

가족탄력 모델을 이용한 정신분열병 환자가족의 부적응에 관한 연구 *

이 은 희 **

이 연구는 정신분열병 환자가족들의 부적응에 대한 연구로서, 가족탄력 모델에 근거하여 정신분열병 환자가족들의 부적응에 중요한 영향을 미치는 요인들과 이들 요인들의 영향력의 정도를 분석하고자 하는 목적으로 이루어졌다. 가족탄력 모델은 가족스트레스에 관한 보다 최근의 모델로서 조정과 적응 두 단계로 구성되어 있으나, 조정보다는 적응의 중요성을 강조하며 적응의 수준은 여러가지 상호 작용하는 구성요인들에 의해 결정된다고 본다. 이 조사의 대상자들은 부산광역시, 울산광역시, 그리고 경상남·북도 지역에 소재하고 있는 정신병원과 정신과 의원, 대학부속병원 및 종합병원 신경정신과에서 DSM - III - R 진단기준에 의거하여 정신분열병으로 진단받고 입원중이거나, 혹은 퇴원후 지역사회 정신보건센터를 이용중인 환자들의 가족들이다.

연구결과를 요약하면 다음과 같다. 학력과 소득수준이 낮으며, 정신분열병에 대한 지식이 없고, 질병의 예후에 대해 부정적으로 생각하며, 그리고 환자와의 친밀도가 낮은 집단의 부적응도가 상대적으로 높게 나타났고, 탄력 모델의 주요 변인들과 가족의 부적응과의 상관관계 분석에서는 거의 모든 변인들과 유의미한 상관성이 나타났

* 이 연구는 1999년도 동국대학교 신입교원연구비 지원으로 이루어졌음.

** 동국대학교 사회복지학과 전임강사

다. 단계별 투입에 의한 중다회귀 (*stepwise multiple regression*) 분석 결과 가족의 부적응을 직접적으로 설명하고 예측할 수 있는 요인은 가족의 통제력, 선동적 의사소통 유형의 사용정도, 확대가족과의 교류와 지지의 정도에 관한 변인들로 나타났다. 이러한 연구결과에 기초하여 부적응적인 가족들을 위한 사회사업 개입방안을 제시하였다.

1. 서론

환자의 질병에 대한 가족의 반응은 가족의 건전성과 가족관계, 의사소통, 부모의 정서체계, 그리고 환자의 질병 특성 등에 따라 다르게 나타나지만(서울의대 편, 1988: 63), 이러한 가족의 반응은 임상현장에서 질병의 치료과정을 좌우하게 된다. 가족이 지나치게 불안해하거나 질병을 의식하게 되면 그것이 환자에게 투사되어 환자의 불안을 증대시키거나 지나친 의존심으로 퇴행케 하여 질병치료에 나쁜 영향을 주게 된다(김규수, 1999: 87). 따라서 가족의 반응이 환자의 치료에 부정적인 요인으로 영향을 미치는 것을 미리 예방하거나 제거시켜 가족이 환자의 중요한 지지체로서의 역할을 잘 수행할 수 있도록 원조하기 위한 사회사업적 개입이 필요하다고 할 수 있겠다.

1950년대 후반부터 시작되어 1970년대에 절정에 달한 탈시설화운동은 수많은 만성 정신질환자들이 병원에서 사회로 복귀하는 계기가 되었지만, 우리나라와 같이 지역사회에 기초한 지지적 서비스가 충분하지 않은 상황에서는 환자를 돌보아야 하는 많은 책임을 가족이 떠맡게 되었고 또한 가족의 환자에 대한 중요한 자원과 환경으로서의 영향도 더욱 커졌다. 따라서 정신분열병과 같은 만성정신질환의 치료와 재활을 위해서는 가족이 치료자 및 환자와 함께 치료적 협조체제를 갖추는 것이 필수적이다(김철권 외, 1999: 540).

Lloyd(1991)를 위시한 많은 연구에서 질병의 발생이 환자의 가족들에게도 정서적 영향을 주며 가족들이 이를 극복하는 방법은 환자의 예후에 중요한 영향을 준다고 하였다. 그러나 1960년대까지만 해도 전문가들은 가족이 정신분열병과 같은 심한 정신질환을 유발시킨다고 생각하였기 때문에 가족을 치료대상으로 간주하였다. 그러나 1970년대에 들어 정신분열병과 같은 만성 정신질환에서 생물학적 원인의 중요성이 강조됨에 따라, 전문가들은 가족을 치료 대상이라기 보다는 오히려 환자의 치료와 사회

복귀를 촉진하는 주요자원으로 받아들이는 인식의 변화를 보였다(Lam, 1991: 423~441). 즉 정신질환은 생물학적 취약성과 사회적 능력 수준 등의 개인적 변수와 스트레스 수준 및 사회적 정서적 지지의 이용 가능성과 같은 환경적 변수를 포함한 많은 상호작용 요소에 의해 영향을 받으므로 가족은 정신질환자의 생물학적 취약성과 스트레스를 주는 환경이 환자를 쇠약하게 하는 효과를 상쇄시키기 위해 필요한 보호와 지지를 제공할 수 있는 자원으로 인식되기 시작했다.

사회공동체의 한 단위로써의 가족은 그 안에서 문제가 발생했을 때 항상성 원칙의 관점에서 가족의 균형상태를 보존하기 위해 적절한 반응과 해결책을 찾으려고 노력한다. 한 가족구성원이 정신분열병 진단을 받았을 때, 그것은 그 가족에게 하나의 위기 상황이라고 할 수 있다. Parad(1977)는 스트레스를 주는 사건이 위기가 되었을 때, 개인은 더욱 파괴될 취약상태에 있고, 동시에 치료적 작용에 잘 따를 수 있게 된다고 지적했다. 그런데 정신분열병은 그 특성상 단기간에 끝이 나거나 치료의 결과를 바라는 것이 거의 불가능하다. 그래서 정신분열병 환자의 가족들이 처음 그 가족원의 질병을 정신분열병으로 진단받은 순간부터 적절한 개입에 의해 균형상태를 회복하도록 도움 받지 못하면 환자에 대한 보호와 간호기간 동안 계속 균형상태가 깨어진 부적응으로 인하여 혼란상태를 보일 수 있다. 그러므로 환자의 증상을 정신분열병으로 진단받는 순간부터 사회복지사에 의한 적절한 도움이 제공된다면 가족은 보다 나은 적응을 할 수 있을 것이고 따라서 환자에 대한 부양의 질도 높아질 것이다.

이때 정신분열병 환자가족들의 적응과 부적응은 어떤 요인들에 의해 차이가 나타나며, 또 이러한 요인들은 적응과 부적응에 어떻게, 그리고 얼마나 영향을 미치는 지에 대한 사정이 필요하다. 가족학자들은 왜 어떤 가족은 전환과 위기에 보다 탄력적으로 잘 대처하고 극복하며, 그러한 어려움 속에서 성장까지 할 수 있는 반면에, 또 어떤 가족들은 유사한 어려움에 직면했을 때, 쉽게 좌절하고 파괴되는지를 밝히기 위해 노력해 왔다. 가족스트레스 이론과 가족탄력 이론은 이러한 과학적 질문에 근거하여 진보해 왔다. 그러나 지금까지 우리나라에서 이루어진 대부분의 연구들은 정신분열병 환자가족의 불안, 우울, 걱정과 같은 정서적 문제(고천석 외, 1985; 이정식 외, 1991; 강동호 외, 1995; 박귀서 외, 1998)와 가족의 부양부담, 대처반응 등에 관한 연구(배성임 외, 1990; 홍순권 외, 1994; 강동호 외, 1995; 서수경 외, 1995; 양옥경, 1995; 김철권 외, 1999)였으며, 가족의 전반적인 적응이나 부적응에 영향을 미치는 요인들을 분석한 실

증적 연구는 거의 없는 실정이다.

이 연구는 가족탄력 모델(*Resiliency Model Of Family Stress, Adjustment, And Adaptation*)에 근거한 정신분열병 환자가족의 부적응에 대한 연구로서, 환자의 발병으로 인한 가족의 부적응은 환자가족의 복지뿐만 아니라 환자의 치료와 재활에 부정적인 영향을 미치는 중요한 요인이라는 전제 하에, 정신분열병 환자가족들의 부적응에 중요한 영향을 미치는 요인들과 이들 요인들이 미치는 영향력의 정도를 분석하고자 한다.

이러한 연구의 의의는 부적응의 위험성이 높은 가족들을 미리 예측할 수 있을 뿐 아니라, 심각하게 부적응적인 상태에 있는 가족들을 위한 사회사업개입시 도움이 될 수 있는 실증적인 지식을 얻을 수 있다는 데 있다.

2. 이론적 배경

1) 선행연구 고찰

가족탄력 모델은 가족 스트레스에 관한 고전적 이론모델인 Hill의 ABCX 모델에서 유래하며, 그 뒤를 이은 이중 ABCX 모델, FAAR 모델(*Family Adjustment and Adaptation Response*), 그리고 유형학 모델(*Typology Model Of Family Adjustment And Adaptation*)과 같은 앞선 모델들이 발전한 보다 최근의 모델이다. Hill의 ABCX 모델에서는 A 요인(스트레스인)에 대처하는 B요인(자원)과 C요인(스트레스인의 정의)에 관심을 두고 이러한 요인이 위기상황(X요인)시 상황이 나빠지는 것으로부터 가족을 중재하고 보호한다고 본다(H. I. McCubbin, Hunter & Metres, 1974; H. I. McCubbin & Dahl, 1974).

이 중 ABCX 모델은 Hill의 ABCX 모델을 기반으로 McCubbin과 Patterson(1983)에 의해 개발된 것으로 위기전 변인을 재규정하고, 위기 후 변인들을 첨가시켜 위기상황에 대한 가족의 적응을 촉진시키는 요인들 특히 대처와 사회적 지지요인에 관심을 집중시킨 모델이다(H. I. McCubbin, Dahl, Lester, Benson & Robretson, 1976; H. I. McCubbin, Dahl, Lester, & Ross, 1975).

FAAR 모델은 이중 ABCX 모델이 자연스럽게 확대 발전된 것으로서 이중 ABCX 모델을 좀더 쉽게 이해하도록 재구성한 모델로 요구와 대응능력간의 균형을 잡기 위한

가족들의 노력과정을 강조한다(Olson, H. I. McCubbin, Barnes, Larsen, Muxen & Wilson, 1983; Olson, H. I. McCubbin, Barnes, Larsen, Muxen & Wilson, 1983; Olson & H. I. McCubbin, 1982).

뒤를 이은 유형학 모델은 가족의 역기능을 중재하고 적응과 회복을 촉진하는 요인으로서 가족의 형성된 기능유형의 중요성을 강조하는 모델이다(M. A. McCubbin, 1988; H. I. McCubbin, A. I. Thopson, Pirner & M. A. McCubbin, 1988).

2) 가족탄력 모델

가족탄력 모델에서 탄력은 개인과 가족이 스트레스적이거나 역기능적 상황에서 입증하는 긍정적인 행동패턴과 기능적인 능력으로 정의될 수 있다. 탄력모델에서는 똑같은 위기상황에서 왜 어떤 가족은 다른 가족 보다 더 잘 적응할 수 있는가에 관심을 가지고, 적응력 향상을 위한 개입의 중요한 목표로서 가족의 탄력과 가족생활의 자연적인 치유자질에 대한 전문가들의 인식을 고취시킨다.

탄력모델은 두 개의 중요한 단계로 구성되어 있다: 조정과 적응, 즉 문제가 발생했을 시, 조정을 시도하고, 조정의 실패로 위기가 발생하면, 이러한 상황에 대한 적응을 시도한다. 그러나 탄력모델에서는 조정보다는 적응의 중요성을 강조한다.

(1) 조정(adjustment) 단계

가족에게 스트레스적인 요인이 발생했을 때, 가족들은 조정단계를 거치면서 가족들이 매일 매일의 일상활동을 영위하기 위해 형성해 온 상호작용 패턴, 역할, 그리고 규칙을 유지하기 위해 시도한다. 가족 조정단계는 가족과정과 결과를 모양지우는 일련의 상호작용하는 구성요소들에 의해 특징지어진다. 이러한 구성요소들은 가족구성원의 정신분열병의 발병과 같은 스트레스 요인과 이러한 요인의 심각성, 스트레스에 대한 가족의 취약성, 가족의 기능 유형, 가족자원, 스트레스인에 대한 가족의 평가, 그리고 가족의 문제해결과 대처 방법이다.

조정을 위한 가족의 노력 결과는 보다 긍정적으로 성공적인 조정의 극단에서부터, 다른 극단인 실패한 조정의 연속체 위에 존재한다. 조정에 성공했을 때는 기존에 형성되어 있는 가족 기능의 패턴이 유지되고 환경적 영향에 대한 가족의 통제감이 강한 반

면, 조정에 실패했을 때는 형성된 기능 패턴에서의 변화가 요구되는 가족 위기상황을 직면하게 된다.

불행하게도 정신분열병과 같은 만성적인 정신병 환자가족들은 대개 조정에 실패한다(Kosciulek et. al., 1993: 41). 가족구성원 가운데 정신분열병 환자가 발생하게 되면, 현존하는 가족의 능력만으로는 가족에게 부가되는 정서적, 사회적 그리고 재정적 요구를 충족시키기가 부적절하다. 정신분열병의 만성적인 고통을 겪고 있는 가족들은 안정성을 달성하기 위하여 가족 역할, 우선권, 목표, 그리고 규칙에 있어서 본질적인 변화를 해야 한다. 이처럼 형성된 가족 패턴의 붕괴를 포함하는 이러한 상황에서 가족은 조정에 실패하고 그 결과로서 가족위기를 경험한다.

(2) 가족위기

가족위기는 조화와 균형을 복구하는 가족사회적 체계에서 계속적으로 파괴적이고 해체적인 능력상실의 상태로서, 가족의 기능패턴에서의 보다 본질적인 변화를 요구하는 것으로 개념화되어 왔다(Burr, 1973). 가족 스트레스는 가족에 대한 요구-가족 능력의 불균형에 의해 초래되는 긴장의 상태인 반면에, 위기는 가족체계에서 불균형, 부조화, 그리고 해체의 상태이다. 위기에 처한 가족들은 종종 긴장을 감소시키기 위하여 실패적 노력을 순환적으로 시도하는 함정에 빠지게 된다. 그리고 가족의 상호작용과 기능의 새로운 패턴이 요구되는 상황에서도 가급적 적게 변화하려고 한다(H. I. McCubbin & Patterson, 1983). Hill(1949)의 가족위기에 대한 최초의 정의와 같이, 탄력모델에서도 위기에 처한 가족을 실패했고, 역기능적이며, 혹은 전문적인 상담을 필요로 한다고 부정적인 낙인을 찍지 않는다. 가족들은 발전하고 진화하기 위해 요구되는 필요한 변화를 일으키기 위하여 고통스럽게 위기를 산출한다. 그러한 위기들은 가족생활의 자연스러운 역사의 한 부분이며, 변화와 적응을 위한 발전적 과정에 절대로 필요한 것이다. 대부분의 가족들이 가족위기를 전문적인 진단과 도움 없이 그들 자신이 성공적으로 극복한다는 것을 고려할 때, 가족위기의 개념은 발전과 변화의 가족 과정에서 자연스러우며, 적절하고 정상적인 요소로서 분류될 만하다. 이처럼 어떤 경우에는 스트레스인이 가족의 발전단계 중 자연스럽게 발생하여 정상적인 위기를 유발하다가 안정을 가져오는 반면, 어떤 경우에는 하나의 스트레스인으로 인한 요구가 가족의 대응능력보다 훨씬 커서 비정상적인 위기를 초래하는 경우도 있다. 이러한 비정상

적인 가족위기는 가족 체계에서의 불균형과 부조화를 나타내며, 그리고 안정성, 규칙, 균형, 그리고 조화감을 복구하기 위하여 가족 기능의 유형에서의 근본적인 변화를 요구한다. 가족체계의 기능 유형에서의 변화를 시작하는 이러한 움직임은 탄력모델의 적응단계의 시작을 나타낸다.

(3) 적응(adaptation) 단계

가족적응은 정신분열병 환자의 발생과 같은 가족위기를 극복하려는 가족의 노력을 이해하는 데 있어 중심개념이며, 가족 위기상황에 대한 새로운 수준의 균형, 조화 그리고 기능을 가져오기 위한 가족 노력의 결과를 묘사하기 위해 사용되었다.

탄력모델의 적응국면은 <그림 1>과 같이 묘사된다. 스트레스 요인이 발생했을 때 이에 대한 부적절하고 파괴적인 가족기능 유형으로 인하여 조정에 실패하여, 위기상황에 직면한 가족적응의 수준은 여러가지 상호 작용하는 구성요소들에 의해 결정된다. 가족의 위기상황은 이러한 위기를 유발한 중요한 스트레스 요인 및 이와 같은 시점에 발생한 생활상의 변화나 고난과 같은 다른 문제들에 의해 악화된다.

가족의 적응수준은 <그림 1>에 묘사된 것처럼 가족의 기능 유형, 가족 자원, 가족의 상황적 평가, 그리고 가족의 문제해결과 대처능력의 상호 작용적 영향에 의해 결정된다. 이 때 가족의 기능유형이란 어떻게 가족체계가 전형적으로 기능하는지를 설명하는 기본적인 가족행동유형 세트이다. 가족구성원이 정신분열병처럼 심각한 만성적인 질병에 걸려 위기에 처한 가족들에 대한 연구에서 재생적 혹은 리드미한 유형의 가족이 보다 긍정적으로 적응한다는 것을 발견했다(M. A. McCubbin, 1988; H. I. McCubbin, A. I. Thopson, Pirner & M. A. McCubbin, 1988). 재생적 유형의 가족은 응집력과 내구력으로 특징지어지며, 위기상황에서 가족의 내구력은 가족 적응과 긍정적으로 관련이 있다.

가족자원은 돈, 혹은 프로그램과 같은 유형적인 것일 수도 있고, 가족의 성실성, 민족적 정체감, 문화적 유산과 관습, 자존심과 같은 무형적인 것일 수도 있다. 또한 가족자원은 가족의 내구력과 같은 가족 자신의 내면적 자원과 가족의 사회적 지지망과 같은 외부적인 자원으로 구성되어 있다. 여러 연구자들에 의해 가족의 응집력과 적응력, 가족의 의사소통기술, 그리고 가족내구력은 중요한 가족자원으로 인지되었다(Olson, H. I. McCubbin, Barnes, Larsen, Muxen & Wilson, 1983; Olson & H. I.

McCubbin, 1982). 위기상황에서 가족자원은 가족 적응과 긍정적으로 관련이 있다.

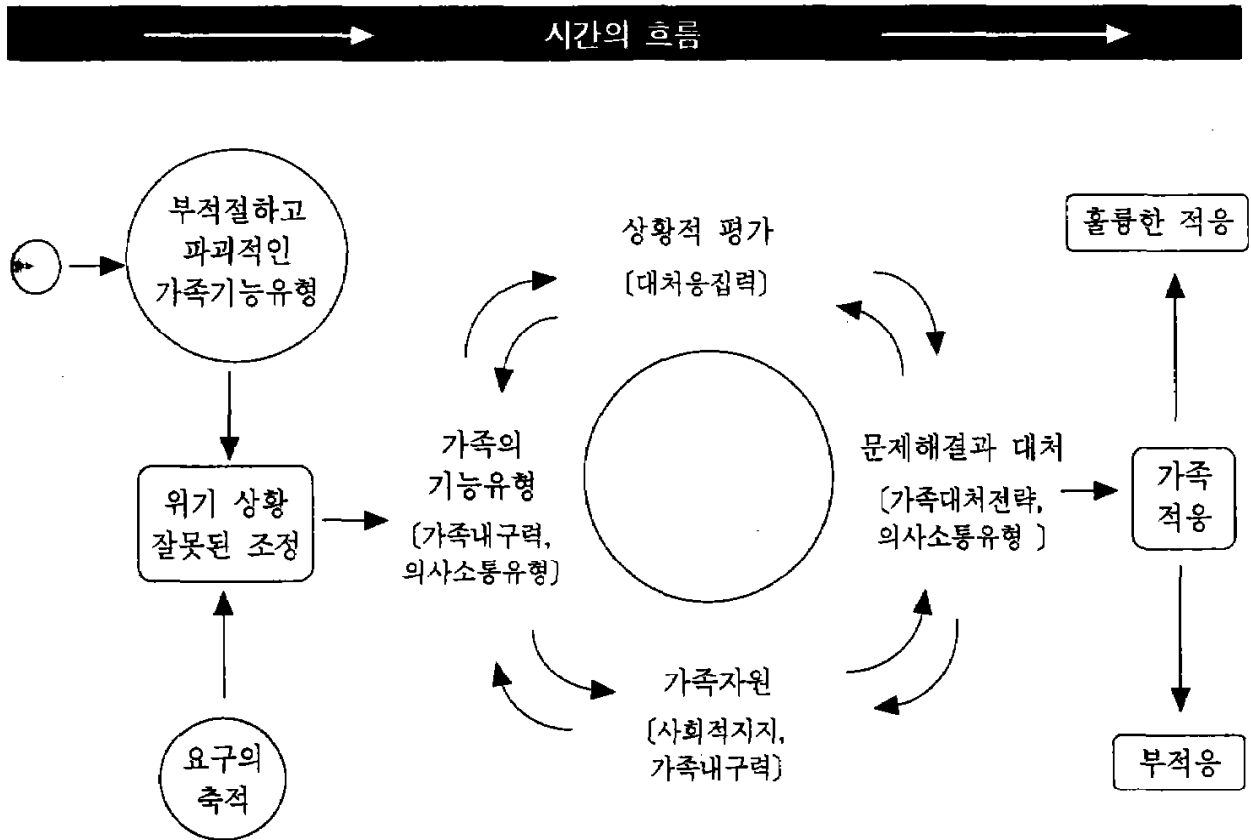
가족의 상황적 평가는 상황에 대한 가족의 해석을 말한다. 즉 스트레스인에 대한 가족의 평가는 스트레스인의 심각성과 이것과 관련된 고통에 대한 가족의 정의이다. 상황적 평가는 가족이 상황에 부여하는 의미(McCubbin & Patterson, 1983)라고 할 수도 있고, 전체적 상황에 대한 가족의 일반적인 지향(Lavee et al., 1985)이라고도 할 수도 있는데, 정신분열병의 애매 모호한 특성을 고려할 때, 정신분열병의 발병에 대한 가족의 평가는 가족의 적응에 영향을 미칠 것이다. 즉 정신분열병의 발병과 같은 스트레스인에 대하여 가족들은 이러한 상황을 통제할 수 없고 따라서 가족의 붕괴를 예측할 수 있는 상황으로 해석할 수도 있고 또한 한편으로는 큰 일이 아닌 것으로 생각하고 그래서 성장-생산적 결과를 충족하기 위한 도전으로 해석하는 등 광범위하게 평가한다.

문제해결과 대처는 스트레스인과 그와 관련된 고난을 다루거나 제거시키기 위하여 능력과 기술을 사용하는 스트레스와 디스트레스에 대한 가족의 관리를 말한다. 문제해결은 스트레스인과 고난을 다루기 쉽게 조직하고, 이러한 것을 다루기 위한 행동의 대안적 과정을 인지하고, 쟁점들을 해결하기 위한 단계를 시작하고 그리고 가족의 균형과 조화를 복원하거나 유지하기 위한 가족의 능력을 언급한다. 대처행동은 개별적인 가족구성원 혹은 한 단위로서의 가족이 가족에 대한 요구를 감소시키거나 혹은 다루기 위해 시도하는 특수한 노력으로 정의된다. 대처와 문제해결은 스트레스와 고난의 감소와 제거, 부가적인 자원의 취득, 지속적인 가족체계의 긴장 관리, 그리고 상황과 윤곽 양 수준에서의 평가를 결정짓는 것을 말한다.

훌륭한 적응이라 불리는 연속체의 긍정적인 끝은 ① 가족구성원 개개인의 긍정적인 육체적, 정신적 건강, ② 가족구성원들의 지속적인 성장의 촉진과 권장, ③ 가족구성원들 각자의 최적의 역할기능 상태, ④ 가족의 생활주기상의 과업을 성취할 수 있는 가족단위의 유지, 그리고 ⑤ 환경적 영향에 대한 가족의 성실과 통제감의 유지로 특징지어진다. 반면 연속체의 부정적인 끝인 가족의 잘못된 적응, 즉 부적응은 가족기능의 지속적인 불균형으로 인한 ① 가족구성원의 정신적 신체적 건강의 악화, ② 단일체로서 가족의 통합, 자율성, 발전단계상의 과업수행 능력 등의 저하로 특징지어진다.

조정과 적응의 중요한 구분은 적응은 조정보다 더 긴 기간에 걸쳐 전개되고 그리고 장기적인 결과를 가진다는 것이다. 따라서 정신분열병 발병에 대한 가족적응의 과정도 최초의 의료적 그리고 재활 서비스에 이어 몇 년 동안 계속된다. 정신분열병 발병

〈그림 1〉 가족탄력 모델의 적응단계



자료 : McCubbin, H. I., Thompson, A. I. & McCubbin, M. A. 1996. *Family Assessment: Resiliency, Coping and Adaptation-Inventories for Research and Practice*. University of Wisconsin System. Publishers, University of Wisconsin. p.25를 재구성함.

에 의해 가족에게 부가되는 요구의 정도와 가족의 기능은 시간이 흐름에 따라 가족적응의 수준을 결정한다. 〈그림 1〉에서 보는 것처럼 탄력모델에서 가족의 적응을 결정짓는 구성요소들 각각은 효과적인 임상적 개입을 계획하기 위한 가족사정시 매우 중요한 요인들이다.

3. 연구과제 및 조사방법

1) 연구과제

이 연구에서는 가족탄력 모델의 조정단계와 적응단계 가운데 적응단계의 중요성에 근거하여 다음과 같은 연구과제를 설정하였다.

- ① 정신분열병 환자의 개인적 속성(성별, 연령, 학력, 결혼상태 등)과 가족의 개인적 속성(성별, 연령, 학력, 결혼상태, 종교, 직업 유무 등) 그리고 주변의 상황적 요인(가족의 총 수입, 환자의 유병기간, 환자와의 친밀도 등)에 따라서 가족의 부적응에는 차이가 있는가?
- ② 가족탄력 모델에서 가족 부적응의 중요한 결정 요인으로 설명되는, 가족의 내구력, 가족의 의사소통 유형, 가족의 대처전략, 가족의 대처 응집력, 그리고 사회적 지지는 가족의 부적응과 어떤 상관관계를 가지는가?
- ③ 이 연구의 변인들이 가족의 부적응에 대한 영향력은 어느 정도이며 가족의 부적응을 가장 잘 설명할 수 있는 예측 요인에는 어떤 요인들이 있는가?

2) 조사도구 및 주요변인

이 연구는 가족탄력 모델에 근거하여 정신분열병 환자가족의 부적응에 영향을 미치는 요인을 분석하기 위한 목적으로 설계되었으며, 종속변인은 가족의 부적응 정도이다. 그리고 가족의 부적응에 영향을 미칠 것으로 예측되는 독립변인에는 정신분열병 환자의 개인적 속성(성별, 연령, 학력, 결혼상태 등)과 가족의 개인적 속성(성별, 연령, 학력, 결혼상태, 종교, 직업 유무 등) 그리고 주변의 상황적 요인(가족의 총 수입, 환자의 유병기간, 환자와의 친밀도 등), 가족의 내구력, 가족의 의사소통 유형, 가족의 대처전략, 사회적 지지 그리고 가족 대처응집력의 변인이 포함되었다. 이와 같은 주요변인들을 측정하기 위해 활용된 측정도구는 다음과 같다.

(1) 가족의 부적응

가족의 부적응 정도를 측정하기 위해서는 Hamilton McCubbin et al. (1993)이 개발한 FDI(Family Distress Index) 척도를 이용하였다. FDI는 가족 부적응 지수를 측정하기 위해 개발되었으며, 가족들의 지속적인 부조화와 불균형의 상태를 반영하는 어떤 행동이나 기능형태의 정도를 측정하며, 문항들은 가족 갈등, 감소된 문제해결능력, 긴장, 그리고 한 구성원이나 가족 전체에서의 방향감각의 상실을 반영하는 것으로 구성되어 있다. FDI는 가족이 어려움에 직면한 정도를 기록하기 위하여 0 - 전혀 문제가 아니다 에서부터, 3 - 아주 큰 문제의 범주에 이르는 Likert 4점 척도를 사용하는 8문항 도구로서 점수가 높을수록 부적응도 높은 것이다. 이 연구에서의 FDI의 내

적 신뢰도는 Cronbach's Alph의 값이 .95로 높게 나타났다.

(2) 가족내구력

가족내구력은 가족의 내면적인 힘과 내구성을 말하며, 생활상의 사건과 고난에 대한 통제감, 변화를 유익하고 발전적으로 보는 견해, 그리고 스트레스적인 상황을 다루는 데 있어 수동적이기보다는 적극적인 경향성으로 그 특징이 묘사된다. 이 연구에서는 스트레스에 대한 저항과 적응자원으로서의 가족내구력의 특성을 측정하기 위해서 Marilyn McCubbin et al. (1986)에 의해 개발된 FHI(Family Hardiness Index)를 사용하였다. FHI는 같이 일하기 위한 가족의 내면적 힘, 믿음직함, 그리고 능력에 관한 '수행력'을 측정하기 위한 8항목, 혁신적이고 활동적이며 새로운 일을 경험하고 배우려는 가족의 노력에 관한 '도전력'을 측정하는 5항목, 외부 사건과 상황에 의한 결정보다는 가족생활에 대한 가족의 '통제력'을 측정하는 3항목의 20문항으로 구성되어 있다. 각 문항은 Likert 4점 척도에 따라 0 - 그렇지 않다, 3 - 그렇다로 구성되어 있다. 점수가 높을수록 내구력도 강하다. 이 연구에서의 FHI의 각 하위변인에 대한 내적 신뢰도는 Cronbach's Alph의 값이 '수행력' .91, '도전력' .82, '통제력' .89로 높게 나타났다.

(3) 가족의 의사소통 유형

가족의 의사소통 유형을 측정하기 위해서는 Marilyn McCubbin et al. (1988)에 의하여 개발된 FPSC(Family Problem Solving Communication)을 사용하였다. FPSC는 가족이 고난과 생활상의 파국을 대처하는 데 있어 중요한 역할을 하는 것으로 나타난 가족 의사소통의 두 가지의 뚜렷한 유형을 사정하기 위해 개발되었다. 모든 가족들은 의사소통의 긍정적이고 부정적인 양 형태를 가지고 있다는 것을 인지할 때, 가족의 의사소통의 질은 가족들이 긴장과 스트레스를 다루고 만족스러운 수준의 가족 기능, 조정 그리고 적응을 획득하는 데 영향을 미치는 것으로 추정된다. FPSC는 두 가지 유형의 의사소통 즉 선동적인 성격으로 스트레스적인 상황을 악화시키는 경향이 있는 '선동적 유형'의 의사소통과 지지와 관심을 전달하고 진정시키는 효과를 가지는 '호의적 유형'의 의사소통을 측정하기 위한 10문항으로 구성되어 있다. 각 문항은 Likert 4점 척도에 따라 0 - 그렇지 않다, 3 - 그렇다로 구성되어 있다. 점수가 높을수록 각각 '선동적'

이거나 '호의적'인 것을 나타낸다. 이 연구에서의 FPSC의 내적 신뢰도는 Cronbach's Alph의 값이 호의적 의사소통 유형 .93, 선동적 의사소통 유형 .85로 높게 나타났다.

(4) 사회적 지지

사회적 지지는 가족들이 그들의 지역사회 안에서 지지를 받는 정도를 측정하기 위한 목적으로 Hamilton McCubbin et al. (1982)에 의해서 개발된 SSI(Social Support Index)를 사용하였다. 지역사회에 기반을 둔 사회적 지지는 가족의 탄성에서 중요한 차원과 요인으로 보여진다. 선행 연구들은 가족위기 요인에 대한 완화, 가족 회복을 촉진하는 데 있어서의 탄력 요인, 그리고 가족걱정의 조정자로서의 사회적 지지의 중요성을 강조해 왔다. SSI는 가족들이 지역사회에 통합되었다고 느끼는 정도를 측정하고, 그리고 지역사회를 중요한 지지 자원으로 보면서 지역사회로부터 정서적 지지, 존중의 지지, 그리고 연락망 지지를 제공받을 수 있다고 느끼는 정도를 측정하기 위하여 0- 전혀 그렇지 않다, 4- 매우 그렇다로 구성된 likert 5점 척도를 사용하는 17문항의 도구로서, 점수가 높을수록 사회적 지지도가 높다. 이 연구에서의 SSI의 내적 신뢰도는 Cronbach's Alph의 값이 .90으로 높게 나타났다.

(5) 가족대처전략

탄력모델에서는 대처행동을 가족구성원 개인이나 혹은 전체로서의 가족이 가족체계에 대한 요구를 감소시키거나 상황을 다루기 위하여 자원의 활용을 시도하는 특수한 노력으로 정의한다. 이 연구에서는 가족의 대처전략을 알아보기 위해서 McCubbin에 의해 개발된 F-COPES(Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scale)를 사용하였다. F-COPES는 생활하면서 직면하게 되는 문제나 어려움에 대처하기 위해 개인이나 가족들이 사용하는 효과적인 문제해결 태도와 행동을 알아보기 위해 고안된 것으로 이것은 세 가지 내면적 그리고 다섯 가지의 외면적 대처전략의 사용빈도를 측정할 수 있도록 30문항으로 구성되어 있다.

세 가지의 내면적 대처전략은 스트레스적인 경험을 보다 이해 가능하고 다룰 수 있는 방법으로 재정의하는 능력인 '재정의'와 '문제해결에 대한 확신', 그리고 문제에 대한 회피적 반응인 '수동성'의 정도를 측정하도록 구성되어 있다. 그리고 다섯 가지의 외면적 대처전략은 가족들이 실제적으로 이용 가능한 사회적 지지 자원을 사용하는 정

도를 측정하도록 구성되어 있으며, 사회적 지지 자원은 '종교적 지지', '확대가족', '친구', '이웃', '지역사회서비스'이다. 각 문항은 Likert 5점 척도에 따라 1 - 강하게 반대, 5 - 강하게 찬성으로 구성되어 있다. 이 연구에서의 F-COPES의 각 하위변인에 대한 내적 신뢰도는 Cronbach's Alpha의 값이 모두 .71에서 .90 사이를 나타내어 신뢰성이 높게 나타났다.

(6) 가족대처응집력

가족대처응집력은 스트레스적인 생활사건과 변화에 대한 가족들의 평가를 말하며, 문제에 대한 긍정적인 평가와 스트레스적인 사건과 어려움에 대한 수용의 정도 등을 말한다. 이 연구에서는 Hamilton McCubbin et al. (1982)에 의해서 개발된 FCCI (Family Coping Coherence Index)를 사용하여 가족의 대처응집력을 측정했다. FCCI의 각 문항은 Likert 5점 척도에 따라 1 - 강하게 반대, 5 - 강하게 찬성으로 구성되어 있다. 점수가 높을수록 가족대처응집력도 높다. 이 연구에서의 FCCI의 내적 신뢰도는 Cronbach's Alpha의 값이 .84로 높게 나타났다.

3) 조사대상자

이 조사의 대상자들은 부산광역시, 울산광역시, 그리고 경상남·북도 지역에 소재하고 있는 정신병원과 정신과의원, 대학부속병원 및 종합병원 신경정신과에서 DSM-III-R 진단기준에 의거하여 정신분열병으로 진단받고 입원중이거나, 혹은 퇴원후 지역 사회 정신보건센터를 이용중인 환자들의 가족들이다. 여기서의 가족이란 가족 내에서 가장 많은 시간을 환자와 함께 보내면서 환자의 치료와 전반적인 생활에 대한 일차적인 보호책임을 지고 있는 가족원으로 일차 보호제공자를 의미한다.

조사기간은 1999년 8월 10일부터 11월 30일 사이에 이루어졌다. 회수된 총 184부의 설문지 중에서 무응답이 지나치게 많은 33부를 제외한 151부를 채택하여 자료처리를 하였다.

4) 분석방법

수집된 자료는 SPSS 8.0 for Windows를 이용하여 연구의 목적에 맞게 일원변량분

석(One-Way ANOVA), t-test분석, 상관관계분석(Pearson's Correlation Analysis), 단계적 중다회귀분석(Stepwise Multiple Regression) 등의 기법을 통해 분석되었다.

4. 조사결과의 분석

1) 정신분열병 환자와 부양가족원의 속성

(1) 환자의 속성

환자의 성별분포는 남자가 58.3% 여자가 41.7%로 남성이 많으며, 연령은 최소연령 17세부터 최고연령 53세로 구성되어 있으며, 30대가 38.4%로 가장 많았고 그 다음은 20대 32.5%, 40대 21.2%, 10대 4.6%, 50대 3.3% 순으로 나타났다.

학력은 고졸이 49%로 가장 많았고, 다음은 대졸 25.8%, 중졸 14.6%로 나타났으며 무학도 1명 있었다. 환자의 결혼상태는 미혼이 64.7%로 가장 많았고, 부부동거 15.3%, 이혼 13.3%, 사망 및 기타 4% 순으로 나타났다. 환자의 종교는 종교 없음이 41.6%로 가장 많았고 그 다음으로는 불교 24.2%, 기독교 22.8%, 천주교 8.1%, 기타 3.4%로 나타났다.

(2) 부양가족원의 속성

부양가족원의 성별은 남자가 31.8%, 여자가 68.2%로 여자가 월등히 많았고, 연령은 50대가 30.5%로 가장 많았으며, 그 다음은 40대 23.1%, 60대 이상 21.2%, 30대 19.9%, 30대 미만 5.3% 순으로 나타났다. 교육 정도는 고졸이 35.1%로 가장 많았고, 그 다음은 대졸 22.5%, 중졸 21.9%, 초등졸 13.9% 순이며 무학도 6.6%로 나타났다. 결혼상태는 부부동거가 66.9%로 가장 많았고, 그 다음은 사별 14.9%, 미혼 10.9%, 별거와 이혼이 각각 3.4%, 2.0% 순으로 나타났다. 종교는 불교가 40.4%로 가장 많았고, 그 다음은 종교 없음이 30.5%, 기독교 15.9%, 천주교 11.4% 순으로 나타났다. 취업 여부는 직업이 있는 사람이 46%, 없는 사람이 54%였다. 환자와의 관계는 모가 43.7%로 가장 많았고, 그 다음은 형제 또는 자매 23.8%, 부 12.6%, 배우자 11.9%, 기타 6.0%, 아들·딸·며느리 2.0% 순으로 나타났다. 가족의 월평균 수입은 100~200만원 미만이 36.5%로 가장 많았고, 50~

100만원 미만인 32.4%, 200만원 이상이 18.3% 순으로 나타났으며, 50만원 미만도 12.8%나 되었다.

(3) 정신분열병에 대한 부양가족원의 이해와 환자와의 친밀도

가족원들의 정신분열병에 대한 지식 정도는 '조금 알고 있다'가 61.6%로 가장 많았고, 그 다음은 '잘 모른다' 19.2%, '매우 잘 알고 있다' 17.9% 순으로 나타났으며, '전혀 모른다'라고 응답한 가족원도 2명이나 있었다.

환자 질병의 추후경과에 대한 가족원들의 예상은 '적절히 치료받으면 지금보다 조금 나아질 것 같다'가 33.3%로 가장 많았고, 그 다음은 '적절히 치료받으면 완쾌될 수 있을 것 같다' 29.3%, '계속 현 상태를 유지할 것 같다' 16.0%, '잘 모르겠다' 14.0%, '시간이 흐를수록 더 악화될 것 같다' 7.3%로 나타났다.

환자와 가족원의 과거와 현재의 친밀도에 대한 질문에서, 발병전 환자와의 친밀도는 '좋았다'가 50.7%로 가장 많았고, '그저 그랬다' 26.7%, '매우 좋았다' 19.3%, '나빴다' 3.3%인 것에 비하여 환자 발병 후, 현재 환자와의 친밀도에 대해서는 '좋다' 43.3%, '그저 그렇다' 29.3%, '매우 좋다' 14.7%, '나쁘다' 10.0%, '매우 나쁘다' 2.7%로 나타나 환자 발병 후 친밀도가 대체로 약해진 것을 알 수 있다.

환자의 외병기간은 평균 7년 1개월이며, 그 가운데 10년 이상이 35.9%로 가장 많았고, 그 다음은 5년 이상~10년 미만 20.0%, 2년 이상~5년 미만 15.2%, 7개월 이상~2년 미만 10.4%, 6개월 이하 10.3%로 대체로 만성적인 것을 알 수 있다.

환자의 정신병원 입원 횟수는 평균 3.39회이며, 최초 입원부터 최고 30회까지로 구성되어 있고 그 가운데 5회 이상도 21%로 나타났다. 정신병원에서의 지금까지 총 입원 기간은 평균 2년 3개월이며, 그 가운데 5년 이상도 15.4%나 되는 것으로 나타나 대체로 만성적인 질병 과정으로 인하여 잦은 입원과 긴 입원기간을 거쳐 온 것을 알 수 있다.

2) 환자와 부양가족원의 개인적 속성 및

주변의 상황적 요인에 따른 가족 부적응의 차이

환자와 부양가족원의 개인적 속성과 주변의 상황적 요인에 따라서 가족의 부적응에

어떤 차이가 나타나는지를 알아보기 위해 일원변량분석, t-test 그리고 상관관계 분석을 실시했다. 가족 부적응 점수와 두 범주의 독립변인들에 대해서는 t-test(〈표 2〉)를 그리고 가족 부적응 점수와 두 범주 이상의 독립변인들에 대해서는 일원변량분석(〈표 1〉)을 실시했다. 위의 분석결과, 가족 부적응에 유의미한 차이를 나타내는 것으로 나타난 독립변인들만을 모아 가족 부적응과의 상관관계를 살펴보았다(〈표 3〉).

〈표 1〉에 나타난 바와 같이 가족의 개인적 속성에 따른 가족 부적응의 차이를 알아보기 위한 일원변량분석 결과에 따르면, 가족원의 연령, 종교, 환자와의 관계에 따라서는 가족의 부적응에 유의미한 차이가 없었고, 가족원의 학력과 결혼상태 그리고 월 소득에 따라서는 유의미한 차이가 나타났다. 가족원의 학력이 초등학교 집단($m = 14.57$)의 부적응도가 가장 높게 나타났고, 대졸 이상 집단(9.04)의 부적응도가 가장 낮게 나타났다. 〈표 3〉에 따르면 가족원의 학력과 부적응 사이에는 유의미하게 부적 상관관계가 나타나 학력이 높을수록 부적응이 낮아진다는 것을 알 수 있다.

〈표 2〉에서 알 수 있듯이 가족과 환자의 성별 그리고 가족원의 직업유무에 따라서는 가족원의 부적응에 유의미한 차이가 없는 것으로 나타났다.

〈표 1〉에 나타난 바와 같이 가족원의 부적응은 환자의 연령, 학력, 종교, 결혼상태와 같은 속성에 따라서는 유의미한 차이가 나타나지 않았으나, 환자의 총 입원기간, 가족들의 정신분열병에 대한 지식 정도 그리고 질병의 추후경과에 대한 가족원들의 예상에 따라서는 가족원의 부적응에 유의미한 차이가 나타났다.

환자의 입원기간에 따른 가족원의 부적응에서는 입원기간이 1년 이상~5년 미만 집단의 부적응($m = 14.21$)이 가장 높게 나타났고, 그 다음은 4개월 이상~1년 미만 집단(10.71), 5년 이상(9.14), 4개월 미만(8.56) 순으로 나타났으며, 〈표 3〉에서 알 수 있듯이 입원기간과 부적응 사이에는 상관성이 없는 것으로 나타났다. 이러한 분석결과에서 환자의 발병후 초기에는 부적응 수치가 낮다가 차츰 시간이 지나면서 부적응이 높아져서 1년 이상~5년 미만의 기간 동안에 최고의 부적응 상태를 보이다가 5년 이상 경과한 후에는 도리어 부적응 수치가 낮아지는 것을 알 수 있다.

가족원들의 정신분열병에 대한 지식의 정도에 따른 가족원들의 부적응에서는 정신분열병에 대하여 잘 모른다는 집단(17.18)의 부적응이 가장 높게 나타났고, 그 다음은 전혀 모른다(11.00), 매우 잘 알고 있다(10.19), 조금 알고 있다(8.90) 순으로 나타났다. 〈표 3〉에 따르면 정신분열병에 대한 지식의 정도와 부적응 사이에는 유의미한 상

〈표 1〉 환자와 부양가족원의 개인적 속성 및 주변의 상황적 요인에 따른
가족부적응의 일원변량분석

변 인	자승합	자유도	평균자승	F	유의성
〈가족원의 개인적 속성〉					
가족의 연령	223.152	4	55.788	.913	.458
학 력	1328.244	4	332.061	6.227	.000
종 교	283.213	4	70.803	1.167	.328
결혼 상태	804.693	5	160.939	2.805	.019
환자와의 관계	591.486	5	98.581	1.661	.135
월소득	1357.266	5	271.453	4.981	.000
〈환자의 개인적 속성〉					
환자의 연령	65.596	3	21.865	.354	.786
학 력	311.036	4	77.759	1.285	.279
종 교	202.780	4	50.695	.827	.510
결혼상태	503.937	5	100.787	1.683	.142
〈환자의 질병과 관련된 사항〉					
와병 기간(1)	241.414	4	60.353	.990	.415
입원 횟수(2)	1396.327	12	116.361	2.045	.025
입원 기간(3)	716.811	3	238.937	4.175	.007
가족원의 병에 대한 지식(4)	1476.398	3	492.133	9.479	.000
질병예후 인식(5)	1692.523	4	423.131	8.412	.000
〈가족원의 환자와의 친밀도〉					
발병전 환자와의 친밀도(6)	157.672	3	52.557	.865	.461
발병후 환자와의 친밀도(7)	1992.281	4	498.070	10.339	.000

* 주 : (1) 와병기간은 6개월 이하, 7개월~2년 미만, 2년~5년 미만, 5년~10년 미만, 10년 이상으로 재범주화하였음.

(3) 입원 기간은 4개월 미만, 4개월~1년 미만, 1년~5년 미만, 5년 이상으로 재범주화하였음.

(4) 가족원의 병에 대한 지식은 주부양자가 정신분열병에 대해 어느 정도 알고 있는지를 물어서 1-매우 많이, 2-조금, 3-잘 모름, 4-전혀 모름 등으로 범주화하였음.

(5) 질병예후인식은 앞으로 환자의 질병이 어떻게 진행될 것 같다고 생각하는지를 물어서, 1-완쾌, 2-조금 호전, 3-잘 모름, 4-현 상태 유지, 5-악화 등으로 범주화하였음.

(6), (7) 친밀도는 1-매우 좋은 편, 2-좋은 편, 3-그저 그런 편, 4-나쁜 편, 5-매우 나쁜 편 등으로 범주화하였음.

〈표 2〉 환자와 부양가족원의 개인적 속성에 따른 가족 부적응의 t-test

변 인	자유도	t값	유의성
가족 성별	145	-.260	.795
가족의 직업 유무	144	-.255	.799
환자 성별	145	.289	.773

〈표 3〉 환자와 부양가족원의 개인적 속성 및 주변의 상황적 요인과 가족부적응의 상관관계

변 인	가족의 부적응	유의도
〈가족원의 개인적 속성〉		
학 력	-.349	.000
결혼 상태(1)	-.146	.026
월 소득	-.251	.002
〈환자의 질병과 관련된 사항〉		
입원 횟수	.116	.170
입원 기간	-.053	.532
가족원의 병에 대한 지식	.264	.001
질병예후 인식	.378	.000
〈가족원의 환자와의 친밀도〉		
발병후 환자와의 친밀도	.450	.000

* 주: (1) 결혼 상태는 모조변인 (*dummy variable*) 으로 처리하였음 (1 - 부부동거, 0 - 부부동거 이외의 결혼상태인 미혼, 이혼, 사별, 별거 등).

관관계가 나타나 병에 대한 지식이 없을수록 부적응도 높아진다는 것을 알 수 있다.

정신분열병의 추후경과에 대한 가족원의 예상에 따라서도 가족원의 부적응에 유의미한 차이가 나타났는데, '시간이 흐를수록 더 악화될 것 같다'는 집단(18.12)의 부적응 점수가 '적절히 치료를 받으면 완쾌될 것 같다'는 집단(8.71)의 부적응 점수보다 월등히 높게 나타났으며, 〈표 3〉에 나타난 바와 같이 질병의 예후에 대한 인식과 부적응 사이에는 유의미한 상관관계가 나타나 질병의 예후에 대하여 부정적으로 생각할수록 부적응이 높아진다는 것을 알 수 있다.

환자와 가족원의 현재의 친밀도에 따른 가족의 부적응에서는 환자와의 사이가 나쁘다는 집단(18.42)이 사이가 좋다는 집단(7.23)보다도 부적응도가 월등히 높게 나타났

으며, 환자와의 친밀도와 부적응 사이에는 높은 상관관계도 나타나 환자와의 사이가 나쁠수록 가족의 부적응도 높아진다는 것을 알 수 있다(〈표 3〉 참조).

3) 가족탄력 모델의 주요 변인들과 가족부적응과의 상관관계

가족탄력 모델에서 가족의 적응과 부적응을 결정하는 중요한 구성요소들과 가족의 부적응과의 단순상관분석 결과는 〈표 4〉와 같다. 〈표 4〉에서 보는 바와 같이, 가족의 부적응도는 대처전략의 하위변인인 '이웃'의 변인을 제외하고는 가족탄력 모델의 모든 주요 구성요인들과 유의미하게 높은 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 즉 가족의 내구력의 각 하위변인인 가족의 '수행력', '도전력', '통제력'과 가족의 의사소통 유형의 하위변인인 '선동적 의사소통'과 '호의적 의사소통', 가족의 대처전략의 하위변인인 '문제해결의 확신', '재정의', '수동성', '친구', '이웃', '지역사회', '종교', '확대가족', 지역사회 안에서 제공받는 지지의 정도를 측정하는 '사회적 지지도' 그리고 스트레스적인 생활사건과 변화에 대한 가족의 평가를 측정하는 '대처응집력'의 변인들과 가족의 부적응과는 모두 유의미하게 매우 높은 상관관계가 있는 것으로 나타났으며, 가족의 대처전략 가운데 '이웃'의 변인만 가족의 부적응과 유의미한 상관성이 없는 것으로 나타났다. 따라서 가족의 '수행력', '도전력', '통제력'이 강할수록 가족의 부적응이 낮고, '호의적인 의사소통'은 많이 사용하고, '선동적 의사소통'은 적게 사용할수록 부적응이 낮아지고, 문제해결에 대한 '확신감'과 문제를 긍정적으로 '재정의'하는 능력이 높고, 문제를 회피하려는 '수동적인 자세'를 취하지 않고, '친구', '지역사회', '종교', '확대가족' 등과 교류를 많이 하고 이들로부터 지지를 많이 받을수록 부적응이 낮아지고, '사회적 지지도'가 높을수록 부적응이 낮아지며, 그리고 '가족의 대처응집력'이 강할수록 부적응이 낮아지는 것을 알 수 있다.

〈표 4〉에서 알 수 있듯이 가족의 부적응과 높은 상관관계를 나타내고 있는 각 변인들은, 변인들 상호간에도 높은 상관성이 있는 것으로 드러났다. 이러한 결과는 탄력 모델에서 구성변인들이 상호간에 영향을 주고받는 것으로 설명되고(〈그림 1〉 참조) 있는 것과 연관시켜 생각해 볼 때 의미 있는 결과라고 볼 수 있겠다.

4) 가족 부적응 예측요인 분석

〈표 3〉과 〈표 4〉에서는 단순 상관분석을 통해 여러 변인들과 가족부적응과의 관계를 점검해 보았다. 그러나 가족의 부적응을 결정하는 데는 한 변인이 아닌 여러 변인들이 동시에 상호작용하면서 영향을 미친다. 그러므로 단순 상관분석을 통해서 가족의 부적응을 충분히 설명하고 예측하지 못할 뿐 아니라 부적응에 영향을 미치는 변인들간의 상대적 중요성도 측정할 수가 없다. 따라서 가족의 부적응을 설명하고 예측 가능케 하는 변인들을 알아보고 이들 예측변인들간의 상대적 중요성을 측정해보기 위해 단계별 투입에 의한 중다회귀(stepwise multiple regression) 분석을 실시해 보았다. 이때 회귀분석에 투입된 변인들은 〈표 3〉과 〈표 4〉의 상관관계 분석에서 가족의 부적응과 유의미한 상관성이 있는 것으로 나타난 변인들이다.

〈표 5〉에서 독립변인들의 '가족 부적응'에 대한 중다회귀분석 결과를 살펴보면, 독립변수 전체의 결정계수는 .759로 매우 높은 설명력을 지니고 있음을 알 수 있다. 즉 가족의 부적응을 설명하는 데 있어서는 가족내구력의 하위변인인 가족 '통제력'의 정도와 '선동적'인 의사소통의 사용도 그리고 가족의 대처전략 가운데 '확대가족'에 대한 변인들이 전체 변량의 약 76%를 설명하고 있는 것이다.

가족의 부적응에 대한 '가족의 통제력', '선동적 의사소통', '확대가족'의 상대적 중요성을 살펴보면, '가족의 통제력'의 영향이 가장 크고, 다음이 '선동적 의사소통'이며, 그리고 '확대가족'의 순으로 나타났다. 그러므로 가족의 통제력이 약하고, 문제해결 의사소통시 선동적인 의사소통 유형을 많이 활용하고, 확대가족과의 교류도 약하고 이들로로부터 지지도 받지 못할수록 가족의 부적응 정도가 높을 것이라고 예측할 수 있다.

〈표 5〉 가족부적응에 영향을 미치는 변인파악을 위한 회귀분석결과

변 인	Beta	T	유의성
통제력	-.530	-6.641	.000
선동적 의사소통	.503	6.094	.000
확대가족	.239	4.047	.000
R ²		.759	

5. 요약 및 사회사업 실천적 함의

이 연구는 정신분열병 환자가족들의 부적응에 대한 연구로서, 가족탄력 모델에 근거하여 정신분열병 환자가족들의 부적응에 중요한 영향을 미치는 요인들과 이들 요인들의 영향력의 정도를 분석하고자 하는 목적으로 이루어졌다.

가족탄력 모델은 가족 스트레스에 관한 보다 최근의 모델로서 조정과 적응 두 단계로 구성되어 있으나, 조정보다는 적응의 중요성을 강조하며 적응의 수준은 여러가지 상호 작용하는 구성요인들에 의해 결정된다고 본다.

탄력모델에 근거하여 수행된 연구과제의 결과를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 정신분열병 환자와 부양가족원의 개인적 속성과 주변의 상황적 요인에 따른 가족의 부적응 정도의 차이에 관한 분석에서는 환자의 개인적 속성에 따라서는 가족원의 부적응에 차이가 없었으나, 가족원의 개인적 속성 가운데는 가족원의 학력, 결혼상태, 월소득에 따라서 가족원의 부적응에 차이가 나타났다. 학력과 월소득이 낮고, 결혼상태는 부부동거의 결혼상태가 아닐수록 가족의 부적응도 높게 나타났다. 따라서 이러한 집단에 대한 관심이 우선적으로 선행되어야 할 것이다.

환자의 질병과 관련된 사항 가운데는 병에 대한 가족의 지식과 질병의 진행에 대한 가족원들의 예측에 따라서 가족의 부적응에 차이가 나타났다. 가족들이 정신분열병에 대하여 많은 지식을 가지고 있고 그리고 질병의 예후에 대해 긍정적으로 생각할수록 가족의 부적응도가 낮게 나타났다. 그리고 환자와 가족원의 친밀도 역시 가족의 부적응과 관련이 있는 요인으로 드러났으며, 가족과 환자의 친밀도는 질병의 발병 전보다 발병 후 더 악화된 것을 알 수 있어 질병이 환자와 가족원간의 관계에 부정적인 영향을 미치는 것을 예측할 수 있다.

둘째, 탄력모델의 주요 변인들과 가족의 부적응과의 상관관계 분석에서는 가족의 내구력, 의사소통 유형, 사회적 지지도, 그리고 가족의 대처응집력과 가족의 부적응과는 모두 유의미하게 높은 상관성이 나타났으며, 가족의 대처전략 가운데는 '이웃'의 변인을 제외한 모든 변인들과 유의미한 상관성이 나타났다.

셋째, 가족의 부적응과 상관성이 있는 것으로 나타난 변인들의 가족의 부적응에 대한 영향력의 정도를 다른 변인들의 영향력을 통제한 상태에서 알아보기 위해 단계별 중다회귀 분석을 실시해 보았다. 그 결과 가족내구력의 하위변인인 '가족의 통제력',

의사소통 유형의 하위변인인 '선동적 의사소통 유형'의 사용 정도, 가족대처 전략의 하위변인인 '확대가족'과의 교류와 지지의 정도 등이 가족의 부적응에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉, 가족의 통제력이 약하고 선동적인 의사소통 유형을 많이 사용하고 확대가족과의 교류와 지지가 낮은 가족일수록 더욱 더 부적응적이라고 예측할 수 있다.

이와 같은 연구결과에 근거하여 정신분열병 환자가족의 적응을 돕기 위한 사회사업적 개입방안을 제안하면 다음과 같다.

정신분열병 환자가족의 부적응을 미리 예측하여 예방하거나 치료적 개입을 하기 위해서는 먼저 가족의 통제력과 의사소통 유형, 확대가족과의 교류와 지지도에 대한 사정이 실시되어야 할 것이다. 이러한 사정 결과 사회사업적 개입의 필요성이 요구되면, 가족의 통제력을 강화시키고, 확대가족과의 교류와 지지를 향상시키며, 보다 효과적인 의사소통 기술을 교육시키기 위한 사회사업 개입을 계획해야 할 것이다.

첫째, 효과적인 의사소통 즉 비선동적이며, 보다 호의적인 의사소통 기술을 향상시키기 위해서는 행동시연이나 역할전환의 기법을 활용할 수 있을 것이다. 역할전환의 기법을 이용해서는 선동적인 의사소통이 타인에게 미치는 영향을 직접 경험해 보도록 함으로써 의사소통 방법에 대한 통찰력 향상을 기대할 수 있을 것이고, 행동시연의 기법을 통해서 호의적인 의사소통 기술의 연습과 이의 향상을 기대할 수 있을 것이다.

둘째, 확대가족과의 교류와 이들로부터의 지지향상을 위해서는 보다 광범위하고 많은 확대 가족원의 참여를 유도한 가족회의의 활용을 고려해 볼 수 있을 것이다. 사회복지사는 가족회의를 주도하기 전에 제노그램(*genogram*)을 이용하여 가족관계의 구조와 가족관계의 질을 사정하여 환자와 부양가족원들을 위한 가족 내의 지지자원을 인지하고 또한 가족 내의 역기능과 스트레스 영역에 관한 인지를 하여 환자와 부양가족원들에 대한 확대가족원들의 보다 적극적인 지지와 관심을 끌어내도록 해야 할 것이다.

셋째, 가족부적응의 가장 중요한 결정요인인 가족 통제력을 향상시키기 위해서는 가족내구력 강화 기술들을 활용할 수 있을 것이다(Maddi & Kobas, 1984: 59~75). 가족내구력 강화를 위해서는 개인상담이나 집단상담을 이용할 수가 있는데, 그 가운데 주의 산만함 없이 한 클라이언트에게 집중할 수 있는 개인상담의 이점 때문에 현재 부적응을 나타내는 정신분열병 환자가족들에게는 개인상담이 더 효과적일 것으로 기대된다. 내구력 강화를 위한 상담에서는 다음과 같은 네 가지 기술이 활용된다. 첫째,

클라이언트의 무시되었던 어린 시절의 느낌과 욕구를 상기시키고, 현재의 그의 진실한 감정과 사고에 대한 인식과 표현을 촉진하는 '초점화', 둘째, 스트레스적인 사건이 지금보다 더 악화되거나 개선된 경우를 상상해 보고, 그 다음은 이러한 상상이 실현되기 위해서 달라져야 할 것과 클라이언트가 해야 할 것을 상상하고, 마지막으로 그러한 상상을 실제로 실행해 보는 '상황적 재건', 셋째, 스트레스적인 사건이 노력으로 개선될 수 없는 경우에는 상황을 있는 그대로 수용하면서 다른 영역에서의 자신을 향상시키는 "보상적 자기개선", 넷째, 클라이언트의 통제를 벗어난 우울감, 불면증 등의 증상에 대한 통제를 다시 획득하기 위해 증상을 더욱 더 악화시키도록 하는 '역설적 의지'이다. 이러한 기술 가운데서 '상황적 재건', '보상적 자기개선', '역설적 의지' 기술이 가족통제력을 향상시키는 데 보다 효과적인 것으로 설명되고 있다.

마지막으로 학력과 소득수준이 낮으며, 정신분열병에 대한 지식이 없고, 질병의 예후에 대해 부정적으로 생각하며, 그리고 환자와의 친밀도가 낮은 집단의 부적응도가 상대적으로 높은 점을 인식할 때, 특히 이들 집단에 대한 우선적인 관심이 요구된다. 이들 집단을 위해서는 환자와 환자의 질병에 대한 이해를 향상시키는 데 목적을 둔 가족교육 프로그램을 활용할 수 있을 것이다. 이러한 프로그램을 통하여 환자의 병적 행동에 대한 가족들의 이해를 향상시킴으로서 환자와 가족원간의 관계 악화를 예방할 수 있을 것이고 또한 가족의 부적응에 대한 예방도 기대할 수 있을 것이다.

■ 참고문헌 ■

- 강동호·김철권·변원탄. 1995. "정신분열병 환자 가족의 객관적·주관적 부담에 관한 연구." 《신경정신의학》 제34권 1호. pp.193~203.
- 고천석·이형영. 1985. "정신과 환자 가족의 불만에 관한 연구." 《신경정신의학》 제24권 3호. pp.421~430.
- 김규수. 1999. 《의료사회사업 실천론》. 형설출판사.
- 김주성. 1996. "만성질환자 가족의 불안 및 가족기능에 관한 연구." 부산대학교 대학원 석사학위논문.
- 김철권. 1999. "정신분열병 환자의 가족부담 척도 개발에 대한 예비연구." 《신경정신의학》

- 제 38 권 3 호. pp. 539~553.
- 배성임 · 임효덕 · 김영환. 1990. "정신과 환자가족의 스트레스지각 및 대응전략." 《신경정신의학》 제 29 권 4 호. pp. 885~892.
- 서수경 · 김권청 · 변원단. 1995. "정신분열병 환자 가족의 병에 대한 지식과 견해 조사." 《신경정신의학》 제 34 권 1 호. pp. 204~215.
- 양옥경. 1995. "정신장애인 가족에 관한 연구 : 가족의 보호부담, 대처기제, 서비스욕구를 중심으로." 《신경정신의학》 제 34 권 1 호. pp. 809~829.
- 오천석 · 박준영 · 박희주 · 김정성 · 이수정. 1972. "정신병에 대한 가족들의 태도에 관한 고찰." 《신경정신의학》 제 11 권 3 호. pp. 177~186.
- 이정식 · 김광임 · 오동영. 1991. "정신병환자 가족의 걱정에 관한 조사." 《신경정신의학》 제 30 권 3 호. pp. 517~531.
- 최말옥. 1995. "만성정신분열증 환자를 위한 지역사회재활자립에 관한 연구." 부산대학교 대학원 석사학위논문.
- 홍순권 · 이병욱 · 이수임. 1994. "정신병환자 가족의 심리적 반응과 대응전략에 관한 연구." 《신경정신의학》 제 33 권 1 호. pp. 117~129.
- Burr, W. 1976. *Stressful marriage: A principles approach*. Hawnewood, Illinois: Dorsey Press.
- Hill, R. 1949. *Family under stress*. NewYork: Harper & Row.
- Lavee, Y., McCubbin, H. I. & Patterson, J. M. 1985. "The Double ABCX Model of Family Stress and Adaptation: An empirical test by analysis of structural equation with latent variables." *Journal of Marriage and the Family*. 47. pp. 811~825.
- Kosciulek, J. F., McCubbin, M. A. & McCubbin, H. I. 1993. "A Theoretical Framework for Family Adaptation to Head Injury." *Journal of Rehabilitation*. July. pp. 40~45.
- Maddi, S. R. & Kobasa, S. C. 1984. *The Hardy Executive: Health Under Stress*. DOW JONES-IRWIN.
- McCubbin, H. I., Cauble, A. E. & Petterson, J. M. (eds.). 1982. *Family Stress, Coping and Social Support*. Springfield, IL: Charls C. Thomas.
- McCubbin, H. I., Dahl, B., Lester, G., Benson, D. & Robertson, M. 1976. "Coping repertoire of families and adapting to prolonged war-induced separations." *Journal of Marriage and the family*. Vol. 38. pp. 461~471.
- McCubbin, H. I., Dahl, B., Lester, G. & Ross, B. 1975. "The Returned Prisoner of War: Factors in Family Reintegration." *Journal of Marriage and the family*. Vol. 37. pp. 471~478.

- McCubbin, H. I., Hunter, E., & Metres, P. Jr. 1974. "The adjustment of families of servicemen missing in action and prisoners of war: An overview. In Proceedings of the Army Current Trends Behavioral Science Conference. Department of the Army."
- McCubbin, H. I. & Patterson, J. M., 1983. "The Family Stress Process: The Double ABCX Model of Adjustment and Adaptation." in H. I. McCubbin, M. Sussman & J. Patterson(eds.), *Social stress theory and research*. New York: Haworth.
- McCubbin, H. I. & Patterson, J. M. 1983. "In Family Stress, Coping, and Social Support." H. I. McCubbin, A. E. Cauble, & J. M. Patterson(eds.). *Family adaptation to crises*. Springfield: Charles C. Thomas Publisher. p. 26~47.
- McCubbin, H. I. Thompson, A. I. & McCubbin, M. A. 1996. *Family Assessment: Resiliency, Coping and Adaptation*. Inventories for Research and Practice. University of Wisconsin System, Publishers, University of Wisconsin.
- McCubbin, H. I. Thomson, A. I., Pirner, P. & McCubbin, M. A. 1988. *Family Types and Strengths: A Life Cycle and Ecological Perspective*. Edina, MN: Barges International.
- McCubbin, M. A. 1989. *Family stress and family strengths: A comparison of single-ad two-parent families with handicapped children*. *Research in Nursing and Health*. 12(2), pp. 101~110.
- McCubbin, M. A. 1988. "Family Stress, Resources and Family Types: Chronic illness in Children." *Family Relations*. Vol. 37. pp. 203~210.
- Olson, D. H., McCubbin, H., Barnes, H., Larson, A., Muxen, A. & Willson, M. 1983. *Families-what makes them work*. Beverly Hills: Sage.

A Study on the Level of Family Adaptation to Schizophrenic Patients : An Application of the Family Resiliency Model

Lee, Eun Hee (Dongguk University)

The purpose of this study is to examine the variables that may influence the level of family adaptation to schizophrenic patients using the Family Resiliency Model. The Family Resiliency Model is the most current extension of family stress Model. According to the Family Resiliency Model, The level of family adaptation in the face of a crisis situation is determined by a number of interacting components. The subjects are 151 family members with schizophrenic patient.

The result from the research were as follows :

- 1) The following variables significantly correlated with the family adaptation : income of the family, educational level of the family, intimacy between family and patient, knowledge on schizophrenia, recognition of prognosis on schizophrenia.
- 2) The factors that compose the Family Resiliency Model significantly correlated with the level of family adaptation.
- 3) The result of stepwise multiple regression analysis indicated that factors which predict the level of family adaptation were the family control, the quality of family communication, and the support from the extended family. these findings give us significant practical implications for social work intervention.