있으며, 그에 따라 정신보건사업의 내용도 매우 다양하다. WHO (1992)는 정신보건사업의 구성 요소를 정신건강의 증진, 건강과 인간발달의 정신 사회적 요소, 정신질환의 예방과 치료, 재활로 분류하고 있으며, 이 중 만성 정신질환자를 대상으로 한 지역사회 정신보건 (community mental health)을 전세계적

으로 가장 중점을 두어야 할 부분으로 제시하였다. 지역사회 정신보건이라는 이름 하에 지역사회 내에서 취해지는 모든 활동을 의미한다. 즉 정신질환자 관리의 중심이 되는 장소가 병원이나 수용소가 아닌 지역사회이며, 정신보건의 대상이 개인이 아닌 지역사회내의 주민 전체가 되며, 치료보다는 질병의 예방과 재활에 그 중요성을 둔다는 점에서 전통적인것과는 구별된다(Bloom, 1984). 이러한 지역사회 정신보건의 대두된 배경으

로는 1953년 향 정신성의약품의 개발과 더불어 1960년대 사회개혁자들이 제기한 수용소 환자들의 인권문제와 장기 수용환자의 증가에 따른 정부의 재정부담, 그리고 정신질환의 조기치료와 효과에 대한 이해 및 일차보건의료의 확산 등으로 요약될 수 있다(남정자, 1992). 지역사회 정신보건의 발전은 주로 구미 선진국을 중심으로 이루어졌는데, 과거 30년간 이들 국가들은 대형정신병원의 병상 수를 감소시키고자 정신질환자의 탈원화 (deinstitutionalization)를 추진하여 그 자체로 상당한 성공을 거두었으나 대부분의

경우 지역사회에서의 환자관리대책이 미흡한 상태에서 퇴원환자 재입원률의 증가나 집없이 떠도는 환자의 문제 등이 새로이 대두되었다(김용익, 1994). 이에 각국은 제반 사회·경제적 여건에 따라 나름대로의 관리방안을 모색하여 왔으며, 그 결과 지역사회 정신보건에 대한 구체적인 시행방안이 여러 나라에서 제기되기에 이르렀다. UN(1991)은 '정신질환자 보호 및 정신보건관리 향상을 위한 UN의 원칙'에서 정신질환자들이 가능한 한 지역사회에서 거주하고 근로를 할 권리, 그리고 다른 일반 질병을 앓고 있는 환자들과 동등한 기준에 의해 치료를 받을 권리가 있음을 명시하였다.

이러한 세계적인 추세와 달리 국내 정신보건체계는 수용시설 및 병원 중심으로 정신보건서비스가 제공되고 있으며, 정신질환자를 위한 사회복귀시설은 거의 전무한 실정이다(보건복지부, 1998). 1993년 의료보험통계자료에 의하면 전체 의료보험 및 의료보호 정신과 진료비 중 입원진료비가 약 70%를 차지하고 있으며, 이호영 등(1994)은 우리나라 정신질환자 평균 재원일수가 761일로 미국이나 유럽 대부분의 국가들이 10-30일 정도인 것에 비해 매우 길며, 입원한 환자 중 적절한 지역정신보건서비스가 있으면, 퇴원할 수 있는 환자가 55.9%-76.5%에 이른다고 보고하였다. 그러나 1983년도 <추적 60분>에 의해 보도된 기도원사건을 계기로 정신질환자에 대한 비인간적인 처우에 대한 국민여론의 형성과 전국민의 정신건강권에 대한 관심이 증대되면서 정신보건법 제정에 대한 논의가 시작되었고, 관련 집단들의 이해관계가 얽혀 오랫동안 계류되어 오다가 1995년도 12월에 보건소를 통한 정신질환자 관리와 사회복귀시설의 설치 등을 골자로 하는 정신보건법이 제정됨으로써 우리나라 지역사회 정신보건은 새로운 전기를 마련하게 되었다(양옥경, 1996). 아울러 1994년도부터 시작된 보건복지부의 정신보건정책연구 결과, 정신질환자의 지역사회관리가 현실적으로 가능하다는 판단을 할 수 있게 됨으로써, 전체적인 차원에서 효율적이고, 적극적으로

지역사회 정신보건을 전개할 수 있는 기틀을 형성하였으며 앞으로 지역사회정신보건사업은 중앙 정부나 지방정부 차원에서 활발히 전개될 것으로 전망된다(경기도, 1997).

일반적으로 탈원화가 진행되고 정신질환의 주된 치료의 장이 병원 혹은 시설에서 지역사회로 이행됨에 따라 많은 정신질환자들이 지역사회 내에서 가족과 함께 거주하게 된다. 외국에 보고에 의하면 탈원화된 환자의 약 30%에서 70%가 가족과 함께 거주하는 것으로 나타났다(Lamb & Goertzel, 1977; Minkoff, 1978; Tessler & Goldman, 1982; Goldstein & Caton, 1983; Talbot 1983). 따라서 정신질환자의 퇴원과 함께 가족은 환자를 돌보는 책임을 맡게 되며, 치료과정 및 재발 방지에 있어 가족의 역할이 매우 중요해졌다. 즉 정신질환자에 대한 치료가 예방적, 재활적 측면으로 방향이 바뀌면서 가족을 정신질환자의 통합적 치료 및 보호체계의 한 구성요소로 인식하게 되었다. 한편 탈원화 정책은 병원의 부담을 줄이고 조기회복과 만성 정신질환으로 인한 불리(handicap)를 방지하는 데 어느 정도는 기여하였으나, 가족과 지역사회의 부담을 증가시키는 결과를 초래하였다(Tooth & Brooke, 1961). 특히 정신질환자가 퇴원하여 집에 돌아오게 되었을 때 가족들이 겪는 정서적, 경제적 부담으로 만성정신질환자의 치료와 보호에 심각한 영향을 미치고 있다는 증거가 많은 연구 결과에서 나타나고 있다(Goldman, 1982; Liberman, 1988). 또한 정신질환의 경우는 원인 불명, 장기 치료, 경제적 부담, 심리적 불안, 사회적 압박감 등 질환자체의 특수성으로 인해 나머지 가족원에게 미치는 영향이 매우 심각하며, 이는 가족원에게 불안을 일으키며, 이러한 가족원의 반응이 환자에게 다시 영향을 미치는 순환적 과정을 밟게 된다(김은영, 1989). 따라서 정신질환자 가족에 대한 교육과 지지가 매우 중요해 졌다.

우리나라는 정신질환자 가족의 부담을 평가하고 가족의 요구를 파악하기 위한 연구는 아직 초기 단계로 사랑의 집 등록

회원 가족들의 부담에 관한 연구(하양숙, 1997), 국립 S병원 외래에 내원한 환자 가족들의 부담에 관한 연구(김연희, 1994), 정신보건센터에 등록된 의료보호 환자 가족들의 부담에 관한 연구(서은선, 1994; 이주훈, 1996), 가족협회에 등록된 정신질환자 가족들에 관한 연구(왕영애, 1997) 등이 있다. 그러나 아직까지 농촌지역 정신질환자 가족에 관한 연구는 미흡한 실정이다. 신영수 등(1994)이 연구한 바는 있지만, 가족 부담에 관한 간이형 설문 도구로 측정하였기 때문에 가족 부담이나 이에 미치는 요인들이 기술적으로만 제시되어 있다. 또한 대부분의 연구가 어느 한정된 집단을 대상으로 하였을 뿐 지역사회에 거주하는 다양한 정신질환자 및 가족의 특성 및 부담감에 관한 내용은 미흡하다. 이에 본 연구는 정신질환자의 일반적 특성 및 질환 관련 특성, 정신질환자의 주된 보호자 및 가족의 특성, 정신질환별 가족 부담감과 이에 미치는 요인, 정신질환자 가족들의 정신보건서비스 요구 내용을 파악하고자 한다. 궁극적으로는 농촌지역에 거주하는 만성정신질환자 가족 부담과 정신보건서비스 요구 내용 등을 파악하여 농촌지역 실정에 맞는 가족 지지프로그램 개발을 위한 기초자료를 제공하는 데 있다.

연구대상 및 방법

1. 연구 대상 및 진행 과정

1998년 4월1-30일 사이에 경기도 내 농촌지역 2개군의 2개읍과 7개면에 거주하는 81,022명의 지역주민 중 지역보건 담당자에 의해 277명의 정신질환자가 발견되었고, 9월 1일-10월 30일 사이에 1차 집계된 정신질환자 중 129명만이 정신과 전문의를 비롯한 연구팀에 의해 확진 및 설문조사가 이루어졌다(그림 1). 이 중 발견된 사례가 10명 이하인 정동장애, 알코올중독, 신경증 등의 정신질환자 26명은 대표성의 문제, 지역사회 정신보건의 우선 순위 등을 고려하여 제외하였다. 그 결과 정신분열증 29명, 간질 13명, 치매 12명, 그리고 정신지체 49명 등, 총 103명의

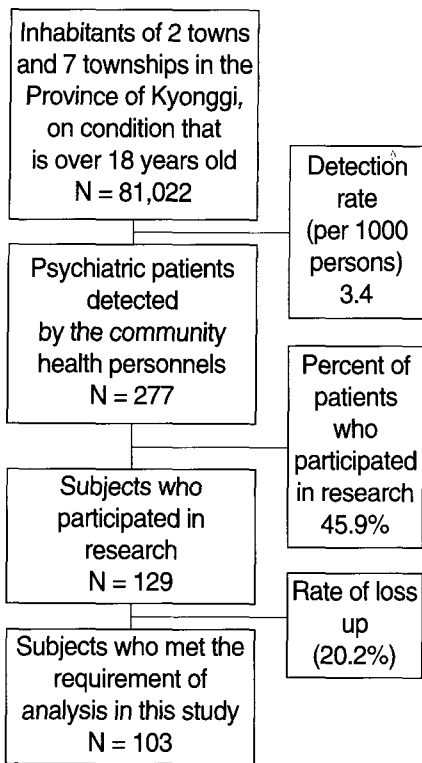


Figure 1 . Research process.

된 설문지를 사용하였으며, 질문지는 환자의 일반적 특성 12개 문항, 질환 관련 특성 10개 문항, 주된 보호자 및 가족 특성 15개 문항, 가족 부담 측정도구 24개 문항, 정신보건서비스 요구 내용 13개 문항으로 구성되어 있다.

가족 부담 측정도구는 1981년 Pai & Kapur(1981)의 면접스케줄을 변안한 것으로 경제적 부담 6개 문항, 일상생활 방해 5개 문항, 가족의 여가방해 4개 문항, 가족의 상호작용방해 5개 문항, 가족의 신체건강영향 2개 문항으로 구성되어 있다. 점수화는 각 문항에서 '전혀 부담이 안되거나 그런 일이 없다'를 0점, '약간 부담이 된다'를 1점, '매우 부담이 된다'를 2점으로 하였다. 서은선 등(1994)의 연구에서 측정된 Cronbach coefficient Alpha 값은 0.932이었고, 이주훈 등(1997)의 연구에서 측정된 문항별 평가자간 신뢰도는 0.85-0.99이었다.

들을 대상으로 정신과 전문의를 비롯한 연구팀들이 확진 조사를 실시하였고, 경우에 따라 CT나 뇌파검사 등 정밀검사도 실시하였다. 설문조사는 확진 검사를 위해 보건소에 내원한 환자 및 가족들을 대상으로 연구자에 의해 직접면접 설문방식으로 이루어졌고, 확진 검사과정에서 설문조사가 누락된 경우에는 연구자가 직접 가정방문을 통해 면접 설문조사를 실시하였다.

4. 자료분석 방법

정신 질환유형별로 환자와 주된 보호자 및 가족의 특성과, 가족 부담의 정도(6개 영역)를 제시하였고, 가족 부담에 영향을 미치는 요인을 분석하고자, 발견된 사례가 비교적 많은 정신지체와 정신분열증을 대상으로 환자와 주된 보호자 및 가족의 특성을 독립변수로 하고, 6개 항목의 가족부담을 종속변수로 하여 각각 Student t-test, Mann-whitney U test를 실시하여, 유의수준 1%, 5%로 가설 검증하였다. 정신보건서비스 요구도는 13개의 정신보건서비스 항목마다 '매우 필요없다'를 1점, '필요 없다'를 2점, '필요하다'를 3점, '매우 필요하다'를 4점으로 하여 평균을 구한 후 질환별로 우선 순위를 비교하였다.

결 과

1. 정신질환자의 특성

정신질환자 103명 중 남자가 59.2%, 여자가 40.8%로 남자가 더 많았다. 연령별로는 질환별 호발 연령에 따라 정신분열증은 생산연령층이 많았고, 치매는 노인들이 많았으며 간질과 정신지체는 19세 이하와 생산연령층에 고루 분포하였다. 교육수준은 101명 중 1-6년이 34.7%, 무학이 31.7%의 순으로 가장 많았고, 직업은 99명 중 무직이 73.7%로 가장 많았다. 결혼상태는 미혼이 61.4%이었고, 정신분열증의 경우 28명 중 이혼이나 별거가 17.9%이었다. 의료보장유형은 지역 의료보험이 56.1%이었고, 의료보호가 28.6%이었으며, 질환별 큰 차이는 없었다(표 1).

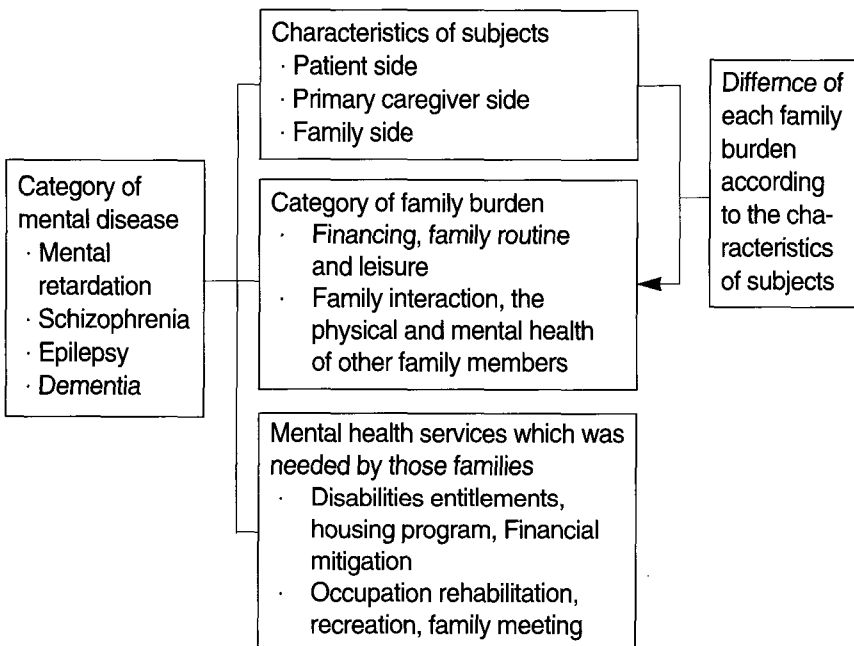


Figure 2 . Method of data analysis.

만성정신질환자들을 최종 분석대상으로 하였다.

2. 설문 도구

이 연구에 사용된 설문 도구는 구조화

3. 자료수집 방법

지역보건담당자들이 마을 이장인 부녀회장을 통해 미리 정해진 집계표에 의거하여 정신질환자들을 1차 집계하였고, 이

Table 1. General and clinical characteristics of study subjects

unit : person(%)

variables		Schizophrenia (n=29)	Mental retardation (n=49)	Epilepsy (n=13)	Dementia (n=12)	Total (n=103)
Sex	Man	16(55.2)	31(63.3)	9(69.2)	5(41.7)	59(59.2)
	Woman	13(44.8)	18(36.7)	4(30.8)	7(58.3)	42(40.8)
	Total	29(100.0)	49(100.0)	13(100.0)	12(100.0)	103(100.0)
Age (yrs)	Under 19	-	14(28.6)	4(30.8)	-	18(17.5)
	20-39	14(48.3)	22(44.9)	6(46.2)	-	42(40.8)
	40-64	14(48.3)	12(24.5)	3(23.1)	4(33.3)	33(32.0)
	Over 65	1(3.4)	1(2.0)	-	8(66.7)	10(9.7)
	Total	29(100.0)	49(100.0)	13(100.0)	13(100.0)	103(100.0)
Education (yrs)	Uneducated	2(7.4)	18(36.7)	3(23.1)	9(75.0)	32(31.7)
	1-6	7(25.9)	24(49.0)	3(23.1)	1(8.3)	35(34.7)
	7-9	5(18.5)	5(10.2)	4(30.8)	1(8.3)	15(14.9)
	10	13(48.1)	2(4.1)	3(23.1)	1(8.3)	19(18.8)
	Total	27(100.0)	49(100.0)	13(100.0)	12(100.0)	101(100.0)
Occupation	Unemployed	20(71.4)	33(71.7)	8(61.5)	12(100.0)	73(73.7)
	Agriculture	2(7.1)	5(10.9)	2(15.4)	-	9(9.1)
	Student	-	8(17.4)	2(15.4)	-	10(10.1)
	Others	6(21.4)	-	1(7.7)	-	7(7.1)
	Total	28(100.0)	46(100.0)	13(100.0)	12(100.0)	99(100.0)
Religion	Atheism	13(52.0)	23(50.0)	4(30.8)	8(66.7)	48(50.0)
	Christianity	6(24.0)	14(30.4)	4(30.8)	2(16.7)	26(27.1)
	Buddhism	-	3(6.5)	-	2(16.7)	5(5.2)
	Chatolicism	5(20.0)	6(13.0)	4(30.8)	-	15(15.6)
	Others	1(4.0)	-	1(7.7)	-	2(2.1)
	Total	25(100.0)	46(100.0)	13(100.0)	12(100.0)	96(100.0)
Marrital state	Single	14(50.0)	39(81.3)	9(69.2)	-	62(61.4)
	Married	7(25.0)	6(12.5)	3(23.1)	7(58.3)	23(22.8)
	Seperation	2(7.1)	-	1(7.7)	4(33.3)	7(6.9)
	Divorce	5(17.9)	3(6.3)	-	1(8.3)	9(8.9)
	Total	28(100.0)	48(100.0)	13(100.0)	12(100.0)	101(100.0)
Health Insurance	The Self-employed	14(51.9)	26(56.5)	9(50.0)	6(50.0)	55(56.1)
	Govern./school employees	2(7.4)	7(15.2)	2(16.7)	2(16.7)	13(13.3)
	Employees of industrial establishment	1(3.7)	1(2.2)	-	-	2(2.0)
	Medical aid	10(37.0)	12(26.1)	2(15.4)	4(33.3)	28(28.6)
	Total	27(100.0)	46(100.0)	13(100.0)	12(100.0)	98(100.0)
Duration of morbidity (yrs)	Under 9	14(48.3)	10(20.4)	2(15.4)	12(100.0)	38(36.9)
	10-19	11(37.9)	9(18.4)	5(38.5)	-	25(24.3)
	Over 20	4(13.8)	30(61.2)	6(46.2)	-	40(38.8)
	Total	29(100.0)	49(100.0)	13(100.0)	12(100.0)	103(100.0)
History of clinical diagnosis	Yes	23(92.0)	38(80.9)	12(100.0)	5(45.5)	78(82.1)
	No	2(8.0)	9(19.1)	-	6(54.5)	17(17.9)
	Total	25(100.0)	47(100.0)	12(100.0)	11(100.0)	95(100.0)
History of hospital visits	Yes	26(92.9)	23(46.9)	11(84.6)	7(58.3)	67(65.7)
	No	2(7.1)	26(53.1)	2(15.4)	5(41.7)	25(34.3)
	Total	28(100.0)	49(100.0)	13(100.0)	12(100.0)	102(100.0)
Present manner of medical Tx	Outpatient clinic	11(37.9)	4(8.2)	10(76.9)	-	25(24.3)
	Admission	2(6.9)	3(6.1)	1(7.7)	2(16.7)	8(7.8)
	Stopping Tx	14(48.3)	16(32.7)	1(7.7)	4(33.3)	33(32.0)
	Never Tx	2(6.9)	26(53.1)	1(7.7)	6(50.0)	37(35.9)
	Total	29(100.0)	49(100.0)	13(100.0)	12(100.0)	103(100.0)

유병기간은 전체적으로 고르게 분포하였고, 정신분열증은 9년 이하가 48.3%, 정신지체는 20년 이상이 61.2%, 간질은 20년 이상이 46.2%이었고, 치매는 모두 9년 이하였다. 총 응답자 95명 중 82.1%

가 의사로부터 진단을 받은 적이 있었으나, 치매는 12명중 58.3%만이 진단을 받은 적이 있었고, 정신분열증과 간질의 경우 각각 92.9%, 84.6%가 치료를 받은 적이 있으나, 정신지체나 치매는 각각

46.9%, 58.3%이었다. 현재 치료 유형은 103명 중 치료중단이나 미치료가 67.9%이었고, 특히 정신분열증은 29명 중 각각 48.3%, 6.9%가 치료중단이나 미치료 상태이었다. 정신과 확진조사 결과에 의하

면 16명중 81.3%가 입원치료가 필요한 상태이었다(표 1).

2. 정신질환별 주된 보호자 및 가족 특성

주된 보호자는 동거하는 가족 중에 환자를 시간 할애나 심리적 혹은 경제적인 면에서 가장 일차적으로 책임을 지고 있는 18세 이상 성인으로 정의하였다. 주된 보호자는 103명 중 어머니가 37.9%, 아버지가 27.2%으로 가장 많았고, 질환별로 큰 차이는 없었다. 성별은 남, 녀간 차이가 없었고, 연령은 101명 중 65세 이상이 39.6%이었으며, 특히 정신지체와 간질은 각각 45.8%, 46.2%이었다. 교육 수준은 99명 중 무학이 39.6%, 1-6년이 38.4%의 순으로 나타났고, 직업은 농업이 53.5%이었고, 무직이 23.8%이었다. 종교는 100명중 무교가 50%으로 가장 많았고, 결혼 상태는 101명 중 기혼이 71.3%으로 가장 많았다. 의료보장 유형은 102명 중 지역의료보험이 65.7%, 의료보호가 16.7%의 순으로 나타났다. 만성질환을 앓고 있는 주된 보호자는 전체 103명중 40.8%이었고, 질환별로 큰 차이는 없었다. 보호자 사망시 돌보아야 할 사람에 관한 질문에서 전체 101명 중 '아무도 없다' 라고 응답한 사람은 50.5%이었고, 18세 이상 동거가족수는 전체 103명 중 2명이 45.6%, 24.3%의 순으로 나타났다(표 2).

국가나 친척으로부터 경제적 보조를 받는 가족은 총 응답자 100명 중 66.0%이었고, 질환별로는 간질 환자 가족이 92.3%에서 경제적 보조를 받고 있었다. 가구 순소득이 한 달에 10만원 미만인 가구가 총 응답자 80명중 23.8%이었고, 질환별로 큰 차이를 보이지는 않았다. 가족내 다른 정신질환이 있는 경우는 정신지체가 다른 질환에 비해 월등히 많았다. 대부분 부모나 자녀, 형제 등이 같은 질환인 것으로 보아 정신지체의 유전적 특성에 기인하는 것 같다. 환자를 제외한 18세 이상의 동거 가족수는 총 응답자 103명 중 2명 45.6%, 1명 24.3%, 3명 20.4%의 순으로 나타났고, 이는 젊은 인

구가 적고, 노령 인구가 많은 농촌 현실을 그대로 반영하고 있다(표 2).

3. 정신질환별 가족 부담

정신질환별 가족 부담 내용 중 가족들의 정신건강에 대한 영향 0.70 ± 0.52 , 가족들의 신체건강에 대한 영향 0.50 ± 0.54 이 가장 높은 경향을 보였다. 경제적 부담은 치매 0.40 ± 0.30 , 일상적인 가족생활의 방해는 치매 0.65 ± 0.44 , 정신분열증 0.61 ± 0.51 , 가족의 여가 방해는 치매 0.60 ± 0.45 , 정신분열증 0.47 ± 0.42 , 가족의 상호작용의 방해는 정신분열증 0.66 ± 0.62 , 치매 0.58 ± 0.64 , 가족들의 신체건강에 대한 영향은 정신분열증 0.72 ± 0.64 , 치매 0.45 ± 0.68 , 가족들의 정신건강에 대한 영향은 정신분열증 0.84 ± 0.54 , 치매 0.75 ± 0.54 가 가장 높은 평균 점수를 보였다(표 3). 정신분열증과 치매가 간질이나 정신지체보다 가족 부담이 더 높은 경향을 보였다.

4. 가족부담에 영향을 미치는 요인

1) 정신분열증 환자 가족의 부담에 영향을 미치는 요인

(1) 환자의 인구학적, 질환관련 특성
남자가 가족의 일상생활 방해($p < 0.01$), 가족의 여가 방해($p < 0.05$), 가족의 상호작용 방해($p < 0.05$), 가족들의 신체건강($p < 0.01$) 및 정신건강($p < 0.05$) 그리고 7년 이상의 정규 교육을 받은 환자가 가족들의 신체건강($p < 0.05$) 측면에서 유의하게 높은 가족 부담을 보였다. 39세 이하 연령, 의료보험, 미혼 등이 전체적으로 가족 부담의 평균점수는 높았지만 통계적으로 유의한 차이를 보이지는 않았다(표 4). 현재 입원이나 외래 등의 치료를 받고 있는 경우가 가족의 경제적 부담($p < 0.05$)측면에서 유의하게 높은 가족부담을 나타냈다. 그러나 유병 기간이나 병의원 이용력에 따른 가족 부담은 유의한 차이를 보이지 않았다(표 4).

(2) 주된 보호자 및 가족의 특성에 따른 가족 부담환자와의 관계가 부모인 경우 가족의 일상생활 방해($p < 0.01$), 가족

의 여가 방해($p < 0.05$) 그리고 사별이나 이혼한 경우 가족의 일상생활 방해($p < 0.01$)측면에서 가족부담이 유의하게 높게 나왔다(표 5). 65세 이상의 연령과 보호자 사망시 돌볼 사람이 없는 경우 경제적 부담을 제외한 모든 가족 부담에서 평균 점수는 높았으나 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다(표 5). 동거 가족수가 1명인 경우 일상적인 가족생활 방해($p < 0.05$), 가족의 상호작용 방해($p < 0.05$) 측면에서 가족부담이 유의하게 높게 나왔다. 경제적 보조 유무에 따른 가족부담의 차이는 보이지 않았다(표 5).

2) 정신지체 환자의 가족 부담에 영향을 미치는 요인

(1) 환자의 인구학적, 질환관련 특성
20세 이상(생산연령)은 가족의 여가방해($p < 0.05$), 가족의 상호작용 방해($p < 0.05$), 가족들의 신체건강($p < 0.01$), 무직은 가족들의 신체건강($p < 0.05$), 기혼은 가족의 여가방해($p < 0.01$), 의료보험은 가족들의 경제적 부담($p < 0.01$)측면에서 가족의 부담이 유의하게 높게 나왔다. 그 외 성별, 교육 수준에 따른 가족의 부담은 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다(표 6).

현재 입원 혹은 외래를 이용한 경우가 일상적인 가족생활 방해($p < 0.01$), 가족들의 정신건강($p < 0.05$)에 대해 통계적으로 더 유의한 영향을 미쳤고 유병기간에 따른 가족 부담의 차이는 보이지 않았다(표 6).

(2) 주된 보호자 및 가족의 특성

65세이상 연령은 가족의 상호작용 방해($p < 0.05$), 국졸이하의 가족의 상호작용 방해($p < 0.01$)와 신체건강($p < 0.05$), 만성질환을 앓고 있는 경우는 가족의 신체건강($p < 0.01$) 측면에서 가족부담이 유의하게 높게 나왔고, 성별, 종교에 따른 가족 부담의 차이는 보이지 않았다(표 7).

동거가족수가 1명인 경우가 전체적으로 가족 부담이 높았고, 특히 가족들의 신체건강 측면에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다($p < 0.01$). 경제적 보조가 없는 경우 가족의 상호작용 방해($p < 0.05$), 연소득이 239만원 이하인 경우

Table 2. General characteristics of primary caregivers and their household

unit : person(%)

Variables		Schizophrenia	Mental Retardation	Epilepsy	Dementia	Total
Relationship to patient	Mother	8(27.6)	26(53.1)	5(38.5)	-	39(37.9)
	Father	9(31.0)	14(28.6)	5(38.5)	-	28(27.2)
	Spouse	5(17.2)	4(8.2)	1(7.7)	4(33.3)	14(13.6)
	Other familymembers	6(20.7)	3(6.1)	1(7.7)	4(33.3)	14(13.6)
	The others	1(3.4)	2(4.1)	1(7.7)	4(33.3)	8(7.8)
	Total	29(100.0)	49(100.0)	13(100.0)	12(100.0)	103(100.0)
Sex	Man	17(58.6)	21(43.8)	7(53.8)	6(50.0)	51(50.0)
	Woman	12(41.4)	27(56.3)	6(46.2)	6(50.0)	51(50.0)
	Total	29(100.0)	48(100.0)	13(100.0)	12(100.0)	102(100.0)
Age (yrs)	18-39	1(3.6)	4(8.3)	4(30.8)	2(16.7)	11(10.9)
	40-64	17(60.7)	22(45.8)	3(23.1)	8(66.7)	50(49.5)
	Over 65	10(35.7)	22(45.8)	6(46.2)	2(16.7)	40(39.6)
	Total	28(100.0)	48(100.0)	13(100.0)	12(100.0)	101(100.0)
Education (yrs)	uneducated	10(38.5)	21(43.8)	3(23.1)	5(41.7)	39(39.4)
	1-6	11(42.3)	27(37.5)	7(53.8)	2(16.7)	38(38.4)
	7-9	2(7.7)	4(18.7)	2(15.4)	-	8(8.1)
	above 10	3(11.5)	5(10.4)	1(7.7)	5(41.7)	14(14.1)
	Total	26(100.0)	48(100.0)	13(100.0)	12(100.0)	99(100.0)
Occupation	Unemployed	11(39.3)	8(16.3)	1(7.7)	3(27.3)	24(23.8)
	Agriculture	11(39.3)	29(59.2)	9(69.2)	5(45.5)	54(53.5)
	Others	6(21.4)	12(24.5)	3(23.1)	3(27.1)	23(22.8)
	Total	28(100.0)	49(100.0)	13(100.0)	11(100.0)	101(100.0)
Religion	Atheism	16(59.3)	21(43.8)	4(30.8)	9(75.0)	50(50.0)
	Christianity	13(27.1)	13(27.1)	2(15.4)	1(8.3)	18(18.0)
	Buddhism	4(8.3)	4(8.3)	1(7.7)	2(16.7)	10(10.0)
	Chatolicism	9(18.8)	9(18.8)	4(30.8)	-	18(18.0)
	Others	1(2.1)	1(2.1)	2(15.4)	-	4(4.0)
	Total	27(100.0)	48(100.0)	13(100.0)	12(100.0)	100(100.0)
Marital status	Single	-	1(2.1)	-	3(25.0)	4(4.0)
	Married	19(65.5)	37(78.7)	9(69.2)	7(58.3)	72(71.3)
	Seperation	9(31.0)	8(17.0)	4(30.8)	2(16.7)	23(22.8)
	Divorce	1(3.4)	1(2.1)	-	-	2(2.0)
	Total	29(100.0)	49(100.0)	13(100.0)	12(100.0)	101(100.0)
Health Insurance	Self-employed	19(69.2)	32(65.3)	9(69.2)	7(58.3)	67(65.7)
	Govern./school employees	2(7.1)	9(18.4)	3(23.1)	2(16.7)	16(15.7)
	Employees of Industrial establishment	-	1(2.0)	-	1(8.3)	2(2.0)
	Medical Aid	7(25.0)	7(14.3)	1(7.7)	2(16.7)	17(16.7)
	Total	28(100.0)	49(100.0)	13(100.0)	12(100.0)	102(100.0)
Chronic disease	Yes	13(44.8)	17(34.7)	8(61.5)	4(33.3)	42(40.8)
	No	16(55.2)	32(65.3)	5(38.5)	8(66.7)	61(59.2)
	Total	29(100.0)	49(100.0)	13(100.0)	12(100.0)	103(100.0)
The other caregiver	Parents	-	3(6.3)	2(16.7)	-	5(5.0)
	Spouse	1(3.4)	1(2.1)	1(8.3)	-	3(3.0)
	Other family members	13(44.8)	17(35.5)	2(16.7)	3(25.0)	35(34.7)
	Nobody	15(51.7)	22(45.8)	7(58.3)	7(58.3)	51(50.5)
	The others	-	5(10.4)	-	2(16.7)	7(6.9)
	Total	29(100.0)	48(100.0)	12(100.0)	12(100.0)	101(100.0)
Financial support	Yes	10(34.5)	17(37.0)	12(92.3)	6(50.0)	66(66.0)
	No	19(65.5)	29(63.0)	1(7.7)	6(50.0)	34(34.0)
	Total	29(100.0)	46(100.0)	13(100.0)	12(100.0)	100(100.0)
Income* per year	Under 239	6(27.3)	6(15.8)	3(27.3)	4(44.4)	19(23.8)
	240-1199	10(45.5)	21(55.3)	5(45.5)	4(44.4)	40(50.0)
	Over 1200	6(27.3)	11(28.9)	3(27.3)	1(11.1)	21(26.3)
	Total	22(100.0)	38(100.0)	11(100.0)	9(100.0)	80(100.0)
Other psychiatric patient in family	Yes	1(3.4)	11(22.4)	1(7.7)	1(8.3)	14(13.6)
	No	28(96.6)	38(77.6)	12(92.3)	11(91.7)	89(86.4)
	Total	29(100.0)	49(100.0)	13(100.0)	12(100.0)	103(100.0)
No. of family members**	1	10(34.5)	9(18.4)	4(30.8)	2(16.7)	25(24.3)
	2	10(34.5)	24(49.0)	7(53.8)	6(50.6)	47(45.6)
	3	5(17.2)	11(22.4)	2(15.4)	3(25.0)	21(20.4)
	Over 4	3(10.3)	5(10.2)	4(13.7)	1(8.3)	10(9.7)

* unit: ten thousand won, ** over 18 years old

가족의 여가방해(p<0.05), 가족들의 신체 건강(p<0.01), 가족들의 정신건강(p<0.05) 측면에서 가족부담이 유의하게 높게 나왔다(표 7).

5. 정신질환별 정신보건서비스

요구 내용의 우선 순위 정신보건서비스 요구 내용으로 정신분열증은 장애인 혜택 3.32±1.11, 거주나 수용시설 3.32±0.99, 경제적 부담의 경감 3.20±0.87, 대인관계훈련 3.20±1.26 등의 순으로 나타났고 정신지체는 장애인

혜택 3.11±1.01, 거주나 수용시설 3.09±0.93, 사회적 계몽이 3.00±1.20 등의 순으로 나타났고, 간질은 직업재활 3.54±0.88, 여가활용시설 3.46±1.05, 경제적 부담의 경감 3.15±0.55, 대인관계훈련 3.15±0.90 등의 순으로 나타났고, 치매는

Table 3. Mean scales of family burden by psychiatric disorder

Variables	Financial burden (Mean ± SD)	Effect on family routine (Mean ± SD)	Effect on family leisure (Mean ± SD)	Effect on family interaction (Mean ± SD)	Effect on physical health (Mean ± SD)	Effect on mental health (Mean ± SD)
Schizophrenia (n=29)	0.36±0.30	0.61±0.51	0.47±0.42	0.66±0.62	0.72±0.64	0.84±0.54
Mental retardation (n=49)	0.21±0.30	0.35±0.35	0.41±0.47	0.24±0.32	0.42±0.45	0.62±0.53
Epilepsy (n=13)	0.15±0.22	0.22±0.26	0.38±0.45	0.35±0.35	0.39±0.3	0.62±0.41
Dementia (n=12)	0.40±0.30	0.65±0.44	0.60±0.45	0.58±0.64	0.45(0.68)	0.75±0.54
Total (n=103)	0.27±0.32	0.43±0.42	0.45±0.45	0.41±0.50	0.50±0.54	0.70±0.52

Table 4. Comparison among groups divided by general and clinical variables for family burden of schizophrenia patients unit : person(%)

Variables	Financial burden Mean ± SD	Effect on family routine Mean ± SD	Effect on family leisure Mean ± SD	Effect on family interaction Mean ± SD	Effect on physical health Mean ± SD	Effect on mental health Mean ± SD
Sex	Man(n=16)	0.44±0.38	0.94±0.46	0.65±0.42	0.87±0.63	1.01±0.63
	Woman(n=13)	0.25±0.30	0.28±0.33	0.26±0.30	0.42±0.48	0.39±0.50
		U=71.0	U=25.0**	U=49.5*	U=54.0*	U=47.0**
Age (yrs)	Under 39(n=14)	0.39±0.37	0.75±0.53	0.56±0.44	0.79±0.67	0.90±0.81
	Over 40(n=15)	0.33±0.36	0.55±0.50	0.39±0.39	0.55±0.54	0.57±0.41
		U=98.0	U=81.5	U=81.5	U=81.0	U=82.5
education (yrs)	Under 6(n=9)	0.25±0.31	0.38±0.39	0.26±0.25	0.41±0.31	0.28±0.26
	Over 7(n=17)	0.47±0.37	0.76±0.55	0.58±0.45	0.77±0.64	0.92±0.71
		U=51.0	U=44.0	U=45.5	U=50.5	U=35.0*
Job	Yes(n=8)	0.21±0.34	0.41±0.42	0.35±0.37	0.61±0.74	0.44±0.56
	No(n=20)	0.42±0.36	0.77±0.53	0.54±0.43	0.73±0.55	0.86±0.67
		U=50.0	U=47.5	U=59.0	U=61.5	U=51.5
religion	Yes (n=12)	0.44±0.35	0.56±0.44	0.46±0.45	0.56±0.63	0.76±0.75
	No (n=13)	0.30±0.34	0.71±0.55	0.51±0.40	0.81±0.65	0.62±0.46
		U=61.0	U=64.5	U=72.0	U=56.0	U=75.0
Marital status	Married(n=7)	0.48±0.45	0.55±0.39	0.43±0.37	0.66±0.37	0.72±0.48
	The others(n=21)	0.32±0.33	0.69±0.56	0.51±0.44	0.70±0.67	0.74±0.71
		U=61.5	U=66.5	U=68.0	U=67.0	U=71.5
Health Security	Health Insurance(n=17)	0.42±0.41	0.70±0.48	0.53±0.43	0.69±0.56	0.86±0.65
	Medical Aid(n=10)	0.29±0.28	0.53±0.50	0.36±0.37	0.51±0.59	0.46±0.43
		U=78.0	U=66.0	U=64.5	U=64.5	U=54.5
Duration of morbidity (yrs)	Under 9(n=14)	0.39±0.39	0.55±0.51	0.36±0.43	0.51±0.51	0.68±0.60
	Over 10(n=15)	0.33±0.33	0.74±0.53	0.57±0.39	0.82±0.66	0.77±0.70
		U=72.5	U=58.0	U=52.0	U=54.0	U=70.5
Hx of hosp. visits	Yes(n=26)	0.40±0.36	0.68±0.51	0.51±0.42	0.70±0.63	0.74±0.65
	No(n=2)	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.31±0.42	0.26±0.35
		U=7.0	U=4.0	U=7.0	U=16.5	U=14.5
Present manner of Tx	Yes(n=13)	0.52±0.36	0.64±0.43	0.49±0.41	0.51±0.42	0.77±0.56
	No(n=16)	0.22±0.31	0.66±0.59	0.46±0.43	0.79±0.71	0.69±0.72
		U=56.0*	U=101.0	U=98.5	U=86.0	U=91.0

* p<0.05, ** p<0.01 by Mann-whitney U test

Table 5. Comparison among the groups divided by the general characteristics of primary caregivers and their household for the family burden of schizophrenia patients unit : person(%)

Variables	Financial burden Mean ± SD	Effect on family routine Mean ± SD	Effect on family leisure Mean ± SD	Effect on family interaction Mean ± SD	Effect on physical health Mean ± SD	Effect on mental health Mean ± SD
Relationship to patient	Parents(n=17)	0.40±0.35	0.86±0.50	0.62±0.45	0.79±0.71	0.89±0.69
	Theothers(n=12)	0.30±0.38 U=79.5	0.34±0.38 U=40.5**	0.26±0.26 U=54.0*	0.49±0.38 U=80	0.51±0.52 U=70.0
Sex	Man(n=17)	0.35±0.31	0.51±0.50	0.43±0.44	0.58±0.62	0.62±0.65
	Woman(n=12)	0.37±0.43 U=94.0	0.84±0.51 U=64.5	0.53±0.39 U=86.5	0.79±0.58 U=75.0	0.88±0.64 U=75.0
Age (yrs)	Under 64(n=18)	0.40±0.40	0.62±0.54	0.45±0.42	0.67±0.65	0.73±0.66
	Over 65(n=10)	0.31±0.28 U=85.0	0.77±0.46 U=72.5	0.56±0.42 U=76.0	0.67±0.59 U=86.0	0.81±0.63 U=86.0
education (yrs)	Under 6(n=21)	0.32±0.32	0.66±0.52	0.47±0.42	0.73±0.69	0.72±0.62
	Over 7(n=8)	0.46±0.46 U=70.5	0.60±0.54 U=78.5	0.47±0.45 U=83.5	0.50±0.28 U=74.5	0.75±0.75 U=83
Job	Yes(n=18)	0.29±0.36	0.55±0.52	0.53±0.46	0.69±0.63	0.67±0.68
	No(n=11)	0.46±0.34 U=70.0	0.81±0.49 U=69.5	0.37±0.34 U=80.0	0.62±0.59 U=91.5	0.82±0.60 U=83.0
Religion	Yes(n=13)	0.28±0.37	0.53±0.52	0.43±0.40	0.50±0.45	0.58±0.73
	No(n=16)	0.42±0.34 U=78.0	0.74±0.51 U=78.5	0.51±0.44 U=95.0	0.81±0.69 U=79.0	0.85±0.56 U=75.5
Marital status	Married(n=19)	0.32±0.38	0.46±0.43	0.39±0.39	0.52±0.52	0.53±0.48
	Theothers(n=10)	0.42±0.33 U=76.5	1.01±0.49 U=38.0**	0.63±0.44 U=64.5	0.95±0.69 U=57.5	1.11±0.77 U=53.5
Health Security Health	Insurance(n=21)	0.36±0.38	0.60±0.49	0.48±0.41	0.61±0.55	0.74±0.66
	Medical Aid(n=8)	0.34±0.30 U=82.0	0.78±0.60 U=69.0	0.44±0.47 U=78.0	0.83±0.75 U=72.0	0.69±0.65 U=79.5
chronicdz.	Yes(n=13)	0.35±0.31	0.65±0.49	0.47±0.39	0.62±0.57	0.85±0.68
	No(n=16)	0.36±0.40 U=97.0	0.64±0.56 U=100.0	0.47±0.45 U=103.0	0.71±0.65 U=96.5	0.63±0.61 U=85.0
The other caregiver	Yes(n=14)	0.47±0.39	0.51±0.48	0.38±0.41	0.52±0.42	0.76±0.70
	No(n=15)	0.25±0.30 U=74.0	0.79±0.53 U=72.5	0.56±0.42 U=78.5	0.81±0.73 U=87.0	0.71±0.62 U=103.5
No. of family members*	1 (n=6)	0.34±0.37	1.07±0.67	0.67±0.49	1.14±0.72	1.00±0.89
	over 2(n=23)	0.36±0.36 U=68.0	0.54±0.42 U=32.0*	0.42±0.39 U=47.0	0.54±0.52 U=31.0*	0.66±0.57 U=53.0
Finacial support	Yes(n=10)	0.36±0.35	0.59±0.48	0.41±0.33	0.49±0.42	0.66±0.52
	No(n=19)	0.36±0.37 U=93.0	0.68±0.55 U=85.5	0.51±0.46 U=86.0	0.76±0.67 U=75.0	0.77±0.71 U=90.5
Income (per year)**	Under 239(n=16)	0.54±0.36	0.81±0.51	0.58±0.39	0.63±0.55	0.85±0.70
	Over 240(n=6)	0.20±0.30 U=20.0	0.44±0.46 U=27.5	0.34±0.43 U=31.5	0.81±0.75 U=42.5	0.67±0.60 U=42.5

* p<0.05, ** p<0.01 by Mann-whitney U test

* over 18 years old

** unit: ten thousand won

가족모임이나 상담 3.17±1.19, 장애자 혜택 3.08±1.00, 경제적 부담의 경감 3.08±0.67, 사회적 계몽 3.08±1.08 등의 순으로 나타났다. 전체적으로 장애자 혜택 3.11±1.03, 거주 및 수용시설 3.07±0.95, 사회적 계몽 3.01±1.07 등의 순으로 나타났다(표 8).

고 찰

정신질환 유병률은 나라간의 큰 차이가 없으며, 일반인구 집단에서 매우 높은 유병률을 나타내는 것으로 알려져 있다(예방의학과 공중보건 편집위원회, 1995). 우리 나라에서 이루어진 정신질환에 대한 본격적인 역학조사로는 이정균 등(1986)과 이호영 등(1989)이 DIS-III(Diagnostic Interview Schedule-III) 한국어 판을 이용하여 조사한 것이 있다. 이정균 등의 연구에서 정신질환의 평생유병률은 서울

31.8%, 농촌지역 32.0%이었으며, 이호영 등의 연구에서는 37.2%였다. 그러나 정신보건 정책적 측면에서는 평생유병률보다는 입원 등의 치료 서비스가 필요한 만성 중증정신질환자 수를 파악하는 것이 더욱 필요하다(남정자, 1994). 1987년에 미국의 국립정신보건원(National institute of Mental Health)은 국가의 우선적 개입을 필요로 하는 대상을 정의하기 위하여 만성 중증정신질환자의 개념을 진단, 기

Table 6. Comparison among groups divided by general and clinical variables for the family burden of mentally retarded patients unit : person(%)

Variables		Financial burden Mean ± SD	Effect on family routine Mean ± SD	Effect on family leisure Mean ± SD	Effect on family interaction Mean ± SD	Effect on physical health Mean ± SD	Effect on mental health Mean ± SD
Sex	Man(n=31)	0.21±0.30	0.31±0.33	0.42±0.48	0.28±0.30	0.44±0.47	0.63±0.56
	woman(n=18)	0.24±0.29 t=-0.30	0.42±0.37 t=-0.99	0.42±0.46 t=0.02	0.21±0.35 t=0.73	0.39±0.40 t=0.35	0.62±0.50 t=0.11
Age(yrs)	Under 19(n=14)	0.15±0.15	0.29±0.35	0.20±0.35	0.12±0.17	0.11±0.21	0.51±0.43
	Over 20(n=35)	0.25±0.33 t=-1.41	0.38±0.34 t=-0.78	0.51±0.48 t=-2.16*	0.30±0.35 t=-2.42*	0.55±0.45 t=-4.52**	0.68±0.56 t=-1.01
education (yrs)	Under 6(n=42)	0.20±0.29	0.37±0.34	0.45±0.48	0.26±0.33	0.43±0.43	0.65±0.55
	Over 7(n=6)	0.34±0.37 t=-1.05	0.31±0.37 t=0.40	0.34±0.43 t=-0.52	0.21±0.30 t=0.40	0.42±0.58 t=0.06	0.51±0.44 t=0.60
Job	Yes(n=13)	0.13±0.28	0.24±0.42	0.41±0.61	0.22±0.32	0.20±0.38	0.39±0.54
	No(n=33)	0.25±0.30 t=-1.16	0.42±0.30 t=-1.66	0.44±0.41 t=-0.23	0.28±0.33 t=-0.58	0.52±0.44 t=-2.31*	0.72±0.53 t=-1.87
religion	Yes(n=23)	0.25±0.30	0.33±0.32	0.40±0.43	0.27±0.33	0.48±0.46	0.64±0.52
	No(n=23)	0.18±0.30 t=0.80	0.34±0.33 t=-0.18	0.46±0.51 t=-0.47	0.25±0.33 t=0.26	0.42±0.44 t=-0.49	0.61±0.58 t=0.13
Marital status	Married(n=6)	0.48±0.47	0.47±0.45	0.92±0.66	0.57±0.51	0.67±0.40	0.84±0.51
	The others(n=42)	0.18±0.25 t=1.50	0.34±0.33 t=0.84	0.36±0.40 t=2.92**	0.21±0.27 t=1.70	0.40±0.44 t=1.41	0.60±0.54 t=1.01
Health Security	Health Insurance(n=34)	0.25±0.28	0.39±0.33	0.45±0.50	0.29±0.33	0.43±0.41	0.71±0.53
	Medical Aid(n=12)	0.03±0.09 t=3.89**	0.19±0.30 t=0.81	0.23±0.34 t=1.40	0.16±0.29 t=1.21	0.30±0.45 t=0.95	0.42±0.51 t=1.62
Duration of morbidity(yrs)	Under 9(n=10)	0.22±0.23	0.41±0.46	0.33±0.47	0.31±0.42	0.26±0.42	0.61±0.51
	Over 10(n=39)	0.22±0.31 t=0.03	0.34±0.31 t=0.43	0.45±0.47 t=0.70	0.24±0.29 t=0.60	0.47±0.44 t=1.34	0.63±0.54 t=0.15
Hx of hosp. visits	Yes(n=23)	0.30±0.32	0.42±0.36	0.53±0.43	0.27±0.30	0.44±0.48	0.70±0.44
	No(n=26)	0.15±0.26 t=1.71	0.29±0.32 t=1.34	0.33±0.48 t=1.46	0.24±0.34 t=0.32	0.41±0.42 t=0.24	0.56±0.60 t=0.90
Present manner of Tx	Yes(n=7)	0.39±0.34	0.69±0.41	0.54±0.44	0.46±0.39	0.58±0.60	0.93±0.34
	No(n=42)	0.19±0.28 t=1.62	0.30±0.30 t=3.00**	0.40±0.47 t=0.71	0.21±0.30 t=1.92	0.40±0.42 t=0.97	0.58±0.54 t=2.30*

* p<0.05, ** p<0.01 by student t-test

Table 7. Comparison among the groups divided by the characteristics of primary caregivers and their household family for the family burden of mentally retarded patients unit : person(%)

Variables		Financial burden Mean ± SD	Effect on family routine Mean ± SD	Effect on family leisure Mean ± SD	Effect on family interaction Mean ± SD	Effect on physical health Mean ± SD	Effect on mental health Mean ± SD
Relationship to the patient	Parents(n=40)	0.19±0.27	0.35±0.34	0.39±0.47	0.24±0.30	0.37±0.43	0.57±0.52
	Theothers(n=9)	0.34±0.38 t=-1.34	0.38±0.36 t=-0.29	0.59±0.46 t=-1.17	0.29±0.41 t=-0.45	0.67±0.43 t=-1.89	0.89±0.54 t=-1.68
Sex	Man(n=31)	0.21±0.30	0.31±0.33	0.42±0.48	0.28±0.30	0.44±0.47	0.63±0.56
	Woman(n=18)	0.24±0.29 t=-0.30	0.42±0.37 t=-0.98	0.42±0.46 t=0.02	0.21±0.35 t=0.73	0.39±0.40 t=0.35	0.62±0.50 t=0.11
Age(yrs)	Under 64(n=26)	0.21±0.26	0.33±0.34	0.40±0.43	0.16±0.20	0.39±0.43	0.64±0.57
	Over 65(n=22)	0.23±0.34 t=0.25	0.37±0.36 t=0.40	0.47±0.52 t=-0.52	0.36±0.40 t=-2.09*	0.48±0.47 t=-0.71	0.62±0.51 t=0.13
education (yrs)	Under 6 (n=21)	0.24±0.33	0.41±0.36	0.46±0.49	0.43±0.38	0.58±0.48	0.70±0.51
	Over 7(n=18)	0.19±0.29 t=0.51	0.31±0.30 t=0.91	0.42±0.49 t=0.22	0.09±0.17 t=3.80**	0.28±0.39 t=2.07*	0.56±0.51 t=0.82
Job	Yes(n=41)	0.18±0.27	0.35±0.35	0.41±0.42	0.23±0.32	0.43±0.46	0.64±0.52
	No(n=8)	0.40±0.35 t=-1.93	0.38±0.34 t=-0.25	0.51±0.69 t=-0.53	0.33±0.35 t=-0.76	0.38±0.35 t=0.30	0.57±0.62 t=0.34
Religion	Yes(n=28)	0.23±0.27	0.33±0.36	0.36±0.38	0.25±0.26	0.42±0.47	0.61±0.49
	No(n=21)	0.20±0.33 t=0.32	0.38±0.33 t=0.42	0.51±0.57 t=-0.99	0.25±0.39 t=-0.05	0.43±0.42 t=-0.14	0.65±0.59 t=-0.23

(Continues on next page)

(Continued)

Marital status	Married(n=37)	0.24±0.30	0.33±0.34	0.41±0.48	0.19±0.24	0.41±0.45	0.59±0.54
	The others(n=12)	0.16±0.28 t=-0.82	0.41±0.37 t=-0.60	0.46±0.43 t=-0.34	0.44±0.46 t=-1.78	0.46±0.45 t=-0.35	0.76±0.50 t=-0.95
Health Security	Health insurance (n=42)	0.25±0.31	0.36±0.34	0.43±0.48	0.25±0.32	0.41±0.44	0.66±0.53
	Medical Aid(n=7)	0.05±0.12 t=2.91	0.29±0.36 t=0.50	0.36±0.40 t=0.37	0.23±0.37 t=0.14	0.51±0.50 t=-0.52	0.43±0.53 t=1.04
chronicdz.	Yes(n=27)	0.17±0.24	0.31±0.37	0.38±0.52	0.23±0.32	0.26±0.40	0.56±0.59
	No(n=22)	0.28±0.35 t=-1.21	0.41±0.31 t=-0.96	0.47±0.40 t=-0.63	0.27±0.32 t=-0.36	0.62±0.43 t=-2.96**	0.71±0.45 t=-0.97
No. of family members [#]	1(n=8)	0.28±0.39	0.46±0.33	0.54±0.36	0.33±0.44	0.76±0.26	0.76±0.37
	Over 2(n=41)	0.21±0.28 t=0.58	0.33±0.35 t=0.91	0.40±0.49 t=0.74	0.23±0.30 t=0.76	0.36±0.45 t=3.36**	0.60±0.56 t=0.73
The other caregiver	Yes(n=17)	0.13±0.33	0.23±0.31	0.40±0.54	0.22±0.32	0.36±0.42	0.51±0.50
	No(n=29)	0.27±0.28 t=-1.50	0.39±0.35 t=-1.56	0.48±0.43 t=-0.53	0.27±0.33 t=-0.49	0.45±0.46 t=-0.69	0.68±0.53 t=-1.08
Finacial support	Yes(n=11)	0.29±0.38	0.30±0.31	0.64±0.58	0.42±0.39	0.60±0.43	0.87±0.63
	No(n=38)	0.20±0.27 t=0.78	0.37±0.35 t=-0.60	0.36±0.42 t=1.78	0.20±0.28 t=2.08*	0.37±0.44 t=1.47	0.56±0.49 t=1.73
Income (per year) ^{##}	239(n=27)	0.19±0.29	0.38±0.34	0.46±0.42	0.26±0.34	0.56±0.42	0.76±0.54
	240(n=11)	0.17±0.16 t=0.25	0.30±0.38 t=0.70	0.14±0.30 t=2.59*	0.15±0.18 t=1.33	0.05±0.15 t=5.47**	0.37±0.39 t=2.18*

* p<0.05, ** p<0.01 by student t-test
[#] Over 18 years old except to patients
^{##} unit : ten thousand won

Table 8. Priorities in mental health services which families need according to psychiatric disorder

Service	Schizophrenia		Mental retardation		Epilepsy		Dementia		Total	
	Grade	Mean ±SDa*	Grade	Mean ±SD*	Grade	Mean ±SD*	Grade	Mean ±SD*	Grade	Mean ±SD*
· DisabilitiesEntitlements	1	3.32±1.11	1	3.11±1.01	10	2.77±1.01	2	3.08±1.00	1	3.11±1.03
· Housing program	1	3.32±0.99	2	3.09±0.93	7	2.92±1.12	9	2.67±0.65	2	3.07±0.95
· Finacial mitigation	3	3.20±0.87	6	2.81±0.88	3	3.15±0.55	2	3.08±0.67	5	2.99±0.82
· Traning for personal relations	3	3.20±0.96	5	2.87±0.74	3	3.15±0.90	5	2.92±1.31	4	3.00±0.90
· Daycare center	3	3.20±1.26	7	2.73±0.94	12	2.54±1.13	7	2.75±0.87	10	2.83±1.06
· Family meeting	6	3.16±1.11	10	2.68±0.93	8	2.85±1.14	1	3.17±1.19	7	2.89±1.05
· Shelter housing program	7	3.12±1.42	13	2.06±1.01	11	2.69±1.55	12	2.42±1.78	13	2.46±1.36
· Public education	8	3.04±1.02	3	3.00±1.20	5	2.92±0.64	2	3.08±1.08	3	3.01±1.07
· Occupational rehabilitaton	8	3.04±1.10	4	2.89±0.98	1	3.54±0.88	9	2.67±1.50	5	2.99±1.08
· Recreation program	8	3.04±1.06	8	2.72±0.97	2	3.46±1.05	12	2.67±1.50	8	2.99±1.08
· Information service	11	3.04±1.06	9	2.70±0.95	8	2.85±0.55	7	2.75±1.06	9	2.81±0.95
· Intervention crisis	12	3.00±0.82	12	2.48±1.13	5	2.92±0.86	11	2.58±0.90	12	2.69±1.01
· Home visiting	13	2.84±1.03	11	2.53±0.83	12	2.54±0.97	5	2.92±0.90	11	2.66±0.91

* four-point likert scale : 'much need' =1, 'need not' =2, 'some need' =3, 'much need' =4

능장애, 이환기간 등 세 가지 측면에서 정의하였다. 아직 우리 나라는 만성 중증정신질환자에 대한 정확한 정의와 이에 따른 추계는 아직 이루어지지 않았지만, 김용익 등(1994)과 남정자 등(1994)의 연구에 의하면 치료가 필요한 정신질환자의 유병률은 2.7%이고, 이 중 14.1%가 만성 중증정신질환자(정신분열증, 조울증, 기질성 정신병, 노인성 치매, 알콜중독 등 지역사회 도움의 필요하다고 진단된 환자)

라고 보고하였다. 또한 만성 중증정신질환자들 중 입원 혹은 수용시설에 있는 환자는 20%이고 나머지 80%는 지역사회에 거주하고 있으며, 이를 1997년 9월 전국인구로 환산하면 지역사회에 거주하고 있는 만성 중증정신질환자 수는 14-17.7만명이다(경기도, 1997). 이 연구에서 정신분열증 환자 29명 중 치료를 중단하거나 처음부터 아무런 치료를 받지 못했던 경우가 55.2%임을 감안할 때 14-17.7만

명 중 7.7-9.8만명으로 추정할 수 있다. 따라서 농촌지역사회에 거주하고 있는 중증 만성정신질환자들의 미충족 욕구(unmet need)가 매우 높음을 알 수 있었다. 이 추정은 정신분열증 환자에만 국한하였으나 다른 정신질환에 비해 상대적으로 치료율이 높음을 감안할 때 최소 추정치일 것으로 생각된다. 그러나 표본 크기나 너무 작아 일반화하기는 어려운 점이 있어 이에 대한 추후 연구가 필요할 것으로 생

각된다. 만성 중증정신질환자는 다른 사람 특히 가족의 도움을 많이 필요로 하고, 가족의 수용능력 여하에 따라 지역 내 거주 가능 여부와 재활정도가 결정되기 때문에 정신질환자를 돌보는 사람의 동거 능력이나, 환자를 돌볼 수 있는 여력을 파악하는 것이 매우 중요하다. 이 연구 결과에 의하면 정신분열증 환자에 대하여 가장 책임감을 느끼고 보호를 제공하는 주된 보호자는 아버지, 어머니가 각각 27.6%, 31.0%로 가장 많았고, 65세 이상 35.7%, 보호자 사망시 돌볼 사람이 없는 경우 51.7%이었다. 그리고 가구 특성으로는 18세 이상 동거가족수 1명 34.5%, 2명 34.5%이었다. 경기도 농촌지역을 대상으로한 신영수 등(1994)의 연구, 도시지역 의료보호 환자를 대상으로 한 이주훈 등(1996)의 연구, 정신질환자 가족협회를 대상으로 한 왕영애(1997) 연구에서도 이와 비슷한 결과가 나왔다. 즉 주된 보호자가 대부분 고령의 부모이고, 저학력이 많고, 무직이거나 동거 가족수가 적었다. 정신분열증 및 정동장애와 같은 주요 정신질환자들이 10대 후반에서 20대 초반에 발병하여 만성적인 경과를 취하기 때문이다. 이 과정에서 많은 정신질환자들이 사회생활에 필요한 사회적, 직업적 기능을 충분히 습득하지 못하게 되고, 정상인과 다른 행동으로 인해 결혼을 하지 못하거나 결혼을 하더라도 이혼 혹은 별거하기가 쉽다(Stevens 1970). 따라서 많은 만성 정신질환자들의 부모들은 죽을 때까지 환자를 돌보게 되는 것이다. 실제 노년기의 부모가 만성 정신질환자의 보호를 책임져야 하는 상황은 이미 외국에서도 사회적 문제로 제기된 바 있다(Lefley 1987; Stevens 1972). 더욱이 정신질환자를 위한 지역내 공적 관리 및 지지체계가 거의 없는 우리나라 상황에서 보호자들은 자신이 사망한 후에 환자를 보호해 줄지에 대해 많은 걱정을 하고 있다(한국정신사회재활협회, 1996). 또한 조사대상 환자의 대부분이 미혼상태로 이들은 부모가 사망할 경우 주된 보호자의 책임이 형제, 자매에게 이전될 수 밖에 없는 상황이나, 형제, 자매가 지지체계로서의 역할을 감

당하는 경우가 드물다는 사실이 이미 외국의 연구에서도 입증된 바가 있고(Horwitz, 1992), 국내의 핵가족화 추세와 개인화되어 가는 현상 속에서 형제, 자매들이 이러한 책임을 감당하리라고 보기는 어렵다. 이호영 등(1994)에 의하면 정신병원, 정신요양원으로 갈수록 재원환자들의 보호자가 점차 형제, 자매 쪽으로 이동하는 경향이 있으며, 정신요양원에 입소 중인 환자의 연령 분포가 40대 이후에 증가한다고 한다. 또한 신영수 등(1994)은 재원중인 정신분열증 환자의 경우 재가환자에 비해 보호자가 부모나 배우자인 비율이 적고, 형제, 자매의 비율은 상대적으로 높았다고 보고하였다. 이러한 점을 감안한다면 우리나라에서 부모가 사망하거나 배우자가 유실될 경우에는 환자를 돌봐 줄 사람이 없어 시설에 수용될 확률이 높다고 볼 수 있으며, 40대 후반에서 50대에 걸쳐 입원 혹은 수용될 가능성이 있다. 특히 주된 보호자의 연령이 65세 이상 되는 경우에는 현재의 주된 보호자가 수년 내에 그 역할을 못하게 될 가능성이 높다. 즉 향후 수년 내에 환자들의 지지체계가 심각하게 약화되는 상황이 도래할 것으로 예측되며, 환자와 동거하는 가족이 한 명이거나 전혀 없는 24.3%의 경우는 이러한 변화에 매우 취약한 상태이다. 따라서 가족의 부담을 줄이는 것은 관리의 필수적인 요소로서 가족교육 및 지지를 위한 자조모임의 활성화, 거주시설의 설치, 사회복지서비스 등을 포함한 포괄적인 지역사회 지지체계의 구축이 필요하다(Doll, 1976, Goldman 1980, Goldman, 1982).

가족부담을 건강상의 문제, 경제문제, 가족생활 문제 등과 같은 객관적인 부담과 상실감, 슬픔, 죄의식, 분노 등과 같은 주관적인 부담으로 구별하여 연구하기 시작한 것은 약 20여년 전부터이다(Hoening & Hamilton, 1966; Maurin & Boyd, 1990). 객관적인 부담과 주관적인 부담의 관계는 명확하지 않아서 일치한다는 보고가 있는가 하면 일치하지 않는다는 보고도 있다(Jones, 1995). 이 연구는 가족의 객관적인 부담을 조사자가 기록하였으며, 주관

적인 부담을 평가하지는 않았다. 그 이유는 조사에 사용한 면접도구의 소항목별 객관적 평가와 주관적 평가의 일치도가 충분히 높았다고 보고된 바가 있기 때문이다(Pai & Kapur, 1981).

정신질환자 가족 부담의 평균 점수의 범위가 0.21~0.84이었고, 이는 '부담이 전혀 없다'의 0점과 '부담이 약간 있다'의 1점 사이에 분포한다. 일종의 순위 척도를 연속 척도로 간주하여 평균 점수를 계산하였기 때문에 이로 인한 정확도(Validity)의 문제와 '높다' 혹은 '낮다'라고 단정할 수 있는 기준이 없기 때문에 해석상의 제한점은 있지만 가족 부담이 매우 높다고 볼 수는 없다. 대부분의 만성화된 정신질환자를 돌보는 가족들의 부담이 높지 않은 이유는 가족이 정신적, 신체적으로 환자를 돌보는 데 매우 피곤함을 느끼고 있다. 그러나 환자를 위해 같이 살면서 돌보는 것을 당연하다고 느끼고 있어 부담감으로 인지하는 것이 적을 것으로 생각된다(김연희, 1994). 또한 대상자 중 55.2%가 치료를 포기한 상태이었고, 이러한 심리적 상태가 설문 조사과정에 반영되어 가족 부담을 과소 추정(underestimation)할 수도 있다. 이 연구와 동일한 설문 도구로 한 도시지역의 의료보호의 혜택을 받고 있던 만성 중증정신질환자의 가족부담을 측정 한 이주훈 연구와 이 연구의 정신분열증 환자의 결과만을 단순 비교하였다(표 9). 가족의 여가 방해와 신체건강에 대한 영향은 농촌지역이 높은 경향을 보였고, 경제적 부담과 가족의 상호작용 방해는 도시지역이 높은 경향을 보였다(표 9). 두 연구가 농촌과 도시지역 일반을 대표하는 데는 제한점이 있고, 통계적 검증이 아닌 평균치의 단순비교라는 한계는 있지만 도시지역과 농촌지역 간의 가족부담은 전체적으로 큰 차이가 없을 것으로 나타났다. 앞으로 상기의 가설을 바탕으로한 분석 연구가 필요할 것이다.

가족부담 내용 중 정신건강에 대한 영향이 가장 높았다. 이주훈 등(1996)의 연구에서는 재원환자와 재가 환자 보호자 모두에서 주된 부담으로 나타났으나 왕영애(1997) 연구에서는 정신건강에 대한 영

향보다는 일상적인 가족생활, 여가생활 방해가 주된 부담으로 나타났다.

그러나 왕영애(1997) 연구의 대상이 정신질환자 가족협회에 등록된 회원임을 감안할 때 정신건강에 대한 영향이 과소추계될 가능성도 있다. 이미 지역사회 정신보건사업이 정착 단계에 이른 구미 각국의 연구들은 환자들이 낮시간 동안 이용할 수 있는 지역정신보건센터나 사회복지시설이 충분히 설립되어 있기 때문에 일상생활과 여가생활의 방해는 적었으나, 스트레스로 인한 정신건강의 문제가 매우 심각한 것으로 보고하였다(Thompson & Doll, 1982; Fadden & Bebbington, 1987). 경제적 부담은 질환에 관계없이 매우 낮았다. 그러나 Rice 등(1985)은 정신질환의 발병으로 생산력이 감소 혹은 손실되어 가족과 사회에 부담을 주는 비용(morbidity cost)이 정신질환으로 인한 전체 경제적 손실비용의 45% 이상을 차지한다고 보고하였다. 그리고 신영수 등(1994), 이주훈 등(1996), 왕영애 등(1997)의 연구는 경제적 부담은 가족들의 주된 부담이었다. 반면 이 연구는 보호자들이 간접비용을 포함시키지 않았고, 치료를 중단하거나 미치료 상태가 55.2%이었고, 치료부담이 적은 외래치료가 37.9%이었기 때문에 경제적 부담이 낮았던 것으로 생각된다.

질환별 가족 부담을 보면 치매 가족과 정신분열증 가족이 전체적으로 가장 높은 부담을 호소하였다. 이주훈 등(1996)의 연구에서도 알콜 중독, 기질성 뇌증후군,

정동장애의 순으로 가족 부담이 높았고, 신영수 등(1994)의 연구에서도 다른 정신질환자들에 비해 정신분열증이 더 부담이 높은 것으로 나타났다. 한편 미국의 경우 지역사회정신보건사업이 진행되는 과정에서 연방정부나 주정부의 예산 지원이 줄어, 지역사회정신보건센터(communitary mental health center)의 재정이 곤란한 상황에 직면하게 되자, 정신보건센터들은 서비스 제공의 우선 순위가 높은 중증만성정신질환자보다 상대적으로 낮은 신경증 환자들이 주로 이용하는 결과를 낳았다(Craig, 1991). 이러한 외국의 경험은 서비스 제공 대상자를 명확히 하여 접근할 필요성이 있음을 시사하고 있다. 따라서 정신분열증, 치매, 알콜을 중독 등 만성 중증정신질환자 가족에 대한 지원이 일차적으로 선행되어야 할 것이다.

정신질환자 가족 부담에 영향을 미치는 요인은 환자 특성, 주된 보호자 특성, 가구 특성으로 나누어 볼 수 있다. 이 연구는 정신지체와 정신분열증 환자의 가족 부담에 영향을 미치는 요인들에 대하여 단변량 분석을 실시하였다. 표본수가 너무 작고, 이에 비해 독립 변수가 너무 많아 다변량 분석을 통한 혼란 변수는 보정하지 못하였다. Lefley(1987) 등은 주립정신병원에 퇴원한 만성 중증정신질환자들 중 30-80%가 가족과 함께 거주하며, 이들 중 환자가 남자이면서 주된 보호자가 고령의 부모인 경우는 신체적 혹은 정신적으로 매우 위험한 상황에 놓이게 된다고 보고하였다. 이 연구에서도 정신분열증

남자환자의 경우 경제적 부담을 제외한 모든 부문에서 가족 부담이 유의하게 높았고, 동거 가족수가 1명인 경우 일상적인 가족생활의 방해, 가족의 상호작용 측면에서 가족부담이 유의하게 높았고, 주된 보호자가 부모인 경우 일상적인 가족생활의 방해, 가족의 여가방해 측면에서 가족부담이 유의하게 높았고 주된 보호자가 사별 또는 이혼한 경우 일상적인 가족생활의 방해 측면에서 가족부담이 유의하게 높았다. 전기한 네 가지의 결과를 종합해볼 때 전기한 Lefley 등(1987)의 연구결과와 유사한 경향이 있음을 보여준다. 실제 조사 과정에서 정신과적 증상이 매우 심한 남자 정신질환자 2명이 독신인 고령의 부모들을 상속적으로 구타하고 있었다. 농촌지역은 독거노인이나 노인 부부가 도시지역 보다 매우 높고 향후 탈원화정책으로 지역사회로 복귀하는 정신질환자 수가 증가할 것으로 예상된다. 따라서 지역사회정신보건서비스 기반시설이 없는 농촌현실을 감안할 때 지역사회에 복귀한 정신질환자는 농촌사회의 매우 심각한 부담이 될 것이다. 김연희(1994)의 연구에서는 입원 회수가 많을 수록 가족 부담이 높은 것으로 나타났으나 입원 회수를 조사하지 못하여 알 수가 없었다. 주된 보호자의 성별에 따른 가족부담의 유의한 차이는 보이지 않았다. 일반적으로 여자들이 간호담당자로서 스트레스를 많이 느낀다고 보고되어 왔다(Cauter, 1983; John, 1983). Gibbons 등(1984)은 환자의 유병기간과 가족의 주관적인 걱정과 역상관한다고 보고하였으나 두 질환 모두 유병기간에 따른 가족부담의 양상은 특별한 연관성을 보이지 않았다.

20세이상 정신지체환자군의 경우 가족의 여가방해와 상호작용방해, 가족의 신체건강 측면에서 가족부담이 유의하게 높았다. 그 이유는 이 시기가 가족이나 사회에서 일정한 역할을 해야 하는 성인기에 놓여 있기 때문이다(김연희, 1994). 또한 치료군의 경우 일상적인 가족생활의 방해, 가족의 정신건강 측면에서 가족부담이 유의하게 높았다. 치료로 인한 가족부담의 완화보다는 오히려 가중시키는 결과

Table 9. The comparison between rural area and urban area for the family burden of the chronic mentally ill

Item	Rural area*	Urban area**
	Treatment group(n=13) Mean±SD	Certificated group(n=94) Mean±SD
· Financial burden	0.51±0.36	0.59±0.40
· Effect on family routine	0.63±0.44	0.64±0.65
· Effect on family leisure	0.50±0.43	0.36±0.47
· Effecton family interacion	0.51±0.42	0.78±0.55
· Effect on physical health	0.77±0.56	0.59±0.66
· Effect on mental health	0.69±0.32	0.71±0.74

* Source : Adapted from this study ** Source : Adapted from reference (Lee Joo-Hoon et al, 1996)

를 낳았다. 이는 치료 그 자체가 부담을 가중시켰다가 보다는 치료군의 가족들이 상대적으로 환자에 대한 관심과 걱정이 많은 데서 기인한 것으로 보인다. 치료를 받고 있지 않은 정신지체 환자의 보호자들은 대부분 환자의 치료를 포기한 상태 이었고, 이러한 심리적 상태가 설문 응답 결과에 영향을 미친것으로 보인다. 저소득층의 경우 가족의 상호작용, 가족의 신체건강, 가족의 정신건강 측면에서 가족 부담이 유의하게 높은 것으로 나타났다. 일반적으로 저소득층 가구에서 환자 발생은 상대적으로 가족부담이 높다. 이러한 맥락에서 저소득의 직접적인 결과일 수도 있지만, 보호자의 연령, 결혼 상태 등이 보정이 안되어 나타난 결과로 해석할 수 있다.

정신분열증환자의 가족은 환자의 권익 향상, 거주 및 수용시설에 입원, 경제적 부담 경감의 순으로 서비스 제공의 우선 순위를 두었다. 타 연구에서는 만성중증정신질환자 가족들이 가장 필요로 하는 서비스는 경제적인 혜택이었고, 구체적으로는 의료보험 환자들의 급여를 확대하고, 의료보험에서 의료보호로 전환해줄 것을 요구하였다(신영수, 1994; 이주훈, 1996; 왕영애, 1997). 이러한 결과를 종합하여 볼때 지역사회에 거주하는 정신질환자들이 치료에 대한 미충족 요구가 매우 높음을 짐작할 수 있으며, 이는 정신분열증 환자들이 치료를 받지 못한 이유가 경제적 부담임을 추측할 수 있다. 그러나 정신분열증환자 가족의 경우 지역사회정신보건사업의 주요 사업인 위기중재나 직업재활, 주간보호시설 등에 대한 우선 순위는 매우 낮았으며, 이는 지역사회정신보건서비스에 대한 이해나 수혜 경험의 부족에서 기인하는 측면도 있지만 농촌지역의 특수성, 즉 교통편이 어렵고, 대부분 농업에 종사하기 때문에 보호자가 환자를 위해 매일 시간을 내어 주간보호시설, 직업재활 시설을 이용하는 것이 매우 어려운 환경때문일 수도 있다. 또한 치매를 제외하고는 모든 정신질환자 가족들이 가족 모임이나 상담에 대해서는 매우 낮은 우선 순위를 두었으며, 이는 지역사회에 거

주하고 있는 만성정신질환자의 가족들이 아직 정신보건문제에 대해 주체적으로 자기 주장을 펴지 못함을 보여주고 있다.

지역사회를 대상으로한 전수 조사가 아닌 지역보건담당자를 통해 환자를 집계하였기 때문에 선택 편견이 작용할 수 있다. 그러나 지역담당자들에게 관할 지역에 있는 정신질환자는 모두 집계하는 것을 원칙으로 하였고, 문형 등(1996)에 의하면 전수조사와 지역담당자를 통해 발견된 정신질환자의 발견율을 비교해보면, 전체 발견율은 전수조사가 높지만, 중증정신질환자의 발견율은 유의한 차이가 없는 것으로 보고하였다. 따라서 선택 편견이 크게 작용하였을 것으로 생각되지 않는다. 또한 집계된 정신질환자들 중 설문 및 확진 조사율은 45.6%로 조사가 되지 않은 환자가 더 많았다. 그러나 집계 당시의 지역보건담당자가 작성한 환자의 의심되는 진단명과 치료여부 측면에서 두 집단간의 큰 차이는 보이지 않았다(표 10). 따라서 병의 중증도나 치료 유형 등에 의한 선택 편견의 작용은 크지 않을 것으로 보인다. 다만 확진 및 설문 조사가 자원자 중심이었기 때문에 이 요인이 결과에 영향을 미칠 가능성이 있다. 비자원자의 경우 가족의 지지도가 떨어질 것으로 예상되기 때문이다.

아울러 자원자가 적은 주된 이유는 가족들이 정신질환자를 숨기려는 경향에서 기인하며, 이는 지역사회정신보건사업을 진행하는 과정에서 고려해야 할 사실임을 보여주고 있다. 또한 가족 부담에 관한 설문 항목 중 여가 생활에 대한 항목은 우리

나라 농촌 현실을 감안할 때 정의를 내리기 매우 어려웠으나, TV 시청, 교회 예배, 외지에 나가 있는 가족이나 친척집 방문 등 연구자가 임의로 정하여 표준화시켰다. 이러한 제한점에도 불구하고 지역사회 정신보건사업 개발을 위한 기초자료로서의 활용도 측면에서 정신보건센터에 등록된 환자 등과 같은 한정된 집단이 아니라 농촌 지역사회내에 다양한 정신질환자를 대상으로 했다는 점에서 이 연구는 의의가 클 것으로 생각된다.

요약 및 결론

농촌지역에 거주하고 있는 만성정신질환자 및 가족의 특성과 가족부담에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위하여, 경기도 내 농촌지역 2개읍과 7개면에서 지역보건담당자에 의하여 보고된 정신질환자들 중 정신과 전문의를 비롯한 연구팀에 의해 확진 및 설문조사가 이루어진 103명에 대하여 기술적 연구를 수행하였다. 연구대상 103명 중 37명(36.1%)이 현재 치료를 받고 있지 않았는데, 특히 29명의 정신분열증 환자 중 치료를 중단하였거나 지금까지 어떠한 치료도 받지 않은 군이 각각 48.3%와 6.9%이었다. 정신과 전문의 진찰결과, 이들 중 81.3%는 입원이 필요한 상태이었다. 만성정신질환자들의 주된 보호자는 대부분 환자의 부모이었는데 연령별로는 65세 이상이 39.6%이었고, 주된 보호자 사망시 돌볼 사람이 없는 경우가 50.5%이었다. 가족부담의 유형 중 정신건강에 대한 부담이 가장 많았고 전

Table 10. Comparison between participants and not-participants

	variables	participants (n=129)	non-participants (n=148)
Mental illness	Mental retardation	44.2%	40.7%
	schizophrenia	23.3%	15.9%
	Epilepsy	10.9%	13.8%
	Dementia	9.3%	6.9%
	MDI	5.4%	4.8%
	Alcoholism	3.9%	6.2%
	The others	3.1%	11.7%
Treatment	Yes	29.5%	26.9%
	No	67.5%	51.7%
	Unknown	3.0%	21.4%

체적으로 치매와 정신분열증 환자 가족들이 가장 많은 가족부담을 호소하였다. 단변량 분석에서 환자의 특성들 중에는 성, 교육수준, 현재 치료유형이, 주된 보호자의 특성들 중에는 환자와의 관계, 결혼상태가, 그리고 가족의 특성들 중에는 동거 가족수가 각각 정신분열증 환자의 가족부담과 유의한 연관성을 나타냈다. 정신지체 환자 역시 단변량 분석에서 다양한 요인들이 유의한 연관성을 나타냈다. 정신질환자 가족들은 정신보건서비스로서 장애자 혜택과 거주 및 수용시설을 가장 많이 요구하였는데, 농촌지역의 지역사회 정신보건사업은 지역실정을 감안하여 계획되고 시행되어야 할 것이다. 이 연구에서는 전체적으로 만성정신질환자 가족들의 부담이 매우 높다고 판단하기에는 연구 대상자의 수나 방법의 한계가 있으나 정신질환자 유형 혹은 가족부담 유형에 따라 상대적으로 높은 가족부담을 호소하고 있는 것으로 나타났다. 따라서 가족부담과 관련된 추후 연구가 필요하며, 아울러 정신질환자 가족들이 경험하는 정서적, 심리적, 경제적 부담 등을 덜어 주고, 환자 치료나 재활에 있어 긍정적인 역할을 수행할 수 있도록 다양한 가족지원 프로그램(family supporting program) 개발이 필요하다.

참고문헌

경기도 지역정신보건기획평가단. 경기도 지역사회 정신보건 기획평가보고서. 경기도; 1997.
 김연희. 정신과 외래환자의 자가간호수행 및 가족 기능과 가족 부담감의 관계. 서울대학교 보건대학원 석사학위논문; 1994.
 김용익, 조맹제, 김병후, 김창엽, 김윤, 그외 다수. 정신보건의 현황과 정책개발. 서울대학교 의과대학 의료관리학교실; 1994.
 김은영. 정신질환자 가족의 가족 기능수행에 관한 연구. 이화여자대학교 사회사업학과 대학원 석사학위 논문; 1989.
 남정자, 한영자, 최창수, 한충길. 지역사회 정신보건 시행방안 연구. 한국보건사회연구원; 1993. (32-45쪽)
 문형, 이정균, 남정현, 최보을, 신영전, 그외 다수. 지역사회정신·신체장애자 및 만성질환자 발견과 관리사업. 경기도 양평군;

1996. (57-59쪽)
 보건복지부. 1998년도 정신보건사업지침. 보건복지부, 1998
 서은선. 의료보호 정신질환자 가족의 부담과 전문적 도움에 관한 연구. 숭실대학교 대학원; 1996.
 신영수, 김용익, 조맹제, 김병후, 김창엽, 그외 다수. 지역사회 정신보건 사업체계 개발. 서울대학교 의과대학 의료관리학교실; 1994.
 양옥경. 지역사회 정신건강: 닫힌 사회에서 열린사회로. 나남출판; 1996
 예방의학과 공중보건 편집위원회. 예방의학과 공중보건. 계축문화사; 1995. (911-912쪽)
 왕영애. 정신질환자 가족의 부담에 관한 연구. 연세대 보건대학원 석사학위논문; 1997.
 유숙자. 정신분열증 환자 퇴원 교육이 퇴원 후 자가간호 수행에 미치는 효과. 서울대학교 간호대학 박사학위 논문; 1991
 이정균, 김용식, 한진희 그외 다수. 한국 정신장애의 역학적 조사연구(IV): 6개월 유병률. 서울의대 정신의학 1986;11(1):190-200
 이주훈, 이유상, 김지현, 그외 다수. 강남정신보건센터에 등록된 정신질환자 가족의 부담과 정신보건 요구. 용인정신의학보 1996;3(2):177-187
 이호영, 남궁기, 이만홍 등. 강화도 정신과 역학 연구(III): 주요 정신질환의 평생유병률. 신경정신의학, 1989;28(6):984-998
 이호영, 정영기, 김병후 등. 정신질환자 재분류 및 정신보건의료시설 기준 개발 연구. 아주대학교 의과대학 정신과학교실; 1994. (80-103쪽)
 하양숙, 김기숙, 김수지, 박혜숙. 지역사회정신보건 재활간호사업이 만성정신질환자 가족의 부담감에 미치는 영향. 국제학술대회 - 지역사회 정신간호 페플로의 대인관계 이론 적용; 1997.
 Bloom BL. Community mental health: A general instruction, Monterey. Brooks/Cole Publishing Co., 1984.
 Craig TKJ, Boardman AP. The contribution of epidemic research. In: Benet DH, Freeman HL. Community psychiatry. Singapore: Churcxhill Livingstone; 1991.
 Doll W. Family coping with the mentally ill : An unanticipated problem of institutionalization. *Hospital and Community Psychiatry* 1976;27(3): 315-321,
 Fadden G, Bebbington P, Kuipers L. The burden of care : The impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 285-292

Gibbons JS, Horn SH, Powell JM, Gibbons JL. Schizophrenic patients and their families; A survey in a psychiatric service based on a DGH unit. *Br J Psychiatry* 1984; 144: 70-77
 Goldman HH. The post-hospital mental patients and family therapy: prospects and populations. *J Marital and Family Therapy* 1980; 6: 447-452,
 Goldman HH. Mental illness and family burden; A public health perspective. *Hospital and Community Psychiatry* 1982; 33: 550-560
 Gloldstein J, Caton CLM. Effects of the social environment on chronic mental patients. *Psychological Med* 1983; 13: 193-196
 Hoenig J, Hamilton MW. The burden on the household. In: Freeman H(ed). *An Extramural Psychiatric Service*. London, Pergamon Press; 1967. p. 512-635
 Horwitz AV, Tessler RC, Fisher GA, et al. The role of adult siblings in providing social support to the severely mentally ill. *J Married and the Family* 1992; 54: 233-241
 Lamb HR, Goertzel V. The long-term patients in the era of community treatment. *Arch General Psychiatry* 1977; 26: 489-495
 Lefley HP. Aging parents as caregivers of mentally ill adult children : An emerging social problem. *Hospital and Community Psychiatry* 1987; 38: 1063-1070
 Liberman RP. Behavioral family management in psychiatric rehabilitation of chronic mental patients. *Am Psychiatric Nursing* 1995; 6(2): 99-107
 Maurin JT, Boyd CB. Burden of mental illness on the family : a critical review. *Arch Psychiatric Nursing* 1990; 6(2): 99-107
 Minkoff K. A map of chronic mental patients. In : Talbot JA(ed). *The Chronic Mental Patients*. Washington, DC., American Psychiatric Association; 1978
 Noh S, Avison WR. Spouse of discharged patients : factors associated with their experience of burden. *J Marriage and the Family* 1988; 50: 377-389
 Pai S, Kapur RL. The burden on the family of a psychiatric patient : Development of an interview schedule. *Br J Psychiatry* 1981; 138: 332-335
 Rice DP, Hodgson TA, Kopstein AN. The economic costs of illness: a replication and update. *Health Care Financing Review* 1985; 7(1): 61-80
 Stevens BC. Frequency of seperation and divorce among women aged 16-49 suffering from schizophrenics and affectives disorders. *Acta Psychiatrica Scand* 1970; 46: 136-150
 Stevens BC. Dependence of schizophrenic

- patients on elderly relatives. *Psychological Medicine* 1970; 2: 17-32
- Talbott JA. The chronic mental patient: what have we learned? *Am J Social Psychiatry* 1983; 3: 37-42
- Tessler RC, Goldmann HH. The chronically mentally ill : Assessing community support programs. Cambridge: Mass, Ballinger. 1982
- WHO. Mental health programmes: Concept and principle. WHO. 1992.