

정신질환자 가족의 경험 연구* - 근거이론적 접근 -

배 정 이**

I. 서 론

1. 연구의 필요성

보건의료분야에서 예견되는 미래사회의 특징 중의 하나는 환경오염에 따른 심각한 공해병과 스트레스로 인한 정신질환의 증가로서, 이는 국민 의료비를 크게 상승시키는 요인이 될 것으로 전망된다. 1997년의 통계에 의하면 우리나라의 정신질환자 수가 전 인구의 2.5%로 추정된다(보건연감, 1999). 이들 중 적어도 12.1%는 입원치료를 필요로 하고 있으나(보건연감, 1999), 실제로는 이들 중 37%만이 입원치료를 받고 있고, 대다수는 가족과 함께 거주하면서 가족들의 보살핌에 의존하고 있는 실정이다.

Ackerman(1956)은 가정을 인간의 정신건강에 장애를 주거나 또는 향상시키는 힘을 가진 인격의 요람이라고 하면서 개인의 정신건강에 있어서 가정의 중요성을 강조하였다. Bowen(1961)은 정신질환의 한 단위로서 가정을 전제하고 정신질환을 환자만의 문제가 아닌 가족 전체의 증상으로 보았으며, 가족의 심한 병리는 정신분열병의 원인이 된다고 하였다.

따라서 정신질환자 치료에 있어서 가족의 참여없이 환자만을 치료한다는 것은 사실상 거의 불가능할 뿐 아니라, 증상이 호전되더라도 역기능적인 가정 환경으로 되

돌아감으로써 다시 악화되곤 한다. 그러나 이들 가족들은 정신질환자를 어떻게 보살펴야 하는지에 대한 이해와 충분한 인식 없이 이들을 맞기 때문에 많은 부담을 느끼게 된다(Jones, 1996; Rose, 1996). 그리하여 많은 연구에서 정신질환자 가족들은 심한 스트레스, 환자의 공격적인 행동, 기분 변화, 수면역전 현상, 투약 거부, 불량한 개인 위생 등 많은 부담스러운 상황을 극복해야 한다고 밝혔다(Hatfield, 1978; Thompson & Doll, 1982).

전인간호를 통하여 모든 인간으로 하여금 양질의 삶을 최대한 누릴 수 있도록 추구하고 있는 간호학에서 가족의 중요성은 이미 오래 전부터 인정받아 왔으며, 정신간호에 전인적 접근이 적용되면서 가족간호는 더욱 중요시 대두되었다. 특히 우리나라에서는 1995년 정신보건법이 제정되고 1997년 2월 시행령이 공포된 이후 지역 정신보건의 필요성에 대한 인식이 증가하였고, 이를 계기로 만성 정신질환자의 사례 관리자로서 정신보건간호사의 역할이 한층 강조되고 있다(이광자, 1993).

대부분의 정신 질환은 만성적인 경과를 거치기 때문에 개인은 물론 그 가족이 감당해야 할 정신적, 사회적, 경제적 부담은 무척 심할 것으로 예상된다. 환자와 많은 시간을 함께 보내면서 치료와 재활에 있어서 중요한 역할을 담당하고 있는 가족이 피할 수 없이 접하게 되는 여러 가지 부정적인 경험들을 극복하지 못한다면, 환자

* 본 논문은 1999년도 인제대학교 학술연구조성비 보조에 의한 것임

** 인제대학교 간호학과

치료에 아무런 도움이 되지 못할 뿐 아니라 오히려 비치료적 요인으로 작용할 수도 있을 것이다.

그러나 임상 실무에서 정신질환자를 간호할 때, 그 가족까지 고려한 전인 간호는 거의 시행되지 못하고 있을 뿐 아니라, 이에 대한 간호 이론도 아직까지 정립되지 못하고 있다.

또한 연구면에서도 여러 학문 분야에서 정신질환자 가족을 대상으로 한 연구들이 시행되어 왔음에도 불구하고, 지금까지의 연구에서는 정신질환자 가족들이 환자를 돌보면서 어떤 경험을 하는지에 관하여 실무자들에게 깊은 이해와 통찰을 제공하는데 실패하였다. 선행 연구를 고찰해 본 결과, 설문지를 이용한 양적 연구(김현영, 1998; 오현주, 2000; Francell, Conn, Gray, 1988; Jones, 1996)가 주류를 이루고 있는데, 매일의 생활에서 정신질환자를 돌보면서 살아가는 경험을 기술해내는 데는 양적인 연구로는 제한점이 있을 것이다. 간호사가 정신질환자 가족으로서의 경험의 본질이나 의미를 보다 깊이 이해한다면 보다 폭넓게 이들을 도울 수 있을 것이며, 가족까지 고려한 전인 간호가 비로소 가능할 것이다.

따라서 본 연구는 정신질환자 가족의 경험에 대한 실제 이론을 구성하여, 이들의 문제에 대한 본질과 이러한 문제의 해결을 위한 과정을 제시하고자 한다. 아울러 이를 간호 실무에 적용시킴으로써 정신질환자의 가족까지 고려한 전인간호 제공으로, 환자의 회복과 재활을 촉진시키고 간호 대상자와 가족의 건강 증진에 기여할 수 있을 것이다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 질적 연구 방법의 하나인 근거 이론 방법을 적용하여 정신질환자 가족의 경험에 대한 실제 이론 개발에 기여하기 위함이며, 주된 연구 문제는 "정신질환자 가족의 경험은 어떠한가?" 이다.

II. 문헌 고찰

1960년대부터 미국과 유럽에서 시작된 탈원화 운동은 만성 정신질환자의 사회복귀에 있어 가족의 중요성을 더욱 부각시키는 계기가 되었다. 탈원화 과정을 통하여 많은 환자들이 지역사회 내로 돌아왔지만 사회가 그들을 돌봐 줄 여건이 충분히 준비되지 못하여 결국 환자에 대한 모든 책임은 가족이 떠맡게 되었다.

우리나라에서도 1995년 정신보건법이 제정되어 기존의 입원 치료 중심의 정신보건정책이 지역사회 정신보건 중심으로 전환되는 계기가 되고 있다. 그러나 정신질환자에 대한 지역사회 치료 체계가 아직까지 미비하여 그 역할을 다하지 못하고 있으며, 특히 우리나라는 가족 중심적인 사회로서 환자는 전적으로 가족의 보호와 책임에 의존하고 있다.

가족은 가족 구성원의 건강과 질병에 가장 중요한 영향을 미치는 일차적 단위로써 가족구성원중 어느 한 사람이 환자라는 사실만으로도 가족 체계의 혼란이나 갈등을 초래하게 되며, 가족 중에서도 환자를 책임 맡아 돌보는 가족구성원은 더 무거운 짐을 지게 된다(Eisendorfer, Rabins & Reisberg, 1991). 특히 정신질환은 만성질환이고 정신질환자들은 일상생활 활동을 스스로 수행하지 못하는 경우가 대부분이며 더구나 정신질환에 대한 사회의 부정적인 인식과 환자에 대한 수치심, 죄의식, 치료와 예후의 불확실성, 치료비에 대한 경제적 부담 등으로 인하여 정신질환자 가족들은 많은 고통과 어려움을 겪고 있다(Saylor, 1995). 그리하여 1960년대 초 지역사회 정신의학의 개념이 대두되면서부터 정신질환자 가족은 건강 전문가들의 관심의 초점이 되어왔고, 1970년대 후반부터는 가족의 안녕을 위하여 체계적인 연구가 수행되어 왔다(이길자, 김철권, 서지민, 1999).

지금까지 정신질환자 가족을 대상으로 한 연구를 살펴보면, 주로 정신질환자 가족이 경험하는 부담감에 대한 연구(강동호, 김철권, 변원탄, 1995; 김소야자, 현명선, 성경미, 공성숙, 1993; 김용분, 이정섭, 1999; 김현영, 1998; 오현주, 2000; 이주훈, 이유상, 김지현, 이순자, 김세술, 유명이, 1996; Solomon, Draine, 1995; Francell, Conn, Gray, 1988; Jones, 1996)가 가장 많았고, 정신질환자 가족의 기능(송예현, 1991), 가족의 스트레스와 대응(박호숙, 1993), 가족의 도움에 관한 요구 조사(양옥경, 1995) 등도 수행된 바 있었다.

Solomon, Beck, Gordon(1988)은 정신질환자의 퇴원시 환자와 가족이 지역사회에서 당면하는 문제를 조사하였는데, 그들은 직장의 유지, 직업 구하기, 정서적 조절의 어려움 및 이웃과의 관계 유지 등에서 어려움을 호소하고 도움을 원한다고 하였다. 오현주(2000)는 정신질환자 가족의 부담감과 전문적 도움과의 상관관계를 연구하였는데, 가족은 정신질환에 대한 이해의 부족으로 인한 부담감을 경험하고 있어 질병에 대한 지식을 얻을 수 있는 전문적인 도움을 원한다고 하였다. 양옥경

(1995)은 정신질환자 가족의 보호부담, 대처기제, 서비스 욕구 등에 대하여 조사하였는데, 서비스에 대한 욕구로는 지역사회에서 활용 가능한 자원에 대한 정보, 질병에 대한 지식을 알고 싶어하였고, 환자에 대한 가족의 대처 유형으로는 설명하고 설득하고 달래는 등의 긍정적이고 적극적인 대처가 많았으나 화를 내고 때리는 등의 부정적인 대처 및 기도를 하고 우는 소극적인 대처도 사용하고 있음을 보고하였다. 노춘희(1998)는 정신과 퇴원환자 및 가족의 정신건강 요구에 관하여 조사하였는데 가족의 요구도는 교육, 간호 방법, 가족 지지 및 모임, 경제적 지지에 대한 순으로 요구가 높았다고 보고하였다.

간호 방법에 대한 Harrison, Dadds, Smith(1998)의 연구 결과에서는 질병에 대한 지식과 환자의 증상에 대한 대처는 상관관계가 있음을 보여주었는데, 가족은 질병에 대한 지식이 많을수록 효율적으로 대처함을 보고 하면서 가족지지 프로그램의 필요성을 강조하였다. Magliano, Fadden, Fiorillo, Malangone, Sorrentino, Robinson(1999)의 연구에서도 정신질환자 가족이 질병에 대한 지식이 많을수록 보다 효율적으로 대처함을 밝혔다.

이경순(1997)은 현상학적 연구방법을 이용하여 정신질환자 가족의 경험을 고뇌, 긍정적 정서, 성숙, 질병 수용, 정보추구의 5가지 주제로 확인하였고, 이정섭(1998)은 부담감의 경험, 사회복귀경험, 대처와 관련된 경험의 세 가지 범주로 밝혔다.

정신질환자 가족은 환자의 바로 옆에서 환자를 돌보는 일차적인 역할 수행자일 뿐 아니라 환자의 예후에도 영향을 미치는 중요한 사람이다. 정신질환자를 돌보는 가족이 환자의 재활과 회복에 결정적인 영향을 미치게 된 것은 여러 문헌과 연구를 통하여 이미 입증되었고, 이에 정신건강분야에서 활동하는 치료자들도 치료에 환자의 가족을 포함하는 경우가 점점 많아졌다(김소야차, 김선아, 현명선, 1999). Brown(1972)은 가족들이 환자를 따뜻하게 지지해줄 때 정신질환의 재발율은 현저히 낮아진다고 보고하였다. 현명선(1992)은 퇴원한 만성 정신질환자가 지각한 가족 지지와 사회적 적응과의 관계를 조사하였는데, 가족의 지지가 높을수록 정신질환자의 사회 적응도가 높다고 보고하였다.

그리하여 최근 국내에서도 정신질환자의 고통을 덜고, 가족이 환자를 보다 잘 이해할 수 있도록 증재하기 위하여 가족교육이 널리 시행되고 있지만, 가족들의 다양한

욕구에 초점을 맞추기보다는 치료자들이 생각하는 일반적인 이론적 근거에 기초를 하여 일방적인 교육을 시행하는 경우가 대부분이다(이길자, 김철권, 서지민, 1999). 따라서 정신질환자들의 진정한 요구를 반영한 가족 증재를 시행하기 위하여 우선 정신질환자 가족들이 어떤 경험을 하고 있는지 그리고 어떤 문제들로 고통받고 있는지 알아보는 것이 중요하다고 본다.

정신질환자 가족에 관하여 밝힌 지금까지의 양적 연구로는 그들이 직접 경험한 현상에 대한 많은 측면이 간과될 수 있고 총체적으로 파악하거나 이해하기에는 제한점이 있다. 정신질환자 가족의 경험을 이해하고 본질을 파악하는데 있어서 질적 접근이 보다 유용하며, 총체적인 입장에서 그들을 이해할 수 있도록 안내할 것이다.

III. 연구 방법

1. 연구 대상

본 연구의 참여자는 연구에 참여하기를 동의하고 자신의 경험에 대하여 연구자와 함께 이야기하기를 원하는 사람으로서, 정신질환을 진단 받았거나 치료 중인 7명의 환자 가족이다. 자료 수집 초기에는 가능한 많은 범주를 찾기 위하여 인구학적 및 정신과적 특성이 다양한 참여자를 대상으로 하였고 이후에는 범주와 분석적 이야기(story line)를 확인하는데 초점을 두고 표집하였다.

참여자의 권리를 보호하기 위하여 익명을 사용하였고 연구의 목적과 연구 과정에 대한 정보도 미리 제공하였다. 연구이외의 목적으로는 사용하지 않을 것을 약속하였으며, 연구 도중 참여를 원하지 않을 경우 언제라도 거부할 수 있음을 알려주었다.

참여자의 일반적인 특성은 다음과 같다. 연령은 30~39세가 1명, 40~49세가 3명, 50~59세가 2명 그리고 60세 이상이 1명이었으며, 결혼상태는 미혼이 1명, 기혼이 6명이었다. 종교는 기독교가 3명, 천주교가 1명, 불교가 1명, 무교가 2명이었고, 학력은 무학이 1명, 국졸 1명, 고졸 2명, 대졸이 3명이었다. 참여자와 환자와의 관계는 부모가 4명이었고 형제가 2명, 친척이 1명이었다. 환자의 발병 기간은 5년 이하가 2명, 6~10년이 3명, 10년 이상이 2명이었다. 그리고 환자의 진단은 정신분열병이 5명, 우울증과 사회공포증이 각각 1명씩으로 구성되어 있었다.

2. 자료 수집

자료 수집 기간은 1999년 10월부터 2000년 8월까지였고 자료의 포화상태에 도달할 때까지 반복적으로 수집하였다. 자료 수집 방법은 주로 참여자와의 심층 면담과 참여자 관찰이며, 간호사의 진술도 참조하였다.

자료 수집에 앞서 연구자는 이론적 민감성을 높이기 위하여 연구문제와 관련된 문헌을 읽었고, 자료 수집과 분석 동안에도 지속적인 문헌 고찰을 통하여 이론적인 민감성을 높이려고 노력하였다.

연구자는 면담을 진행하는 과정에서 가능한 참여자 스스로 이야기할 수 있는 환경을 만들기 위해 노력하였고 시간 제한은 두지 않았다. 또한 참여자와의 저항을 최소화하고 자유로운 대화의 흐름을 위하여 면담의 시작은 일상적인 인사 등으로 시작하고, 개방 면담을 실시하였다. 처음에는 "정신질환자 가족으로서의 경험은 어떠합니까?" 와 같은 폭넓은 개방형 질문(open-ended question)에서 시작하여 면담을 진행하면서 좀 더 구체적인 방향으로 질문의 초점을 맞추었다. 면담 내용은 참여자의 동의하에 녹음하였다가, 아래 한글 프로그램을 이용하여 그대로 기술하였다.

3. 자료 분석

본 연구 자료의 분석 절차는 Strauss와 Corbin (1990)의 분석법에 의거하여 분석하였으며, 자료의 분석 단계는 다음과 같다.

자료의 분석 단계는 다음과 같다.

첫째, 수집된 자료를 분류하고, 비교, 검토하여 개념화하고 비슷한 개념끼리 묶어 범주화하였다.

둘째, 각 범주와 하위 범주들 간의 관계를 보다 포괄적으로 설명하기 위해 인과적 조건, 중심 현상, 맥락, 중재 상황, 작용/상호작용 전략, 결과 등의 근거이론 틀(frame)에 맞추어 분석하고 각 범주간의 관계를 연결시켰다.

마지막으로 핵심 범주를 선택하여 다른 범주들과의 관

계를 진술하고 검증하였으며, 일정한 패턴을 발견하여 자료의 체계화 및 연관성을 강화하여 이를 도해하였다.

4. 연구의 신뢰도 및 타당도 확인

본 연구의 타당도를 높이기 위하여 먼저 참여자 선정 시 다양한 인구학적 배경과 진단을 받은 환자 가족을 고루 추출하고자 노력하였다. 참여자의 진실 왜곡, 감춤의 가능성을 줄이기 위하여 신뢰감을 형성하는 관계 유지 기간을 충분히 가졌고, 여러 번 반복적으로 면담하여 깊고 풍부한 자료를 얻고자 노력하였다.

신뢰도를 높이기 위하여 면담 동안 같은 질문을 다른 형태로 다시 하거나 여러 차례의 면담으로 반복 확인해 보았다. 자료 분석 과정에서도 수집된 자료를 계속 비교하고 제기된 주제들을 반복적으로 확인하는 과정을 거쳤으며, 결과를 선행 연구 및 문헌과 비교하면서 확인하였다. 또한 연구 결과를 참여자에게 다시 제시하여 자신의 경험을 설명하고 있느냐고 물어보아 신뢰성을 확인하였다.

IV. 연구 결과

1. 근거 자료 분석에서 나타난 개념 및 개념의 범주화

근거 자료에서 정신질환자 가족의 경험으로 나타난 개념은 다음과 같이 152가지였으며, 지면상 개념화에 이용된 원 자료를 모두 제시하지는 못하였다.

부호화 과정에서 확인된 152개의 개념 중 같은 현상에 속하는 개념들을 묶어서 범주화하였는데, 이들 개념은 40개 하위 범주로 통합되었다. 이 하위 범주들을 다시 묶어서 범주화하여 15개의 상위범주가 확인되었다(표 1).

2. 근거 이론 패러다임에 따른 범주 및 과정분석

1) 범주 분석

〈표 1〉 근거이론 패러다임에 따른 범주

개	개	개	개
념	념	념	념
잘못 키움, 부모탓	하위범주	상위범주	패러다임
유전병, 조상탓, 귀신씨임, 전생의 업	부모측 요인	발 병	인과적 조건 : 발 병
약물오용, 병원탓	선천적 요인		
정신력 약화, 스트레스	치료과정 요인		
	환자측 요인		

〈표 1〉 근거이론 패러다임에 따른 범주(계속)

개 념	하위범주	상위범주	패러다임
막막함, 정제감, 실망감, 좌절감, 아득함, 희망없음, 갈수록 태산 답답함, 어떻게 해야할지 모름, 끝이 안보임, 회의스러움 가슴이 터짐, 숨막힘, 안타까움, 이해안됨, 한심스러움 형제들의 무관심으로 인한 부담 증가, 힘겨움, 지침, 자포자기 스트레스, 감당안됨, 역부족, 읽매임, 자유 없음, 굴레, 전생의 업보 여가활동 제한, 박탈감, 창피함, 부끄러움, 숨기고 싶음 경제적 압박감, 치료비 부담, 밀빠진 독에 물 붓기 소중한 면을 잃음, 행복한 삶으로의 회복 불가 의기소침, 위축, 울적함, 자존심 상함 혼자되는 느낌, 외로움, 고립감, 소외감	절망감 예후에 대한 답답함 환자에 대한 답답함 심리적 부담 역할 부담 사회적 부담 경제적 부담 상실 자아상실 관계 상실	답답함 부담감 상실감	중심현상 : 답답함 부담감 상실감
이해, 사랑 안타까움, 측은함, 불쌍함, 애뜻함 애착, 마음이 쓰임 죄의식, 책임감, 후회, 미안함 귀찮음, 짜증 미움, 싫음 화남, 속상함, 참기 어려움 무서움, 위협감, 공포감, 긴장, 걱정, 불안감 배신감, 섭섭함, 책임전가 당함, 무시당함, 인정받지 못함	수용 연민 관심 죄책감 성가심 미움 분노 두려움 서운함	애정 거부감	맥락 : 애정 거부감
이해안됨, 모르겠음 도움이 안됨, 자책, 무력함, 자신없음, 노력의 한계 느낌, 미흡함 무관심, 성가심, 하기 싫음, 귀찮음 사회적으로 무시당함, 인정받지 못함, 이웃과의 갈등 차가운 사회적 시선, 차별 대우, 제외당함 가족으로부터 거절당함, 외면당함, 무시당함 의료진에 대한 불신, 불만, 원망, 실망, 치료를 거부당함	어려움 무능함 나태함 거부당함 왜곡된 사회적 인식 가족 갈등 의료에 대한 불신	지식 부족 노력의 부족 사회적 지지 부족 가족의 지지부족 의료인의 지지부족	중재 상황 : 정신질환에 대한 지식과 정보 노력 지지
도움이 되고자 알고 싶음, 책임감 느낌, 교육 프로그램 희망, 상담원함, 자신의 경험으로 다른 가족을 돕고 싶음, 지지 그룹 원함, 하소연 상대가 필요함 최선을 다함, 포기하지 않음, 병과 맞섬 읽매임에서 해방, 벗어나고자 함, 탈출구 모색, 여가 활동 원함, 감정 다스리기, 감정 풀기	정보의 추구 지지 추구 노력 추구 자유 추구	추구 	전략 : 추구 (정보, 지지, 노력, 의논상대찾음, 경험 나누고 싶음, 자유 추구)
보람, 기쁨, 기대감 자랑스러움, 대견스러움 참율성, 인생을 배움, 공감력이 커짐, 너그러워짐, 포용력 삶의 의미 발견, 베푸는 삶, 신안심, 감사의 삶, 소중함 발견 참기, 익숙해짐 보람없음, 희망없음, 그만두고 싶음, 무시함, 죽기를 바랍, 회피, 비판, 포기	희망 대견함 성숙 감사 적응 체념	의미 발견 순응 체념	결과 : 의미 발견 순응 체념

18개의 상위 범주들을 인과적 조건(causal condition), 현상(phenomenon), 맥락(context), 중재상황(intervening conditions), 작용/상호작용 전략(action interaction strategies), 결과(consequences)로 분석하고 연결하여 다음과 같이 패러다임 모델을 개발하였다.

인과적 조건 : 발병

정신질환자 가족의 경험에서 나타난 인과적 조건 범주는 내적, 외적 요인으로 의한 '발병'이었으며, 발병 요인에는 부모, 선천적, 치료과정 및 환자측 요인이 각각 내포되어 있었다. 특히 정신질환자 부모의 죄책감이 강하게 반영되어 있어 이에 대한 지지와 중재가 필요함을 알 수 있었다.

중심 현상 : 답답함, 부담감, 상실감

정신질환자 가족은 병이 만성적인 과정을 거치면서 지속적으로 재발하고, 치료 방법이나 불확실한 예후로 인하여 절망하고 몹시 답답해하였다. 갈수록 무관심해지는 형제들과 이로 인하여 환자 돌보기를 혼자 감당해야 하는 심리적, 경제적 부담이 점점 가중되어 지치고 힘에 겨워하였다. 환자뿐 아니라 나머지 형제들의 혼인 시에도 정신질환자 가족이라는 이유만으로 분수에 맞는 배우자를 찾아야 할 정도로 사회적 활동에 제약과 부담을 안고 살아가고 있었으며, 발병이전의 행복했던 삶의 상실과 형제, 친지, 이웃과의 갈등으로 인하여 친밀하였던 관계의 상실도 경험하였다. '답답함'의 속성은 강약이며, 그 정도의 영역은 심함-약함이었다. 그리고 '부담감'과 '상실감'의 속성은 다소이며, 그 정도의 영역은 '크다-적다'이었다.

맥락 : 애정/거부감

정신질환자 가족의 경험에서 나타난 맥락의 범주는 환자에 대한 '애정/거부감'이었다. 가족은 환자를 사랑하고 측은하게 여기면서 가슴아파하고 한편으로는 자책도 하면서 애정을 가지고 이해하고 수용하는 반면에, 아무리 애써도 좋아지기는커녕 오히려 발병의 책임을 가족들에게 전가하고 원망할 때의 서운함, 가족들을 못살게 굴어 성가시고 화나게 하며, 폭력적인 상황에서 느끼는 두려움 등의 부정적인 감정으로 환자에 대한 거부감을 느끼기도 하였다. 애정과 거부감의 속성은 강약이며 정도의 영역은 '강함-약함'이었다.

중재상황 : 정신질환에 대한 지식과 정보, 노력, 지지
정신질환자 가족의 경험에서 나타난 중재 상황으로는 '정신질환에 대한 지식과 정보', '노력' 및 '지지'였다. 환자를 끝까지 포기하지 않고 어떻게 해서든 완쾌시켜 행복을 되찾아주고자 하는 마음은 간절하나 그 방법을 몰라 스스로 무능함을 탄식하면서 정신질환에 대한 지식과 정보의 부족을 느끼고 있었다. 그리고 시간이 지날수록 점점 무관심해지고 귀찮게 여기면서 자포자기하고 나태하게 변해 가는 노력의 부족, 정신질환에 대한 왜곡된 사회적 인식과 지지의 부족, 거절하고 외면하는 다른 가족구성원들의 지지 부족 및 의료인들과 의료기관의 지지 부족 등을 경험하였다. 이들 범주의 속성은 다소이며 정도의 영역은 '많음-적음'이었다.

전략 : 추구

환자에게 진정으로 도움이 되고 낮게 하고자 정신질환에 대한 지식과 정보를 구하며 교육 프로그램에 열심히 참가하고 상담도 원하였다. 환자를 돌보다가 부딪히게 되는 수많은 난관을 극복하기 위하여 다른 가족들과 경험을 나누고 하소연도 하면서 자신의 경험을 토대로 같은 문제에 봉착하여 어려움을 겪고 있는 다른 가족들에도 도와주면서 서로 지지할 수 있는 상대를 원하고 있었다. 최악의 상황에서도 환자를 끝까지 포기하지 않고 병과 맞서 싸울 것임을 다짐하고 최선을 다하면서 노력을 추구하기도 하고, 여가 활동 등을 통하여 스스로 감정을 다스리면서 얽매임에서 탈출하고자 자유를 추구하기도 하였다. 이들의 속성은 강도이며 정도의 영역은 '강함-약함'이었다.

결과 : 의미 발견, 순응, 체념

중심현상인 '답답함', '부담감', '상실감'이 지식과 지지, 노력과 자유의 추구라는 대처를 통하여 정신질환자 가족은 스스로 소중한 의미를 발견하기도 하고 순응하기도 하나, 가치를 발견하지 못하여 체념하고 포기해버리기도 하였다. 각고의 노력과 인내를 통하여 조금씩 회복되어 가는 환자의 모습을 통하여 대견해하면서 희망을 버리지 않았고, 환자를 통하여 인생의 의미를 깨닫고 신앙속에서 감사의 삶을 살아갈 수 있는 성숙을 경험하였다. 그러나 아무리 노력해도 변하지 않고 갈수록 막막하고 부담스럽지만 한 환자를 보면서 희망을 버리고 환자가 죽기만을 바라거나 무시하고 회피하면서 점점 포기하게 됨을 경험하기도 하였다.

2) 과정 분석

근거 이론적 접근에서 과정(process)이라는 개념은 단계의 단순한 서술 이상의 것으로 분석에서 변화된 전략의 심층 조사나 결합을 포함한다. 이는 시간의 경과와 더불어 일어나는 사건의 흐름에 대한 느낌을 줄 수 있을 정도로 충분히 설명되어져야 한다(Strauss & Corbin, 1990).

위의 근거이론 페러다임 모델에 따른 분석 결과를 연결해 볼 때 정신질환자 가족의 경험은 처음 발병 사실을 알고는 왜 자신들에게 이런 일이 일어났는지 발병 요인을 탐구해보며, 치유를 위하여 치료 기관에 의뢰해보지만 쉽게 낫지 않음으로 인하여 많은 부담감과, 답답함 그리고 상실감을 경험한다. 이로 인하여 환자를 거부하기도 하지만 한편으로는 애정과 연민으로 환자를 돕고자 정신질환에 대한 지식과 지, 노력을 추구하면서 의미를 발견하고 순응해나가는 과정임을 알 수 있었다.

① 발병의 원인

을 탐구하는 과정

환자의 발병을 알고는 자신들에게 왜 이런 일이 생겼는지 그 원인을 환자 내부와 외부적으로 탐색함으로써 원인을 찾아보는 과정이다. 내적인 면으로 정신력의 약화와 스트레스(태어나서부터 신경이 예민하고 잘 늦었고, 자라면서 너무 어둡고 소심했어), 외적으로는 부모가 잘못 키움(애가 어릴 때부터 우리 부부가 거의 매일 싸우다시피 했어. 그러니 애가 불안해서 병에 안 걸리고 배기겠어? 아이가 어릴 때 시어머니랑 사이가 나빴는데, 그 본복이유 아이에게 다했어), 유전병(삼촌도 정신병원에서 살고있고, 시어머니도 정신이상으로 돌아가셨어. 내가 보기에는 식구들이 다 제정신이 아니어), 전생의 업(제가 전생에 업이 많아서 자식 가수에 못을 박내려), 조상 탓(하도 땡땡해서 똥한 스님께 물어보았더니 조상 중에 한 멧친 귀신이 있어서 그렇대. 그래서 알아보니 정말 억울하게 죽은 조상이 있더라구)과 더불어 병원에서의 치료 실패(병원에서는 독한 약까지 치유해서 사람을 바보로 만들고, 이빨이 다 어긋났어. 상당은 안 해주고 가뉘만 놓고...) 등을 원망하는 단계이다.

② 정신질환에 시달림으로 인한 답답함, 부담감, 상실감의 경험 과정

정신질환자 가족은 환자가 회복되지 않고 재발이 반복되자 장기간에 걸친 환자 돌보기로 인하여 심리적, 사회적, 경제적 한계와 부담(장래를 생각하면 딱딱하고, 내가 죽고 나면 어떻게 될지 생각하면 기가 막혀요. 낯 보기에도 부끄럽고 숨기게 되지요. 여동생은 시집보내는데 밝히기도 그렇고 말하자니 혼인이 깨질 것 같아 입부러 이전 거 저런 거 다 이해해 줄만한 혼처자리만 알아보고 시집보냈어. 정신병이 하루 이틀만에 낫는 것도 아니니 치료비가 부담이예요, 지금까지는 형제들이 나누어서 냈는데 전전 오빠들도 형제들 끊고 나몰라라하니 이제는 나 혼자 맡게 되었는데 너무 부담이 되)을 느끼며, 예후에 대한 절망감(낫는다고 생각하지는 않아요, 이렇게 평생 사는 거지요. 나이 들어가면서 더 신해져요. 벌써 30년째 저러고 있으니...)과 환자의 이해할 수 없는 행동으로 답답함(왜 그러는지 아주 땡땡하고, 보고 있노라면 내 가슴이 터져요. 땡땡하고 한심해요. 아무리 말해도 듣지않아요)과 이전의 행복했던 삶으로 돌아갈 수 없음(이전에는 걱정없이 살았는데, 병원비 때문에 이제는 형제들끼리도 우애가 상해 서로 원수 같아지고.., 죽어야 끝이 나지 이제는 이전처럼 잘 살기는 걸렸어)을 예감하면서 상실감을 맛보는 단계이다.

시간이 갈수록 가족들은 지쳐가고 환자를 이해하고 연민으로 안타까워하면서 애정(지번내 내 생일에는 장강을 사왔더라구, 그래도 저거 없었더라면 그런 낙도 없었을 거예요. 얼마나 착하고 인정이 많은지 몰라요. 자라면서 한번도 속상하게 한적 없고 어릴 때는 정말 영리하고 착했어, 그 생각만 하면 지금 애먹이는 것은 다 잊게되고 내가 죽기전에 어떻게 해서든지 꼭 낫게 하고 말 거라고 다짐해)을 거듭 확인하기도 하지만, 환자의 예측 불허한 부정적인 반응과 난폭한 상황의 반복으로 점점 미움(너무 얽고 인간 같지 않아서 속직히 죽기를 바라기도 했어. 내가 맨날 어디 가서 죽어버리라고 말해)과 성가심(나 살기도 바쁜데 정신병원에 있는 친정 오빠 신경 쓰자니 정말 짜증이 나서 죽겠어. 시댁 식구들 눈치도 보이고...). 분노(어떤 때는 저 죽이고 나도 죽어버리고 싶어. 귀신은 저 인간 안 장애가고 뭐하는지 내가 죽으면 저 인간부터 장애갈거예요), 두려움(자가가다가 장애가 목을 조를 것 같이 선풍해, 려나면 눈이 뒤집히니 얼마나 무서운지..), 서운함(내가 지금까지 살면서 얼마나 잘해주었는데 배은망덕도 유분수지. 아무리 잘해줘도 그때뿐이지 은혜를 몰라요. 그러니 짐승이지...)을 느끼면서 거부감을 표현하기도 하는 단

계이다.

③ 치유를 위하여 지식과 정보, 노력 및 지지를 추구 하는 과정

가족은 환자를 돌보는 과정에서 답답함, 부담감, 상실감으로 인하여 환자로부터 애정과 거부감을 느끼기도 하지만 그들을 치유시키고 진정으로 돕고자 정신질환에 대한 지식과 정보를 구하고(내 곁은 아들 장가보내서 명절이면 며느리랑 음식장만해보는 건데 어떻게 해서든지 낮게 해서 행복하게 사는 모습 복 거예요. 어떻게 해야 도움이 되는지 알고 싶어요. 우리는 잘 모르잖아요. 환자 보호자들을 교육해주는 프로그램이 있었으면 좋겠어요), 나태해지는 자신을 스스로 돌아보면서 보다 노력할 것(끝까지 포기하지 않을 거예요. 나태져 포기하면 진짜 복싱하게 되요. 병이 이기나 내가 이기나 어디 한번 해보자하고 당당히 마음먹었어요)을 다짐한다. 아울러 사회적 지지(같은 경험을 가진 사람들은 서로 잘 이해할 수 있고 이야기도 통하잖아요. 당당할 때는 서로 만나 의논도 하고 하소연도 하고 싶어요. 처음에는 나도 잘 몰랐어요 그래서 지금은 저의 경험으로 저처럼 어려운 처지에 있는 다른 가족들을 도와주고 싶기도 해요)와 스스로 감정을 다스리기 위하여 탈출구를 모색하여 자유를 추구(어떻게 때는 나도 내 감정을 다스릴 수가 없어 폭발할 때가 있어요 그러면 혼자 산에 가서 소리도 치고 굶고 가서 식껏 먹기도 해요. 어차피 하루 이틀에 끝나지 않을 병인데 나도 살아야지 싫어 이제는 친구도 만나고 일부러 놀러도 가고 해요)하기도 하는 단계이다.

④ 의미를 발견하고 순응해나가는 과정

마지막으로 갈수록 커지는 부담감과 소진으로 가족은 차라리 환자가 죽기를 바라면서 외면하고 무시하고 체념(20년 동안 병 뒤편까지하면서 내 삶은 엉망이 되고 치루비로 집도 낡고, 희망은 버렸어요. 이제는 다 잊고 저대로 살고 싶어요, 없는 센치고 싶지요)에 빠지기도 한다. 그러나 자신의 노력을 통하여 환자들이 회복되는 모습을 보면서 대견함(조금씩 나아서 제게 고생했다고 이야기할 때는 얼마나 대견한지...)과 희망을 되찾고 감사의 삶(우리 집안에 그런 애가 없었다면 낡은거려 걱정 없이 편하게 살았겠지만 제가 인생의 깊은 의미를 경험하지는 못했겠지. 우리 아이 생각하면서 좋은 일도 많이 하고 신앙도 가지게 되었지요)으로 더욱 성숙하고 현실에 순응해 나간다.

3. 자료의 가설적 관계 진술, 관계 개요

1) 가설적 관계 진술

근거 자료에서 범주간의 관계성이 드러나게 되는데, 마지막 부호화 과정에서는 이론의 구성을 돕기 위하여 범주간의 관계를 진술하고, 지속적으로 자료를 통하여 확인하는 과정을 거치면서 검증할만한 진술을 제시한다.

연구 자료 분석을 통하여 검증할만한 가설적 관계진술은 다음과 같다.

- ① 정신질환자 가족이 환자에게 느끼는 애정이 약할수록 부담감은 클 것이다.
- ② 정신질환자 가족이 환자에게 느끼는 거부감이 강할수록 부담감은 클 것이다.
- ③ 정신질환자 가족의 정신질환에 대한 지식과 정보가 적을수록 부담감은 클 것이다.
- ④ 사회적 지지가 적을수록 정신질환자 가족의 부담감은 클 것이다.
- ⑤ 다른 가족 구성원의 지지가 적을수록 정신질환자 가족의 부담감은 클 것이다.
- ⑥ 의료인의 지지가 적을수록 정신질환자 가족의 부담감은 클 것이다.
- ⑦ 정신질환자 가족의 의미발견 정도가 적을수록 부담감은 클 것이다.
- ⑧ 정신질환자 가족이 느끼는 답답함의 정도가 클수록 부담감도 클 것이다.
- ⑨ 정신질환자 가족이 느끼는 상실감의 정도가 클수록 부담감도 클 것이다.

2) 가설적 관계 개요

자료에 근거하여 도출된 가설적 관계 진술을 토대로 중심현상과 각 범주간의 가설적 관계 개요를 서술적으로 기술해보면 다음과 같다.

정신질환자 가족은 환자가 정신질환에 걸리게 된 원인을 환자의 정신력 약화와 스트레스, 부모의 잘못된 키움, 유전병, 전생의 업, 조상 탓과 더불어 병원에서의 치료 실패 등에 두고, 환자를 돌보느라 많은 심리적, 사회적, 경제적 한계와 부담을 느끼면서 환자의 이해할 수 없는 행동으로 답답해하고, 이전의 행복했던 삶으로 돌아갈 수 없음을 예감하면서 상실을 경험한다. 시간이 갈수록 가족들은 점점 지쳐가고 한편으로는 환자를 이해하고 연

민으로 안타까워하면서 애정을 거듭 확인하기도 하나, 또 한편으로는 환자의 난폭하고 이해할 수 없는 행동으로 거부감을 느끼기도 한다. 그러나 그들은 환자를 진정으로 돕고자 정신질환에 대한 지식과 정보를 구하고, 나태해지는 자신을 스스로 돌아보면서 보다 많은 사회적 지지와 다른 가족구성원 및 의료인들의 지지를 구한다. 이러한 경험을 통하여 환자에게 대견함과 희망을 되찾고 감사의 삶으로 새로운 의미를 발견하고 성숙을 향하여 나아간다.

4. 유형 분석

근거 자료를 분석한 결과 정신질환자 가족의 경험 과정에서 나타나는 행동 유형은 다음과 같이 네가지 유형으로 확인할 수 있었다.

첫째, '지식 추구형'으로 가족은 환자를 돌보는데 필요한 지식과 정보를 구하기 위하여 교육 프로그램과 자조 집단 모임에 참석하고, 상담도 원한다.

이 유형은 환자에 대한 애정이 강하며 발병 기간이 1년 이내로 비교적 짧은 경우로서 사회공포증 환자를 둔 46세의 환자 어머니가 이 유형에 해당하였다. 환자의 발병 기간은 6개월 정도였으며 발병전 환자는 매우 영리하고 착하고 모범생이었다고 한다. 환자의 어머니는 환자를 완치시키고자 하는 강한 의지를 가지고 있었고 가족 모임에 참가하여 많은 지식과 정보를 얻고 싶어하였다.

둘째, '지지 추구형'으로 자신의 경험을 통하여 자신과 비슷한 처지에 있는 다른 가족을 돕고자 하며, 의논과 하소연의 상대를 찾아 서로 지지와 경험을 나누고 싶어한다.

이 유형은 환자에 대한 거부감이 약하고 애정이 강하며 발병 기간이 6~10년 정도의 경우로서, 정신분열병 환자를 둔 55세의 환자 어머니가 이 유형에 해당하였다. 환자의 발병 기간은 7년 정도였으며 어머니는 환자의 발병을 처음으로 알았을 때는 받아들이기가 힘들었고 어떻게 해야할지 몰라서 무척 힘들었지만 지금은 받아들이고 환자가 조금이라도 나올 수 있도록 노력하는 중이라고 하였다. 정신질환자의 가족은 사회적으로 스스로 위축되고 소외감을 느끼게 되는데, 같은 처지에 있는 가족들과 경험을 나누고 의지하면서 서로 도움을 나누고 싶어하였다.

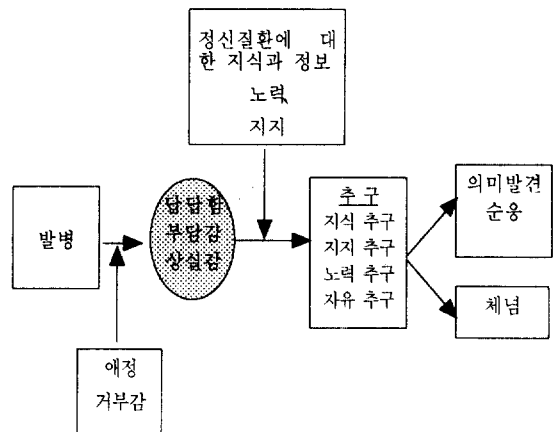
셋째, '의미 발견형'으로 새로운 희망과 성숙을 경험하면서 감사하는 마음으로 삶의 새로운 의미를 발견한다.

이 유형은 환자에 대한 거부감과 애정은 보통 정도이나 다른 가족 구성원과 사회적 지지가 많은 경우로서, 정신분열병을 둔 48세의 환자 어머니가 이 유형에 해당하였다. 환자의 어머니는 고학력(대출)으로 경제적으로도 부유하여 이전에는 부족함없이 살았으나, 환자의 발병 후부터는 이전에 즐기던 동창회 등 사교 모임대신 아들을 생각하면서 봉사 활동과 신앙 생활에 열심히 헌신하게 되었다고 한다. 자신이 바르게 살면 언젠가는 아들이 치료될 것이라는 희망을 가지고 있었고, 환자를 통하여 참을성과 인내심도 커졌고 남을 이해하는 폭이 넓어졌다고 한다.

넷째, '체념형'으로 심한 심리적, 사회적, 경제적 부담감과 더불어 아무리 노력해도 점점 나빠지는 환자를 보면서 절망감과 실의에 빠져 환자를 무시하거나 포기하게 된다.

이 유형은 환자에 대한 거부감이 강하고 애정이 약하며 발병 기간이 20~30년 이상으로 오래된 경우였다. 68세의 정신분열병 환자 어머니와 36세의 정신분열병 환자 여동생이 이 유형이 해당하였다. 환자 여동생의 경우 처음 발병 시에는 형제들이 모두 관심을 가지고 치료비도 같이 부담하면서 환자의 회복을 위하여 함께 노력하였지만 재발과 재입원이 반복되자 점점 무관심해지고 왕래를 끊는 등 서로 사이가 나빠졌다고 한다. 그리하여 지금은 치료비와 환자를 보살피는 일을 본인 혼자서 부담할 수밖에 없어 경제적으로나 시간적으로 부담감을 많이 가지고 있었고 몹시 소진된 상태로 차라지 모른 채하고 살고 싶다고도 하였다.

〈그림 1〉 정신질환자 가족의 경험에 관한 패러다임 모형



V. 논 의

본 연구의 결과는 정신질환자 가족들이 환자를 돌보는 과정에서 얼마나 많은 부담과 어려움을 경험하는지를 보여주고 있다.

연구 결과에 나타난 정신질환자 가족의 경험 중 인과적 조건 범주는 '발병'이었는데, 특히 정신질환자 부모의 죄책감과 의료진의 불성실 및 치료 실패에 대한 원망 등이 반영되어 있어 이에 대한 지지와 증제가 필요함을 확인할 수 있었다. 즉 부모가 스스로 죄책감에서 벗어나 환자에게 긍정적인 영향을 주고 부모 스스로도 건강한 삶을 영위할 수 있도록 도와주어야 할 것이다. 아울러 의료인에 대한 가족의 불신은 약물 복용 및 치료의 순응도를 저하시켜 치료를 저해하는 중요한 요인이 되므로, 정신질환자에 대한 보다 성실한 자세와 수용적인 태도로 환자와 그 가족을 배려하고 최선을 다하는 모습을 보여야 할 것이다.

정신질환자 가족의 경험 중 중심현상은 '부담감'이었다. 정신질환자 가족은 만성적인 경과 과정을 거치면서 거듭되는 재발과 불확실한 예후로 인하여 답답하고, 심리적, 경제적, 사회적 부담 및 상실감마저 경험하였다. 지금까지의 여러 선행 연구들에서도 정신질환자 가족은 많은 부담을 가진다고 알려져 왔다(Jones, 1996; Rose, 1996; Hatfield, 1978; Thompson & Doll, 1982). 특히 정신질환자 가족은 환자를 돌보면서 많은 심리적, 사회적, 경제적 부담감을 경험하고 있었다. 우리나라의 경우 만성 정신질환자에 대한 직접적인 재정 지원은 전혀 없고 단지 생활보호대상자로 지정된 경우에만 정부가 의료보호 1종과 2종을 통해 의료비만 전액 혹은 부분적으로 지원하고 있어, 가족이 부담해야 할 치료비 부담은 매우 크다. 실제로 정신질환자에게 있어서 발병 후 장기화되는 약물 치료비는 환자와 가족에게 큰 부담으로 작용하고 있다. 약물치료에 있어서 의료보호로 인하여 혜택을 지속적으로 받는 경우에도 환자 자신이 가장이거나 생산층 연령의 가족구성원이 없는 경우에는 수입원을 상실하거나 매우 소액의 생활비로 살아가는 경우가 대부분이기 때문에 많은 선행연구에서도 이러한 경제적 부담을 정신질환자 가족의 부담 중 가장 높은 비율을 보이는 항목으로 지적하였다(Thompson, Doll, 1982). 따라서 정신질환자에 대한 관리를 가족에게만 책임지울 것이 아니라 정신질환에 대한 부정적인 인식의 개혁과

더불어 지지적인 사회적 환경을 조성하여 그들의 부담을 덜어줄 수 있도록 노력해야 할 것이다.

정신질환자 가족의 경험에서 나타난 맥락의 범주는 '애정/거부감'이었다. Brown(1972)은 가족들이 환자를 따뜻하게 지지해줄 때 정신질환의 재발율은 현저히 낮아진다고 보고하였다. 따라서 정신과 간호사는 환자 가족으로 하여금 환자를 이해하고 감정을 긍정적으로 조절할 수 있도록 교육하고 지지해야 할 것이다.

정신질환자 가족의 경험에서 나타난 증재 상황은 '정신질환에 대한 지식과 정보', '노력' 및 '지지'였다. 정신질환자 가족은 환자를 진정으로 돕고 완치시키기 위하여 정신질환에 대한 지식과 정보, 노력 및 지지를 원하고 있었다. 정신질환자 가족의 부담감과 전문적 도움과의 상관 관계를 연구한 오현주(2000)의 연구 결과에서도 가족은 정신질환에 대한 이해의 부족으로 부담감을 경험하고 있어 질병에 대한 지식을 얻을 수 있는 전문적인 도움을 원한다고 밝힌 바 있다. 이길자, 김철권, 서지민(1999)의 연구에서도 정신질환자 가족은 재발 이유, 재발방지법, 예후, 약 복용기간 및 병의 원인 등에 대하여 알고 싶어한다고 하였다. 양옥경(1995)도 정신질환자 가족은 지역사회에서 활용 가능한 자원에 대한 정보와 질병에 대한 교육에 대하여 알고 싶어하였고, Merinder, Viuff, Laugesen, Clemmensen, Misfelt, Espensen (1999)도 가족교육 프로그램에 참여한 가족이 전보다 환자에 대한 지지가 증가되었다고 보고하였다. 그러나 아직까지 많은 가족들이 우리나라에 정신질환자 가족 협회나 자조 집단이 있다는 사실조차 모르는 경우가 많다. Magliano, Fadden, Fiorillo, Malangone, Sorrentino, Robinson(1999)은 정신질환자 가족의 질병에 대한 지식이 많을수록 효율적으로 대처함을 보고하였는데, 그들이 보다 많은 지식과 정보를 가지고 효율적으로 대처할 수 있도록 가족지지 프로그램의 활성화를 다시 한번 강조한다.

경험의 결과 범주는 '의미 발견, 순응' 혹은 '체념'이었다. 이는 이경순(1997)이 정신질환자 가족의 경험을 현상학적 연구방법을 이용하여 분류한 주제인 긍정적 정서 및 성숙과도 일치하는 결과로 볼 수 있다. 그러므로 정신간호사는 정신질환자 가족에 대한 전이적인 간호를 통하여 그들이 가족으로서의 경험 가운데 긍정적인 의미를 발견하고 환자 간호에 지지적인 역할을 할 수 있도록 힘껏 도와야 할 것이다.

VI. 결론 및 제언

본 연구의 목적은 정신질환자 가족이 환자를 돌보면서 경험하게 되는 정신질환자 가족의 경험에 대한 실제 이론을 구성하기 위함이다. 정신질환자 가족의 특수한 사회심리적 문제에 대한 본질과 이러한 문제의 해결을 위한 사회심리적 과정을 제시하여 경험의 본질이나 의미를 보다 깊이 이해하기 위한 목적으로 질적 연구 방법의 하나인 근거이론 방법으로 연구하였다.

연구 참여자는 정신질환을 진단받았거나 치료 중인 7명의 환자 가족이었으며, 자료 수집 기간은 1999년 10월부터 2000년 8월까지로 이론적 포화상태가 될 때까지 계속하였다. 자료는 주로 참여자와의 심층 면담과 관찰을 통하여 수집하였고 임상 기록도 참조하였다. 자료의 분석은 Strauss 와 Corbin(1990)의 방법에 따라 이루어졌다.

근거 자료에서 나타난 정신질환자 가족의 경험의 중심 현상은 부담감이며 이외에도 발병, 답답함, 상실감, 애정/거부감, 정신질환에 대한 지식과 정보, 노력 및 지지의 추구, 의미 발견 및 순응, 체념 등 15가지 범주가 확인되었다. 정신질환자 가족이 경험하고 있는 갈등을 해결하고 가치를 발견해나가는 과정은 ①발병의 원인을 탐구하는 과정, ②정신질환에 시달림으로 인한 답답함, 부담감, 상실감의 경험 과정, ③치유를 위하여 지식과 정보, 노력 및 지지를 추구하는 과정, ④의미를 발견하고 순응해나가는 과정 등을 거치고 있었다.

정신질환자 가족으로서 경험하게 되는 갈등으로부터 회복 과정에서 나타나는 정신질환자 가족의 행동 유형을 다음 네 가지로 요약되었다.

첫째, '지식 추구형'으로 가족은 환자를 돌보는데 필요한 지식과 정보를 구하기 위하여 교육 프로그램과 자조 집단 모임에 참석하고, 상담도 원한다.

둘째, '지지 추구형'으로 자신의 경험을 통하여 자신과 비슷한 처지에 있는 다른 가족을 돕고자 하며, 의논과 하소연의 상대를 찾아 서로 지지와 경험을 나누고 싶어 한다.

셋째, '의미 발견형'으로 새로운 희망과 성숙을 경험하면서 감사하는 마음으로 삶의 새로운 의미를 발견한다.

넷째, '체념형'으로 심한 심리적, 사회적, 경제적 부담감과 더불어 아무리 노력해도 점점 나빠지는 환자를 보면서 절망감과 실의에 빠져 환자를 무시하거나 포기하게 된다.

근거 자료에서 나타난 개념간의 관계를 중심으로 다음의 가설들을 도출할 수 있었다.

- ① 정신질환자 가족이 환자에게 느끼는 애정이 약할수록 부담감은 클 것이다.
- ② 정신질환자 가족이 환자에게 느끼는 거부감이 강할수록 부담감은 클 것이다.
- ③ 정신질환자 가족의 정신질환에 대한 지식과 정보가 적을수록 부담감은 클 것이다.
- ④ 사회적 지지가 적을수록 정신질환자 가족의 부담감은 클 것이다.
- ⑤ 다른 가족 구성원의 지지가 적을수록 정신질환자 가족의 부담감은 클 것이다.
- ⑥ 의료인의 지지가 적을수록 정신질환자 가족의 부담감은 클 것이다.
- ⑦ 정신질환자 가족의 의미발견 정도가 적을수록 부담감은 클 것이다.
- ⑧ 정신질환자 가족이 느끼는 답답함의 정도가 클수록 부담감도 클 것이다.
- ⑨ 정신질환자 가족이 느끼는 상실감의 정도가 클수록 부담감도 클 것이다.

본 연구의 결과를 간호학적 측면에서 살펴보면 간호연구면에서는 인간의 다양한 경험 중 하나인 정신질환자 가족의 경험에 대한 실제 이론을 구성하여 그들의 경험을 이해하는데 기여할 것이며, 정신의료영역에서 일하고 있는 실무자는 본 연구의 결과로써 정신질환자 가족이 경험하는 여러 현상을 이해하여 그들과의 진정한 만남에 유용한 지침이 되리라 본다. 간호교육 측면에서는 정신간호 이론과 실습에서 보다 전인적인 시각을 지닌 정신간호사로 이끌어주고 교육함에 있어 유용한 교육자료로 활용할 수 있을 것이다.

이상의 결론을 통하여 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

본 연구는 정신질환자 가족의 경험에 대한 근거이론적 연구로서 계속적으로 다양한 연구 방법으로 수행하여 새로운 개념과 의미를 발견하고 보완함으로써 지속적인 정련화를 기대한다. 임상 실무에서는 본 연구 결과를 정신질환자 가족의 간호에 적용하기 바라며, 간호정책 측면에서 정신질환자 가족의 소진 예방과 스트레스 관리를 위한 프로그램 및 자조 집단 결성의 활성화가 이루어져야 할 것이라고 생각된다. 아울러 정신질환자 가족에 대한 상담과 교육, 지지를 제공할 수 있는 정신전문간호사의 육성도 바람직할 것이다.

참 고 문 헌

- 보건연감 (1999). 서울, 보건신문사.
- 강동호, 김철권, 변원탄 (1995). 정신분열병환자 가족의 객관적, 주관적 부담에 관한 연구. 신경정신의학, 34(1), 193-203.
- 김소야자, 현명선, 성경미, 공성숙 (1993). 입원한 정신질환자 가족의 가정간호 요구도와 가족부담감. 대한간호, 32(3), 68-87.
- 김소야자, 김선아, 현명선 (1999). 정신질환자 가족에 대한 새로운 이해와 접근. 서울: 현문사, 78-79.
- 김용분, 이정섭 (1999). 정신분열병환자 가족부담감과 삶의 질과의 관계에 대한 연구. 정신간호학회지, 8(2), 458-477.
- 김현경 (1998). 만성질환자 가족의 부담감과 사회적 지지와의 관계. 중양의학, 63(1), 37-47.
- 김희정 (1998). 정신질환자를 돌보는 간호제공자의 스트레스 과정. 정신간호학회지, 7(1), 21-34.
- 노춘희 (1998). 일 지역 정신과 퇴원환자 및 가족의 정신건강 요구. 정신간호학회지, 7(2), 219-231.
- 박호숙 (1993). 입원한 정신질환자 가족의 스트레스와 대응 정도에 관한 연구. 전남대학교 대학원 간호학과 석사학위논문.
- 송예현 (1991). 정신질환자 가족의 가족 기능에 관한 연구. 충남대학교 대학원 간호학과 석사학위논문.
- 양옥경 (1995). 정신장애자 가족에 관한 연구-가족의 보호부담, 대처기제, 서비스욕구를 중심으로-. 신경정신의학, 34(3), 809-829.
- 오현주 (2000). 정신질환자 가족의 부담감과 전문적 도움과의 관계 연구. 대한간호학회지, 30(1), 202-212.
- 이광자 (1993). 정신보건법(안)의 문제점과 정신간호사의 역할 및 활용에 관한 연구. 정신간호학회지, 2, 5-22.
- 이경순 (1997). 정신질환자 가족의 경험에 관한 연구. 대한간호학회지, 27(4), 953-960.
- 이정섭 (1998). 재가 정신질환자 가족의 경험 연구. 정신간호학회지, 7(2), 245-256
- 이주훈, 이유상, 김지현, 이순자, 김세술, 유명이 (1996). 강남정신보건센터에 등록된 정신질환자 가족의 부담과 정신보건요구. 용인정신의학보, 3(2), 177-187.
- 이길자, 김철권, 서지민 (1999). 정신분열병 환자의 주 보호자와 형제자매의 욕구에 대한 연구. 정신간호학회지, 8(2), 209-224.
- 현명선 (1992). 퇴원한 만성 정신질환자가 지각한 가족 지지와 사회적 적응과의 관계 연구. 대한간호학회지, 22(3), 352-361.
- 임미영, 안양희 (2000). 정신분열증 환자 가족간호사의 지식과 대처. 정신간호학회지, 9(2), 195-208.
- Ackerman, N. W. (1956). A Study of Family Diagnosis. American Journal of Orthopsychiatry, 26: 66-78.
- Bowen, M. (1961). The Family as the unit of study and treatment. American Journal of Orthopsychiatry, 31: 40-60.
- Eisdorfer, C., Rabins, P. V., & Reisberg, B. (1991). Alzheimer's disease : Caring for the caregiver. Patient Care, 15, 109-123.
- Francell, C., Conn, V., Gray, P. (1988). Families' perceptions of burden of care for chronic mentally ill relatives. Hospital and Community Psychiatry, 39(2), 1296-1300.
- Harrison, C., Dadds, M., & Smith, G. (1998). Family caregivers' criticism of patients with schizophrenia. Psychiatric Services, 49(7), 918-924.
- Hatfield, A. (1978). Psychological costs of schizophrenia to the family. Social Work, 23, 355-359.
- Jones, S. L. (1996). The association between objectives and subjective caregiver burden. Archives of Psychiatric Nursing, 10(2), 77-84.
- Magliano, L., Fadden, G., Fiorillo, A., Malangone, C., Sorrentino, D., Robinson, A., & Maj, M. (1999). Family burden and coping strategies in schizophrenia : are key relatives really different to other relatives?. Acta Psychiatrica Scandinavia, 99, 10-15.
- Merinder, L., Viuff, A., Laugesen, H., Clemmensen, K., Misfelt & Espensen, B. (1999). Patient and relative education in community psychiatry: a randomized

controlled trial regarding its effectiveness. Social Psychiatry and Psychiatric and Mental Health Nursing, 3(1), 181-187.

Rose, E. L. (1996). Families of psychiatric patients: A critical review and future research directions. Archives of Psychiatric Nursing, 10(2), 67-76.

Saylor, C. (1995). Chronic Illness : Impact and Interventions. London : Jones and Bartlett.

Solomon, P., Beck, S., Gordon, B. (1988). Family members' perspectives in psychiatric hospitalization and discharge. Community Mental Health Journal, 20(2), 146-154.

Solomon, P., & Draine, J. (1995). Adaptive coping among family members of persons with serious mental illness. Psychiatric Services, 46(11), 1156-1160.

Strauss, A. & Corbin, J. (1990). Basics of Qualitative Research. California: Sage Publications.

Thompson, E. H., & Doll, W. (1982). The burden of families coping with the mentally ill : An invisible crisis. Family Relations, 31, 379-388.

- Abstract -

Key concept : Mental illness, Family experience,
Grounded Theory Approach

The Experience of Families with Psychiatric Patients : A Grounded Theory Approach

*Bai, Jeung Iee**

The Purpose of this study was to build a substantive theory about the experience of families with psychiatric patients. The qualitative research method used was grounded

theory. The interviewees were seven families with psychiatric patients. The data were collected through in-depth interviews with audiotape recording done by the investigator over a period of ten months.

The data were analyzed simultaneously by a constant comparative method in which new data were continuously coded into categories and properties according to Strauss and Corbin's methodology.

Analysis the grounded data resulted in 152 concepts being identified. Fifteen categories emerged from the analysis. The categories were the fall in mental health illness, heavy in the chest, burden, loss, caring for the patient, hate for patient, lack of knowledge and information, lack of effort, lack of social support, lack of family support, lack of medical support, pursuit, discover of valuing, compliance and abandonment. These substantive categories are consistent with previous research results.

Causal conditions included : the fall in mental health illness. Phenomena : heavy in the chest, burden, loss. Intervention condition : knowledge and information about mental health illness, effort, support. Action/ interaction strategies : desire for knowledge and information, support, effort and liberation. Consequences : discover of valuing, compliance and abandonment. These categories were synthesized into the core concept-burden.

The process of discover of valuing was proceeded by caring for the psychiatric patient, hate for the psychiatric patient, knowledge and information, social support, family support, medical support, discover of valuing, heavy in the chest, loss.

This study will prove helpful understanding families with psychiatric patients.

* Department of Nursing, Inje University