

## 여성정신장애인의 양육능력에 관한 연구\*

서 미 경

(경상대학교)

### [요약]

본 연구는 여성정신장애인의 양육능력에 사회적 지지와 모성역할을 격려하는 사회적 맥락이 주요 영향요인이라는 전제하에 자녀를 직접 양육하고 있는 정신분열병과 기분장애를 가진 여성정신장애인 145명을 대상으로 정신장애 특성(유병기간, 진단, 증상정도, 입원횟수)과 인구사회학적 특성(나이, 자녀수, 주관적 경제수준)을 통제한 상태에서 부부관계와 사회적 지지가 양육능력의 세 차원(애정표현, 자율성 격려, 합리적 통제)에 미치는 영향력을 분석하였다. 그 결과 애정표현능력에는 부부관계, 사회적 지지, 경제적 수준이, 자율성 격려 능력에는 부부관계가 주요 예측요인으로 나타났다. 그러나 다른 차원과 달리 합리적 통제능력은 진단, 증상정도, 유병기간과 같은 장애특성과 경제적 수준이 주요 예측요인으로 나타났고 부부관계와 사회적 지지는 의미 있는 예측력을 가지지 못했다. 이러한 결과를 바탕으로 연구자는 여성정신장애인의 양육능력 향상을 위해 가족중심의 서비스와 임상적 서비스를 포함한 포괄적인 심리사회적 개입을 제안하였다.

주제어 : 여성정신장애인, 양육능력, 부부관계, 양육에 관한 사회적 지지

### 1. 서론

오늘날 정신보건의 궁극적 목적은 정신장애인의 성공적인 회복(recovery)이다. 여기서 회복은 자신의 장애를 이해하고 수용하며 극복해 가는 과정으로 증상이 남아 있을 수도 있고 재발이 될 수도 있지만 이러한 문제와 증상들이 개인적인 삶을 방해하지 않고 희망을 가지고 만족할 수 있는 삶을 만들

\* 이 논문은 2006년도 정부(교육인적자원부)의 재원으로 한국학술진흥재단의 지원을 받아 수행된 연구임(KRF-2006-321-B00660)

어 가는 것이다(Repper and Perkins, 2003 : 46). 이는 모든 정신장애인이 지역사회에서 평등한 시민권을 누리고 삶을 정상화하는 것을 의미한다. 최근 정신보건의 패러다임이 지역사회 중심으로 변화되면서 시설화시기에 제한되었던 정신장애인의 결혼의 기회가 증가되어 그들의 출산과 양육이 정상화의 중요한 이슈로 대두되고 있다.

특히 여성정신장애인에게 있어 모성역할은 삶을 정상화하고(D'Arcangelo, 2003), 삶의 의미와 초점을 부여하며 일상적 문제에 대한 강한 회복력(resilience)을 제공한다(Sands, 1995). 또한 사회적으로 소중한 역할을 수행함으로써 긍정적인 자아개념을 형성하게 되고 자녀로 인해 모자관계를 넘어 자녀의 친구와 학교, 확대가족으로 사회적 관계망이 확대되면서 다양한 자원과 기술을 확보하게 된다. 이처럼 부모로서의 정체감은 그에 합당한 책임감, 기술, 자원을 요하므로 정신장애를 극복하고 회복하고자 하는 강한 동기를 제공하게 된다(Nicholson, Sweeney and Geller, 1998a; Lefley, 1996 : 92). 이해경(2007)은 여성정신장애인의 모성경험을 “정신장애와 여성이라는 특성 때문에 발생하는 다중부담과 긴장을 모성정체성을 통해 극복하고, 사회적 존재로서의 역할지위와 사회적 인정을 획득함으로써 보다 적극적 세상으로 진입해가는 과정(p. 139)”으로 보았다. 따라서 여성정신장애인의 입장에서 자녀와 강제로 분리되거나 양육권이 박탈될 경우 지속적인 상실감과 슬픔, 죄책감, 부모로서의 패배의식을 갖게 되고 그에 따른 자존감 저하는 전반적인 사회적 기능의 저하를 가져오게 된다(Nicholson, Sweeney and Geller, 1998b). 뿐만 아니라 모성의 상실은 여성의 정신건강에 부정적인 영향을 미쳐 회복하고자 하는 동기를 저하시키고 자살과 같은 치명적인 결과를 초래할 위험성을 높인다(Repper and Perkins, 2003 : 39).

여성정신장애인의 양육과 관련된 많은 경험적 연구들(Beardslee, 1998; Jacob and Johnson, 1997; Judge, 1994; Thomas and Forehand, 1995)은 여성의 정신병리가 자녀의 정신건강, 사회적, 학습적 능력 저하에 미치는 부정적 영향에 초점을 두고 있다. 대부분 이러한 연구들은 정신장애를 가진 여성들이 정신장애의 특성 때문에 자녀의 욕구에 민감하게 반응하지 못하고 적절히 의사소통하지 못하며 정서적으로 둔감하여 안정적인 모자관계를 형성하지 못한다고 결론짓고 있다. 자녀뿐 아니라 여성 자신에게도 양육 자체가 부정적인 영향을 미친다는 주장도 있다. 즉, 자녀의 요구에 즉각적으로 반응하기 위해 상당수의 여성들이 자신의 장애관리를 소홀히 하여 더 심각한 상황을 초래하게 된다는 것이다. 예를 들어 약물의 부작용이 양육기술을 저하시킨다 여겨 복용을 거부하고 정신과치료에 대한 사회적 낙인이 자녀의 교우관계와 학교생활에 부정적 영향을 미칠 것을 우려해 치료에 순응하지 않아 정신장애가 악화되기도 한다는 것이다.

여성정신장애인의 자녀양육에 대해 부정적 관점을 가진 연구자들은 자녀와 여성의 복지를 위해 모자관계를 분리시켜 여성정신장애인의 직접적인 양육기회가 제한되어야 한다고 주장한다. 그러나 이러한 주장은 여성정신장애인에게 이중고통을 주는 것이다. 자신의 탓이 아닌 신경생물학적 장애로 고통받는 것에 더해 가장 친밀한 인간관계와 소중한 사회적 역할을 본인의 의지와 상관없이 상실하는 것이다. Fox(1999)는 기분장애로 인해 사랑하는 딸들을 대한 양육권을 잃고 고통과 좌절 속에서 살아온 자신의 경험담을 소개하면서 그 당시 서비스제공자들이 자신에게 어머니로서의 역할 수행이 가능하다는 희망을 주고 도와주었다면 자신의 인생은 완전히 달라졌을 거라고 주장하였다. 자녀의 입장에서

Hardman(1997)도 정신장애를 앓고 있는 어머니와의 강제적인 이별이 자신의 인생을 얼마나 어렵게 하였는지 고백하면서 여성정신장애인의 양육이 자녀에게 부정적 영향을 미친다는 인식을 강하게 반박하였다.

이처럼 양육이 여성정신장애인의 삶을 정상화하는 매우 중요한 과정임에도 불구하고 대부분의 정신보건서비스는 심리사회적 재활과 직업재활에 주로 초점을 두며, 지역사회 적응에 있어 사회적 관계망의 중요성을 강조하면서도 가장 친밀한 부모자녀 관계의 중요성을 간과하고 있다. 이러한 문제의식에서 출발한 몇몇 연구들(Ackerson, 2003; D'Arcangelo, 2003; Nicholson et al, 1998a and b; Oyserman, Mowbray and Zemencuk, 1994)은 특정 정신장애가 있다는 것만으로 여성정신장애인의 양육능력이 제한되는 것이 아니라 정신장애인의 사회적 맥락 즉, 다양한 사회적 지지와 양육관련 사회적 서비스 제공에 따라 양육태도와 양육능력이 향상될 수 있음을 제안하고 있다. 건강한 여성에게도 양육은 스트레스이므로 정신장애 증상을 경험하면서 자녀를 양육하는 경우 상당한 어려움이 예상된다. 그러나 양육과정에 필요한 적절한 사회적 지지가 주어질 경우 자녀의 욕구에 대한 반응이 증가되고 모자간의 애착관계가 긍정적으로 변화되어 충분히 양육이 가능하다는 것이다. 결국 정신장애 자체가 양육능력을 제한하는 것이 아니라 정신장애로 인한 사회적 고립과 빈약한 사회적 지지가 양육문제를 낳는다는 것이다. 여성정신장애인의 양육에 대해 이처럼 긍정적인 관점을 가진 연구자들은 지역사회에서 포괄적인 사회적 지지를 제공하고 양육기술을 훈련하는 심리사회적 개입(Nicholson and Henry, 2003; Ziets, 1995)을 통해 여성정신장애인의 양육권을 보장하여 그들의 정상화를 도울 수 있다고 주장한다.

여성정신장애인 양육에 대한 외국의 높은 관심과 달리 국내에서는 이와 관련된 논의조차 제대로 이루어지지 못하고 있는 실정이다. 우리나라에서 자녀를 양육하고 있는 여성정신장애인의 수를 정확히 알 수는 없지만 추정은 해볼 수 있다. 2005년 장애인실태조사(보건복지부, 2006)에 의하면 정신장애인의 51.7%가 결혼을 하였고 이들 중 72.3%가 1-2명의 자녀를 양육하고 있는 것으로 나타났다. 남녀의 정신장애 출현율이 비슷한 점을 감안하면 대략 15,000~20,000명의 여성정신장애인이 어머니로서의 역할을 수행하고 있음을 알 수 있다. 이러한 숫자는 지역사회 중심의 서비스 제공이 확대되고 여성의 권리와 정신장애인의 권리를 주장하는 목소리가 커지면서 훨씬 더 증가할 것으로 예상된다. 그러나 여성정신장애인의 모성욕구에 맞는 서비스 개발은 말할 것도 없고 이에 관한 연구자들의 관심조차 매우 저조하다. 몇몇 석사학위논문이 있기는 하지만 이를 제외하면 김정진(2002)이 정신장애를 가진 어머니의 양육자원(부모 효능감, 남편협력, 주위도움)이 양육행동(온정적 양육행동과 거부적 양육행동)에 미치는 영향을 분석한 것과 6명의 여성정신장애인과 심층적인 면담내용을 질적 분석하여 그들의 모성경험의 구조를 분석한 박사학위논문(이혜경, 2007)이 있는 정도이다.

따라서 본 연구는 정신장애 자체가 여성의 양육능력을 제한하는 것이 아니라 정신장애인의 사회적 맥락이 양육능력에 주요 영향요인이라는 전제하에 정신장애특성(진단, 유병기간, 증상정도)과 인구사회학적 특성(주관적 경제수준, 나이, 자녀수)을 통제한 상태에서 양육능력에 대한 부부관계와 양육에 관한 사회적 지지의 영향력을 분석하였다. 여기서 양육능력(parenting competency)에 초점을 둔 이유는 양육능력이 자녀양육과 관련된 일련의 지식, 기술, 능력을 망라한 다차원적 개념(D'Arcangelo,

2003)이기 때문이다. 따라서 양육능력은 어머니로서 자녀에게 적절한 정서적 반응을 보이고 자녀의 성장과 독립을 격려하며 상황에 맞게 합리적으로 통제할 수 있는 능력을 의미한다.

본 연구의 목적은 주요 만성정신장애인 정신분열병과 기분장애를 가진 여성들의 양육능력이 긍정적 부부관계와 양육에 관한 사회적 지지로 어느 정도 예측되는지를 분석하여 여성정신장애인의 특수한 욕구를 반영한 정신보건서비스를 제안하는 것이다.

## 2. 선행연구 고찰

여성정신장애인의 양육에 관해서는 상반된 두 가지 주장이 있어 왔다. 즉, 정신장애인의 양육이 자녀의 정신건강에 부정적 영향을 미치므로 가급적 모자관계를 분리시켜야 한다는 주장과 정신장애 자체가 양육능력을 제한하는 것이 아니므로 양육을 도울 수 있는 사회적 지지를 제공하여 양육이 가능하도록 도와야 한다는 주장이 있다. 이런 상반된 주장에 따라 여성정신장애인의 양육에 관한 기존의 연구들도 크게 둘로 나눌 수 있다. 하나는 아동복지에 초점을 두어 여성정신장애인의 자녀들이 보이는 정신병리, 사회적, 학업적 문제에 초점을 둔 연구들이고 다른 하나는 여성정신장애인의 입장에서 양육의 중요성에 초점을 두어 양육능력에 영향을 주는 요인을 분석하고 대안을 제시하는 연구들이다.

우선 아동의 복지에 초점을 둔 연구들은 여성정신장애인의 정신병리가 자녀들의 심리적, 사회적, 행동적 문제의 위험성을 증가시킨다고 보고하고 있다. 우울장애 여성들의 자녀에 관한 연구들(Beardslee, 1998; Thomas & Forehand, 1995; Jacob and Johnson, 1997 등)에 의하면 이들에게서 비판적, 부정적 행동이 많고 이러한 문제를 외현화, 내재화하는 경향 또한 많으며 낮은 학업성취도, 자살사고, 무력감, 죄책감, 사회적 위축 등이 높게 나타났다. Judge(1994 : 164-165)는 여성정신장애인의 자녀들이 일반 인구에 비해 주요 정신장애 유병률이 높다고 하면서 그 이유는 부모의 정신장애로 인한 스트레스가 적응과 발달의 문제를 일으키기 때문이라 하였다. 그는 12세 이하 아동에게서는 불면증, 식욕감소, 의존적이고 관심 요구적 행동이 많아 나타나고 12세 이상 청소년에게서는 아동기 증상 위주의 문제에 덧붙여 부모의 이상한 행동에 대한 불만과 낮은 학업성취도를 함께 보인다고 하였다.

또한 주요 정신장애인의 자녀들이 문제행동을 보일 확률이 높다는 전제하에 그들의 정신보건 및 학교상담기관에서의 서비스 이용을 분석한 연구(Mowbray, Lewandowski, Bybee and Oyserman, 2004)가 있다. 그 결과, 1/3이상이 서비스를 받았는데, 남자이고, 나이가 많을수록, 부정적 생활사건이 많을수록, 경제적 불만이 많을수록, 정신장애인 모가 집중적인 사례관리를 받을수록, 기분장애 진단일수록 서비스 이용이 많았다. Schmier(2004)는 아동복지기관에서 일한 자신의 경험을 통해 정신장애를 가진 여성들이 자녀들에게 적절한 지도감독을 하지 못하고 왜곡된 세계관을 전달하며 일관성 없는 양육태도를 보여 결국 양육권이 박탈될 수밖에 없었던 사례들을 제시하고 있다. 그러나 Jacobsen, Miller 와 Kirkwood(1997)는 여성정신장애인의 양육위험요인을 평가한 이러한 연구들이 대부분 정신병리에 초점을 둔 임상적 기준에 의해 임상가들이 평가함으로써 건강한 부모기능과 자녀양육을 방해하는 외적요소를 고려하지 못한다고 비판하였다. 이들은 실제 같은 사람의 양육능력을 임상가가 평가한 것과

일리노이 주의 부모능력평가팀(parenting assessment team)에 의해 평가한 것이 얼마나 상반되는지 두 사례를 제시하면서 양육능력은 임상적 평가뿐 아니라 상황적, 문화적 맥락에서 평가되어야 함을 강조했다.

정신장애인의 자녀양육을 지지하는 입장에서는 결혼과 양육을 여성정신장애인의 삶에 의미를 부여하고 장애를 극복하고자 하는 강한 동기를 제공하는 회복의 중요한 과정으로 본다. 이러한 관점을 가진 연구들은 정신장애가 있다는 것만으로 양육능력이 제한되는 것이 아니라 그 여성이 처해있는 사회적 맥락요인들이 양육능력에 영향을 미치거나 아니면 이러한 요인들이 정신장애의 부정적 영향을 완화·조절한다는 전제를 가진다. 물론 정신장애의 특성상 사회적 단서에 반응하는 능력이 떨어지고 지속적인 항정신병 약물의 복용으로 자발성과 정서적 표현이 둔화되어 자녀의 욕구에 적절히 반응하는 것이 어려울 수도 있다. 그러나 이러한 정신장애의 특성보다 정신장애로 인한 낮은 사회경제적 수준, 빈약한 사회적 지지, 사회적 낙인 등이 여성정신장애인의 양육과정에 더욱 심각한 위험요인으로 작용한다는 것이다(Zemencuk and Rogasch, 1995).

김정진(2002)은 여성정신장애인의 양육자원(부모효능감, 남편협력, 주위도움)이 양육행동에 미치는 영향력을 알아보기 위해 유병기간, 발병연령, 입원횟수 등의 변수를 통제하여 분석하였는데 그 결과 양육자원이 온정적 양육행동에 가장 강력한 예측요인으로 나타났다. Nicholson 등(1998a, b)은 여성정신장애인의 focus group에서 모성역할 수행에서의 문제점과 해결대안에 대해 토론한 내용을 질적 분석하였다. 그 결과 여성정신장애인들은 친정부모와 남편, 혹은 파트너 등 가족관계에서의 지지가 모성역할 수행에 결정적 도움을 준다고 평가하였다. 실제 정신장애인과 어머니라는 두 가지 정체감을 동시에 가지고 있는 경우 정신장애인으로서 자신의 욕구보다 자녀의 욕구에 우선 반응해야 하는 어려움이 있지만 이러한 어려움에도 불구하고 자녀들을 양육하는 여성정신장애인이 그렇지 못한 집단에 비해 심리사회적 기능이 더 높았다(White, Nicholson, Fisher and Geller, 1995). Zemencuk과 Rogasch(1995)는 여성정신장애인의 부적절한 양육의 위험요인으로 낮은 사회경제적 지위, 낮은 교육 정도, 배우자의 부재, 빈약한 사회적 지지, 어린나이에 출산 등 임상외적 요인들이 임상적 요인들보다 훨씬 더 중요하다고 하였다. Rogasch, Mowbray와 Bogot(1992) 역시 어머니의 정신장애의 심각성과 만성화 정도가 덜 적응적인(less-adaptive) 양육태도와 무관하지는 않지만 정서적 지지를 매개로 할 경우 이것이 여성의 자존감에 영향을 미쳐 충분히 적응적인 양육태도를 예측할 수 있다고 하였다. D'Arcangelo(2003)는 정신장애를 가진 어머니 69명과 정신장애를 가지지 않은 어머니 86명의 소속감과 양육능력을 비교분석하였다. 그 결과 소중한 관계에 소속되어 있다는 느낌은 정신장애 어머니들이 더 적었지만 정신장애를 가진 어머니들 중에서도 소속감이 많은 경우 양육능력이 높았다. 이는 정신장애 어머니들이 소중한 관계에 소속되어 있거나 그러고자 하는 의지가 있는 경우 양육능력이 향상될 수 있음을 시사한다.

여성정신장애인의 양육능력에 영향을 주는 사회적 맥락 중 부부관계와 확대가족에서의 사회적 지지가 특히 강조된다. 긍정적인 부부관계 속에서의 남편의 협조는 모성역할을 수행하는 여성의 정서적 안정감을 제공할 뿐 아니라 자녀를 지지하고 통제할 때 상호보완적 역할을 수행하게 한다. 따라서 만족스럽고 협조적인 부부관계는 모성역할을 스스로 수행할 수 있다는 자기효능감을 높여 양육태도에

긍정적 영향을 미치게 된다(신숙재, 1997; 김정진, 2002). 물론 정신장애 특성을 제대로 이해하지 못하는 남편과의 부정적인 관계는 남편에 대한 적대감과 분노를 자녀에게 부적절하게 대치시키거나 반대로 자녀와 지나치게 밀착되는 불안정한 모자관계를 낳아 오히려 여성정신장애인의 양육노력을 방해하게 된다. 남편들 중에는 심한 경우 모든 자녀의 문제를 여성정신장애인의 유전적 요인 탓으로 돌려 신체적, 정서적으로 학대하는 경우도 있어 긍정적인 부부관계가 여성정신장애인의 양육능력에 매우 중요한 영향요인이다(Nicholson et al, 1998b).

남편뿐 아니라 확대가족이나 이웃으로부터의 양육에 관한 사회적 지지 역시 여성정신장애인의 양육능력에 매우 중요하다. 이러한 지지원들은 어떻게 자녀를 양육해야 하는지 기술을 가르쳐주고 필요한 물질적, 도구적, 시간적 도움을 제공하며 무엇보다 정서적인 지지를 통해 여성정신장애인이 스스로 모성역할을 수행할 수 있도록 격려해 준다. 그러나 경우에 따라서는 이러한 지지원들과의 관계가 여성정신장애인의 모자관계를 악화시키는 요인으로 작용하기도 한다. 문화적 배경과 상관없이 가장 큰 지원이 친정부모인데 보통 친정부모는 손자녀인 정신장애인의 자녀들과 밀착되어 지나치게 허용적인 양육방식을 선택하는 경향이 있어 이것이 갈등을 초래하기도 한다. 특히 여성정신장애인이 입원하거나 증상의 심각성으로 인해 일정기간 자녀를 돌보지 못할 때 친정부모가 전적인 양육자로 역할하면서 이러한 갈등이 악화되기도 한다(Nicholson et al, 1998b).

이처럼 사회적 지지가 여성정신장애인의 자녀양육에 중요한 영향력을 가지므로 서비스제공자들은 이러한 중요성을 인식하고 사회적 관계망을 포함한 포괄적인 심리사회적 개입을 개발할 필요가 있다. 대표적인 것이 여성정신장애인과 그 자녀에게 초점을 두어 지역사회에서 개별화된 사례관리서비스를 제공하는 Thresholds' Mothers' Project이다(Zeitz, 1995). 이 프로젝트에는 보다 나은 고용, 주거, 교육, 사회생활, 신체적 건강 등을 위한 심리사회적 프로그램, 증상관리와 약물복용을 강조하는 사례관리 서비스, 학령기전 아동의 인지적, 사회적 결핍을 미리 예방하고 치료하는 치료적 탁아 프로그램, 확대가족을 포함한 가족에게 정신장애에 대해 교육하고 자원과 지지를 제공하는 가족 지지 서비스가 포함된다. 또한 필요에 따라 약물남용치료, 모자 프로그램의 정기적이고 지속적인 효과분석 및 사정, 개별적인 요구를 평가하기 위한 아웃리치 서비스가 추가되기도 한다. Nicholson과 Henry(2003)도 여성정신장애인을 대상으로 한 focus group에서 제시된 욕구를 근거로 증거기반(evidence-based) 심리사회적 개입을 제안하였다. 여기서는 주거, 고용, 레크리에이션과 같은 일상에 필요한 자원에 접근하도록 돕고 의사소통, 문제해결과 같은 기술훈련과 확대가족에 대한 심리교육적 프로그램이 포함되며 특히 서비스 제공자들과의 협력적인 파트너십 형성에 초점을 두었다. 김정진(2004) 역시 정신장애를 가진 어머니의 양육능력향상을 위해 부부관계 회복을 돕고 주위 자원체계의 활용능력을 강화하며 의사소통, 스트레스관리, 갈등관리 기술훈련 등을 실시하는 10회기의 집단프로그램을 제안하였다.

### 3. 연구방법

#### 1) 조사대상

본 연구의 대상은 18세 이하의 아동을 직접 양육하고 있는 정신분열병과 기분장애를 가진 여성정신장애인이다. 이들을 대상으로 조사하기 위해서는 정신장애인 당사자의 협조 뿐 아니라 이들을 치료하고 있는 정신의료기관의 협조 없이는 불가능하다. 이런 이유로 표집은 비확률적 표집방법인 목적적 표집(purposive sampling)을 사용했다. 자녀를 양육하는 여성정신장애인의 경우 지역사회정신보건센터나 사회복지시설을 이용하는 경우가 많지 않아 전국 10개의 정신의료기관(대학병원, 국립정신병원, 개인 정신병원 등)의 협조를 받아 외래로 치료를 받고 있거나 입원하지 3개월 이내<sup>1)</sup>인 145명의 여성정신장애인을 정신보건전문가가 직접 면담하여 자료를 수집했다.

조사대상자의 인구사회학적 특성을 보면 우선 연령은 평균 39.25(±5.917)세이고 현 배우자와의 결혼기간은 평균 146.58(±71.120)개월로 약 12년 정도이다. 현재 양육하고 있는 자녀수는 평균 1.87(±1.560)명이고 가족의 한 달 평균 월수입은 244.61(±126.313)만원이다. 전체 조사대상자 중 71.8%가 초혼이고 7.0%가 재혼, 이혼이 12.7%, 별거가 5.6%, 사별이 2.8%로 유배우자가 전체의 78.8%이고 나머지는 배우자 없이 자녀를 양육하고 있는 상황이었다. 본인의 직업으로는 주부가 77.6%, 생산직 4.2%, 상업 3.5%, 일반사무직 2.1%, 전문직 2.8%, 기타가 9.8%였다. 주관적 경제수준은 ‘중’ 정도라 한 경우가 37.5%, ‘중하’는 33.3%, ‘하’는 20.8%, ‘중상’이 8.3%였다.

조사대상자의 장애특성을 보면 유병기간은 평균 6.089(±6.459)년이고, 입원 횟수는 평균 2.62(±5.299)번이다. 진단명은 분열정동장애를 포함한 정신분열병이 34.5%이고 기분장애(양극성 장애 포함)가 65.5%이다.

#### 2) 조사도구

여성정신장애인의 양육능력은 D'Arcangelo(2003)가 사용한 ‘자녀양육에 대한 부모의 태도(parental attitudes toward childrearing scale) 문항 중 우리나라 문화에 맞도록 일부 문항을 선택, 수정하여 총 31문항을 사용하였다. 31문항을 요인분석 한 결과<sup>2)</sup> <표 1>과 같이 세 가지 차원으로 나누어졌으며, Cronbach's α로 알아본 신뢰도가 만족스러운 수준이었다. 본 연구에서는 세 차원의 양육능력에 대한

- 1) 3개월로 한정된 이유는 입원하지 오래된 경우 자녀와 장시간 떨어져 있어 자녀와의 관계를 묻는 양육능력을 정확히 답하기 어렵다 판단하여 제한하였다.
- 2) 총 문항 중 표준편차가 커서 불안정한 문항들과 요인분석 한 결과 요인부하량 .300이하로 작은 문항들을 제외하고 최종 21개 문항을 선별하였다. 이 문항들을 주성분 분석법과 varimax 축 회전을 통하여 요인 분석하였다.

독립변수와 통제변수들의 영향력을 개별적으로 분석하였기 때문에 양육능력의 총점은 사용하지 않았다.

<표 1> 양육능력의 세 차원

차원	내용	문항수	cronbach 's $\alpha$
애정표현	자녀의 일상에 관심을 갖고 애정을 충분히 표현하며 자녀와 많은 시간을 함께 보내며 대화하는 것	8	.863
자율성 격려	자녀가 문제를 스스로 해결하고 자신의 감정을 적절히 표현하며 독립할 수 있도록 격려하는 것	9	.863
합리적 통제	자녀를 감정적으로 대하지 않고 야단치기보다 합리적인 대화로 자녀를 통제하는 것	4	.644

통제변수인 정신장애특성으로는 증상정도, 유병기간, 입원횟수, 진단을 사용하였다. 증상정도는 임상에서 정신병적 증상을 객관적으로 평가하기 위해 가장 많이 활용되는 BPRS(Brief Psychiatric Rating Scale)를 사용하였다. 이는 정신보건전문가가 직접 정신장애인을 면담하며 구체적으로 신체적 관심, 불안, 철수, 개념장애, 자기비하감과 죄책감, 불안의 신체적 증상, 운동장애, 과장된 가지 존중감, 우울감, 적대감, 의심, 환각, 정신운동지체, 비협조, 기이한 사고내용, 무감동 또는 부적절감, 정신운동향진, 지남력장애와 혼란 등의 정신병적 증상이 '없음(0점)'에서 '매우 심한 상태(4점)'까지 판단하여 그 합산 점수를 사용하였다. 유병기간은 최초 발병년도를 기준으로 하여 계산하였다. 입원횟수는 정신장애인에게 이제까지 몇 번 입원하였는지 직접 질문하였고 진단은 면담한 전문가에게 대상자의 진단을 적도록 하였다.

독립변수로는 부부관계와 양육에 관한 사회적 지지를 보았다. 먼저 부부관계는 전반적인 결혼만족과 자녀양육에 남편이 얼마나 협조하는지를 질문하였다. 문항을 구성하기 위해 신숙재(1997)가 사용한 남편협력 척도의 문항을 일부 수정보완 하여 사용하였다. 총 26문항으로 Cronbach's  $\alpha$ 는 .917이었다. 양육에 관한 사회적 지지는 남편이 아닌 확대가족이나 이웃으로부터 양육에 관련된 물질적, 정서적, 도구적 도움을 어느 정도 받고 있는지 질문하였다. 문항은 신숙재(1997)가 사용한 주위의 도움 척도 12문항의 내용을 정신장애인에게 맞게 수정하여 구성하였다. 이 척도의 Cronbach's  $\alpha$ 는 .917이었다.

### 3) 분석방법

정신장애 특성(증상정도, 유병기간, 입원횟수, 진단)과 인구사회학적 특성(나이, 자녀수, 주관적인 경제수준)을 통제된 상태에서 부부관계와 양육에 관한 사회적 지지가 세 가지 차원의 양육능력(애정표현, 자율성 격려, 합리적 통제)에 미치는 영향력을 분석하기 위해 단계적 회귀분석을 실시하였다. 이때 진단은 가변인(dummy variable) 처리하였고 준거집단은 '기분장애'이다. 그리고 척도들의 내적 신뢰도와 타당도를 평가하기 위해 요인분석과 신뢰도 계수를 산출하였다. 또한 관련변수들의 관계를

분석하기 위해 기술통계와 상관계수, t-검증을 실시하였다.

## 4. 연구결과

### 1) 조사대상자의 인구사회학적 변수에 따른 양육능력의 차이

조사대상자의 인구사회학적 변수(대상자와 남편의 나이, 가족의 월수입, 주관적으로 인식하는 경제수준, 자녀수)와 양육능력 세 차원의 관계를 알아보기 위해 상관관계를 분석한 결과 <표 2>와 같다. 조사대상자의 나이와 남편의 나이는 양육능력 중 자율성 격려와만 각각  $r$ 값 .237과 .244로 정적 상관관계를 보였다. 즉, 조사대상자인 여성정신장애인과 그 남편의 나이가 많을수록 자녀의 독립과 자율성을 격려하는 능력이 더 많음을 알 수 있다. 유독 부모의 나이가 자율성 격려와만 의미 있는 관련성을 보이는 것은 자녀의 나이에 따라 자율성을 격려하는 수준이 달라지기 때문이 아닐까 추정해볼 수 있다. 실제 부부의 나이가 많을수록 첫 자녀<sup>3)</sup>의 나이가 많다(모의 나이와는  $r$ 값 .752, 남편의 나이와는  $r$ 값 .767). 따라서 나이가 어린 자녀보다 나이가 많은 자녀를 양육할 때 나이에 맞게 자율성을 더 많이 부여하는 양육방식을 택할 확률이 높을 것이다. 실제 첫 자녀의 나이와 양육능력 세 차원의 상관관계를 추가적으로 분석해보면 자율성 격려만이  $r$ 값 .168로 정적 상관관계를 보여 자율성 격려능력이 자녀의 나이와 무관하지 않음을 추정하게 한다. 그 외에 가족의 월수입과 자녀수는 양육능력의 세 차원 모두와 의미 있는 상관관계를 보이지 않았다. 그러나 주관적으로 인식하는 경제수준을 ‘상’, ‘중상’, ‘중’, ‘중하’, ‘하’로 평가하여 양육능력과의 상관관계를 보면 양육능력 세 차원 중 애정표현과 합리적 통제는 각각  $r$ 값 .169와 .268로 정적 상관관계를 보였다. 따라서 주관적으로 인식하는 경제수준이 높을수록 애정표현과 합리적 통제능력이 높았다. 이처럼 양육능력에 관한 주관적인 경제수준과 월수입의 관련성이 서로 다르게 나타난 것은 아마도 가족의 월수입은 부양하는 가족 수에 따라 많고 적음이 달리 인식될 수 있기 때문으로 생각된다. 같은 월수입이라 하여도 부양가족이 많을 경우 주관적으로 인식하는 경제수준은 낮을 수밖에 없기 때문에 본 연구에서는 여성정신장애인의 주관적 경제수준을 통제변수로 사용하고자 한다. 일반적으로 여성정신장애인의 양육은 경제적 수준과 밀접히 관련되어 경제적 어려움이 양육스트레스와 부담을 가중시켜 다양한 양육문제의 비율을 높인다(Avison, 1997; Zemencuk and Rogosch, 1995)고 알려져 있다.

결혼 상태에 따른 양육능력의 차이를 보면, <표 3>과 같이 양육능력 중 애정표현만이  $t$ 값 2.173으로 의미 있는 차이를 보여 배우자가 있는 경우 없는 경우보다 자녀에게 애정표현을 할 수 있는 능력이 더 많은 것으로 나타났다. 이는 배우자가 있는 경우 정서적으로 안정되고 자녀 양육에 대한 부담이

3) 첫 자녀나이를 사용한 이유는 각 가정마다 자녀의 수가 다르기 때문에 모든 대상자에게 공통되는 첫 자녀의 나이를 선택하였다. 그러나 실제 양육능력을 질문할 때는 조사대상자가 자신들의 자녀를 대하는 전반적인 능력에 초점을 두었으므로 반드시 첫 자녀와 관련된 양육능력이라 한정할 수는 없다.

상대적으로 적어 보다 안정적인 부모-자녀 애착관계를 형성할 수 있기 때문으로 생각된다. 자율성 격려와 합리적 통제능력은 배우자의 유무에 따른 의미 있는 차이가 없었다. 그러나 본 연구 대상자의 78.8%가 유배우자이므로 배우자 유무에 따른 양육능력의 차이를 논하기 위해서는 많은 사례를 대상으로 한 후속연구가 필요하다.

<표 2> 인구사회학적 특성과 양육능력 세 차원의 상관관계

	애정표현	자율성 격려	합리적 통제
대상자의 나이	.057	.237**	.120
남편의 나이	.011	.244**	.041
자녀수	-.057	.081	-.023
가족의 월수입	.167	.150	.044
주관적 경제수준	.169*	.072	.268**

\* p < .05

\*\*p < .01

<표 3> 배우자 유무에 따른 양육능력 세 차원의 차이

	애정표현 M(SD)	자율성 격려 M(SD)	합리적 통제 M(SD)
유배우자	3.092 (.607)	2.920 (.599)	2.442 (.649)
무배우자	2.824 (.569)	2.904 (.572)	2.308 (.589)
t	2.173*	.129	1.080

\*p < .05

## 2) 주요 변수들의 기술통계치 및 상관계수

본 연구의 종속변수인 양육능력의 평균을 비교해보면 애정표현의 평균이 3.020(± .630)으로 가장 높고 다음이 자율성 격려 2.921(± .598), 합리적 통제 2.403(± .635) 순이다. 세 차원 양육능력의 평균 차이를 검증해보면, 애정표현과 자율성 격려는 t값 2.788로, 자율성 격려와 합리적 통제는 t값 8.205로, 애정표현과 합리적 통제는 t값 10.532로 의미 있는 차이를 보였다. 따라서 여성정신장애인의 입장에서 애정표현과 자율성 격려 능력에 비해 합리적 통제 능력이 부족함을 알 수 있다. 이는 조사대상자가 대표적인 만성정신장애인 정신분열병과 기분장애를 가지고 있는 여성들이므로 장애의 특성 상 사회

적, 인지적 기술이 부족하고 정서적으로 둔화되어 자녀들에게 상황을 합리적으로 이해시키고 스스로 감정을 다스려 자녀를 대하는 기술이 부족하기 때문으로 생각된다. D'Arcangelo(2003)의 연구에서도 따뜻함을 표현하는 능력(warmth)은 정신장애를 가진 여성과 정신장애를 가지지 않은 여성에게서 의미 있는 차이가 나지 않았으나 아이의 행동에 짜증스러워하거나 감정적인 반응을 보이는 감정적 대응(aggravation)은 정신장애를 가진 집단이 그렇지 않은 집단에 비해 의미 있게 높았다.

본 연구의 독립변수(부부관계와 양육에 대한 사회적 지지)와 통제변수로 본 정신장애 특성변수(증상정도, 유병기간, 입원횟수) 그리고 양육능력 세 차원의 평균(표준편차) 및 상관계수를 보면 <표 4>와 같다. 먼저 부부관계는 양육능력의 세 차원과 모두 의미 있는 정적 상관관계(애정표현  $r$ 값 .399, 자율성 격려  $r$ 값 .410, 합리적 통제  $r$ 값 .287)를 보여 부부관계가 긍정적 일수록 세 차원의 양육능력이 모두 높았다. 양육에 관한 사회적 지지 역시 양육능력의 세 차원과 모두 의미 있는 정적 상관관계(애정표현  $r$ 값 .294, 자율성 격려  $r$ 값 .421, 합리적 통제  $r$ 값 .259)를 보여 양육에 관한 사회적 지지가 많을수록 세 차원의 양육능력이 모두 높았다. 또한 부부관계와 양육에 관한 사회적 지지의 상관계수 역시  $r$ 값 .435로 부부관계가 긍정적일수록 양육에 관한 사회적 지지도 더 많이 받고 있음을 알 수 있다. 이러한 결과는 정신장애가 없는 일반 어머니를 대상으로 한 신숙재(1997)의 연구에서 남편의 협력이 많을수록 주위의 도움도 많다는 결과와 유사하다. 결국 배우자로부터 지지를 많이 받는 사람이 확대가족이나 이웃으로부터도 지지를 많이 받는다는 것은 가족으로서의 소속감을 통해 정신장애인의 사회적 지지망이 확대될 수 있음을 추정하게 한다. 반대로 배우자와의 관계가 부정적인 경우 사회적 지지 역시 적을 수 있으므로 이럴 경우 여성정신장애인이 사회적으로 고립되어 자녀양육에 부정적인 결과가 초래되지 않도록 서비스제공자의 보다 세심한 관심과 차별화된 개입이 요구된다.

반대로 증상정도와 양육능력의 세 차원은 모두 부적 상관관계(애정표현  $r$ 값 -.278, 자율성 격려  $r$ 값 -.290, 합리적 통제  $r$ 값 -.251)를 보여 증상이 심할수록 세 차원의 양육능력이 모두 낮았다. 이는 정신장애가 심각한 어머니일수록 아동의 정서에 덜 반응하며 아동에게 필요한 구조적 환경을 제공하기 어려워진다는 Rogosch 등(1992)의 연구결과와 유사하다. 또한 증상정도는 부부관계와  $r$ 값 -.224, 양육에 관한 사회적 지지와는  $r$ 값 -.236으로 증상이 심할수록 부부관계와 양육에 관한 사회적 지지 역시 적었다. 결국 증상의 심각성으로 인해 양육에 어려움이 예상되는 경우 양육을 지원할 지지체계 조차 부족함을 알 수 있다. 물론 사회적 지지체계가 부족하여 사회적으로 고립되어 증상이 악화된 것인지 아니면 증상이 심각하여 사회적으로 고립된 것인지는 알 수 없지만 분명한 것은 이러한 요인들이 상호작용한다는 것이다(Jacobsen et al, 1997). 즉, 양육능력의 위험요인들인 증상, 빈약한 사회적 지지, 양육스트레스 등은 서로 상호작용하여 점점 더 상황을 악화시키게 된다. 증상이 심각하면 고립되어 사회적 지지가 적어지고 이로 인해 양육스트레스가 가중되며 이러한 스트레스는 증상을 악화시키는 요인으로 작용할 수 있다는 것이다. 그러나 기존의 선행연구들은 정신장애 특성 중 만성화(유병기간), 진단, 입원횟수를 주요 변수로 다루었을 뿐 직접 증상정도를 평가한 연구는 상대적으로 매우 제한적이어서 현 시점에서 이와 관련된 논의가 충분히 이루어지기는 어렵다.

정신장애 특성 중 유병기간은 양육능력의 세 차원 중 자율성 격려와만 정적 상관관계를 보였는데 이는 앞에서 대상자의 나이와 관련하여 언급하였듯이 유병기간이 길수록 나이가 많으므로( $r$ 값 .194)

자녀들의 특성 상 자율성 격려 차원이 강조된 것으로 생각된다. 그러나 입원 횟수는 양육능력의 어느 차원과도 통계적으로 의미 있는 상관관계를 보이지 않았다.

본 연구에서 정신장애 특성으로 본 증상정도는 유병기간이나 입원횟수와 의미 있는 상관관계를 보이지 않아 만성화되었다고 하여 증상이 더 심각하다고는 할 수 없었다. 따라서 기존의 선행연구들이 장애의 심각성을 만성화정도만을 가지고 평가하는 것은 정신장애 특성을 충분히 고려한 것이라 보기 어렵다. 유병기간과 입원횟수는  $r$ 값 .517로 정적 상관관계를 보여 유병기간이 길수록 입원횟수가 많은 것으로 나타났다.

<표 4> 주요 변수들의 기술통계와 상관관계

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. 애정표현	1							
2. 자율성 격려	.629**	1						
3. 합리적 통제	.416**	.319**	1					
4. 부부관계	.399**	.410**	.287**	1				
5. 사회적 지지	.294**	.421**	.259**	.435**	1			
6. 증상정도	-.278**	-.290**	-.251**	-.224*	-.236**	1		
7. 유병기간	-.005	.194*	-.040	.003	.072	.028	1	
8. 입원횟수	-.131	.127	.021	-.021	.015	.099	.517**	1
M	3.020	2.921	2.403	2.336	2.754	9.851	6.08	2.62
(SD)	(.630)	(.598)	(.635)	(.640)	(.695)	(8.549)	(6.459)	(5.300)

\*  $p < .05$

\*\*  $p < .01$

정신장애 특성 중 주요 변수인 진단에 따른 관련 변수들 간의 차이를 보기위해 t 검증을 실시한 결과 다음 <표 5>와 같다. 진단에 따른 양육능력의 세 차원은 의미 있는 차이를 보이지 않았다. 진단을 본 연구와 동일하게 분류하여 자녀양육행동에 대한 부모의 민감성을 분석한 Rogosch 등(1992)의 연구에서도 진단에 따른 유의미한 차이가 없었다. 그러나 두 연구 모두 정신분열병 집단의 사례수가 너무 적어 이러한 비교를 위해서는 보다 많은 사례를 대상으로 한 후속연구가 필요하다. 부부관계와 양육에 관한 사회적 지지 역시 진단에 따른 의미 있는 차이를 보이지 않았다. 그러나 증상정도는  $t$ 값 3.807로 정신분열병 집단이 기분장애 집단보다 증상이 더 심각한 것으로 나타났고 유병기간은 진단 간 차이가 없었으나 입원횟수는 정신분열병 집단이 기분장애 집단보다 의미 있게 많았다( $t$ 값 2.887). 이처럼 유병기간에서 의미 있는 차이가 없는데 증상이 심각하고 입원횟수가 많다는 것은 정동의 문제를 주요 증상으로 하는 기분장애보다 사고, 인지, 지각 등 다양한 증상을 보이는 정신분열병이 입원치료를 관리되는 경우가 더 많기 때문으로 생각된다. 특히 입원은 자녀와의 관계가 일시적으로 단절되고 그 기간 동안 타인의 도움으로 양육이 이루어져야 하므로 여성정신장애인의 양육과정을 논하는 과정에서 매우 중요하게 고려되어야 할 변수이다. 실제 사례관리자의 focus group을 통해 얻은 결과

(Nicholson et al, 1998a)에 의하면 상당수의 여성정신장애인들이 양육과정에서 자녀의 욕구와 장애로 인한 자신의 욕구가 서로 상충될 경우 자신의 욕구를 포기하는 경향이 있다고 하였다. 예를 들어 약물의 부작용으로 자녀의 욕구에 즉각적으로 반응하기 어려울 경우 자녀의 욕구에 반응하기 위해 약을 중단하거나 치료를 포기한다는 것이다. 이로 인해 상태가 나빠져 입원하게 되는데 결국 이러한 입원이 양육권이 박탈되는 중요한 계기가 된다고 하였다.

<표 5> 진단에 따른 관련 변수들의 평균과 표준편차의 차이검증

진단	애정표현	자율성 격려	합리적 통제	부부관계	사회적 지지	증상정도	유병기간	입원횟수
정신 분열병	2.983 (.700)	2.807 (.640)	2.541 (.760)	2.350 (.656)	2.687 (.739)	13.877 (9.961)	7.23 (6.618)	4.33 (7.218)
기분 장애	3.037 (.595)	2.947 (.575)	2.332 (.551)	2.327 (.634)	2.791 (.671)	7.819 (6.903)	5.41 (6.309)	1.67 (3.548)
t값	-.448	-.700	1.693	.187	-.805	3.807**	1.542	2.887**

\*\* p < .01

### 3) 양육능력 세 차원에 대한 부부관계와 양육에 관한 사회적 지지의 영향력

본 연구는 여성정신장애인의 양육능력에 부부관계와 양육에 관한 사회적 지지의 중요성을 분석하기 위해 장애특성(진단, 유병기간, 증상정도, 입원횟수)과 인구사회학적 특성(나이, 자녀수, 주관적 경제수준)을 통제한 상태에서 양육능력 세 차원에 대한 부부관계와 양육에 관한 사회적 지지의 영향력을 분석하였다.

여기서 양육에 관한 사회적 지지는 정신장애인들이 자녀를 양육하는데 있어 남편이 아닌 다른 사람으로부터 도움을 받는 정도를 의미한다. 가장 도움이 되는 대상으로 조사대상자의 39.3%가 친정부모, 21.4%가 친정 형제를 지목하며 전체의 61%가 친정식구를 주요 지지원으로 인식하고 있었다. 이외에 시부모 10.7%, 이웃 8.6%, 고모나 삼촌 등이 7.1%, 기타가 6.4%, 시댁형제가 4.3%, 사촌이상의 친척이 2.1% 순이었다. 이러한 결과는 가족문화가 다른 미국의 연구결과들(Nicholson et al, 1998b; Rogosch et al, 1992; Zemencuk and Rogosch, 1995)에서도 여성정신장애인의 양육을 돕는 가장 중요한 지지원이 친정부모 특히 친정어머니라고 응답한 것과 유사하다. 결국 친정부모는 딸인 정신장애인에 대한 보호부담에 더해 손자녀 양육에 대한 부담까지 이중부담을 지게 될 수 있다.

#### (1) 애정표현 능력에 대한 부부관계와 양육에 관한 사회적 지지의 영향력

여성정신장애인의 장애특성과 인구사회학적 특성을 통제한 상태에서 애정표현에 대한 부부관계와 양육에 관한 사회적 지지의 영향력을 분석하기 위해 단계적 회귀분석을 실시한 결과 다음 <표 6>과

같다. 애정표현 능력에 대한 장애특성과 인구사회학적 특성은 F값 2.357로 통계적으로 유의한 영향력을 가지는 것으로 나타났고 그 설명력은 15.9%이다. 이러한 특성들 중 증상정도가  $\beta$ 값 -.297로, 경제수준이  $\beta$ 값 .277로 가장 중요한 예측요인으로 나타났다. 즉, 증상이 심각할수록 애정표현 능력이 낮고 경제수준이 높을수록 애정표현의 능력이 높았다. 이러한 장애특성과 인구사회학적 특성을 통제한 상태에서 부부관계와 양육에 관한 사회적 지지의 영향력을 분석한 결과 설명력이 12.9% 증가하여 28.8%의 설명력을 보였고 이러한 변화량은 통계적으로 유의한 증가량이다. 이중 부부관계가  $\beta$ 값 .241로 가장 강력한 예측요인으로 나타났고 양육에 관한 사회적 지지도  $\beta$ 값 .216으로 주요 예측요인으로 나타났다. 그리고 통제변수 중 경제적 수준이  $\beta$ 값 .208로 그 영향력이 다소 감소하기는 했으나 여전히 주요 예측요인으로 나타났다. 즉, 여성정신장애인이 자녀에게 애정을 표현하는 능력은 긍정적인 부부관계와 양육에 관한 사회적 지지로 가장 잘 예측될 수 있으나 주관적인 경제수준 또한 중요하게 고려되어야 할 요인임을 알 수 있다.

따라서 자녀의 일상에 관심을 갖고 자녀와 많은 시간을 함께 보내며 대화하는 애정표현 능력은 장애특성보다 부부관계와 양육에 관한 사회적 지지 그리고 경제적 수준과 같은 여성정신장애인이 처해 있는 사회적 맥락에 의해 더 많은 영향을 받는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 비록 관련된 변수는 다르다 하여도 주변으로부터 충분히 지지받고 안정적인 관계망을 가지고 있는 경우 부모로서의 효능감이 증가하여 온정적 양육태도를 보일 수 있다는 것(김정진, 2002)과 가치 있는 관계에 대한 심리적 인 소속감이 부모의 애정표현과 긍정적인 상관관계를 갖는다는 연구결과(D'Arcangelo, 2003)와 맥을 같이 한다고 볼 수 있다.

<표 6> 장애특성과 인구사회학적 특성을 통제한 상태에서 애정표현 능력에 대한 부부관계와 양육에 관한 사회적 지지의 영향력

변수	애정표현							
	모델 I				모델 II			
	b	se	$\beta$	t	b	se	$\beta$	t
유병기간	.003	.011	.026	.236	-.003	.010	-.030	-.288
입원횟수	-.015	.013	-.125	-1.109	-.007	.012	-.060	-.565
증상정도	-.020	.007	-.297**	-2.778	-.013	.007	-.186	-1.798
진단	.169	.136	.135	1.243	.192	.127	.153	1.507
나이	.001	.012	.006	.052	-.002	.011	-.023	-.215
자녀수	.105	.093	.124	1.132	.083	.087	.097	.954
경제수준	.194	.070	.277**	2.755	.146	.067	.208*	2.162
부부관계					.239	.107	.241*	2.245
사회적 지지					.187	.093	.216*	2.015
R <sup>2</sup>	.159				.288			
$\Delta R^2$	.129**							
F(p)	2.357(.030)				3.828(.000)			

\* p < .05

\*\* p < .01

(2) 자율성 격려 능력에 대한 부부관계와 양육에 관한 사회적 지지의 영향력

여성정신장애인의 장애특성과 인구사회학적 특성을 통제한 상태에서 자율성 격려능력에 대한 부부관계와 양육에 관한 사회적 지지의 영향력을 분석하기 위해 단계적 회귀분석을 실시한 결과 다음 <표 7>과 같다. 자율성 격려 능력에 대한 장애특성과 인구사회학적 특성은 F값 2.850로 통계적으로 유의한 영향력을 가지는 것으로 나타났고 그 설명력은 18.3%이다. 이러한 특성들 중 증상정도가  $\beta$ 값 -.284로 가장 중요한 영향요인으로 나타났다. 즉, 증상이 심각할수록 자율성 격려능력이 낮음을 알 수 있다. 이러한 장애특성과 인구사회학적 특성을 통제한 상태에서 부부관계와 양육에 관한 사회적 지지의 영향력을 분석한 결과 설명력이 18.6% 증가하여 36.9%의 설명력을 보였고 이러한 변화량은 통계적으로 유의한 증가량이다. 부부관계와 양육에 관한 사회적 지지의 변수가 투입되면서 증상정도의 의미 있는 예측력은 사라지고 부부관계가  $\beta$ 값 .383으로 가장 강력한 예측요인으로 나타나 부부관계가 긍정적일수록 자율성 격려 능력이 높았다.

이는 가치 있는 관계에 소속되어 있거나 혹은 소속되고자 하는 열망이 자녀의 자율성 격려와 긍정적인 상관관계가 있다는 결과(D'Arcangelo, 2003)와 유사하다고 볼 수 있으나 본 연구에서는 긍정적인 부부관계로 한정되어 나타났다. 따라서 자녀가 스스로 문제를 해결하고 독립할 수 있도록 격려하는 능력은 부부관계가 만족스럽고 남편과의 양육방식이 일치할 경우 더 높아짐을 알 수 있다.

<표 7> 장애특성과 인구사회학적 특성을 통제한 상태에서 자율성 격려능력에 대한 부부관계와 양육에 관한 사회적 지지의 영향력

변수	자율성 격려							
	모델 I				모델 II			
	b	se	$\beta$	t	b	se	$\beta$	t
유병기간	.014	.011	.147	1.348	.009	.010	.092	.939
입원횟수	-.003	.013	-.022	-.201	.006	.012	.055	.559
증상정도	-.019	.007	-.284**	-2.772	-.011	.006	-.156	-1.644
진단	-.049	.129	-.040	-.381	-.045	.116	-.037	-.389
나이	.015	.011	.147	1.437	.012	.010	.115	1.258
자녀수	.049	.034	.146	1.449	.019	.031	.058	.631
경제수준	.120	.067	.178	1.790	.056	.061	.083	.917
부부관계					.377	.097	.383**	3.873
사회적 지지					.131	.085	.152	1.537
R <sup>2</sup>	.183				.369			
$\Delta R^2$	.186**							
F(p)	2.850(.010)				5.658(.000)			

\* p < .05

\*\* p < .01

### (3) 합리적 통제능력에 대한 부부관계와 양육에 관한 사회적 지지의 영향력

여성정신장애인의 장애특성과 인구사회학적 특성을 통제한 상태에서 합리적 통제에 대한 부부관계와 양육에 관한 사회적 지지의 영향력을 분석하기 위해 단계적 회귀분석을 실시한 결과 다음 <표 8>과 같다. 합리적 통제능력에 대한 장애특성과 인구사회학적 특성은 F값 5.491로 통계적으로 유의한 영향력을 가지는 것으로 나타났고 그 설명력은 30.2%이다. 이러한 특성들 중 진단이  $\beta$ 값 .398로, 증상정도가  $\beta$ 값 -.391, 경제수준이  $\beta$ 값 .329로 주요 영향요인으로 나타났다. 따라서 진단이 정신분열병인 경우, 증상이 덜 심각할수록 그리고 경제수준이 높을수록 합리적 통제 능력이 높았다. 진단의 경우 기분장애와 비교하여 정신분열병 집단에서 합리적 통제 능력이 더 많은 것은 의외의 결과이다. 이는 합리적 통제 능력이 자녀를 대할 때 감정적으로 대하지 않고 가급적 야단치기보다 격려로써 자녀를 통제하는 것을 의미하므로 정신분열병에 비해 상대적으로 감정적 통제의 어려움을 많이 겪는 기분장애 집단에서 더 낮은 것으로 추정해볼 수 있다. 장애특성과 인구사회학적 특성을 통제한 상태에서 부부관계와 양육에 관한 사회적 지지의 영향력을 분석해보면 설명력은 6.9%증가하여 37.1%의 설명력을 보였다. 이런 변화량은 비록 적지만 통계적으로 유의한 증가량이다. 통제변수들을 통제한 상태에서도 진단이  $\beta$ 값 .418로 가장 강력한 예측요인이었고 증상정도가  $\beta$ 값 -.309, 경제수준이  $\beta$ 값 .281, 그리고 유병기간이 -.206으로 주요 예측요인으로 나타났다. 흥미로운 것은 통제변수들의 영향력을 분석할 때는 의미 있는 예측력을 가지지 못했던 유병기간이 주요 예측요인으로 나타나 유병기간이 길수록 합리적 통제능력이 떨어지는 것을 볼 수 있다. 그리고 부부관계와 양육에 관한 사회적 지지는 합리적 통제능력을 의미 있게 예측하지 못하는 것으로 나타났다. 결국 합리적 통제 능력은 다른 양육능력 차원과 달리 부부관계와 양육에 관한 사회적 지지보다 진단, 증상정도, 유병기간과 같은 장애특성과 경제적 수준으로 더 잘 예측되었다. 이러한 결과는 사회적 맥락이 정신장애특성보다 양육능력에 더 의미 있는 영향력을 가질 거라는 본 연구의 전제와는 상반된 것이다. 따라서 같은 전제로 양육능력의 모든 차원을 설명하기 어려우므로 양육능력을 보다 세분화된 개념으로 나누어 차별화된 접근을 시도할 필요가 있음을 시사한다.

이러한 결과는 경제적 수준이 낮고 우울증이 심한 어머니의 경우 자녀에 대한 구조화된 지도감독이 어렵고(Goodman and Brumley, 1990) 증상이 심각할수록 자녀가 정신장애를 가진 어머니의 충동성에 표적이 되기 쉽다(Klehr, Cohler and Musick, 1983)는 연구결과와 맥을 같이 한다. 합리적 통제 능력은 다른 차원의 양육능력에 비해 감정통제와 합리적인 의사소통기술을 요구한다. 특히 자녀와 갈등이 있을 경우 자신의 요구와 자녀의 요구를 현실적으로 구별할 수 있어야 하고 이것을 자녀에게 전달하는 능력이 요구된다. 경제적 수준 또한 주요 영향요인인데 일반적으로 경제적 어려움은 자녀의 욕구만족을 어렵게 하여 갈등을 초래할 뿐 아니라 여성정신장애인의 삶의 질 전반에 부정적인 영향을 미쳐 자녀양육의 주요 위험요인으로 고려되어진다.

앞에서 언급하였듯이 여성정신장애인에게 있어 다른 차원의 양육능력에 비해 합리적 통제능력이 낮은 것을 감안하면 합리적 통제능력 향상을 위해서는 보다 차별화된 접근방식이 요구된다고 할 수 있다. 무엇보다 임상적 개입을 통해 증상관리가 선행되어야 하고 보다 적극적인 인지·행동적 접근을

통해 합리적으로 의사소통하고 감정을 통제할 수 있는 매우 개별화된 접근이 요구된다.

<표 8> 장애특성과 인구사회학적 특성을 통제한 상태에서 합리적 통제 능력에 대한 부부관계와 양육에 관한 사회적 지지의 영향력

변수	합리적 통제							
	모델 I				모델 II			
	b	se	$\beta$	t	b	se	$\beta$	t
유병기간	-.017	.010	-.165	-1.642	-.021	.010	-.206*	-2.108
입원횟수	.004	.012	.035	.343	.010	.012	.082	.833
증상정도	-.027	.007	-.391***	-4.117	-.021	.007	-.309**	-3.253
진단	.501	.124	.398***	4.055	.527	.120	.418***	4.410
나이	-.002	.010	-.023	-.240	-.005	.010	-.042	-.460
자녀수	-.016	.032	-.046	-.489	-.035	.032	-.100	-1.100
경제수준	.231	.064	.329**	3.591	.198	.063	.281**	3.123
부부관계					.161	.101	.159	1.594
사회적 지지					.161	.088	.181	1.825
R <sup>2</sup>	.302				.371			
$\Delta R^2$	.069*							
F(p)	5.491(.000)				5.710(.000)			

\* p < .05

\*\* p < .01

요약하면 양육에 관한 사회적 지지보다 부부관계가 애정표현과 자율성 격려 능력에 더 의미 있는 예측력을 가지고 주관적인 경제수준이 애정표현과 합리적 통제능력을 예측하는 주요 요인으로 분석되었다. 그리고 애정표현이나 자율성 격려와 달리 합리적 통제능력은 진단과 증상정도 그리고 유병기간 등의 장애특성에 의해 더 강력히 예측됨을 알 수 있다.

## 5. 결론

본 연구는 정신장애 자체가 여성의 양육능력을 제한하는 것이 아니라 양육과 관련된 사회적 지지와 모성역할을 격려하는 사회적 맥락이 여성정신장애인의 양육능력에 더 중요한 영향요인일 수 있다는 전제를 가지고 있다. 따라서 18세 이하의 자녀를 직접 양육하고 있는 정신분열병과 기분장애를 가진 여성정신장애인 145명을 대상으로 정신장애 특성과 인구사회학적 특성을 통제한 상태에서 양육능력에 대한 부부관계와 양육에 관한 사회적 지지의 영향력을 분석하였다.

조사결과 다음과 같은 사항들이 발견되었다.

첫째, 양육능력의 세 차원(애정표현, 자율성 격려, 합리적 통제)과 독립변수(부부관계와 양육에 관한 사회적 지지), 통제변수(유병기간, 증상정도, 진단, 입원횟수, 나이, 자녀수, 주관적 경제수준)와의

상관관계를 분석한 결과 독립변수인 부부관계와 양육에 관한 사회적 지지와 양육능력 세 차원은 모두 정적인 상관관계를 보여 부부관계가 긍정적일수록, 양육에 관한 사회적 지지가 많을수록 애정표현, 자율성 격려, 합리적 통제의 능력이 높았다. 통제변수인 장애특성 중 증상정도는 양육능력의 세 차원 모두와 부적 상관관계를 보여 증상이 심각할수록 애정표현, 자율성 격려, 합리적 통제의 능력이 낮았다. 그리고 만성화를 평가할 수 있는 유병기간은 자율성 격려와만 정적 상관관계를 보였고 입원횟수는 양육능력의 어느 차원과도 의미 있는 상관관계를 보이지 않았다. 그리고 명목변수인 진단(정신분열병과 기분장애)에 따른 양육능력의 세 차원 또한 의미 있는 차이를 보이지 않았다. 또 다른 통제변수인 인구사회학적 특성인 자녀수는 양육능력의 세 차원과 의미 있는 상관관계를 보이지 않았고 주관적인 경제수준은 애정표현과 합리적 통제 능력과 정적 상관관계를 보여 경제수준이 높다고 인식할수록 애정표현과 합리적 통제능력이 높았다. 여성정신장애인의 나이는 자율성 격려와만 정적 상관관계를 보여 나이가 많을수록 자율성 격려 능력이 높은 것으로 나타났다.

둘째, 정신장애 특성(증상정도, 진단, 유병기간, 입원횟수)과 인구사회학적 특성(나이, 자녀수, 주관적 경제수준)을 통제할 상태에서 양육능력 세 차원에 대한 부부관계와 양육에 관한 사회적 지지의 영향력을 분석하였다. 그 결과 애정표현능력에 대해서는 부부관계와 양육에 관한 사회적 지지가 강력한 예측요인으로 나타났고 통제변수 중 주관적 경제수준 또한 주요 예측요인으로 나타났다. 자율성 격려 능력에 대해서는 부부관계가 가장 강력한 예측요인으로 나타나 부부관계가 긍정적일수록 자율성 격려 능력이 높았다. 그러나 합리적 통제능력에 대해서는 다른 차원의 양육능력과 달리 독립변수인 부부관계와 양육에 관한 사회적 지지가 의미 있는 예측력을 가지지 못하였고 통제변수인 장애특성 즉, 진단, 증상정도, 유병기간이 주요 예측요인으로 나타났고 인구사회학적 변수 중에서 주관적 경제수준이 주요 예측요인으로 나타났다. 즉, 합리적 통제 능력은 양육능력을 지원하는 사회적 맥락보다 임상적 변수와 경제수준에 의해 더 잘 예측된다는 것을 알 수 있다.

이러한 결과들을 바탕으로 몇 가지 실천적 제안이 가능하다.

첫째, 양육능력 세 차원의 예측요인들이 다소 상이하게 나타났지만 애정표현과 자율성 격려 능력에서 부부관계가 가장 강력한 예측요인으로 나타났다. 이를 근거로 여성정신장애인을 위한 심리사회적 재활의 주요 요소로 가족중심개입 특히 부부에 초점을 둔 개입의 필요성이 제안될 수 있다. 김정진(2004) 역시 여성정신장애인의 양육지원프로그램을 제안하면서 ‘부부관계에 대한 탐색과 이해증진’, ‘갈등해결방법 향상을 통한 부부협력과 가족기능 증진’의 세션을 주요 구성요소로 포함시켰다. 본 연구자가 제안하는 부부개입은 일반 부부치료와는 달리 보다 여성정신장애인의 특수한 욕구에 초점을 두어 정신장애에 대한 교육과 효과적인 부부간의 의사소통 훈련이 포함되어야 한다. 특히 남편이 정신장애를 이해하고 여성정신장애인에게 있어 모성역할이 얼마나 중요하고 의미 있는지를 인식할 수 있도록 도와주어야 한다. 필요한 경우 여성정신장애인 남편의 자조모임을 활성화하는 것 또한 제안할 수 있다. 부부관계 못지않게 양육에 관한 사회적 지지 역시 애정표현능력에 주요 예측요인으로 나타났다. 이러한 사회적 지지의 원천이 친정부모와 시부모임을 감안하면 가족중심의 개입이 확대가족까지 포함하는 모델일 것을 제안할 수 있다. 특히 이들로부터의 적극적 지지는 입원이나 재발로 인해 일시적으로 단절되는 양육을 대신하여 주기 때문에 장기적으로 안정적인 부모자녀관계를 확립하는데

매우 중요한 가치를 가진다. Zeitz(1995) 역시 여성정신장애인에 대한 포괄적인 사례관리 시스템 속에 확대가족을 포함한 가족지지서비스가 제공되어야 한다고 주장하였다.

둘째, 합리적 통제능력은 다른 차원의 양육능력과 달리 진단, 증상정도, 유병기간 등의 장애특성이 가장 강력한 예측요인이었다. 합리적 통제능력은 자녀와의 갈등 시 감정을 통제하고 합리적으로 상황을 설명하여 야단치기보다 격려로써 대화를 이끌어가는 것이므로 다른 양육능력에 비해 인지기능과 사회기능이 저하되어 있는 주요 만성 정신장애인에게는 다소 어려운 영역일 수 있다. 따라서 여성정신장애인의 양육능력 중 합리적 통제능력을 개발하기 위해서는 서비스제공자들의 특별한 관심이 요구된다. 무엇보다 증상을 지속적으로 모니터링하고 약물복용을 관리하며 어머니로서 그리고 정신장애인으로서는 두 가지 정체성을 현실적으로 조정하여 증상악화와 재발을 최대한 예방할 수 있도록 집중적인 사례관리서비스를 제공해야 한다. 또한 정신장애로 인해 손상된 의사소통기술, 갈등해결기술, 필요한 도움 요청기술 등의 적극적인 기술훈련이 필요하다. 그리고 상황에 따라 자녀에게 어머니의 정신장애를 이해시키기 위한 교육프로그램이 필요할 수도 있다.

셋째, 양육능력의 세 차원 중 애정표현과 합리적 통제 능력에서 주관적 경제수준이 주요 예측요인으로 나타났다. 안정적인 경제수준은 양육능력 뿐 아니라 여성장애인의 삶의 질과 자존감에 영향을 미쳐 보다 만족스런 부모로서 역할 수행을 가능하게 한다. 반대로 경제적인 어려움은 자녀의 물질적 욕구를 만족시켜주기 어렵고 이것이 자녀와의 갈등을 낳아 양육스트레스를 가중시켜 정신장애를 악화시키는 요인이 되기도 한다. 또한 경제적 문제로 인한 현실적 어려움은 여성정신장애인으로 하여금 자신의 건강과 욕구를 돌볼 여유를 갖지 못하게 하고 이로 인해 증상이 악화되고 재발이 초래되어 결국 양육권을 박탈당하는 위험요인으로 작용할 수 있다. 따라서 장애인에 대한 현실적인 소득보장에 더해 자녀를 직접 양육하는 저소득층 정신장애 여성 특히 모자세대 가정에 대한 보다 적극적인 경제적 지원이 요청된다.

넷째, Zeitz(1995)가 소개하고 있는 Thresholds' Mothers' Project와 같은 포괄적인 사례관리 모형을 우리나라 현실에 맞게 개발하여 지역사회정신보건센터에 보급하고 시행하려는 연구자와 서비스 제공자들의 적극적인 노력을 제안한다.

마지막으로 본 연구는 여성정신장애인에 대한 국내 연구가 상당히 제한적인 상황에서 그들의 양육능력에 초점을 두었다는 점에서 그 독창성이 인정된다고 할 수 있으나 조사 대상자 수가 너무 적어 일반화하는데 한계를 가지고 있다. 특히 대표적인 만성정신장애인 정신분열병 여성의 수가 지나치게 적다. 또한 자녀의 나이를 18세 이하로 한정하기는 하였으나 18세 이하라 하여도 유아기, 아동기, 청소년기에 따라 양육능력에 차이가 있을 수 있고 관련변수들의 영향력도 달라질 수 있는데 그러나 차이를 분석하지 못했다. 따라서 후속연구에서는 자녀의 연령과 진단에 따른 차이를 세분화하여 분석할 것을 기대해 본다.

## 참고문헌

- 김정진. 2002. “정신장애를 가진 어머니의 양육자원과 지원방안에 관한 연구”. 『정신보건과 사회사업』, 14 : 69-98.
- 김정진. 2004. “재가정신장애 여성의 자녀양육능력 향상을 위한 양육지원프로그램 개발에 관한 연구” 『정신보건과 사회사업』, 18 : 133-164.
- 보건복지부. 2006. 『2005년도 장애인실태조사』
- 신숙재. 1997. “어머니의 양육스트레스, 사회적 지원과 부모효능감이 양육행동에 미치는 영향” 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 이혜경. 2007. “여성정신장애인의 모성경험에 관한 연구” 이화여자대학교 대학원 박사학위논문.
- Ackerson, B. J. 2003. “Parents with serious and persistent mental illness : Issues in assessment and services.” *Social Work*, 48(2) : 187-194.
- Avison, W. R. 1997. “Single motherhood and mental health : implications for primary prevention” *Canadian Medical Association Journal*, 156(5) : 661-663.
- Beardslee, W. R. 1998. “Prevention and the clinical encounter.” *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(4) : 521-533.
- D’Arcangelo, J. Salerno. 2003. “An investigation of parenting competency and sense of belonging in a sample of mothers with and without mental illness”, Ph.D. dissertation, New York University.
- Fox, L. 1999. “Missing out on motherhood” *Psychiatric Services*, 50(2) : 193-194.
- Goodman, S. H., and J. P. Brumley. 1990. “Schizophrenic and depressed mothers : Relational deficits in parenting” *Developmental Psychology*, 26 : 31-39.
- Hardman, K. 1997. “My busy mother” *Women and Mental Health Forum*, 2 : 8-9.
- Jacobson, T., L. J. Miller., and K. P. Kirkwood. 1997. “Assessing parenting competency in individuals with severe mental illness : A comprehensive services” *The Journal of Mental Health Administration*, 24(2) : 189-199.
- Jacob, P. S., and S. L. Johnson. 1997. “Parent-child interaction among depressed fathers and mothers : Impact on child functioning.” *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29(5) : 677-688.
- Judge, K. A. 1994. “Serving children, siblings and spouses : Understanding the needs of other family members” pp. 161-194. in *Helping Families Cope with Mental Illness*, edited by H. P. Lefley., and M. Wasow. Switzerland : Harwood Academic Publisher.
- Klehr, K. B., B. J. Cohler., and J. S. Musick. 1983. “Character and behavior in the mentally ill and well mother” *Infant Mental Health Journal*, 4 : 250-271.
- Lefley, H. P. 1996. *Family Caregiving in Mental Illness*. London : SAGE Publication.
- Mowbray, C. L., L. Lewandowski., D. Bybee., and D. Oyserman. 2004. “Children of mothers diagnosed with serious mental illness : Patterns and predictors of service use.” *Mental Health Services Research*, 6(3) : 167-183.
- Nicholson, J., E. M. Sweeney., and J. L. Geller. 1998a. “Focus on women : Mothers with mental

- illness : I. The competing demands of parenting and living with mental illness." *Psychiatric Services*, 49 : 635-642.
- Nicholson, J., E. M. Sweeney., and J. L. Geller. 1998b. "Focus on women : Mothers with mental illness : II. Family relationships and context of parenting." *Psychiatric Services*, 49 : 643-649.
- Nicholson, J., and A. D. Henry. 2003. "Achieving the goal of evidence-based psychiatric rehabilitation practice for mothers with mental illness" *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(2) : 122-130.
- Oyserman, D., C. Mowbray., and J. Zemencuk. 1994. "Resources and support for mothers with severe mental illness." *Health & Social Work*, 19(2) : 132-142.
- Rogosch, F. A., C. T. Mowbray., and G. A. Bogot. 1992. "Determinants of parenting attitudes in mothers with severe psychopathology" *Development and Psychopathology*, 4 : 469-487.
- Repper, J., and R. Perkins. 2003. *Social Inclusion and Recovery*. London : Bailliere Tindall.
- Sands, R. 1995. "The parenting experience of low-income single women with serious mental disorders" *Families in Society : The Journal of Contemporary Human Services*, 76(2) : 86-96.
- Schmier, P. M. 2004. "Parents with mental illness" *Social Work*, 49(3) : 522-523.
- Thomas, A. M., and R. Forehand. 1995. "Change in maternal depressive mood : Unique contributions to adolescent functioning over time." *Adolescence*, 30 : 43-53.
- White, C. L., J. Nicholson., W. H. Fisher., and J. L. Geller. 1995. "Mothers with severe mental illness caring for children." *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183 : 398-403.
- Zemencuk, J., and F. A. Rogosch. 1995. "The seriously mentally ill women in the role of parent : Characteristics, parenting sensitivity, and needs." *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 18(3) : 77-93.
- Zeitz, M. A. 1995. "The mothers' project : A clinical case management system" *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19(1) : 55-62.

## A Study on Parenting Competency of Mothers with Mental Illness

Seo, Mi Kyoung  
(Gyeongsang National University)

For women living with mental illness, motherhood may be a normalizing life experiences and offers the opportunity to develop competencies in a major life roles. So, the main premise of this study that social contexts, social support of spouse and extended family, is very important for successful parenting of mothers with mental illness. Thus this study analyzes the impact of marital relationship and social support of networks on three dimensions of parenting competency(expression of love, encouragement of independence, rational discipline) when the socioeconomic(age, number of offsprings, subjective economic level) and disability variables(diagnosis, severity of symptoms, chronicity, frequencies of psychiatric admission) are controlled. This study conducted the survey with 145 mothers with schizophrenia and mood disorder.

The major finding of the study are : i) Using step-wise multiple regression, marital relationship, social supports and economic level affect significantly on the expression of love. ii) Using step-wise multiple regression, the most powerful influenced factor on encouragement of independence is marital relationship. iii) Using step-wise multiple regression, diagnosis, severity of symptoms, chronicity and economic level affect significantly on the rational discipline. That is two dimensions of parenting competency, expression of love and encouragement of independence, can be explained well by social contexts variables(marital relationship, social support, economic level). But only rational discipline can be explain well by disability factors. In conclusion, this study recommends service providers to use family based comprehensive case management for the mothers with mental illness.

Key words: parenting competency, mothers with mental illness, marital relationship, social support

[논문 접수일 : 08. 02. 18 게재 확정일 : 08. 04. 16]