

## 정신분열병환자 가족 주보호자의 부담에 관한 연구

담양군보건소<sup>1)</sup>, 조선대학교 의과대학 예방의학교실<sup>2)</sup>, 신경정신과학교실<sup>3)</sup>  
허복심<sup>1)</sup>, 류소연<sup>2)</sup>, 박 종<sup>2)</sup>, 김기순<sup>2)</sup>, 김양옥<sup>2)</sup>, 김학렬<sup>3)</sup>\*

### The Burden of Main Caregivers in the Family with Schizophrenic Patient

Bok-Sim Hur<sup>1)</sup>, So-Yeon Ryu<sup>2)</sup>, Jong Park<sup>2)</sup>, Ki-Soon Kim<sup>2)</sup>  
Yang-Ok Kim<sup>2)</sup>, Hack-Ryul Kim<sup>3)</sup>\*

*Damyang Gun Health Center<sup>1)</sup>, Department of Preventive Medicine<sup>2)</sup>,  
Department of Neuropsychiatry<sup>3)</sup>, College of Medicine, Chosun University*

#### = ABSTRACT =

The objective and subjective burden was evaluated toward 115 main caregivers in the family with schizophrenic patient by interview with structured questionnaire and self-report using Family Burden Scale (FBS) of family with schizophrenic patient in Korea.

The results were as follows :

- 1) The mean age of onset by schizophrenic patient were 23 years old in male and 26 in female.
- 2) The mean scales of objective and subjective burden were 1.5 and 1.6.
- 3) By Logistic regression objective burden was significantly affected by family support ( $P<0.001$ ), religion ( $P<0.05$ ), occupation ( $P<0.05$ ).
- 4) Subjective burden was significantly affected by family support ( $P<0.01$ ) and family total income ( $P<0.05$ ).
- 5) Total objective and subjective burden was significantly affected by family support ( $P<0.001$ ), religion ( $P<0.05$ ).

In conclusion, this study suggests that main caregivers need family support from other family members. For them religion and social support are also helpful to cope with the burden to take care of the schizophrenic patients.

**KEY WORDS** : Burden, Main Caregivers, Schizophrenic Patients

---

\*교신저자 (E-mail: hrkim@mail.chosun.ac.kr)

## 서론

### 1. 연구의 필요성

정신질환자의 인간적 권리와 지역사회 정신보건의 이념이 반영된 정신보건법이 1995년 제정되면서 정신질환자 관리정책이 시설 중심에서부터 지역사회적 관리로 변화를 도모하게 되었고 정신보건사업에 대한 본격적인 논의가 시작되는 계기가 되었다(보건복지부, 1998).

만성 정신질환을 앓고 있는 사람들은 병원에서 퇴원한 후에 결국 가정으로 복귀하게 되고, 점점 입원이 단기화 되는 경향 속에서 가족은 환자와 함께 지내면서 환자를 보호하고 간호하는 책임을 더 많이 지게 되고, 지역사회에 기초한 지지적인 서비스가 충분하지 않았기 때문에 환자를 보호하고 간호하는 책임을 더 많이 지게 되었고 그것은 곧바로 가족내 부담으로 연결되었다(Cobb, 1976; Lamb & Oliphant, 1978; Goldman, 1982; Thompson & Doll, 1982).

한 가족의 신체적, 정신적 장애가 발생하였을 때 하나의 기능적 작용단위로서 가족원은 심각한 정서적 반응을 보이게 되고, 또한 환자를 돌보고 시종드는 일을 주로 담당하는 가족은 배우자, 자녀 또는 다른 친척이 될 수 있는데, 장기간 환자를 돌보는 일은 자신의 생활양상을 바꾸게 되며 자연히 다른 가족과 함께하는 시간이 적어지고 개인적인 사회활동이 제한된다. 이와 같이 환자를 돌보는 일은 신체적 간호 외에 여러 가지 어려운 일을 수행해야 하며 결국 과중한 역할로 인해 자신의 건강을 돌볼 여유가 없어지고 부족한 휴식과 불편함을 경험하게 된다. 또 환자와 그 가족의 유대관계가 아무리 깊다고 해도 돌보는 일에 따르는 정신적, 신체적, 경제적 부담은 불가피하다고 할 수 있다(박지원, 1985)

만성정신질환은 그 발생 양상이 대개 서서히 시작되고 이환되며 단기간내 치유되는 경우는 드물고, 완화와 악화의 과정을 통하여 재

발을 반복함으로써 만성화되는 경향을 보인다. 따라서 환자는 질병으로 인하여 야기된 사회 심리적 문제, 대인관계 문제, 경제적 문제 등 여러 가지 어려운 문제에 직면하게 되어 환자를 돌보는 가족은 환자에 대한 수치심, 죄의식, 분노와 예후에 대한 불확실감, 치료비에 대한 경제적 부담, 사회의 부정적인 태도 등으로 여러 가지 고통과 정서적 반응을 경험하게 된다(고천석과 이형영, 1985). 또한 정신질환자를 돌보는 가족은 건강문제나 경제적 부담을 경험하는 것 뿐 아니라 친구나 이웃에게 이러한 사실을 숨기게 되고 결국 사회적으로 고립되어 관계가 상실되는 등 환자와 사회로부터 영향을 받음으로써 심리적 부담이 가중되며(Burter & Pritchard, 1981), 다른 신체적 만성환자를 돌보는 가족과는 달리 질병의 특수성 때문에 상당한 신체적, 사회적, 경제적 위협을 받게 된다(Bernheim, 1982).

최근 정신신체적 질환의 양상이 가족상호관계의 양상에 따라 형성되고, 유지되며, 악화된다는 견해에서 가족의 역할이 크게 대두되었음에도 가족은 오랫동안 정신질환자의 치료과정에서 소외되어 왔을 뿐만 아니라 오히려 정신질환을 발병시킬 수 있는 한 원인 요소로까지 여겨져왔다. 그 과정에서 정신질환을 앓고 있는 환자를 가족 구성원으로 둔 가족들은 환자의 증상과 행동뿐만 아니라 전문가의 은근한 비난 및 사회적 편견으로 인하여 더욱 죄책감과 무력감에 빠지게 되었으나(Grella & Grusky, 1989), 1970년대 들어 만성정신질환의 생물학적 원인의 중요성이 강조됨에 따라, 전문가들은 가족을 치료의 대상이라기보다는 오히려 환자의 치료와 사회복귀를 촉진하는 주요 자원으로 받아들이는 인식의 변화를 보였다(Hatfield, 1979; Lam, 1991).

그 동안 우리 나라는 정신질환에 의한 질병 부담과 사회적 비용이 증가하는 반면 정신질환자의 간호와 재활에 대한 가족의 역할이 축소되는 급격한 시대적 변화를 겪어 왔다. 이러

한 정신보건환경의 변화는 삶의 질에 대한 국가적 관심의 증가와 함께 보건복지 분야에서 정신보건의 투자 우선 순위를 높이는 계기가 되었고, 급기야는 정신질환자의 인권보호와 지역사회 정신보건사업의 확대를 통한 종합적인 정신보건 체계 확립을 목표로한 정신보건법이 제정되어 시행되고 있으나, 지역사회 정신보건 서비스 체계의 미비로 환자와 가족이 이용할 수 있는 지역사회 정신보건 서비스가 부족하여 결과적으로 불필요한 장기 입원이 유도되고 있는 실정이나 최근 전국 각지에 정신보건센터가 설치되어 운영되며, 정신보건전문요원에 대한 교육과 투자가 활발하여 가족들의 부담이 다소 감소하리라 예상된다(보건복지부, 1998)

정신질환자 가족의 부담감에 대한 관심은 1960년대 초 지역사회 정신의학의 개념이 대두되면서부터 시작되었고, 지역사회 정신의학의 개념에 따라 정신질환자를 가능한 단기간 입원 치료하였으며, 추후 재가 치료하는 경향이 늘어나면서 환자와 같이 생활하며 관리를 맡아야하는 가족원의 건강과 안녕에 대한 연구가 시도되기 시작하였다(Pai & Kapur, 1981).

가족 부담이란 대체적으로 가족이 환자를 돌보는 과정에서 치르게 되는 다양한 심리적·사회적·경제적 대가를 의미하는데, Hoenig와 Hamilton(Hoenig & Hamilton, 1966)은 '환자의 병 때문에 가족 생활에서 방해적인 요소로 발생하는 모든 것'을 객관적 부담, '부담이 주관적으로 전달되는 느낌'을 주관적 부담으로 정의하였으나, Platt(Platt, 1985)와 Creer 등(Creer, 1982)은 '환자를 돌보는 주 가족 구성원이 경험하는 재정적 어려움이나 집안 및 사회 생활에서의 제약 등'을 각각 객관적 부담으로 정의하는 등 논란이 있으나, 주관적 부담(Platt, 1985; Reinhard 1994)은 '환자를 돌보는 것과 연관되어 나타나는 정서적 반응'으로 대체적으로 의견 일치를 보이고 있다.

국외에서는 1960년대부터 정신질환자들을 돌보는 가족들의 주관적·객관적 부담에 관한 연구 등(Hoenig, 1966; Gard & Sainsbury, 1968; Lamb, 1978; Hatfield, 1979; Pai, 1981; Creer 등, 1982; Goldman, 1982; Platt, 1982; Thompson, 1982; Lam, 1991; Reinhard, 1994)이 있었고, 국내에서는 1990년대 들어서 이와 관련된 연구들(고천석과 이형영, 1985; 박지원, 1985; 이강오 등, 1991; 이정식 등, 1991; 송예현, 1991; 임혜숙, 1991; 박선영, 1992; 엄미사, 1992; 김소야자 등, 1993; 서미혜와 오가실, 1993; 강동호, 1994; 홍순원 등, 1994; 강동호, 1995; 서수경 등, 1995; 서은선, 1996; 최영신, 1997; 왕영애, 1997; 박미선, 1998; 김철권 등, 1999)이 활발히 보고되고 있으나 개념의 정의가 명확하지 않고 외국의 부담감 척도를 번역하여 사용하는 등 다소의 문제가 있었다(김철권 등, 1999). 또한 비교적 젊은 나이에 발병하며, 대개 발병후 오래 살며, 인구의 약 0.5~1.0%가 고생하며, 완전 회복에서부터 점진적인 황폐화에 이르는 다양한 경과를 밟으며, 재발이 거듭될수록 점점 인격의 황폐화에 이르러 환자 본인뿐만 아니라 환자를 돌보는 가족들에게도 엄청난 사회적·심리적 및 재정적 어려움을 주는 정신분열병(세계정신의학회, 1995; 대한신경정신의학회, 1998; Hales 등, 1999)에 대한 가족 부담 연구는 국외에서는 많은 보고들(Hoenig & Hamilton, 1966; Gard & Sainsbury, 1968; Lamb & Oliphant, 1978; Hatfield, 1979; Thompson & Doll, 1982; Lam, 1991)이 있지만, 국내에서는 강동호(강동호, 1994), 강동호 등(강동호, 1995) 김철권 등(김철권 등, 1999)의 보고가 있으나 체계적 연구가 비교적 적은 실정이다.

따라서 최근 김철권 등(김철권 등, 1999)이 가족의 부담감 개념을 분명히 정하고, 외국과의 문화적 차이점을 고려하여 신뢰도와 타당도가 검증된 정신분열병 환자 가족 부담감에 관하여 새롭게 개발한 문항척도를 이용하여,

정신분열병 환자 가족의 주 보호자의 객관적·주관적 부담의 내용과 정도를 확인하고 가족 지지와의 관계를 알아봄으로써 가족의 고통에 대한 이해를 보다 넓히고, 향후 지역사회 정신보건사업에서 가족들의 부담을 줄이는데 크게 기여하게 되며, 지역사회 자원을 활용한 새로운 프로그램을 개발하고, 가족교육을 위한 기초자료 확보 및 가족을 치료적 동반자로 하여 협조체계를 구축하는데 기본적인 자료로 활용하고자 연구를 시도하였다.

## 2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 정신분열병환자를 돌보는 주보호자의 부담감 정도와 가족의 지지를 알아보고 주보호자의 부담감에 관련된 요인을 알아보기 위한 것이다.

이러한 연구 목적을 달성하기 위하여

1. 정신분열병 주보호자의 일반적 특성을 파악한다.
2. 정신분열병 환자의 일반적 특성을 파악한다.
3. 정신분열병 주보호자가 인지하는 부담감 정도를 파악한다.
4. 정신분열병 주보호자의 일반적 특성, 정신분열병 환자의 특성, 가족지지에 따른 주호자의 부담감의 관련성을 파악한다.
5. 정신분열병 주보호자의 부담감에 영향을 미치는 변수를 파악한다.

## 대상 및 방법

### 1. 연구대상 및 자료수집

본 연구는 광주·전남 소재 K병원, Y병원, S병원 협조를 얻어 정신과에 입원하고 있거나 외래 치료받고 있는 환자들중 환자 병상 기록지를 검토하여 DSM-Ⅳ(American Psychiatric Association, 1994)진단 기준에 의거하여 정신분열병으로 진단 받고 1년이상 경과한 환자의 가족중 한 명의 주 보호자에게 외래 및 병동

에서 정신보건전문요원이 설문 취지를 설명하여 동의를 얻어서 1999년 3월 8일부터 3월 28일까지 면접 조사하여 자료를 수집하였다.

대상 가족의 주보호자는 환자의 가족 중에서 가장 많은 시간을 함께 생활하거나 혹은 환자를 돌볼 직접적인 책임을 지는 주 가족 구성원으로 하고, 정신과적 치료를 받은 경험이 있는 가족은 연구대상에서 제외시키고 125명의 주보호자를 대상으로 하여 불완전한 10부를 제외한 115부를 분석하였다.

## 2. 연구도구

본 연구에 사용한 설문지는 주 보호자의 일반적 특성 11문항, 정신분열병 환자의 일반적 특성 12문항, 객관적 부담에 관한 14문항, 주관적 부담에 관한 22문항, 가족지지에 관한 20문항으로 구성되어 있다.

### 1) 부담감 측정 도구

주보호자의 부담감을 측정하기 위한 도구는 김철권 등(김철권 등, 1999)이 개발한 정신분열병환자의 가족의 객관적 부담 14문항과 주관적 부담 22문항을 사용하였다. 각 문항은 5점 척도로 되어 있으며, '전혀 없다' 0점, '약간 있다' 1점, '웬만큼 있다' 2점, '꽤 심하다' 3점, '아주 심하다' 4점으로 점수가 높을수록 부담감 정도가 높은 것을 의미하는 것으로 하였다. 본 도구의 신뢰도는 Cronbach  $\alpha=0.94$ 였다.

### 2) 가족지지 측정도구

가족지지를 측정하기 위한 도구는 박지원(박지원, 1985)이 개발한 사회적 측정 도구 중간접적으로 지각한 측정도구에서 수정·보완된 20문항을 사용하였다.

각 문항은 5점 척도로 되어 있으며, '매우 그렇다' 5점, '대체로 그렇다' 4점, '보통이다' 3점, '대체로 그렇지 않다' 2점, '절대로 그렇지 않다' 1점으로 점수가 높을수록 가족지지 정도가 높은 것을 의미하는 것으로 하였다. 본 도구의 신뢰도는 Cronbach  $\alpha=0.97$ 이었던

다.

### 3. 자료분석 방법

본 연구에서 수집된 자료는 SPSS 프로그램을 이용하여 주 보호자와 정신분열병 환자 특성의 성별 빈도를 구하였고 주 보호자의 부담감과 각 변수와의 관련성을 student t-test, ANOVA, 상관분석으로 구하였다. 최종적으로 주 보호자의 부담감에 영향을 미치는 변수는 다중회귀분석을 통해 규명하였다.

## 결 과

### 1. 대상자의 특성

#### 1) 주 보호자의 일반적 특성

주 보호자의 일반적 특성을 보면 성별은 남자 42명, 여자 73명으로 여자가 남자보다 많았고 나이는 평균 연령 남자 47.4±13.4세, 여자 51.1±12.9이었고 학력에서 남자는 무학 1명(2.4%), 국졸 5명(11.9%), 중졸 8명(19.0%), 고졸 18명(42.9%), 대졸이상 10명(23.8%)으로 비교적 높은 교육수준을 가진 것으로 나타났고,

여자는 무학 6명(8.2%), 국졸 16명(21.9%), 중졸 26명(35.6%), 고졸 18명(24.7%), 대졸 7명(9.6%)으로 중졸이 가장 많았다. 종교는 있는 경우 86명(74.8%), 없는 경우 29명(25.2%)으로 종교를 가지고 있는 경우가 3배정도 많았다. 결혼상태에서 남자는 미혼 7명(16.7%), 기혼 35명(83.3%)이고 여자는 미혼 7명(9.6%), 기혼 66명(90.4%)으로 대부분 결혼을 하였고, 직업에서 남자는 유 36명(85.7%), 무 6명(13.3%)으로 거의 직업을 가지고 있고 여자는 유 13명(17.8%), 무 60명(82.2%)으로 거의 직업을 가지고 있지 않았다. (표1)

주보호자와 환자와의 관계에서 어머니 49명(42.6%), 아버지 21명(18.3%), 형제/자매 18명(15.6%), 배우자 14명(12.2%) 순으로 부모인 경우가 많았고 환자를 제외한 총 가족 수는 평균 3.0명이었다.

월수입에서 남자는 50만원 미만이 5명(11.9%)이고 50~99만원 15명(35.7%), 100~149만원 9명(21.4%), 150~199만원 10명(23.8%), 200만원 이상 3명(7.1%)으로 50~99만원의 저소득층이 가장 많았고, 여자는 50만

표 1. 주보호자의 일반적 특성 I

단위 : 명(%)

일반적특성	구분	남(%)	여(%)	계(%)
나이(세)	평균(M±SD)	47.4±13.5	51.1±13.0	49.3±13.2
학력	무학	1( 2.4)	6( 8.2)	7( 6.1)
	국졸	5( 11.9)	16( 21.9)	21( 18.3)
	중졸	8( 19.0)	26( 35.6)	34( 29.5)
	고졸	18( 42.9)	18( 24.7)	36( 31.3)
	대졸이상	10( 23.8)	7( 9.6)	17( 14.8)
종교	유	28( 66.7)	58( 79.5)	86( 74.8)
	무	14( 33.3)	15( 20.5)	29( 25.2)
결혼상태	미혼	7( 16.7)	7( 9.6)	14( 12.2)
	기혼	35( 83.3)	66( 90.4)	101( 87.8)
직업	유	36( 85.7)	13( 17.8)	46( 42.6)
	무	6( 13.3)	60( 82.2)	66( 57.4)
계		42(100.0)	73(100.0)	115(100.0)

표 2. 주보호자의 일반적 특성 II

단위 : 명(%)

일반적특성	구분	남(%)	여(%)	계(%)
환자와의 관계	어머니	-	49( 67.1)	49( 42.6)
	아버지	21( 50.01)	-	21( 18.26)
	배우자	6( 14.3)	8( 11.01)	14( 12.2)
	자녀	2( 4.8)	4( 5.5)	6( 5.2)
	형제/자매	11( 26.2)	7( 9.6)	18( 15.6)
	기타	2( 4.8)	5( 6.8)	7( 6.1)
총가족수(환자제외)	평균(M±SD)	32±15	27±12	30±13
월수입(만원)	50미만	5( 11.9)	9( 12.3)	14( 12.2)
	50-99	15( 35.7)	36( 49.3)	51( 44.3)
	100-149	9( 21.4)	10( 13.7)	19( 16.5)
	150-199	10( 23.8)	12( 16.4)	22( 19.1)
	200이상	3( 7.1)	6( 8.2)	9( 7.8)
의료보장 형태	의료보험	38( 90.5)	58( 79.5)	96( 83.5)
	의료보호 1종	1( 2.4)	4( 5.5)	5( 4.3)
	의료보호 2종	3( 7.1)	11( 15.0)	14( 12.2)
본인의 건강인식	건강하다	31( 73.8)	46( 63.0)	77( 67.0)
	병은 없지만 건강한 편은 아니다	10( 23.8)	14( 19.2)	24( 20.9)
	질병이 있다	1( 2.4)	13( 17.8)	14( 12.2)
	계	42(100.0)	73(100.0)	115(100.0)

원 미만이 9명(12.3%)이고 50~99만원 36명(49.3%), 100~149만원 10명(13.7%), 150~199만원 12명(16.4%), 200만원 이상 6명(8.2%)으로 50~99만원의 저소득층이 남자와 마찬가지로 가장 많았다.

의료보장 형태에서 남자는 의료보험 38명(90.5%), 의료 보호1종 1명(2.4%), 의료 보호 2종 3명(7.1%)으로 의료보험이 가장 많았고 여자는 의료보험 58명(79.5%), 의료 보호1종 4명(5.5%), 의료 보호 2종 11명(15.0%)으로 남자와 마찬가지로 의료보험이 가장 많았다.

건강인식 정도에서 남자는 건강하다가 31명(73.8%), 병은 없지만 건강한편은 아니다 10명(23.8%), 질병이 있다 1명(2.4%)이고, 여자는

건강하다가 46명(63.0%), 병은 없지만 건강한 편은 아니다 14명(19.2%), 질병이 있다 13명(17.8%)으로 건강한 편이 많았다. (표2)

2) 정신분열병환자의 일반적 특성

정신분열병 환자(남자 60명, 여자 55명)의 남·여별 평균 나이는 남자 33.0세이고, 여자 35.4세였다.

평균 발병 연령은 남자 23.2세, 여자는 26.2세이었고 평균 입원기간은 남자 19.9개월 여자 18.9개월이었고 평균 입원횟수는 남자 3.9회 여자는 3.8회였다. (표3)

학력에서 남자는 국졸 2명(3.3%), 중졸12명(20.0%), 고졸 31명(51.7%) 대졸15명(25.0%)이었고, 여자는 무학 2명(3.6%), 국졸 7명(3.3%),

표 3. 정신분열병 환자의 일반적 특성 I

단위 : 명(%)

일반적 특성	남 M±SD	여 M±SD
나이(세)	33.0±8.0	35.4±10.3
발병시기(세)	23.2±8.3	26.2±9.2
총 입원기간(월)	19.9±18.1	18.9±24.9
입원횟수(회)	3.9±2.8	3.8±3.1

표 4. 정신분열병환자의 일반적 특성 II

단위 : 명(%)

일반적특성	구분	남(%)	여(%)	계(%)
학력	무학	-	2( 3.6)	2( 1.79)
	국졸	2( 3.3)	7( 12.7)	9( 7.8)
	중졸	12( 20.0)	12( 21.8)	24( 20.9)
	고졸	31( 51.7)	22( 40.0)	53( 46.1)
	대졸이상	15( 25.0)	12( 21.8)	27( 23.5)
종교	유	17( 28.3)	27( 49.1)	44( 38.3)
	무	43( 71.7)	28( 50.9)	71( 61.7)
결혼상태	미혼	47( 78.3)	27( 49.1)	74( 64.3)
	기혼	11( 18.3)	23( 41.8)	34( 29.6)
	기타	2( 3.3)	5( 9.1)	7( 6.1)
과거직업	유	25( 41.7)	18( 32.7)	43( 37.4)
	무	35( 58.3)	37( 67.3)	72( 62.6)
현재직업	유	20( 33.3)	29( 52.7)	49( 42.6)
	무	40( 66.7)	26( 47.3)	66( 57.4)
의료보장형태	의료보험	49( 81.7)	38( 69.1)	87( 75.7)
	의료보호 1종	5( 8.3)	4( 7.3)	9( 7.8)
	의료보호 2종	6( 10.0)	13( 23.6)	19( 16.5)
동거상태	가족과 함께 집에서 산다	45( 75.0)	36( 65.5)	81( 70.4)
	정신병원 입원중	15( 25.0)	19( 34.5)	34( 29.6)
계		60(100.0)	55(100.0)	115(100.0)

중졸12명(21.8%), 고졸 22명(40.0%) 대졸12명(21.8%)으로 대부분이 고졸 이상으로 고학력이었다.

종교에서 남자는 유 17명(28.3%), 무 43명(71.7%)으로 종교가 없는 경우가 2배정도 많았고, 여자는 유 27명(49.1%), 무 28명(50.9%)으로 종교를 가지고 있는 사람과 종교가 없는 사람이 비슷한 비율을 차지했다.

결혼상태에서 남자는 미혼 47명(78.3%), 기혼 11명(18.3%) 기타 2명(3.3%)으로 미혼이 많았고, 여자는 미혼 27명(49.1%), 기혼 23명(41.8%) 기타 5명(9.1%)으로 미혼과 기혼이 비슷한 비율을 차지했다.

과거 직업에서 남자는 유 25명(41.7%), 무 35명(58.3%), 여자는 유 18명(32.7%), 무 37명(67.3%)이었다.

현재 직업에서 남자는 유 20명(33.3%), 무 40명(66.7%)으로 과거에 비해 직업을 가지고 있는 경우가 줄었고, 여자는 유 29명(52.7%), 무 26명(47.3%)으로 과거에 비해 직업을 가지고 있는 경우가 늘었다.

의료보장 형태에서 남자는 의료보험 49명(81.7%), 의료보호1종 5명(8.3%), 의료보호2종 6명(10.0%)으로 의료보험이 많은 비율을 차지하였고 여자는 의료보험 38명(69.1%), 의료보호 1종 4명(7.3%), 의료보호 2종 13명(23.6%)이었다.

동거형태에서 남자는 가족과 함께 집에서 사는 경우 45명(75.0%), 정신병원 입원중 15명(29.6%), 여자는 가족과 함께 집에서 사는 경우 36명(65.5%), 정신병원 입원중 19명(34.5%)으로서 가족과 함께 사는 경우가 많았다.(표4)

## 2. 주보호자의 부담감 정도

1) 주보호자의 객관적 및 주관적 부담감 정도  
주 보호자의 객관적 부담감의 정도는 전체 항목 평균 1.5점이었으며, 주관적 부담감의 정도는 전체 항목 평균 1.6점이었으며 환자에 대한 가족지지 정도는 평균 71.1점이었다(표 5).

표 5. 주보호자의 객관적 및 주관적 부담감 정도

문항	평균(M±SD)
객관적 부담감	1.5± 0.4
주관적 부담감	1.6± 0.4
가족지지	71.1±14.8

## 3. 대상자의 특성과 부담감의 관련성

1) 주보호자의 일반적 특성과 부담감의 관련성  
주보호자의 일반적 특성과 부담감의 관련성을 보면, 남·여별 전체 부담 정도는 남자 부담감이 54.0점, 여자 부담감은 58.4점으로 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다.

주보호자의 학력별 객관적 부담감은 무학 18.0점, 국졸 20.5점, 중졸 23.6점, 고졸 22.3점, 대졸 이상 13.0점으로 통계적으로 유의한 차이

를 보였다( $P<0.05$ ). 주관적 부담감은 무학 47.4점, 국졸 43.3점, 중졸 33.3점, 고졸 36.4점, 대졸 이상 28.2점이고 대졸이상이 통계적으로 유의하게 부담감이 낮았다( $P<0.01$ ). 전체 부담감은 무학 65.4점, 국졸 64.4점, 중졸 57.1점, 고졸 57.7점, 대졸 이상 41.5점이고 통계적으로 학력이 높을수록 부담감이 낮았다 ( $P<0.05$ ).

종교별 객관적 부담감은 유 19.0점, 무 25.6점으로 종교가 있는 경우 유의하게 부담감이 낮았고 ( $P<0.05$ ), 주관적 부담감은 유 35.5점, 무 38.5점으로 종교가 있는 경우 부담감이 낮았으나 통계적으로 유의하지는 않았다. 전체 부담감은 종교가 있는 경우 부담감이 낮았으나 통계적으로 유의하지는 않았다.

결혼상태별 전체 부담감은 미혼 46.5점, 기혼 58.3점으로 기혼인 경우가 높게 나타났으나 통계적으로 유의하지는 않았다.

직업 유무별 객관적 부담감은 유 17.3점, 무 23.2점으로 직업이 있는 경우 직업이 없는 경우보다 통계적으로 유의하게 낮았다 ( $P<0.05$ ). 전체 부담감에서 유 51.2점, 무 60.9점으로 직업이 있는 경우 없는 경우보다 부담감이 통계적으로 유의하게 낮았다( $P<0.05$ )(표6).

주보호자와의 환자와의 관계별 객관적 부담감은 어머니 20.5점, 아버지 22.9점, 배우자 22.1점, 자녀 14.2점, 형제/자매 17.1점, 기타 28.4점으로 기타에서 가장 부담감이 높았으나 통계적으로 유의한 차이는 아니었다. 주관적 부담감은 어머니 38.3점, 아버지 38.0점, 배우자 31.4점, 자녀 37.2점, 형제/자매 31.5점, 기타 37.7점으로 어머니가 부담감이 높았다. 전체 부담감은 어머니 59.1점, 아버지 60.3점, 배우자 51.8점, 사녀 51.3점, 형제/자매 48.6점, 기타 69.5점으로 통계적으로 유의하지는 않았지만 부모인 경우보다 기타에서 더 높게 나타났으나 통계적으로 유의한 차이는 아니었다.

월수입별 객관적 부담감은 50만원 미만 25.2점, 50~99만원 21.4점, 100~149만원 18.6점, 150~199만원 21.2점, 200만원 이상 12.6점으로 50



표 6. 주보호자의 일반적 특성과 주보호자의 부담감의 관련성 I

일반적 특성	구분	객관적부담감 (M±SD)	P값	주관적부담감 (M±SD)	P값	전체 (M±SD)	P값
성별	남자	20.2±11.7	0.764	34.5±14.2	0.331	54.0±22.0	0.334
	여자	21.0±12.7		37.2±13.8		58.4±23.0	
학력	무학	18.0±12.0	0.047	47.4±17.8	0.002	65.4±28.6	0.028
	국졸	20.5±10.7		43.3±12.7		64.4±21.5	
	중졸	23.6±13.1		33.3±12.8		57.1±23.1	
	고졸	22.3±13.3		36.4±12.9		57.7±21.9	
	대졸이상	13.0± 7.8		28.2±12.0		41.5±16.3	
종교	유	19.0±11.7	0.012	35.5±13.4	0.324	54.5±22.0	0.056
	무	25.6±13.1		38.5±15.2		64.1±23.6	
결혼 상태	미혼	15.4± 7.9	0.087	31.1±12.2	0.157	46.5±16.1	0.078
	기혼	21.5±12.7		36.1±14.0		58.3±23.1	
직업	유	17.3±10.8	0.011	34.0±13.7	0.159	51.2±21.4	0.026
	무	23.2±12.9		37.8±13.9		60.9±22.8	

만원 미만자가 가장 높았으나 통계적으로 유의하지는 않았으며, 주관적 부담감은 50만원 미만 48.7점, 50~99만원 37.9점, 100~149만원 33.0점, 150~199만원 30.3점, 200만원 이상 29.9점으로 월수입이 적을수록 부담감이 유의하게 높았고(P<0.001), 전체적인 부담감은 50만원 미만 72.4점, 50~99만원 59.7점, 100~149만원 50.6점, 150~199만원 52.1점, 200만원 이상 42.4점으로 저소득자에게서 유의하게 높았다(P<0.01)

의료보장 형태별 객관적 부담감은 의료보험 19.6점, 의료보호 1종 19.2점, 의료보호 2종 28.5점으로 의료보호 2종이 객관적 부담감이 가장 유의하게 높았다(P<0.05). 전체 부담감은 의료보험 54.4점, 의료보호 1종 60.0점, 의료보호 2종 73.2점으로 의료보호 2종이 전체 부담감이 가장 유의하게 높았다(P<0.05).

주보호자의 본인의 건강인식 정도별 주관적 부담감은 건강하다 33.6점, 병은 없지만 건강한 편은 아니다 39.2점, 질병이 있다 45.0점으로 질병이 있는 경우 유의하게 부담감이 높았

다(P<0.01). 전체 부담감은 건강하다 53.7점, 병은 없지만 건강한 편은 아니다 61.5점, 질병이 있다 65.9점으로 질병이 있는 경우 부담감이 높았으나 통계적으로 유의하지는 않았다.(표7)

#### 2). 정신분열병 환자의 일반적 특성과 주보호자의 부담감의 관련성

주보호자의 일반적 특성과 부담감의 관련성을 보면, 학력별 객관적 부담감은 무학 34.5점, 국졸 18.2점, 중졸 20.2점, 고졸 23.8점, 대졸이상 15.0점으로 무학인 경우가 유의하게 객관적 부담감이 높았고(P<0.05), 주관적 부담감은 무학 55.5점, 국졸 37.2점, 중졸 33.8점, 고졸 39.6점, 대졸이상 29.9점으로 무학인 경우가 유의하게 주관적 부담감이 높았다(P<0.01). 전체 부담감은 무학 90.0점, 국졸 55.5점, 중졸 53.9점, 고졸 63.0점, 대졸이상 45.2점으로 무학인 경우가 유의하게 주관적 부담감이 높았다(P<0.01).

종교별 객관적 부담감은 유 17.0점, 무 23.1점으로 종교를 가지고 있는 경우 유의하게 객

표 7. 주보호자의 일반적 특성과 주보호자의 부담감의 관련성 II

일반적 특성	구분	객관적부담감 (M±SD)	P값	주관적부담감 (M±SD)	P값	전체 부담감 (M±SD)	P값
환자와의 관계	어머니	205±105	0.239	38.3±14.0	0.409	59.1±21.2	0.292
	아버지	22.9±12.9		38.0±13.6		60.3±23.1	
	배우자	22.1±17.1		31.4±16.0		51.8±29.9	
	자녀	14.2±9.9		37.2±14.0		51.3±18.8	
	형제/자매	17.1±10.4		31.5±12.5		48.6±18.8	
	기타	28.4±17.1		37.7±12.7		69.5±25.9	
월수입 (만원)	50미만	25.2±9.3	0.162	48.7±9.3	0.001	72.4±15.4	0.010
	50-99	21.4±13.2		37.9±13.7		59.7±23.5	
	100-149	18.6±11.7		33.0±16.1		50.6±25.1	
	150-199	21.2±12.9		30.3±10.6		52.1±19.9	
	200이상	12.6±8.7		29.9±9.7		42.4±13.3	
의료보장 형태	의료보험	19.6±12.3	0.040	34.9±14.2	0.073	54.4±22.5	0.017
	의료보호 1종	19.2±13.9		40.8±11.3		60.0±22.7	
	의료보호 2종	28.5±10.0		43.8±10.1		73.2±17.2	
본인의 건강인식	건강하다	19.9±12.4	0.510	33.6±13.6	0.009	53.7±22.4	0.099
	병은없지만 건강하면은 아니다	23.3±13.6		39.2±13.4		61.5±22.7	
	질병이 있다	20.9±10.1		45.0±12.4		65.9±21.7	

관적 부담감이 낮았다(P<0.01). 주관적 부담감은 유 37.0점, 무 35.3점으로 종교를 가지고 있는 경우 주관적 부담감은 낮았으나 통계적으로 유의하지는 않았다. 전체 부담감은 유 55.0점, 무 57.9점으로 종교를 가지고 있는 경우 전체 부담감은 낮았으나 통계적으로 유의하지는 않았다.

결혼상태별 객관적 부담감은 미혼 20.0점, 기혼 19.9점, 기타 27.6점으로 기혼인 경우 객관적 부담감이 낮았으나 통계적으로 유의하지는 않았다. 주관적 부담감은 미혼 36.4점, 기혼 34.7점, 기타 41.3점으로 기혼인 경우 주관적 부담감이 낮았으나 통계적으로 유의하지는 않았다. 전체적 부담감은 미혼 56.7점, 기혼 54.6점, 기타 68.9점으로 기혼의 부담감이 낮았으나 통계적으로 유의하지는 않았다.

과거직업 유무별 객관적 부담감은 유 23.8

점, 무 18.8점으로 직업이 있었던 경우에 객관적 부담감이 통계적으로 유의하게 높았다(P<0.05). 전체 부담감은 유 59.6점, 무 55.2점으로 직업이 없었던 경우에 부담감이 높았으나 통계적으로 유의하지는 않았다.(표8)

의료보장 형태별 주관적 부담감은 의료보험 34.7점, 의료보호 2종 38.0점, 의료보호 1종 42.2점으로 의료보호 2종이 주관적 부담감이 높았으나 통계적으로 유의하지는 않았다. 전체 부담감은 의료보험 53.8점, 의료보호 1종 63.1점, 의료보호 2종 68.0점으로 의료보호 2종이 부담감 가장 유의하게 높았다(P<0.05).

동거상태별 객관적 부담감은 가족과 함께 집에서 산다 19.6점, 정신병원 입원중 23.3점으로 정신병원에 입원중인 경우가 부담감이 높았으나 통계적으로 유의하지는 않았다. 전체 부담감은 가족과 함께 집에서 산다 54.7점, 정

표 8. 정신분열병 환자이 일반적 특성과 주보호자의 부담감의 관련성 I

일반적 특성	구분	객관적부담감 (M±SD)	P값	주관적부담감 (M±SD)	P값	전체 부담감 (M±SD)	P값
학력	무학	34.5±27.6	0.016	55.5± 7.8	0.010	90.0±35.4	0.003
	국졸	18.2± 9.9		37.2±17.6		55.4±24.5	
	중졸	20.2±12.7		33.8±11.3		53.9±20.5	
	고졸	23.8±11.9		39.6±14.0		63.0±22.7	
	대졸이상	15.0±10.7		29.9±12.2		45.2±17.3	
종교	유	17.0±11.2	0.009	37.7±13.0	0.378	55.1±22.0	0.524
	무	23.1±12.5		35.3±14.4		57.9±23.1	
결혼상태	미혼	20.4±10.7	0.311	36.4±14.9	0.529	56.7±22.8	0.322
	기혼	19.9±14.9		34.7±11.8		54.6±22.0	
	기다	27.6±14.6		41.3±11.7		68.9±22.8	
과거직업	유	23.8±14.0	0.035	35.9±14.8	0.868	59.6±24.9	0.323
	무	18.8±10.9		36.4±13.5		55.2±21.2	

표 9. 정신분열병 환자의 일반적 특성과 주보호자의 부담감의 관련성 II

일반적 특성	구분	객관적부담감 (M±SD)	P값	주관적부담감 (M±SD)	P값	전체 부담감 (M±SD)	P값
의료보장	의료보험	19.2±12.7	0.083	34.7±14.5	0.107	53.8±23.5	0.035
형태	의료보호 1종	25.1± 9.7	0.141	38.0± 9.6	0.304	63.1±16.5	0.143
	의료보호 2종	25.3±10.6		42.2±11.6		68.0±17.4	
동거상태	가족과 함께 집에서 산다	19.6±11.9	0.141	35.3±14.7	0.304	54.7±23.0	0.143
	정신병원 입원중	23.3±13.0		38.3±11.9		61.6±21.4	

신병원 입원중 61.6점으로 정신병원에 입원중인 경우가 부담감이 높았으나 통계적으로 유의하지는 않았다.(표9)

#### 4. 주보호자 부담감의 상관관계

1). 주보호자의 나이, 동거가족수, 가족지지와 부담감의 상관관계

주보호자의 부담감과 나이, 동거가족수, 가족지지와 상관관계를 보면 가족지지는 객관적, 주관적, 전체 부담감과 통계적으로 유의한 음의 상관관계가 있었으며, 나이, 동거 가족수는 주보호자의 부담감과 상관관계가 통계적으로 유의하지 않았다(표10).

2). 정신분열병환자의 나이, 발병시기, 입원기간, 입원횟수와 부담감의 상관관계

주보호자의 부담감과 정신분열병환자의 나이, 발병시기, 입원기간, 입원횟수와 상관관계를 보면 변수 모두 객관적, 주관적, 전체부담감과 통계적으로 유의한 상관관계가 없었다(표11).

#### 5. 주보호자의 부담감에 영향을 미치는 요인

1). 주보호자의 객관적 부담감에 영향을 미치는 요인

주보호자의 객관적 부담감에 영향을 미치는 요인을 다중회귀분석한 결과 통계적으로 유의

표 10. 주보호자의 나이, 동거가족수와 부담감의 상관관계

부담감	나이	동거가족수	가족지지
객관적	0.071	-0.120	-0.347**
주관적	0.161	-0.018	-0.296**
전체	0.144	-0.060	-0.380**

\*\* P < 0.01

표 11. 정신분열병환자의 나이, 발병시기, 입원기간, 입원횟수와 부담감의 상관관계

부담감	나이	발병시기	입원기간	입원횟수
객관적	0.030	0.030	-0.055	0.020
주관적	0.059	0.059	0.077	0.034
전체	0.053	0.013	0.016	0.030

표 12. 주보호자의 객관적 부담감에 영향을 미치는 요인

변수	$\beta$	P-value
종교	-6.042	0.018
직업	-4.696	0.038
가족지지	-0.305	0.000

표 13. 주보호자의 주관적 부담감에 영향을 미치는 요인

변수	$\beta$	P값
학력	-2.239	0.075
총수입	-2.374	0.048
가족지지	-0.253	0.002

표 14. 주보호자의 전체 부담감에 영향을 미치는 요인

변수	$\beta$	P값
종교	-9.289	0.039
총수입	-3.223	0.097
가족지지	-0.582	0.000

하게 영향을 미치는 변수는 종교, 직업, 가족지지 (P<0.05)였다. (표12)

2). 주보호자의 주관적 부담감에 영향을 미치는 요인

주보호자의 주관적 부담감에 영향을 미치는 요인을 다중회귀분석한 결과 통계적으로 유의하게 영향을 미치는 변수는 총수입, 가족지지 (P<0.05)였다.(표13)

3). 주보호자의 전체 부담감에 영향을 미치는 요인

주보호자의 전체 부담감에 영향을 미치는 요인을 다중회귀분석한 결과 통계적으로 유의하게 영향을 미치는 변수는 종교, 가족지지 (P<0.05)였다. (표14)

## 고 찰

정신분열병은 비교적 이른 나이에 시작하며 대체적으로 증상소실과 악화를 반복하는 대표적인 만성 정신질환의 하나이고, 가족들의 환자에 대한 비판이나 지나친 감정적 개입이 재발을 일으킬 수 있어(세계정신의학회, 1995; 대한신경정신의학회, 1998; Hales 등, 1999), 이들 가족들의 부담감의 요인을 찾아 가족-환자 상호간의 스트레스를 줄이고 환자와 가족들의 치료적 협조와 순응을 높임으로써 정신분열병 환자와 가족들의 삶의 질을 향상시킬 수 있리라 생각된다.

본 연구에서 주보호자의 일반적 특성에서, 성별로 볼 때 환자군의 성별은 남자가 여자보다 약간 많았으나 주보호자는 여자가 남자보다 많은 현상은 국내 기존의 연구들(이정식 등, 1991; 임혜숙, 1991; 서수경 등, 1995; 왕영애, 1997; 최영신, 1997)과 비슷한데 어머니가 가장 많은 주보호자인 것을 의미한다. 평균 연령은 기존 연구들에서는 30대(최영신, 1997), 40대(임혜숙, 1991; 강동호, 1994; 서수경 등, 1995), 50대(이정식 등, 1991), 60대(왕영애, 1997) 등 다양하고, 본 연구에서는 남자 47세, 여자 51세로 대상 환자 등과 대상지역에 따라 차이가 있었으리라 생각된다. 학력은 전체적으로 고졸, 대졸순이었고, 남자는 고졸, 대졸, 중졸, 여자는 중졸, 고졸, 국졸 순으로 많았으며, 기존 보고들(임혜숙, 1991; 강동호, 1994; 서수경 등, 1995; 이정식, 1995; 왕영애, 1997; 최영신, 1997)도 대체로 고졸이 많았으나 지역 및 대상에 따라 국졸과 대졸이 많은 경우도 있었다. 종교는 본 연구와 기존 연구들(이정식 등, 1991; 임혜숙, 1991; 강동호 등, 1994; 서수경 등, 1995; 최영신, 1997) 모두 60~80%대에서 종교가 있었고, 결혼상태 또한 기존 연구들(임혜숙, 1991; 강동호, 1994; 서수경 등, 1995; 왕영애, 1997; 최영신, 1997)처럼 남·여 모두 기혼이 많았으며, 직업은 남자에서는 85.7%,

여자에서는 17.8%가 직업이 있었으며, 주부를 제외하면 무직이 많다는 왕영애(왕영애, 1997)의 보고와는 차이가 있으나 주부의 직업 포함 여부에 따라 큰 차이는 없었다.

환자와의 관계에서는 부모가 대부분(60~90%)으로 기존의 연구들(이정식 등, 1991; 임혜숙, 1991; 서미혜와 오가실, 1993; 강동호, 1994; 서수경 등, 1995; 왕영애, 1997; 김철권 등, 1999)과 비슷하였고, 이중 어머니가 가장 많았고(42.6%), 남자 환자는 아버지가, 여자 환자는 어머니가 가장 많은 주보호자로 이는 환자와 가장 많은 시간을 보내는 사람이 주로 어머니라는 점과 일치하며, 성인이 되어도 그 부양책임을 부모가 계속 맡고 있는 국내 현상과 퇴원한 정신질환자를 돌보는 책임이 주로 여성들에게 할당된다는 관계가 결합된 현상일 것으로 생각된다(Ascher-Svanum, 1989).

총 가족 수는 환자를 제외하고 약 3명으로 임혜숙(임혜숙, 1991), 왕영애(왕영애, 1997)와 비슷하다.

월수입은 50~99만원이(44.3%) 가장 많았고 국내 보고 등(이정식 등, 1991; 강동호, 1994; 서수경 등, 1995; 왕영애, 1997; 최영신, 1997)과 비슷하였다. 의료보장 형태는 의료보험이 83.5%로 가장 많았고 건강인식 정도는 67.0%에서 건강하다고 인식하고 있었다.

정신분열병 환자들의 일반적 특성을 보면 남자가 여자보다 많고 왕영애(왕영애, 1997), 강동호(강동호, 1994), 서수경(서수경, 1995), 이정식 등(이정식 등, 1991)의 보고와 일치하나 정신분열병의 발생률은 남·여가 비슷하지만(American Psychiatric Association, 1994; 세계정신의학회, 1995; 대한신경정신의학회, 1998; Hales 등, 1999) 우리 나라 문화에서의 남아 선호 사상에 따라 남자의 의료 이용률이 높아서 나타난 현상으로 해석된다.

발병 연령은 남자 23세, 여자 26세로 이은정과 우행원(이은정과 우행원, 1996), 안주홍(안주홍, 1999), 세계정신의학회(세계정신의학회,

1995), Hales(Hales 등, 1999)등 및 미국정신의학회(American Psychiatric Association, 1994)의 보고와 비슷하여 대체적으로 시대적, 지역적 차이 없이 20대에 가장 많고 대개 25세 전후이며 남자가 여자보다 조금 빠른 양상이다(American Psychiatric Association, 1994; 세계정신의학회, 1995; 대한신경정신의학회, 1998; Hales 등, 1999).

입원기간은 남자 19개월 여자 18개월로 강동호(강동호, 1994) 14.9개월, 서수경 등(서수경, 1995)14.7개월보다는 길었고, 입원횟수는 강동호(강동호, 1994) 27회, 서수경 등(서수경, 1995) 26회 보다 다소 많은 남자 3.9회, 여자 3.8회였으나 본 연구의 대상 환자중 1년이상인 경과환 만성정신분열병 환자를 대상으로 하였기 때문에 생각된다.

학력은 남·여 모두 고졸이 많아 왕영애(왕영애, 1997), 강동호(강동호, 1994), 서수경 등(서수경, 1995)과 비슷하였고, 종교는 없는 경우가 61.7%로 가장 많아 이은정과 우행원(이은정과 우행원, 1996), 안주홍(안주홍, 1999)과 차이가 있으나 시대적, 지역별 차이로 생각된다.

결혼상태는 기존의 보고들(강동호, 1994; 서수경 등, 1995; 왕영애, 1997)처럼 본 연구에서도 이혼이 많았는데 이것은 발병 연령과 관련된 병이 결혼의 기회를 줄인 결과로 생각된다.

직업상태는 무직이 다소 많아 병으로 인한 취업기회가 적거나 취업 후에도 발병으로 인한 실직 기회가 많고(Strauss & Carpenter, 1972), 특히 1997년도부터 시작된 IMF체제하에서의 실직자의 증가도 원인이라고 생각된다.

의료보장 형태는 의료보험이 75.7%, 동거상태는 가족과 함께가 70.4%로서 각각 왕영애(왕영애, 1997)의 보고와 일치하고 있다.

주보호자의 객관적 부담감 정도에서는 전체 항목 평균(0~4점) 1.5점으로 부담이 약간 있는 정도이고 항목 내용으로는 '경제적으로 어

렵다', '집안 분위기가 어둡다', '집안 일에 지장이 있다' 순으로 부담이 많았는데 '이웃과 불화가 있다' 항목에 부담이 가장 적었다고 응답하였다. 이정식 등(이정식 등, 1991)은 '장애 및 예후', 강동호(강동호, 1994)는 '기이한 행동', 최영신(최영신, 1997)은 '환자의 장래', 임혜숙(송예현, 1991)은 '병에 대한 괴로움'이 가장 부담이 많은 항목으로 보고하여 서로 상이하나 이는 조사 항목 내용이 서로 다르기 때문으로 생각된다.

주보호자의 주관적 부담 정도에서는 전체 항목 평균(0~4점) 1.6점으로 부담이 약간 있는 정도이고, 항목 내용으로는 '앞날 걱정', '딴고 불쌍한'의 순으로 응답하였으며 '안보고 살고 싶다' 항목에 가장 낮은 점수로, 강동호(강동호, 1994)의 불쌍함, 죄책감, 원망 등의 많은 부담감 보고와 일맥상통하고 있다. 또한 최영신(최영신, 1997), 김소야자 등(김소야자 등, 1993), 임혜숙(임혜숙, 1991)의 보고와는 부담의 정도가 높거나 낮은 정도이나 대체로 높지 않은 것은 오석환 등(오석환 등, 1972)의 정신질환자 가족의 환자에 대한 이해와 수용적이고 보호적 태도, 김광일과 김명정(김광일과 김명정, 1973)의 가족 등이 웬만한 증상을 정신과적 문제로 보지 않는 정신병에 대한 태도나 병식의 부족, 김광일(김광일, 1974)의 가족들이 정신병자를 두려워하거나 멀리하기보다는 가정에서 보호하려는 경향 등의 우리나라에서의 전통적인 가족제도와 가족을 중요시하고 가족 구성원의 고통을 가족이 감수해야 한다는 미풍양속의 결과가 아닌가 생각된다.

주보호자의 일반적 특성과 부담의 관련성에서는 학력이 낮을수록 부담감이 많고 높을수록 부담감이 적다는 보고들(이정식 등, 1991; 임혜숙, 1991; 김소야자 등, 1993; 서미혜와 오가실1993; 강동호, 1994; 최영신, 1997)과 일치하며, 통계적으로 유의하였고, 무학이나 국졸의 주보호자의 경우, 병에 대한 인식이나 정보의 어려움, 취업 기회의 적음 등으로 인한 경

제적 곤란 등이 부담감을 많이 주리라 생각된다.

직업은 전체적으로 없는 경우가 있는 경우보다 통계적으로 유의하게( $P < 0.05$ ) 부담이 많아 '경제적으로 어렵다' 항목이 가장 큰 객관적 부담이었던 결과를 반영해 주고 있다.

성별에 따른 관련성은 남·여간 부담의 통계적 차이는 없었으나 여자가 부담이 크다는 보고(임혜숙, 1991; 최영신, 1997), 남자가 크다는 보고(강동호, 1994), 무관하다는 보고(이정식 등, 1991) 등 일치되는 것이 없다.

종교 유·무는 전체적으로 부담감이 통계적 차이가 없고 이정식 등(이정식 등, 1991)의 보고와 일치하고 있으나, 객관적 부담감에 있어서는 종교가 있는 경우 유의하게 부담감이 낮은 것은 종교의 통합성 내지 종교를 통한 사회적 지지 체계에 의한 부담감이 감소된 것이 아닌가 생각된다.

결혼상태에서는 최영신(최영신, 1997)과 임혜숙(임혜숙, 1991)의 보고에서는 미혼이 기혼보다 부담이 많았으나 본 연구에서는 기혼이 약간 많았으나 통계적으로 차이는 없었다.

환자와의 관계에서는 왕영애(왕영애, 1997)의 보고에서는 일상적 가족생활의 방해에 있어서 부담을 배우자가 가장 적고 기타 집단이 가장 많아 통계적으로 의미가 있었으나, 최영신(최영신, 1997)의 보고에서는 배우자가 많고, 임혜숙(임혜숙, 1991)의 보고에서는 부모는 적고 배우자와 형제는 많고, 본 연구에서는 환자와의 관계는 부담감에 큰 영향을 주지 않았는데 이런 차이는 분향과 대상의 차이 때문이라고 생각된다.

주보호자의 총수입과 부담감에서는 객관적 부담감은 큰 차이가 없었으나, 주관적 부담감에서는 50만원 미만에서 많고 200만원 이상에서는 적었으며 전체적 부담감에서도 수입이 적을수록 통계적으로 유의하게 부담감이 적었다. 또한 최영신(최영신, 1997)은 50만원 미만에서 부담감이 많고, 이정식 등(이정식 등,

1991)은 수입과 부담감은 통계적으로 관련성이 없다고 하였으나, 왕영애(왕영애, 1997)는 100~149만원이 250만원 이상보다 통계적으로 유의하게 많은 부담감을 가진다고 하여 장기 치료에 따른 치료비 부담 때문에 부담이 많을 것이라 생각된다.

의료보장 형태는 왕영애(왕영애, 1997)는 가족의 신체건강에 대한 영향에서 의료보장이 없는 경우 부담이 많다고 하였고, 본 연구에서는 객관적 부담감은 보호 1종이 적고 보호 2종이 많아 통계적으로 의미가 있었고, 주관적 부담감은 의료보험이 적고 보호 2종에서 가장 많아 통계적으로 의미가 있었는데 이는 의료 보호 1종은 의료비가 거의 무료이나 의료보호 2종에서는 외래와 입원진료시 본인 부담금이 높기 때문으로 생각된다.

정신분열병 환자의 일반적 특성과 주보호자의 부담감의 관련성에서는 최영신(최영신, 1997)은 가족의 부담감과 정신질환자의 일반적 특성(성별, 연령, 교육수준, 직업, 발병시기, 입원횟수, 결혼상태, 의료보장 형태)과는 통계적인 관련성은 없다고 하였으나 본 연구에서는 학력이 낮을수록 부담이 많고 학력이 높을수록 통계적으로 의미 있게 부담이 적으며, 결혼상태, 종교유무, 과거 직업 유무, 가족과 동거 여부는 전체 부담감에서 통계적 차이가 없고, 의료보장형태에서는 보호 2종이 보험보다 통계적으로 의미 있게 부담이 많았다.

주보호자의 나이, 동거가족수와 부담감의 상관관계에서는 주관적, 객관적, 전체 모두 상관성이 없었으나 강동호(강동호, 1994)는 나이가 많을수록 부담감이 많아지고 최영신(최영신, 1997)은 나이 이르고, 미혼이며, 배우자일 때 부담감이 많고, 또한 60세이상 낮은 교육수준, 대가족에 속해 있고 부모인 경우 부담감이 많으며, 임혜숙(임혜숙, 1991)은 주보호자의 특성과 부담감에는 통계적 차이가 없다고 하여 대체적으로 통계적 차이가 없는 편이다.

그러나 정신분열병 환자의 나이, 입원기간,

입원횟수와 부담감의 상관관계에서는 본 연구에서 모두 상관관계가 없었으나, 임혜숙(임혜숙, 1991)과 강동호(강동호, 1994)의 보고는 입원기간이 길수록 통계적으로 의미 있게 부담이 많았고, 임혜숙(임혜숙, 1991)은 입원경험이 있거나 입원횟수가 많을수록 통계적으로 부담감이 많아진다고 하였다. 이는 임혜숙(임혜숙, 1991)의 조사에서 대상 환자가 주로 학생과 무직이 많았고 유병기간도 5년이었으며 주보호자의 월수입이 평균 125만원이고 가족수가 평균 4.4명인 점이 관계되었으리라 생각된다.

주보호자의 주관적, 객관적, 전체 부담감에 영향을 미치는 요인 등을 각각 다중회귀분석한 결과, 주관적 부담감은 주보호자의 총수입과 가족지지, 객관적 부담감은 주보호자의 직업, 종교 및 가족지지, 전체 부담감은 종교와 가족지지가 통계적으로 유의하게 영향을 미쳤고, 이는 왕영애(왕영애, 1997)의 보고에서 경제적 부담이 통계적으로 의미 있었던 점, 최영신(최영신, 1997)의 보고에서 가족이나 주위사람들의 사랑, 관심, 인정 및 격려가 높을수록 부담감이 통계적으로 적었던 점과 부분적으로 일치하고 있다. 따라서 정신분열병 환자 주보호자의 부담감에 영향을 미치는 변수는 종교, 직업, 총수입 및 가족지지로써, 특히 가족지지는 주관적, 객관적, 전체 부담감에 유의하게 영향을 미치고 있어 정신분열병 환자가 사회에서 잘 적응하기 위해서는 무엇보다 사회적 지지 체계가 필수적으로 중요하다. 왜냐하면 주보호자와 환자와의 스트레스와 긴장이 증가하여 부담감이 증가하면 나머지 가족 구성원들은 환자에게 감정표현을 지나치게 하게 되고 이것은 결국 재발로 이어질 수 있어, 사회적 지지 체계를 넓혀주고 가족구성원간의 지지체계를 잘 유지할 수 있도록 해서 가족의 부담을 줄이고 환자의 재입원과 재발을 막아야 할 것이다.

끝으로 본 연구의 제한점은 첫째, 조사대상 자수가 적고 일부 제한 지역을 대상으로 하였

으며, 둘째 기존의 국내의 연구에서 사용된 부담감 문항이 아니고 김철권 등(김철권 등, 1999)이 최근 개발한 문항 설문지를 이용하여 조사하였기에 유사한 비교 고찰이라는 점 등으로 연구 결과를 일반화하기에는 부족하며 추후 국내 실정에 맞는 동일한 설문을 이용하여 광범위한 후속조사가 필요할 것이고 본 연구 결과는 예비조사로써 의미가 있다고 할 수 있다.

## 요 약

정신분열병환자의 주보호자가 경험하고 있는 객관적, 주관적 부담의 내용과 정도를 파악하고, 주보호자의 부담감에 영향을 미치는 변수들을 파악하기 위하여 광주·전남 지역에 소재한 K병원, Y병원, S병원의 협조를 얻어 정신과에 입원하고 있거나, 외래 치료를 받고 있는 정신분열병환자의 주보호자 115명을 대상으로 직접면접을 통한 설문조사를 실시하여 분석한 결과는 다음과 같다.

1. 주보호자의 부담감과 관련 있는 변수는 주보호자의 일반적 특성에서 학력, 종교, 직업, 월수입, 의료보장형태, 건강인식 정도이었으며 ( $P<0.05$ ), 정신분열병 환자의 일반적 특성에서는 학력, 종교, 과거직업, 의료보장형태와 가족지지도 등이었다( $P<0.05$ ).

2. 정신분열병 환자를 돌보는 주보호자의 부담감의 항목별 분석 결과 4점 만점에 최소 평균점수 0.67에서 최고 평균점수 2.73이었으며 객관적 부담감은 전체항목 평균 1.5점, 주관적 부담감은 전체항목 평균 1.6점이었다.

3. 주보호자의 부담감에 영향을 미치는 요인은 객관적 부담감에서는 종교, 직업, 가족지지가( $P<0.05$ ), 주관적 부담감에서는 총수입, 가족지지가 ( $P<0.05$ ), 전체 부담감에서는 종교, 가족지지가( $P<0.05$ ) 각각 통계적으로 유의하게 영향을 미쳤다.

결론적으로 정신분열병환자 가족의 부담감



에 후보호자의 종교, 직업, 총수입, 가족지지가 영향을 미치는 것으로 시사되어 지역사회 정신보건사업에서 가족의 부담을 줄이는데 이러한 요인들이 고려되어야 할 것으로 생각한다.

### 인용문헌

1. 강동호. 정신분열병 환자 가족의 객관적·주관적 부담에 관한 연구. 석사학위 논문 부산대학교 대학원, 1994
2. 강동호, 김철권, 변원단. 정신분열병 환자 가족의 객관적·주관적 부담에 관한 연구. 신경정신의학 1995;34(1):193-203
3. 고천석, 이형영. 정신과 환자 가족의 불안에 관한 연구. 신경정신의학 1985;24(3):421-430
4. 김광일, 김명정. 정신증상에 대한 한국인의 태도 조사. 신경정신의학 1973;12(1):41-52
5. 김광일. 한국에서의 정신질환에 대한 태도와 인식도. 대한의학협회지 1974;17(3):175-178
6. 김소야사, 현명선, 성경미, 공성숙. 입원한 정신질환자 가족의 가정간호 요구도와 가족부담감. 대한간호 1993;32(3):68-87
7. 김철권, 조진석, 서지민, 김용관, 김현수, 김상수, 제영묘. 정신분열병환자의 가족의 부담 척도 개발에 대한 예비 연구. 신경정신의학 1999;38(3):539-553
8. 대한신경정신의학회. 신경정신의학 서울 하나의학사, 1998, 쪽305-334
9. 박미선. 정신분열병 환자 가족 교육이 가족의 부담감, 우울 및 삶의 질에 미치는 효과. 정신보건 1998;3(1):56-61
10. 박선영. 정신질환자 가족의 부담과 그에 따른 전문적 도움에 관한 연구. 석사학위논문 이화여자대학교 대학원, 1992
11. 박지원. 사회적지지 척도개발을 위한 일 연구. 연세대학교 대학원, 1985
12. 보건복지부. 1998년도 정신보건 사업지침. 보건복지부, 1998, 쪽 3-13.
13. 서미혜, 오가실. 만성질환자 가족의 부담감에 관한연구. 대한간호 1993;23:467-485
14. 시수경, 김철권, 변원단. 정신분열병 환자 가족의 병에 대한 지식과 견해조사. 신경정신의학 1995;34(1):204-214
15. 서은선. 의료보호 정신질환자 가족의 부담과 전문적 도움에 관한 연구. 석사학위논문 숭실대학교 대학원, 1996
16. 세계정신의학회. 정신분열병. 대한신경정신의학회 역, 대한신경정신의학회, 1995
17. 송예현. 정신질환자 가족의 가족기능에 관한 연구. 석사학위논문, 충남대학교대학원, 1991
18. 안주홍. 인 정신병원에 입원한 정신분열병 환자에 대한 사회인구학적 및 임상적 특징. 석사학위 논문 조선대학교 대학원, 1999
19. 엄미사. 정신질환자 치료시 가족의 스트레스 요인과 대처방법에 관한 연구. 석사학위논문 고려대학교 대학원, 1992
20. 오석환, 박조열, 박희주, 김정성, 이수정. 정신분열병에 대한 가족들의 태도에 대한 고찰. 신경정신의학 1972;11(3):177-186
21. 왕영애. 정신질환자 가족의 부담에 관한 연구. 석사학위논문 연세대학교 대학원, 1997
22. 이강오, 김은하, 백영주. 정신과 환자 가족의 스트레스 대처방법과의 상관관계 연구. 석사학위논문 조선대학교 대학원, 1991
23. 이은정, 우행원. 정신분열병의 사회인구학적 요인 및 임상양상의 성별 차이. 신경정신의학 1996; 35(4):753-762
24. 이정식, 김광일, 오동열. 정신병환자 가족의 걱정에 관한 조사. 신경정신의학 1991;30(3):421-430, 517-531
25. 임혜숙. 정신질환자 가족의 부담감과 사회적 지지에 관한 연구. 석사학위논문 연세대학교 대학원, 1991
26. 최영신. 정신질환자를 돌보는 가족원의 부

- 담감과 사회적 지지와의 관계 연구. 석사학  
위논문 이화여자대학교 대학원, 1997
27. 홍순원, 이병욱, 이수일. 정신병환자 가족의  
심리적 반응과 대응전략에 관한 연구. 신경  
정신의학 1994;33(1):117-129
  28. American Psychiatric Association. Diagnostic  
and Statistical Manual of Mental Disorders.  
4th ed Washington DC, American Psychiatric  
Association, 1994, pp. 274-290
  29. Ascher-Svanum H, Sobel Ts. Caregivers of  
mentally ill adults: a women's agenda. Hosp  
Community Psychiatry 1989;40:843-845
  30. Bergeim, K.F. Supportive family counselling.  
Schizophr Bull 1982;8, 634-640
  31. Burter, A, Pritchard, C. Social work and  
mental illness. The Macmillan Bess LTD,  
1981;pp.32-36
  32. Cobb,S. Social support as a Moderator of  
Life stress. Psychosomatic Medicine  
1976;38(5):1976.
  33. Creer C, Sturt E, Wykes T. The role of  
relatives. In Wing JK(ed) Long-term  
community care : Experiences in a London  
borough, London, Cambridge, Psychol Med,  
Monograph Supplement 1982;2:29-55 Press
  34. Gard J, Sainsbury P. The effects that  
patients have on their families in a  
community care and a control psychiatric  
service : a two-year follow up. Br J  
Psychiatry 1968;114:265-278
  35. Goldman HH. Mental illness and family  
burden. A public health perspective. Hospital  
Community Psychiatry 1982;33:557-560
  36. Grella, C.E., Grusky, O. Families of the  
seriously mentally ill and their satisfaction  
with services. Hosp community Psychiatry  
1989;40, 831-836
  37. Hales RE, Yudofsky SC, Talbott J A.  
Textbook of psychiatry, 3rd ed Washington  
DC, American Psychiatric Press, 1999, pp.  
425-464
  38. Hatfield AB. The family as a partner in the  
treatment of mental illness. Hosp Community  
Psychiatry 1979;30:338-340
  39. Hoenig J, Hamilton M. The schizophrenic  
patient in the community and his effect on  
the household. Int J soc Psychiatry  
1966;12:165-176
  40. Lam DH. Psychosocial family intervention in  
the schizophrenia. A review of empirical  
studies. Psychol Med 1991;21:423-441
  41. Lamb HR, Oliphant E. Schizophrenia  
through the eyes of families. Hospital  
Community Psychiatry 1978;29:803-806
  42. Pai, S., Kapur, RL. The burden on the  
family of the psychiatric patient. development  
of an interview schedule. Br J Psychiatry  
1981;138:332-335
  43. Platt s. Measuring the burden of psychiatric  
illness on the family. An evaluation of some  
rating scales, Psychol Med 1985;15:383-393
  44. Reinhard S C. Living with mental illness.  
Effects of professional support and personal  
control on caregiven burden. Res Nursing  
Health 1994;17:79-88
  45. Strauss J S, Carpenter W T. The prediction  
of outcome in sschizophrenia. Arch Gen  
Psychiat 1972;27:739-746
  46. Thompson EH, Doll W. The burden of  
families coping with mentally ill. An invisible  
criss. Family Relations 1982;31:379-388