

입원한 정신질환자 가족의 가정간호 요구도와 가족부담감

연구자: 김소야자, 현명선
성경미, 공성숙

목 차

- I. 서론
 - 1. 연구의 필요성
 - 2. 연구의 목적
 - II. 문헌고찰
 - 1. 정신질환자의 관리현황
 - 2. 정신질환자 가족의 부담감
 - 3. 가정간호사업
 - III. 연구방법
 - 1. 연구설계
 - 2. 연구대상
 - 3. 연구도구
 - 4. 자료수집 기간 및 방법
 - 5. 자료분석 방법
 - IV. 연구결과
 - 1. 환자의 일반적 특성
 - 2. 환자 가족의 일반적 특성
 - 3. 가족부담감과 가정간호요구도
 - 4. 환자의 일반적특성에 따른 가족부담감과 가정간호요구도
 - 5. 가족의 일반적특성에 따른 가족부담감과 가정간호요구도
 - 6. 환자의 질병특성에 따른 가족부담감과 가정간호요구도
 - 7. 가족부담감과 가정간호요구도와의 상관관계
 - V. 결론 및 제언
- 참고문헌

I. 서 론

1. 연구의 필요성

1990년 보사부통계자료에 의하면 우리나라 전 인구의 약 1%가 정신질환자이며 그중 0.84%가 정신질환으로 입원 및 수용상태에 있다고 보고하고 있으며, 그동안 정부에서의 정신보건정책은 병상이 부족하다는 전제하에 병상을 증설하는데에만 치우쳤으며, 주로 대형정신병원과 정신요양원의 병상만 증가하였다.

그러나 정신병원 중심의 과도한 병상의 보유는 환자의 장기수용과 병의 만성화를 초래하게 된다. 우리나라의 정신보건현황에 대해 자세히 살펴보면 1984년부터 90년까지 대폭적으로 병상이 증가하였으며 특히 대형정신병원이나 정신요양원에 기반을 둔 정신병원의 병상이 급속한 증가세를 보일 뿐 개인의 원이나 종합병원 정신과 병상의 비율은 점차 낮아지고 있다.

또한 1985년부터 5년동안 환자들의 평균 재원 일수가 지속적으로 증가하였으며 따라서 80년대 부터의 정신보건정책은 환자의 치료를 우선하는 것이 아니고 환자의 관리에 우선하는 것이었다고 할 수 있다. 다시 말해서 장기입원 치료보다 적은 비용으로 치료의 효율성을 높일 수 있는 치료프로그램을 개발하는 데에는 소홀히 하였다. 이에 대해 정신보건연구회(1993)에서는 우리나라의 정신보건이 안고 있는 이상과 같은 문제점에 대해 불필요한 장기입원을 억제하며 적정 규모 이상의 병상 증설을 억제하고 입원이나 수용위주에서 외래 및 사회적 치료를 전환하며 치료 비용에 대한 치료효과 극대화 등의 대안을 제시하고 있다.

특히 우리나라의 경우 탈수용화되거나 장기 수용 후 퇴원하는 환자들이 지역사회복귀를 도모하는 시설이나 치료프로그램이 전혀 없는 상태에 있다. 박강규(1990)도 강조하고 있듯이 현재 정신치료의 관심은 주로 퇴원 후의 적응문제로 집중하고 있으며 만성 환자 및 장기입원 환자를 위한 구체적이고 실질적인

* 이 논문은 1992년도 교육부 학술연구조성비에 의하여 연구되었음.

지역사회중심의 재활치료가 개발되고 발전되어야 하는 추세에 있다.

이러한 상황에서 만성정신질환자에 대한 양질의 진료를 제공하기 위해서는 전문적인 정신건강 간호사의 양성이 시급하다고 할 수 있으며(이,1985), cure 보다 care를 강조하는 추세에서 간호학은 만성정신질환자를 위한 프로그램 개발과 치료적 관리에 있어서 중심이 되어야 하는데(Crosby, 1987) 이를 위해서 정신간호사의 교육이 다른 정신과 치료팀과 근사하게 이루어져야 하며, 그 역할이 집단치료사나 집단치료의 협동치료사 및 가정방문치료사 등으로 확장되어야 하고, 지역사회 구성원들의 의뢰요원 및 안내자가 되는데까지 확장되어야 하겠다(Mereness,1983).

따라서 현실적차원에서 정신질환자를 효과적으로 관리하는 방법은 치료진이 직접 가정을 방문하여 정신질환자를 치료하고 가족들의 문제까지 관리할 수 있으며 또다른 정신질환발생도 예방할 수 있는 가정간호제도의 도입이라 할 수 있겠다. 이는 본 연구진에서 행한 강화지역의 정신질환자를 대상으로한 '만성정신질환자의 가정방문 치료효과에 관한 일연구(1990)'에서 그 긍정적 효과를 확인한 바 있다.

한편 1988년 8월에 전국 의료보험이 실시되면서 양질의 의료보험을 요구하게 되었으며 이에 따른 의료보험의 재정악화로 인해 의료비 안정화 방안으로 가정간호사업이 절실하게 필요하게 되었다고 하겠다.

그리고 이미 우리나라에서는 여러가지 보건의료 문제에 대한 심각성을 인식하고 1980년 이후 가정간호에 대한 연구가 시도되었다. 특히 연세대학교 부속 원주기독병원에서는 1974년부터 이 문제에 관심을 기울여 지역사회 간호사업과를 설치하고 조기퇴원 프로그램을 실시하고 있다.

가정간호사업에 대한 평가연구(전산초외,1981)에 의하면 가정간호를 제공받은 대상자의 98%가 만족한 것으로 나타났다. 이러한 가정간호제도는 정신질환자뿐 아니라 만성환자, 조기퇴원환자, 노인성환자, 불구아동등 다양한 대상을 위해 그 필요성이 인정되고 있으며, 이러한 사회적인 요청에 따라 보사부에서는 1990년 1월에 의료법시행규칙을 개정공포하여 가정간호사업추진을 위한 제도적 근거를 마련한 바 있다.

이처럼 정신질환자를 위한 가정간호사업의 필요성이 인정되고 그를 위한 제도적 근거도 마련이 되었지만, 그에 대한 실제적인 추진은 강화지역에서만 일부 시범적으로 이루어져서 그에 대한 다각적인 연구 및

평가가 필요하다고 하겠다.

한편 정신질환은 질병이 서서히 시작되어 이환되며 단기적으로 치유하는 경우는 극히 드물며 거의 만성적인 경과를 거치게 되어 경제적 자립이 불가능하며 가족에 의존도가 많으며 가족에게 심리적, 사회적, 경제적인 영향을 끼치게 된다.

그리고 퇴원을 하거나 입원하지 못한채 방치된 정신질환자의 가족은 정신적, 경제적 긴장감을 경험하게 된다. 고천석과 이형영(1985)은 정상인과 내과환자 및 정신과 환자의 가족을 대상으로 불안에 대하여 연구한 결과 정신질환자의 가족에게 불안이 좀더 높은 것으로 나타났다.

또한 만성정신질환자들은 가족의 건강 뿐 아니라 경제적인 부담을 안겨주며, 특히 가족들은 정신질환의 특성으로 인한 낙인 때문에 친구와 이웃들에게 사실을 숨기게 되고 사회적으로 고립하게 되어 관계가 상실되는 등 환자와 사회로부터 영향을 받음으로써 심리적부담이 가중된다(Burtler와 Pritchard,1983).

따라서 이러한 가족의 부담감을 인식하고 가족 지향적 치료와 위기관리 및 다양한 공공 건강관리가 적용되어야 하겠다는 점이 문헌에서 지적이 되고 있다(Howard H. Goldman, 1982).

현재 정신치료에서 관심의 초점은 퇴원 후의 적응 문제로 집중되고 있는 추세로 있으며 질적인 'Care'가 강조되고 있어, 만성환자를 위한 구체적이고 실질적인 재활치료의 방안이 개발되고 발전해야하는 시점에 있다.

그러므로 우리나라의 현상학과 시대적인 치료에 대한 요구에 부응하기 위한 방안으로 정신질환자와 그 가족을 동시에 효과적으로 돕는 방안은 자질을 갖춘 간호사의 가정방문간호라고 할 수 있겠다. 그러나 정신질환자와 그 가족을 위한 가정간호제도를 확립하기 위한 가정간호의 요구도에 관한 기초조사가 제대로 이루어지지 않고 있다.

따라서 본 연구진은 정신질환자와 그 가족의 가정방문 간호요구도와 가족의 부담감을 파악하여, 가정방문간호요구도와 가족의 부담감의 관계를 분석함으로써 정신질환자의 가정방문간호제도 확립을 위한 기초 자료를 제시하고자 본 연구를 시도하게 되었다.

2. 연구의 목적

본 연구의 주요 목적은 정신질환자 가족을 대상으로 하여 가족의 부담감과 가정간호요구도를 파악하여 가족부담감과 가정간호요구도의 관계를 분석함으

로서 가족부담감을 감소시키는 방안을 제시하고 정신질환자의 가정간호제도의 확립을 위한 기초자료를 제시하기 위하여 시도하였으며 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 정신질환자 가족이 지각하는 가족부담감정도를 파악한다.
- 2) 정신질환자 가족이 지각하는 가정간호요구정도를 파악한다.
- 3) 환자 및 가족의 일반적 특성에 따른 가족부담감과 가정간호요구도를 검증한다.
- 4) 환자의 질병특성에 따른 가족부담감과 가정간호요구 정도를 파악한다.
- 5) 가족부담감과 가정간호요구도간의 상관관계를 규명한다.

II. 문헌고찰

1. 정신질환자의 관리 현황

정신질환자는 오래전부터 처벌, 약령 혹은 그 개인의 불치의 병으로만 경시되어 낙후된 시설에서만 감금되어 오다시피한 것이 사실이다. 우리나라의 경우 국민의 정신질환자에 대한 인식이 그대로 반영이 된 듯 정신질환자의 치료나 간호가 침체되어 왔다.

1989년도 보사부에서 실시한 정신질환이 이환상태와 관리방안에 대한 연구결과에 따르면 정신질환자는 전 국민의 2.16%인 90만 7천명이고 이중 11.6%인 10만 5천명이 요입원환자라고 말하고 있다. 그러나 이 결과는 전국민 의료보험이 실시되기 전에 의료보험대상자를 대상으로 행한 역학연구로 전국민의 68%만이 대상 인구였다는 한계가 있으나 전국민을 대상으로 하였다는 의미가 있다.

1980년대에 정신요양원은 10년사이에 5~6배 증가되었고 1987년도에는 정신요양원 뿐만아니라 유사수용시설인 정신병원도 늘어나 결과적으로 1987년 이후 환자의 퇴소율은 점차 낮아졌다. 또한 병의원인 경우 정신병원이 사립 정신병원을 중심으로 정부의 무분별한 병상 증설정책에 기인하여 1985년 이후 병상의 급속한 증설현상이 생기게 된다. 그러나 병상의 급속 증설은 보다 많은 환자를 치유시켰다기 보다는 기존환자들의 평균 입원기간을 늘려온 현상을 볼 수 있다. 현재 1000명당 병상수는 0.8병상으로 이상적인 0.4병상보다 상당히 높다.

이에 따라 우리나라 정신보건의 문제점을 제시해 보면, 첫째, 병의원 및 시설이 요구량보다 공급량이

많아 수용기간을 늘리는 현상을 보이고 있다.

둘째, 사회재활 프로그램이 없다는 것이다. 이는 정신질환의 치료를 수용 및 입원만으로 해결하려고 했던 정부의 병상증설 정책 때문에 불필요한 병상 운영에 투입되는 비용때문에 직접 치료 비용을 상대적으로 저하시켰기 때문이다.

정신보건연구회(1993)에서는 21세기의 정신보건 정책에 대해 단기입원, 입원대체시설의 활용, 가족에게만 부과된 환자관리를 사회에서 담당하는 방안을 제시한바 있다.

단기입원이라는 치료형태는 병상 수의 감소에 결정적인 역할을 할 뿐만 아니라 단기입원 후 퇴원한 환자일수록 사회적으로는 용이하기 때문에 미래의 바람직한 치료가 될수 있겠다.

정신질환은 그 특성상 증상이 호전된 후에도 사회적응과 재활에 관련된 치료가 필요함에도 불구하고 우리나라의 경우 퇴원후 이용할 수 있는 사회복지시설이 거의 전무한 실정으로 환자들의 재활의 권리는 전혀 고려되지 못하는 실정에 있다.

따라서 향후 정신의학의 궁극적인 목표는 환자들의 진정한 사회복귀로 그 개념을 적극적으로 확대시켜 나가야 한다.

그러나 우리나라의 정신의료도 정신보건법에 사회복지의 개념이 들어감으로 인해서 비로소 환자 치료의 궁극적 목적이 증상의 소실만이 아닌 한 인간으로서의 기능회복에 있다는 것이 선언된 바 앞으로 우리나라의 정신의료의 방향도 전환해야하는 시점에 있다. 즉 Cure보다는 Care를 강조하는 추세에서 간호학은 만성정신질환자를 위한 지속적인 프로그램과 치료적 관리에 있어서 중심이 되어야 하며 이를 위해서는 정신간호사의 교육이 적극적으로 이루어져야 하며, 그 역할도 집단치료사나 집단치료의 협동치료사 및 가정방문치료사 등으로 확장되어야 하고 지역사회 구성원들의 의뢰요원 및 안내자가 되는 데까지 확장이 되어야 한다.

현실적 차원에서 정신질환자를 효과적으로 관리하는 방법은 보다 체계적인 지역사회 '정신보건의료 전달체계'를 확립하고 현재 전문간호사 교육을 받은 정신간호사를 활용하여 가정에 방치되어 있는 정신질환자를 발굴하여 방문 치료하거나 혹은 병원에 입원되어 있는 환자의 조기 퇴원 프로그램을 이용한 계속적 가정방문 치료가 시행되어야 한다고 생각한다.

이렇게 치료진이 직접 가정을 방문하여 정신질환자를 치료할 경우 개인 뿐 아니라 그 가족들의 개인적문제까지도 노출이 되어 또다른 정신질환자 발생

예방에도 중요한 역할을 하게 되며 환자 및 가족의 질적인 삶과 건강에 기여하게 될 것이다.

2. 정신질환자가족의 부담감

정신질환은 병이 서서히 진행되면서 정신적인 황폐화를 초래하여 환자 자신의 건전한 삶을 영위할 수 없을 뿐 아니라 더 나아가서는 가족과 지역사회에까지 심각한 사회적인 문제를 안겨주는 만성질환이다.

특히 정신분열증의 진단을 받은 환자의 경우 사회적인 위축, 자발성 부족, 타인과의 부적절한 의사소통 등으로 사회적인 적응에 문제가 있으며, 이들이 퇴원한 후에도 대부분 정신적, 심리적 결함이 완전히 해결이 되지 않은 상태에서 사회로 복귀하게 되어 가족에게 부담감을 초래하게 된다고 할 수 있겠다.

Goldman(1978)은 가족부담감을, 정신질환자가 병원에서 가정으로 환원될때 가족구성원이 경험하는 정서적,경제적긴장이라고 정의를 내리면서 가족부담감이 만성정신질환자의 치료에 막대한 영향을 끼치는 문제임을 강조하고, 현재 미국에서는 환자들을 대형정신병원에서 지역사회로 보내는 탈기관화라는 지역사회의학정책으로 가족의 부담이 문제가 되어 이의 해결방안으로써 가족지향적 치료와 위기관리 및 기타 다양한 공공 건강관리를 개발하는 것이 필요하다고 보고하고 있다.

정신질환자 가족이 갖게 되는 부담감에 대한 관심은 1960년대의 지역사회정신의학의 개념이 대두한 것과 맞물려 시작되었다고 볼 수 있다.

지역사회 정신의학의 개념에 따라 정신질환자를 단기 입원 치료를 하였으며 추후 재가치료하는 경향이 늘었으며 환자와 같이 생활하며 가정에서의 관리를 맡아야하는 간호담당자의 건강과 안녕에 대한 연구가 시도되기 시작하였다.

Grad와 Sainbucy(1963)가 지역사회중심의 치료를 받는 환자의 가족과 병원중심의 치료를 받는 환자의 가족을 대상으로 가족들의 고통에 대해 조사한 것을 시작으로 몇몇 학자들이 정신질환자가족의 문제에 대해서 관심을 가졌는데, 대부분의 연구결과 가족들이 겪고 있는 신체적, 심리적기능의 부담이 해결되지 않으면 가족원 각각의 개인생활의 효율성이 저하되고 가족 전체 생활의 균형이 위협을 당하게 되어 결과적으로 가족원들의 스트레스와 불안을 야기시키며 이러한 가족의 반응이 다시 환자에게 영향을 미치는 악순환을 되풀이 하게 된다고 보고하고 있다.

Fadden, Bebbington, Kuipers(1987)도 우울증 환자의

부인 24명을 면담한 결과 그들이 비록 불평 없이 견디고는 있지만 배우자들은 사회활동과 여가활동의 제한, 가족 수입의 감소, 부부관계에서의 긴장등으로 고통을 받는다고 보고하였다.

Whitefield와 Virgo(1989)는 가족을 정신질환에 영향을 미치는 가장 강력한 환경요소의 하나로 간주하면서 가족을 위한 가족중재 교육 프로그램을 소개하였으며,Appleton(1974)과 Litz(1957)도 환자의 질병에 초점을 두면서 동시에 환자의 회복에 있어 중요한 요소로 가족을 인식하는 것이 중요하다는 치료방안을 제시하고 있다.

임혜숙(1991)은 정신과병동에 입원중이거나 외래에 내원하는 환자의 가족을 대상으로 그들이 인지하는 부담감과 사회적지지와의 관계를 규명하였으며, 실제 임상에서 간호담당자의 부담을 덜어줄 수 있는 방안모색의 필요성을 제언하였다.

그리고 Holden과 Lewine(1982)은 정신질환자 가족이 치료진에 대해 느끼는 불만족의 일차적인 근원이 질병에 대한 정보와 대처방법에 대한 정보제공의 부족이라고 지적을 하였으며, 가족이 치료진에 대해 특히 요구하는 것은 환자관리 방법에 대한 충고나 정보에 대한 요구가 가장 높았고 단순한 안심이나 격려가 아닌 실질적인 지도와 지지에 대한 요구가 높다고 보고하였다.

그밖에 Zarit(1980)은 지역사회에 살고 있는 노인성치매 29명과 그들의 일차 간호제공자 29명(배우자 18명, 딸 11명)을 대상으로 노인성치매가 있는 노인들을 간호하는데에서 오는 부담감에 미치는 요소를 살펴보았다. 그 결과 인지장애의 범위, 기억, 행동장애, 기능정도, 질병기간이 유의미한 변수로 확인이 되었고, 가족방문수와 간호제공자의 부담은 강한 상관관계를 보였다. 그는 이 연구에서 일차간호제공자의 지나친 부담과 가족체계 붕괴 예방을 위한 지지체계가 필요하다고 강조하고 있다.

3. 가정간호사업

역사적으로 가정간호사업은 1850년대 후반 영국사업가의 자발적인 사회봉사로 간호사를 채용하여 재가환자를 지역별로 나누어서 방문하여 돌보게 한데서 시작되었다.

그후 가정방문을 통해 직접 환자를 간호하고 가족들을 교육하고 추후치료가 필요한 환자는 기관이나 의사에게 의뢰하는 등의 활동을 함으로써 지역사회

에서의 가정간호 사업의 중요성이 인식되기 시작하였다(윤,1991).

가정간호는 전문간호사가 가정방문을 통해 장기적인 간호가 필요한 환자들에게 예방적, 지지적, 치료적 서비스를 포함한 포괄적 간호를 제공함을 말하는 것으로, 가정에서 정상적인 생활을 하는데 문제를 가진 환자를 대상으로 자가간호능력을 획득하도록 하여 환자를 포함한 가족전체가 가정내에서 질적인 삶과 건강한 생활을 할 수 있도록 도모하는 것이다.

지금까지 가정간호의 필요성과 그 효과에 대한 연구자료는 국내에 많이 보고되어 있다.

가정간호사업의 필요성에 대하여 조(1991)는, 가정간호를 통해 가정 전체를 간호대상으로 추후관리를 실시하는 것이 질병과 상해로부터 건강을 회복할 수 있고 개인과 가족의 건강을 유지, 증진시키는데 효과적이라고 지적하고 있다.

또한 현재 실시되고 있는 전국민의료보험실시와 의료전달조직체계에 발맞추어 의료의 수요와 공급의 필수요소인 재정과 공급체계를 정비, 그 효율적인 운영이 요구된다고 하였다.

최(1983)등은 앞으로의 의료체계의 전망에 대해 병원입원 기일이 줄고 조기퇴원의 경향이 두드러지게 될 것이라고 강조하면서 이에 따라 간호의 영역이 임상에서 지역사회로 크게 확장되고 방문간호로 가족이나 지역사회를 진단하고 자원을 활용해서 가족이나 지역사회의 연계를 주장하였다.

가정간호 사업의 효과에 대한 연구결과를 살펴보면, 서(1989)는 편마비환자의 퇴원후 적응상태와 관련요인에 대한 분석적 연구에서 총43명을 대상으로 실시한 퇴원전과 퇴원후 적응상태와 관련요인에 대한 분석적 연구에서 총43명을 대상으로 퇴원전과 퇴원 3개월후의 2차에 걸친 면접과 관찰을 통해 편마비환자에게 퇴원후 가족간호나 가정방문 간호를 통한 추후간호의 제도적 장치가 요구된다고 제언하였으며, 박(1990)등도 가정방문을 통해 실시되는 환자에 대한 개별교육방법이 당뇨병환자 역할행위이행에 영향을 미칠수 있는가를 규명하였으며 또한 당뇨병교육의 효과가 4년후까지 지속될 수 있는가를 규명하는 유사실험연구를 시도하였으며 가정방문을 통한 개별교육방법이 당뇨병환자 역할행위이행, 당뇨병지식, 건강신념을 모두 통계적으로 유의하게 증가시켰다고 보고하였다.

홍 의(1990)도 간질환, 당뇨병, 편마비환자 등 추후관리가 필요한 만성환자를 위한 가정간호 시범사업을 실시하여 의료비, 재입원 및 사회복지기술, 치료지

시이행도, 건강상태, 합병증 발현 및 간호지식 및 간호수행 능력 등의 항목으로 가정간호의 효과를 측정 한 결과 효과가 있는 것으로 보고하였다.

김 의(1990)등은 강화지역을 중심으로 가정에 있는 정신질환자를 대상으로 1년동안 가정방문치료를 실시하고 그 효과를 측정 한 연구에서 가정방문치료를 실시하기 전과 후를 비교한 결과 사회적 활동, 역할수행, 사회적인 기술, 감정표현 등에서 유의한 차이로 호전을 보였음을 보고하고 있다.

이상으로 가정에서 환자를 돌보고 있는 가족의 부담감과 가정간호의 필요성 및 그 효과에 대하여 살펴 보았다. 따라서 환자를 포함한 가족전체를 대상으로 하는 가정간호 치료형태가 요구되며, 그 기초자료로서 그 가족구성원의 부담감정도를 사정, 평가하고 가정간호요구도와와의 관계를 살펴보는 것은 앞으로의 가정간호사업을 위해 의미있는 기초작업이 될 것이다.

Ⅲ. 연구방법

1. 설구연계

본연구는 일 종합병원에 입원한 정신질환자 가족의 가정간호요구도와 가족의 부담감을 파악하고 그 관계를 분석하는 것을 목적으로 하는 기술적연구(Descriptive Study)이다.

2. 연구대상

연구대상은 1993년 2월 1일부터 3월 30일까지 S병원 정신과병동, Y신경정신과 병동, 시립 정신병원에 입원하고 있는 정신질환자의 보호자를 대상으로 하였다.

전체 연구대상자는 104명이었으며, S병원과 Y신경정신과병원에서는 67명, 시립정신병원에서는 37명이었다.

3. 연구도구

연구도구는 구조화된 질문지를 사용하였으며 질문에 포함되는 내용은 가족의 일반적 사항(환자, 보호자, 질환 특성) 24문항, 가정간호 요구도 측정도구 22문항, 가족의 부담감 측정도구 22문항으로 총 68문항으로 구성되었다.

가정간호 요구도를 측정하기 위한 도구는 Garrad

(1987)등이 작성한 "A checklist to assess the need for home health care"에서의 기본적인 틀을 기초로하고 다른 연구에서 제시한 가정방문요구도에 관한 설문지 내용을 참고로하여 본 연구진이 개발하여 사용하였다.

이 도구는 환자가 가정에 있을때에 나타날 수 있는 건강문제로서, 육체적 활동적인 면, 심리 사회적인 면, 교육적인 면, 경제적인 면에서 생길 수 있는 건강 문제들로 구성되어 있는 것으로 '많은 도움이 필요하다' 1점에서 '도움이 필요하지 않다' 3점까지 3점 평점 척도로 점수가 많을 수록 가정간호의 요구도가 많은 것을 의미한다.

가족의 부담감을 측정하기 위한 도구는 Montgomery(1985)가 개발한 'Subjective Burden Scale'을 기초로 하여 본 연구진이 수정 보완하여 사용한 것으로 '아주 많이 그렇다' 5점에서 '전혀 그렇지 않다' 1점까지 5점 평점 척도로 점수가 많을 수록 가족의 부담감이 높은 것을 말한다.

본 연구에서 사용되는 가정간호요구도 및 가족부담감 측정도구는 그 내용의 타당도를 높이기 위해 정신과 간호학 교수 1인, 정신과 수간호사 1인, 정신과 박사과정생 1인, 정신과 석사학위 소지자 3인에게 그 내용을 검토 받아 수정 보완하였으며, 10명의 환자에게 사전조사한 결과 신뢰도가 .72로 나왔다.

4. 자료수집기간 및 방법

본 연구자료는 1993년 2월 1일부터 3월 30일까지 S병원 정신과병동, Y신경정신과 병원, 시립정신병원에 입원하고 있는 환자의 면회시간을 이용하여 자료수집을 하였으며 자료수집을 실시하기 전에 보호자에게 본 연구의 목적 및 취지에 대해서 설명을 한후 승락을 얻어서 실시하였다. 또한 자료수집을 하기전에 3개병원의 기관장을 방문하여 본 연구의 목적 및 취지에 관해 설명을 하고 연구에 동의를 얻었다.

5. 자료분석 방법

수집된 자료는 부호화하여 SPSS를 이용하여 전산처리를 하였으며 정신질환자와 그 가족의 인구사회학적 자료는 빈도와 백분율을 구하고 가정간호요구도와 가족의 부담감은 문항별로 빈도와 백분율을 구하였다. 환자 및 가족원의 일반적 특성과 환자의 질병 특성에 따른 가정간호요구도와 가족부담감에 대한 분석은 t-test, ANOVA를 실시하였으며, 가정호요

구도와 가족의 부담감의 관계는 Pearson Correlation Coefficient를 사용하여 분석하였다.

IV. 연구결과

1. 환자의 일반적 특성

환자의 연령층을 보면 20대와 30대가 65.3%를 차지했고 40대가 19.2%였으며, 20세 미만과 50세 이상의 환자도 소수 있었다.

성별로는 남자가 77.9%로 훨씬 많았고, 종교는 기독교가 35.6%, 불교가 18.3%, 천주교가 10.6%, 기타종교가 1.0%로 종교를 가진 환자가 65.4%였으며, 종교를 가지지 않은 환자도 많은 것으로 나타났다.

직업을 갖고 있지 않은 환자가 67.3%였으며, 나머지 환자들은 생산근로·노무직, 서어비스직, 판매직, 사무직, 전문직 등 매우 다양한 직업에 종사하고 있었다. 또한 환자 중 61.5%가 미혼이었고 32.7%가 기혼이었으며, 이혼, 별거, 사별 상태에 있는 환자도 소수 있었다.

환자의 교육정도는 고졸이 42.3%로 가장 많았고 대학 중퇴와 대졸 이상을 포함하면 74.1%가 고졸 이상의 학력을 가진 것으로 나타났다.

환자 본인의 월수입은 전혀 없는 경우가 72.1%로서 많은 환자가 다른 가족 구성원에게 경제적으로 의존하고 있는 것으로 나타났다.

환자의 진단명은 정신병적 장애가 62.5%로 가장 많았고, 신경증적 장애와 정동장애가 각각 17.3%, 15.4%였으며, 진단명이 불확실한 경우도 소수 있었다.

정신질환이 처음 발병한지 5년 미만인 환자가 50%, 5년 이상된 환자가 39.4%로 상당수의 환자가 만성 정신질환을 가진 것으로 나타났다.

환자의 총 입원횟수는 3회 미만인 경우가 67.3%였고, 7회 이상 입원한 경험이 있는 경우도 소수 있었다. 총 입원기간은 6개월 미만인 경우가 반수 이상이었으며, 36개월에 이르는 경우도 소수 있었다.

현재 입원해 있는 기간은 1개월 이하인 경우가 69.2%로 가장 많았고 4-6개월에 이르는 환자도 소수 있었다. 본 연구에서는 가족의 부담감과 가정간호요구도를 조사하는 것이므로 정신과에 첫번째 입원인 환자로서 입원기간이 2주 미만인 경우는 제외하였다.

환자 중 신체적 질병을 가진 경우는 15.4%에 불과

하여, 대부분의 환자는 신체적으로 건강한 것으로 나타났다.

또한 의료보험 가입 여부에 있어서는, 대부분의 환자가 의료보험에 가입해 있었으며, 의료보호 환자가 11.5%, 일반환자가 1명 있었다(표 1).

2. 환자 가족원의 일반적 특성

환자 가족원의 연령은 50세 이상이 50%, 30~40대가 33.7%, 30세 미만이 16.3%로서 대체로 연령층이

높았다. 성별상으로는 남녀가 거의 비슷한 숫자였으며, 종교는 환자 본인의 경우와 마찬가지로 기독교가 36.5%로 가장 많았고 다음이 불교, 천주교 순으로 나타났다. 그러나 종교를 갖지 않은 경우가 환자 본인의 경우보다 약 10% 낮아 가족원이 환자보다 종교를 더 많이 갖고 있는 것으로 나타났다.

가족원의 직업도 생산근로·노무직, 서어비스직, 판매직, 사무직, 전문직 등 다양했으며, 직업을 가지지 않은 경우는 41.3%로 꽤 높은 비율을 보였다. 또한 가족원의 72.1%가 기혼상태이고, 미혼은 14.4%,

〈표 1〉 환자의 일반적 특성

(n=104)

구 분		실 수	비 율(%)
연 령	20세 미만	6	5.8
	20 - 29세	33	31.7
	30 - 39세	36	34.6
	40 - 49세	20	19.2
	50 - 59세	6	5.8
	60세 이상	3	2.9
성 별	남 자	81	77.9
	여 자	23	22.1
종 교	기 독 교	37	35.6
	천 주 교	11	10.6
	불 교	19	18.3
	무 교	36	34.6
	기 타	1	1.0
직 업	생산근로·노무직	12	11.5
	서어비스직	3	2.9
	판 매 직	5	4.8
	사 무 직	6	5.8
	전 문 직	3	2.9
	주부·학생	5	4.8
	무 직	70	67.3
결 혼 상 태	미 혼	64	61.5
	기 혼	34	32.7
	이 혼	2	1.9
	별 거	3	2.9
	사 별	1	1.0
교 육 수 준	무 학	4	3.8
	국 중	5	4.8
	중 중	8	7.7
	고 중 퇴	10	9.6
	고 중	44	42.3
	대 중 퇴	9	8.7
대 중 이상	24	23.1	

구 분		실 수	비 율(%)
월수입	없 음	75	72.1
	20만원 이하	1	1.0
	20~50만원	8	7.7
	51~70만원	4	3.8
	71~100만원	11	10.6
	100만원 이상	5	4.8
진단명	정신병적 장애	65	62.5
	신경증적 장애	18	17.3
	인격 장애	1	1.0
	경동 장애	16	15.4
	불확실	4	3.8
첫 발병	1년 미만 전	8	7.7
	1~5년 전	44	42.3
	6~10년 전	26	25.0
	10년 이상 전	15	14.4
	무 응 답	11	10.6
총 입원횟수	1회	39	37.5
	2~3회	31	29.8
	4~6회	15	14.4
	7회 이상	6	5.8
	무 응 답	13	12.5
총 입원기간	6개월 미만	58	55.8
	6~12개월	10	9.6
	12~36개월	9	8.6
	무 응 답	27	26.0
현 재 입원기간	1개월 이하	72	69.2
	2~3개월	15	14.4
	4~6개월	4	3.9
	무 응 답	13	12.5
신체적 질병 유 무	없 다	88	84.6
	감염성 질환	2	1.9
	내분비·영양대사 질환	5	4.8
	혈관 순환계 질환	4	3.8
	근골격계 질환	1	1.0
	호흡기계 질환	2	1.9
	소화기계 질환	2	1.9
의료보험 가입 여부	의료보험	91	87.5
	의료보호	12	11.5
	일 반	1	1.0

별거 1.0%, 사별이 12.5%로 나타났다.

질문지에 응답한 가족원이 환자의 부모나 시부모인 경우가 44.3%로 가장 많았고 배우자인 경우가 26.9%, 자녀인 경우가 6.7%, 형제인 경우가 19.2%였다.

가족원의 교육정도는 고졸이 33.7%였고 대학 중퇴와 대졸 이상을 포함하면 64.5%가 고졸 이상의 학력을 가진 것으로 나타난 반면 무학 또는 국졸의 학력을 가진 경우도 18.2%에 달했다.

가족원의 총월수입은 51~100만원 사이가 36.5%로 가장 많았고, 100만원이상인 경우도 26.9%로 비교적 높았다. 또한 가족중에서 치료비를 부담하는 사람으

로는 부모가 56.7%로 가장 많았고, 배우자가 15.4%, 형제 및 자녀가 각각 16.3%와 1.0%였으며, 대상자 본인이 부담하는 경우도 10.6%나 되는 것으로 나타났다.

가족원 수는 4~5명인 경우가 53.9%로 가장 많았고, 2~3명이 27.9%, 6명 이상인 경우가 18.2%였다. 퇴원후 환자에게 가정간호가 필요하다고 응답한 가족원은 61.5%, 필요치 않다고 응답한 가족원은 38.5%로서, 정신질환자 가족원의 가정간호에 대한 요구가 높은 편이기는 하였으나, 아직 그 필요성을 느끼지 않는 가족원도 상당수 있는 것으로 나타났다(표 2).

〈표 2〉 환자 가족원의 일반적 특성

(n = 104)

구분	실수	비율(%)
연령	30세미만	17
	30~49세	35
	50세이상	52
성별	남자	51
	여자	53
종교	기독교	38
	천주교	13
	불교	24
	무교	26
	기타	3
직업	생산근로·노무직	12
	서비스직	4
	판매직	8
	사무직	12
	전문직	5
	주부·학생	4
	무직	43
	무응답	16
결혼상태	미혼	15
	기혼	75
	별거	1
	사별	13
가족과의 관계	배우자	28
	부모·시부모	46
	자녀	7
	형제	20
	기타	3

구 분		실 수	비 율(%)
교육수준	무 학	4	3.8
	국 졸	15	14.4
	중 졸	14	13.5
	고졸퇴	4	3.8
	고 졸	35	33.7
	대졸퇴	3	2.9
	대졸 이상	29	27.9
가족의 총월수입	50만원이하	20	19.2
	51~100만원	38	36.5
	101~150만원	16	15.4
	200만원 이상	12	11.5
	무응답	18	17.3
가족 중 치료비 부담자	아 버 지	43	41.3
	어 머 니	16	15.4
	배 우 자	16	15.4
	본 인	11	10.6
	형 체	17	16.3
	자 녀	1	1.0
가족수	2~3명	29	27.9
	4~5명	56	53.9
	6~7명	15	14.4
	8명 이상	4	3.8
퇴원후 가정간호에 대한 가족의 요구	필요하다	64	61.5
	필요치 않다	40	38.5

3. 가족의 부담감과 가정간호요구도

1) 가족의 부담감과 가정간호요구도

가족의 부담감은 평균이 70.6, 표준편차가 13.4로 부담감이 높은 것으로 나타났다.

이러한 결과는 정신질환자를 대상으로한 임혜숙(1991)의 연구에서는 가족의 부담감이 평균 44.1로 나왔으며, 뇌손상환자를 대상으로한 이관희(1985)의 연구에서는 가족의 부담감이 35.2로 나타나 본 연구의 경우 보호자의 부담감이 상당히 높은 것으로 나타났다(표3).

가정간호요구도는 최대값 53.5, 최소값 46.6, 평균이 44.8로 나타났다. 구체적인 내용을 보면 육체.활동적인 면에서의 가정간호요구도가 평균 17.1로 가장 높은 것으로 나타났다. 즉 환자의 여가시간 활용이나 일상생활활동, 투약면에서의 가정간호의 요구도가 많이 필요한 것으로 나타났다. 그 다음이 대인관계에서의 어려움이나, 감정표현에 관한 심리, 사회적인 면에서의 가정간호요구가 15.3, 질병상태나 약

의 부작용, 환자 관리에 대한 교육적인 간호요구도는 8.4의 순으로 나타났다(표3).

〈표3〉 가족부담감과 가정간호요구도

	(n=104)	
	평 균	표준편차
가족부담감	70.6	13.4
가정간호요구도	44.8	8.2
육체, 활동적인면	17.1	3.2
심리, 사회적인면	15.3	3.9
교육적인면	8.4	2.4
경제적인면	4.1	1.4

한편 퇴원하여 가정으로 돌아가는 환자의 간호요구 충족을 목적으로 내과, 외과, 정형외과, 비뇨기과 퇴원환자를 대상으로 가정간호요구도에 대해서 조사한 이상미(1985)의 연구에서는 퇴원 후 정상활동 범위와 예방적 지식에 대한 교육적요구가 가장 높은 것으로

나타났다. 그다음으로는 사회적 간호요구, 정서·심리적 간호요구, 신체·생리적 간호요구 순으로 높게 나타났다.

이상으로 볼때 가족들은 퇴원한후 가정에 있는 환자들의 삶의 질적인 면과 예방에 대한 간호중재를 절실하게 필요로하고 있는 것을 알 수 있다.

Crosby(1987)가 미국에서의 탈원화 정책으로 인해 파생되는 '재입원율의 증가'의 원인에 대해, 정신질환자가 성공적으로 지역사회로 돌아올 수 있는 방법이 분명치 않았고 포괄적인 치료접근이 수행되지 않은 점은 지적한바 있다. 즉 환자들을 지역사회로 환원을 시키기위해서는 그들이 독립적인 인간으로서 질적인 삶을 영위하고 그들 가족들의 부담을 고려하는 가족 전체를 대상으로 하는 증재방안이 필요하다고 하겠다.

그 밖에 가족구성원이 정신과에 입원하여 위기상황에 처한 정신과 환자 가족의 요구에 대해서 조사한 주혜주(1993)의 연구에서는 환자상태 정보에 대한 요구, 치료·간호 대한 요구가 가장 높게 나왔으며 그 다음이 치료환경, 치료자의 태도에 대한 요구의 순으로 나타났다. 이로써 가족들에게 교육적인 면만이 아니라 환자상태에 대한 정보나 치료상황에 대한 지식을 필요로 하고 있는것으로 나타났다.

2) 사립병원과 시립병원간의 가족부담감과 가정간

호요구도 차이

사립병원과 시립병원에 따른 가족의 부담감과 가정간호요구도에서 시립병원의 경우 가족의 부담감은 높았고, 반면에 사립병원의 경우 가정간호요구도가 높은 것으로 나타났으나 통계적으로 유의하지 않았다.

그러나 경제적인 면에서의 가정간호요구도는 사립병원의 가족이 시립병원의 가족보다 통계적으로 유의하게 높은 것으로 나타났다 ($t=3.3, P<.05$)

즉 사립병원에 입원한 경우 환자에 대해 지속되는 치료비부담으로 가정의 장래 계획을 세우는데 어려움이 있으며 국가나 사회단체의 도움이 필요하며 조기퇴원으로 인한 가정간호사업의 필요성이 제기된다.

이것은 시립병원의 경우 영세민이 대부분이었기 때문에 의료보호 대상자가 되어 치료비의 부담이 적고 가족들이 환자의 치료에 대한 관심이나 인식이 없기 때문이라고 생각된다 (표4).

4. 환자의 일반적 특성에 따른 가족부담감과 가정간호요구도

1)환자의 일반적 특성에 따른 가족부담감정도

환자의 일반적 특성에 따라 보호자가 인지하는 부담감정도는 통계적으로 유의한 차이는 없었다.

<표 4> 사립병원과 국립병원간의 가족부담감과 가족간호요구도 차이

	인수	평균	표준편차	자유도	t값
가족부담감					
사립병원	67	68.8	12.5	102	-1.96
공립병원	37	74.1	14.5		
가정간호요구도					
사립병원	67	45.9	8.5	102	1.87
공립병원	37	42.8	7.4		
1. 육체·활동적인면		17.2	3.3	102	.56
		16.8	3.0		
2. 심리·사회적인면		15.7	4.0	102	1.57
		14.5	3.6		
3. 교육적인 면		8.6	2.6	102	1.19
4. 경제적인 면		4.4	1.4	102	3.33

(* p<0.5)

좀 더 구체적으로 살펴보면 환자가 남자인 경우 부담감 점수가 높았고 환자가 사별한 경우 부담감 점수가 낮게 나타났다(표5).

이러한 결과는 대부분의 이혼이 환자의 질환으로 인해 발생되기 때문에 이로 인해 환자의 간호를 책임을 질 배우자가 없어 다른 가족원이 환자의 관리에

〈표 5〉 환자의 일반적특성에 따른 가족부담감의 차이검증

	구분	인수	평균	표준편차	자유도	t값(f값)
성별	남	80	71.7	13.5	101	1.56
	여	23	66.8	13.0		
종교	기독교	37	69.9	13.1	99	.103
	천주교	11	70.1	9.8		
	불교	19	70.5	17.6		
	무교	36	71.6	12.9		
결혼 상태	미혼	64	71.1	12.9	99	849
	기혼	34	69.9	14.3		
	이혼	2	79.5	10.6		
	별거	3	70.3	17.8		
	사별	1	50.0	50.0		
직업	유	64	70.8	11.2	96	.37
	무	34	69.7	15.9		
교육수준	중졸이하	17	66.6	13.7	101	-1.36
	고졸이상	86	71.5	13.4		
월수입	유	62	71.9	12.3	89	.97
	무	29	69.0	15.3		

대해 책임을 져야하므로 부담감이 더 큰것으로 생각된다.

또한 정신분열증환자가 퇴원한지 5년 후에 추적조사한 김용식(1987)의 연구에서는 재입원율이 높고 배우자와의 관계가 좋지 않았고 이혼한 사례가 많은 것으로 지적한바 있다.

그밖에 직업유무에 따라서는 부담감 점수에 별 차이가 없었으며 환자의 교육수준은 고졸이상이 중졸이하보다 부담감점수가 높았고, 환자의 월수입 유무에서는 월수입이 있는 경우가 없는 경우보다 약간 높은 것으로 나타났다.

2)환자의 일반적특성에 따른 가정간호요구도

환자의 일반적특성에 따른 가정간호 요구도는 통계적으로 유의한 차이는 없었다.

환자가 여자인 경우 가정간호요구도가 높은 것으로 나타났으며, 환자가 이혼이나 사별, 별거한 경우

가정간호요구도가 높은 것으로 나타났다.

직업은 없는 경우에 있어서 가정간호요구도가 약간 높았고, 학력도 중졸이하인 경우 가정간호요구도가 높은 것으로 나타났다(표6).

5. 환자가족의 일반적 특성에 따른 가족부담감과 가정간호요구도

1)환자가족의 일반적특성에 따른 가족부담감정도

환자가족의 일반적특성에 따른 가족부담감 정도는 가족원이 여자인 경우와 환자의 아내인 경우 그리고 환자를 돌보고 있는 가족원이 별거를 하고 있는 경우 통계적으로 유의한 수준($t=-2.77, P<.05$)으로 부담감 점수가 높은 것으로 나타났다.

이는 임혜숙(1991)의 연구에서 간호담당자가 여자인 경우 부담감을 많이 느끼는 것으로 나타난것과 일

〈표 6〉 환자의 일반적 특성에 따른 가정간호 요구도 차이 검증

	구분	인수	평균	표준편차	자유도	t값(F값)
성별	남	80	44.1	8.1	101	-1.46
	여	23	46.9	8.2		
종교	기독교	37	43.3	6.0	99	2.272
	천주교	11	43.4	11.5		
	불교	19	49.2	8.0		
	무교	36	44.3	8.6		
결혼 상태	미혼	64	43.6	7.8	99	1.5885
	기혼	34	46.6	8.4		
	이혼	2	40.5	0.7		
	별거	3	50.3	14.0		
	사별	1	54.0	54.0		
직업	유	64	43.7	7.8	96	-1.71
	무	34	46.6	8.3		
학력	중졸이하	17	46.4	7.6	101	.85
	고졸이상	86	44.5	8.4		
월수입	유	62	44.0	8.4	89	-0.44
	무	29	44.9	8.4		

치하고 있다.

또한 Fitting(1986)의 연구에서도 간호담당자가 남편과 부인인 경우 중에서 부인들이 더욱 우울한 증상과 결혼관계의 악화등을 초래한다고 지적하고 있는 것과도 일치한다고 하겠다. 그밖에 일반적으로 여자들이 간호담당자로서 스트레스를 많이 느낀다고 보고되고 있어(Cantor,1983,John,1983) 이들에 대한 중재가 더욱 요구된다고 하다.

환자를 돌보고 있는 가족원의 배우자가 사별한 경우 통계적으로 유의한 수준($t=-2.862, P<.05$)으로 부담감 점수가 높게 나타났으며, 보호자가 환자의 아내인 경우 통계적으로 유의한 수준($t=2.15, P<.05$)으로 부담감 점수가 높은 것으로 나타났다.

이러한 결과는 남편의 질환에 따른 아내의 경제적 부담과 간호에 대한 책임이 가중되어 부담감이 높은 것으로 생각된다.

한편 임혜숙(1991)의 연구에서는 형제 다음으로 배우자에게서 부담감이 높은 것으로 나타났으며, Noh와 Turner(1987)의 연구에서는 간호담당자가 여성인 경우와 학력이 낮은 경우 정신적인 고통이 심한 것으로 나타났다.

그밖에 Fitting(1986)은 나이가 어릴수록 간호담당자가 자신의 역할로 인해 고독감과 원망감을 느낀다고 보고하였으며, Montgomery(1985)의 연구에서는 간호담당자의 수입이 부담감의 가장 큰 예측요인이라고 지적하고 있다.

2) 환자 가족원의 일반적 특성에 따른 가정간호 요구도

환자 가족원의 일반적 특성에 따른 가정간호요구도는 가족원의 교육수준이 고졸이상인 경우 통계적으로 유의한 수준으로($P<.05$) 가정간호요구도가 높은 것으로 나타났다.

〈표 7〉 보호자의 일반적 특성에 따른 가족부담감 차이 검증

(n=104)

	구분	인수	평균	표준편차	자유도	t값(f값)
성별	남	51	67.0	12.0	102	-2.77*
	여	53	74.1	13.9		
연령	30세이하	17	66.6	11.4	101	2.246
	50세이하	36	68.7	13.7		
	50세이상	51	73.4	13.6		
종교	기독교	38	69.5	12.9	97	8458
	천주교	13	67.5	10.3		
	불교	24	70.9	16.4		
	무교	24	71.9	13.5		
	기타	3	82.3	6.4		
직업	유	43	70.4	14.5	86	-.02
	무	45	70.5	11.8		
교육	중졸이하	33	73.9	14.2	102	1.72
	고졸이하	71	69.1	12.9		
결혼 상태	미혼	15	64.4	9.8	100	2.862*
	기혼	75	70.4	13.8		
	별거	1	80.0			
	사별	13	78.5	11.7		
환자와의 관계	남편	11	66.0	11.3	95	2.158*
	아내	17	77.2	13.9		
	아버지	23	70.4	12.7		
	어머니	22	75.5	11.8		
	시어머니	1	76.0			
	아들	3	72.0	17.6		
	딸	4	67.3	26.7		
	형제	20	65.2	10.5		
	기타	3	55.3	4.0		
가족 월수입	50만원이하	28	70.9	12.8	82	.025
	100만원이하	38	71.0	14.6		
	150만원이하	16	71.6	9.1		
	200만원이상	12	71.6	18.9		

(* p<.05)

그리고 가족원이 여자인 경우와 30세이상~50세이하인 경우, 불교인 경우, 직업을 가진 경우에 가정간호요구도가 높은 순서로 나타났으나 통계적으로 유의

의한 수준은 아니었다. 또한 환자의 가족원이 미혼인 경우 가정간호요구도가 높은 것으로 나타났으나 통계적으로 유의하지 않았다.

〈표 8〉 보호자의 일반적 특성에 따른 가정간호 요구도 차이 검증

(n=104)

	구분	인수	평균	표준편차	자유도	t값(f값)
성별	남	51	44.6	8.9	102	-.28
	여	53	45.0	7.6		
연령	30세이하	17	43.9	6.6	102	1.281
	50세이하	36	46.6	8.0		
	50세이상	51	43.9	8.7		
종교	기독교	38	44.5	7.4	97	.6693
	천주교	13	42.4	9.8		
	불교	24	46.7	7.6		
	무교	24	45.0	9.2		
	기타	3	42.3	11.0		
직업	유	43	45.5	7.7	86	1.39
	무	45	43.1	8.3		
교육	중졸이하	33	41.9	8.8	102	-2.53
	고졸이상	71	46.2	7.6		
결혼 상태	미혼	15	45.7	4.1	100	1.5754
	기혼	75	45.2	8.9		
	별거	1	29.0			
	사별	3	43.0	6.4		
환자와의 관계	남편	11	48.8	7.3	95	2.0145
	아내	17	43.5	8.5		
	아버지	23	41.8	8.8		
	어머니	22	42.7	7.1		
	시어머니	1	45.0			
	아들	3	51.0	3.5		
	딸	4	49.8	11.4		
	형제	20	46.3	6.5		
	기타	3	53.7	11.1		
가족 월수입	50만원이하	20	43.6	7.0	82	.1697
	100만원이하	38	44.5	9.0		
	150만원이하	16	45.6	8.8		
	200만원이상	12	44.8	9.4		

(* P<.05)

6. 환자의 질병특성에 따른 가족부담감과 가정간호요구도

1) 환자의 질병 특성에 따른 가족부담감정도
환자의 질병특성에 따른 가족부담감 정도는, 환자

의 총입원 횟수가 2-3회인 경우 부담감이 높았으며, 환자의 총입원기간이 7-12개월인 경우 부담감정도 통계적으로 유의하게($f=10.3535$, $P<.001$) 높았다(표 9).

한편 임혜숙(1991)의 연구에서도 입원 횟수가 많을

〈표 9〉 환자의 질병 특성에 따른 가족부담감의 차이 검증

	구분	인수	평균	표준편차	자유도	t값(f값)
총입원횟수	1회	39	67.4	12.4	BG 3	2.5583
	2-3회	31	75.5	13.4		
	4-6회	15	72.3	11.8		
	7회이상	19	68.0	15.0		
총입원기간	6개월이하	58	71.6	12.3	BG 3	10.3535*
	7-12개월	10	85.9	9.9		
	13-36개월	9	73.3	10.2		
	37개월이상	27	62.1	12.2		
질환명	정신병적장애	65	71.5	12.3	BG 3	.3555
	신경증적장애	18	71.8	16.9		
	인격장애	1	74.0			
	정동장애	16	67.9	14.4		
신체적질병	유	88	70.6	13.4	102	-.13
	무	16	71.1	13.9		

(* P < .001)

수록, 입원기간이 길수록 부담감이 많은 것으로 지적하고 있다.

환자의 질환명은 인격장애인 경우가 부담감이 높았으며 신체적질병의 유무에 대해서는 별 차이점이 없었다.

2)환자의 질병특성에 따른 가정간호요구도 정도

환자의 질병특성에 따른 가정간호요구도 정도는, 총입원기간이 37개월이상인 경우 통계적으로 유의하게(F=7.7079, P< .001) 높은 것으로 나타났으며, 그밖에 환자의 총입원 횟수가 4회이상의 만성적인 경우에 요구도가 높은 것으로 나타났으나 통계적으로 유의하지 않았다(표 10).

〈표 10〉 환자의 질병특성에 따른 가정간호요구도 차이 검증

	구분	인수	평균	표준편차	자유도	t값(f값)
총입원횟수	1회	39	46.0	7.7	BG 3	1.1749
	2-3회	31	45.7	8.1		
	4-6회	15	42.3	8.2		
	7회이상	19	42.9	9.2		
총입원기간	6개월이하	58	46.1	6.9	BG 3	7.7079*
	7-12개월	10	37.0	10.4		
	13-36개월	9	38.0	6.4		
	37개월이상	27	47.3	8.0		
질환명	정신병적장애	65	43.6	8.6	BG 3	1.3717
	신경증적장애	18	46.9	5.5		
	인격장애	1	51.0			
	정동장애	16	46.9	9.3		
신체적질병	유	88	44.2	8.1	102	-1.74
	무	16	48.1	13.9		

(* P < .001)

정신질환은 질병의 특성상 단계적으로 치유되기 보다는 장기입원과 만성적인 경과를 거치게 되므로 가족에 대한 의존도가 높으며, 그에 따라 가족에게 심리적, 사회적, 경제적인 영향을 끼치므로 이를 위한 증재방안으로 가정간호가 필요하다고 하겠다.

환자와 질환명이 인격장애인 경우 요구도가 높은 것으로 나타났으나 통계적으로 유의한 수준은 아니었다. 이는 즉 인격장애인 경우 질환의 특성상 가정에서 파괴적인 행동을 많이 보이기 때문에 가족들이 관리하기가 더욱 어렵기 때문인 것으로 생각된다.

7. 가족부담감과 가정간호요구도와의 상관관계

정신질환자 가족의 부담감과 가정간호요구도와의 상관관계는 $r=.4002, P<.001$ 로 나타나서 비교적 상관관계가 높은 것으로 나타났다. 특히 경제적인 면에 있어서 가정간호요구도와 가족부담감과 관계는 $r=.5207, P<.001$ 으로 상당한 관계가 높은 것으로 나타났다(표 11).

〈표 11〉 가족부담감과 가정간호요구도와의 상관관계

	가족부담감
가정간호요구도	.4002**
육체활동적인 면	.1524
사회, 심리적인 면	.2954 *
교육적인 면	.3818**
경제적인 면	.5207**

(* $p < .05$
** $p < .001$)

즉 정신질환자를 돌보고 책임을 져야하는 care giver의 부담감이 클수록 가정간호요구도가 높아진다는 것을 의미한다.

이러한 결과는 김소야자(1991)가 강화지역에 있는 정신질환자를 대상으로 가정방문효과를 측정한 연구에서 보면 가정방문 치료가 지역사회에 있는 만성정신질환자의 증상완화에 긍정적인 영향을 준다는 결

〈표 12〉 가정방문 필요성 유무에 따른 가족부담감 차이 검증

구분	인수	평균	표준편차	T값	자유도	P값
필요하다	62	74.5	12.2	3.66	100	.000 *
필요하지않다	40	65.0	13.7			

(* $p < .001$)

과가 나왔으며, 환자를 돌보고 있는 가족구성원의 부담감을 고려해야 한다고 하는 제언과 일치하고 있음을 알 수 있다.

따라서 가정간호증재를 통해 가족의 부담을 감소시키고 질적인 삶을 도모할 수 있어야 한다고 생각한다.

그리고 가정방문 필요성 유무에 따른 가족부담감 차이 검증은 가정방문이 필요하다고 인식하는 그룹이 통계적으로 유의하게($t=3.66, P<.001$) 가족부담감이 높은 것으로 나타났다(표 12). 이것은 즉 가정방문으로 가족부담감을 감소시킬 수 있다는 것을 의한다고 하겠다.

가정방문이 필요하다고 응답한 그룹은 전체 104명 중에서 62명으로 그들이 지각하는 가정간호요구도를 살펴보면 평균이 49.6으로 전체가족을 대상으로 한 경우의 평균44.8과 비교해 볼때 높은 것을 알 수 있다(표 13).

〈표 13〉 가정방문이 필요하다고 응답한 그룹의 가정간호요구도

구분	평균	표준편차
가정간호요구도	49.6	7.6
육체활동적인 면	18.20	2.78
심리사회적인 면	17.10	3.24
교육적인 면	9.45	2.73
경제적인 면	4.80	1.14

구체적인 내용을 보면 육체활동적인 면에서의 가정간호요구도가 평균이 18.20으로 가장 높았으며, 그 다음으로 심리사회적인 면에서의 가정간호요구, 교육적인 면, 경제적인 면의 순으로 나타났다.

VI. 결론 및 제언

1. 결론

본 연구는 정신질환자 가족의 부담감과 가정간호 요구도를 파악하고 그 관계를 규명하여 지역사회에 있는 정신질환자와 가족의 질적인 삶과 정신질환자의 사회복귀를 위한 가정간호중재 방안에 기초를 제공하고자 시도한 기술적연구이다.

연구대상은 서울시내에 위치하는 1개 대학 부속병원과 개인병원, 서울시립병원에 입원하고 있는 환자의 보호자로 총 104명이었다.

연구도구는 가정간호요구도를 조사하기 위해 Gar-rad(1987)등이 작성한 "A check-list to assess the need health care"에서 나오는 문항의 기본적인 구조를 기초로하여 본 연구진이 개발하였으며, 가족의 부담감을 조사하기 위해서는 Montgomery(1985)가 개발한 "Subjective Burden Scale"을 기초로하여 본 연구진이 수정 보완하고 도구에 대한 사전조사를 거쳐 사용하였다.

자료수집기간은 1993년 2월 1일부터 3월 30일까지 60일이었으며, 수집된 자료는 SPSS 를 이용하여 전산처리를 하였으며 인수 및 백분율, ANOVA test, T-test의 방법으로 분석하였다.

본 연구의 결과는 다음과 같다.

1)가족의 부담감은 평균이 70.6으로 높게 나타났으며, 가정간호요구도는 평균이 44.8로 나타났으며 그 중 육체활동적인 면에서의 가정간호요구도가 가장 높게 나타났고 그 다음이 심리사회적인 면,교육적인 면, 경제적인 면의 순으로 나타났다.

2)사립병원과 시립병원에 따른 가족부담감과 가정간호요구도 차이 검증에서 시립병원에 입원한 환자의 가족이 사립병원의 경우보다 가족의 부담감이 높았고, 사립병원의 경우 가정간호요구도가 높은 것으로 나타났으나 통계적으로 유의한 수준은 아니었다.

그러나 경제적인 면에서의 가정간호요구에서 사립병원의 경우 시립병원의 가족보다 통계적으로 유의하게 ($T=3.3, P<.05$) 높았다.

3)환자의 일반적특성에 따른 가족부담감과 가정간호요구도는 환자가 이혼이나 별거한 경우, 교육수준이 고졸이하인 경우 높은 것으로 나타났으나 통계적으로 유의한 수준은 아니었다.

4)보호자의 일반적특성에 따른 가족부담감과 가정

간호요구도는 보호자가 여자인 경우와 보호자의 배우자가 사별한 경우 가족부담감이 통계적으로 유의한 수준으로 ($t=-2.77, P<.05, F=2.862, P<.05$) 높게 나타났다.

또한 가족원이 여자인 경우와 50세이상과 가족원이 환자의 아내인 경우 가정간호요구도가 높은 것으로 나타났으나 통계적으로 유의한 수준은 아니었다.

5)환자의 질병특성에 따른 가족부담감과 가정간호요구도는 환자의 총 입원기간이 7-12개월인 경우 가족부담감이 통계적으로 유의한 수준으로 ($F=10.3535, P<.05$) 높은 것으로 나타났으며, 총 입원기간이 36개월이상인 경우 통계적으로 유의한 수준으로($F=7.7679, P<.05$)가정간호요구도가 높은 것으로 나타났다.

6)환자 가족의 부담감과 가정간호요구도와 의 상관관계는 $r=.4002$ 로 비교적 높게 나타났다.

이상으로 가정에서 환자를 돌보고 있는 가족의 부담감과 가정간호요구도에 대해 살펴보았으며, 가정간호중재로써 가족의 부담감을 감소시킬 수 있는 것으로 나타났다..

2. 제언

이상의 연구결과를 기초로하여 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

1)정신질환자가족을 대상으로 간호중재를 실시하여 그 효과를 측정한다.

2)가족이 지각하는 가정간호요구도를 기반으로 한 가정간호를 실시하여 가족부담감 정도의 차이를 규명하고 Cost effect 및 가족의 만족도 등을 측정한다.

3)가족의 부담감에 영향을 미칠 수 있는 변수들에 대한 세밀하고 구체적인 규명을 한다.

4)구체적으로 규명된 가족의 부담감에 영향을 미칠 수 있는 변수들을 고려한 중재방을 개발한다.

참고문헌

- Apleton, W. S.(1974). Mistreatment of Patients families by Psychiatrists. AM J Psychiatry, 131(6), p.655-657.
Burtler A, Pritchard C.(1983). Social work and mental illness. The Macmilan Bess LTD, p.32-36.
Crosby,R.L.,(1987). "Community Care of the Chronical-

- ly Mentally Ill", J of Psychosocial Nursing, Vol.25(1), p.33-37.
- Fadden G., Bebbington P., Kuiper I. (1987). Caring and its burden: a study of the spouse of depressed patients. British J of Psychiatry, p.660-667.
- Fitting et al. (1986). Caregivers for dementia patients. Gerontologist, p.248-252.
- Garrad et al. (1987). A checklist to assess the need for home health care. Public Health Nurse, 4(4), p.212-218.
- Grad J., Sainsbury P. (1963). Mental and the family. The Lancet. p.544-547.
- Goldman HM. (1978). Mental illness and family burden. J. Nerv Ment Dis, 19, p.157-165.
- Howard H. Goldman (1982). Mental Illness and Family Burden : A Public Health Perspective. Hostpital & Community Psychiatry, Vol.33(7), p.557-560.
- Howard L. & Baker F. (1971). Ideology and role function of the nurse in the community mental health. Nursing Research, 20(5), p.450-454.
- McGill C.W. (1983). Family Educational Intervention in the Treatment of Schizophrenia. Hospital and Community Psychiatry, Vol.34(10), p.934-938.
- Montgomery RJV, Gonyea JG, Hooyman NR. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. Family relation, 34, 19-26.
- Zarit H.S. (1980). Relatives of the Impaired Elderly : Correlates of Feelings of Burden. The Gerontologist, Vol. 20(6), p.649-655.
- Mereness, D., (1983). "The Potential Significant Role of the Nurse in Community Mental Services". Perspectives in Psychiatric Care, Vol.21(4), p.128-132.
- 김소야자 (1991). 만성정신질환자의 가정방문치료효과에 관한 일연구-강화지역을 중심으로. 간호학논집, 제14집.
- 김용순 외 (1990). "가정간호사업에 대한 의사.간호사.진료관련부서 직원 및 환자의 인식비교". 대한간호, 29(2), p. 48-65.
- 김진선 (1988). 암환자의 퇴원시의 가정간호사업 이용의사와 요인조사연구. 연세대학교 보건대학원, 1988.
- 김화경 (1988). 가정간호사업 모형개발. 대한적십자사, p. 11-14.
- 박경규 (1990). 정신분열증 환자의 재활 치료. 신경정신의학, 29(1), 70-77.
- 서미혜, 이연심, 서문숙 (1980). 일중합병원의 지역사회회보건간호사업에 대한의료인의 태도 조사연구. 대한간호, 25(2), 72-78.
- 오석환, 박조열, 박희주 (1972). 정신병에 대한 가족들의 태도에 관한 고찰, 신경정신의학. 11(3). 177-185.
- 이관희 (1985). 뇌손상 환자의 상태와 가족의 부담감 및 우울정도와의 관계연구. 연세대학교 대학원.
- 이상미 (1985). 퇴원환자의 간호계획을 위한 요구도 조사 연구. 연세대학교 교육대학원.
- 이은옥, 이선자, 박성애 (1981). 퇴원시 환자의 간호요구도 조사. 간호학회지, 11(2). 33-53.
- 이정균 (1985). 정신의학. 서울:일조각.
- 임혜숙 (1991). 정신질환자 가족의 부담감과 사회적 지지에 관한 연구. 연세대학교 보건대학원.
- 조윤희 (1990). 뇌혈관성질환 환자의 자가간호능력 과 가정간호요구도와 의 관계. 연세대학교 보건대학원.
- 주혜주 (1992). 정신과 환자 입원과 관련된 가족의 요구에 대한 연구. 서울대학교 대학원.
- 최혜경 (1987). 관절염 환자의 가족지지, 치료지시 이행 및 삶의 만족간의 관계연구, 연세대학교 대학원.

The Relationship Between Home Care Needs of Families of In-Patients and Family Burden

So Ya Ja Kim, R.N., Ph.D
Hyung Sun Hyun, R.N., M.D
Kung Mi Sung, R.N., M.D
Seong Suk Kong, R.N., M.D

This study was designed to investigate the family burden, family home care needs and to identify the relationship between family burden and home care needs for families of psychiatric in-patients.

The subjects for this study were 104 family members of psychiatric in-patients at two private hospitals and one municipal hospital.

The data were collected during the period from February 1, 1993 to March 30, 1993.

The questionnaire developed by Montgomery to measure the family burden was used as modified by the research team for this study.

The questionnaire was developed by Garrad to measure the home care need was also used as modified by the research team.

The data was analyzed using descriptive statistics, t-test, ANOVA and Pearson Correlation Coefficient, with the SPSS program.

The Result of this study can be summarized as follows :

1. For perceived family burden, the meanscore as measured by the questionnaire was 70.6 of a possible to total of 110.
2. For home care need, the meanscore as measured by the questionnaire was 44.8 fo a possible total of 66.
3. The results showed a higher score for cases from the municipal hospital for family burden and a higher score for cases at the private hospitals for home care need.
4. Ther was a statistically significantly higher score on family burden for female family member ($T = -2.77, P < .05$) and for bereaved family members. ($F = 2.862, p < .05$)
5. There was a statistically significantly higher score ($F = 10.3535, P < .001$) for family burden when the hospitalization period was between 7-12 months and a statistically significantly higher score ($F = 7.679, P < .001$) for home care need when the hospitalization period was over 37 months.
6. Ther was a significant correlation between family burden and home care need. ($r = .4002, P < .05$)

The conclusion that can be drawn from this study is that addressing home care needs would contribute to reduce family burden.