

# 정신보건센터를 이용하는 정신장애인의 삶의 질 관련 요인

변은경<sup>1</sup> · 전성숙<sup>2</sup>

신라대학교 간호학과 초빙교수<sup>1</sup>, 부산대학교 간호대학 교수<sup>2</sup>

## Factors Influencing Quality of Life in People with Mental Disabilities using Mental Health Centers

Byun, Eun Kyung<sup>1</sup> · Jun, Seong-Sook<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Visiting Professor, Department of Nursing, Silla University, <sup>2</sup>Professor, Collage of Nursing, Pusan National University

**Purpose:** The study was done to identify factors influencing the quality of life of people with mental disabilities who use mental health centers. **Methods:** Data were collected by questionnaires from 288 people with mental disabilities in Busan and Kyungnam Province. Data were analyzed using t-test, ANOVA, Pearson correlation coefficients, multiple linear regression with the SPSS/WIN 14.0 program. **Results:** The mean score for quality of life was  $11.3 \pm 1.70$ , and the mean empowerment score was  $59.7 \pm 8.44$ . The significant factors influencing quality of life were gender, age, residential status, number of support people, side-effects of drugs, service type, and empowerment. These factors explained 43.9% of the variance. **Conclusion:** The results suggest that in development and practice of program to increase the quality of life of people with mental disabilities a variety of factors should be considered.

**Key Words:** People with mental disabilities, Quality of life, Empowerment, Mental health center

## 서론

### 1. 연구의 필요성

우리나라에서는 1995년부터 ‘정신장애인들에게 자유로운 환경과 최적의 치료를 받을 권리를 보장한다’는 기본이념을 가지고 정신보건법이 제정되어 시행되고 있고, 이때부터 정신장애인이 지역사회에서 생활하는 데 중요한 개념 중 하나인 재활의 필요성이 사회적으로 부각되기 시작하였다. 2000년에 개정된 정신보건법에서는 지역사회 중심의 정신보건사업의 목적을 더 잘 실행할 수 있도록 하기 위해 지역사회정신보건센터와 사회복지시설에서 정신장애인을 위한 다양한 프로그램을 실시하도록 하고 있다(Han, Han,

& Yun, 2008).

정신보건센터는 지역사회 중심의 통합적인 정신질환자 관리체계 구축을 위해 국가에서 설치한 시설 중 하나로, 정신장애인을 포함한 지역주민들은 센터를 통해 정신질환의 예방과 조기발견, 상담, 치료, 재활 및 사회복귀 등 다양한 서비스를 제공받고 있다. 2010년 1월 말 기준으로, 우리나라의 경우, 전국에서 156개의 정신보건센터가 설치·운영되고 있다(Korea Ministry for Health, Welfare and Family Affairs, 2010). 정신보건센터에서는 정신질환자들을 위해 사례관리 서비스, 위기관리 서비스, 주간 재활 프로그램, 직업재활 프로그램, 주거서비스 네트워크 구축 등 정신질환의 재발을 예방하고 성공적인 사회복귀를 도우며, 사회적응을 높일 수 있는 다양한 프로그램을 운영하고 있으며, 이들

**주요어:** 정신장애인, 삶의 질, 임파워먼트, 정신보건센터

**Address reprint requests to:** Jun, Seong-Sook, Collage of Nursing, Pusan National University, Beomeo-ri, Mulgeum-eup, Yangsan 626-770, Korea. Tel: 82-51-510-8359, Fax: 82-51-510-8349, E-mail: jss@pusan.ac.kr

투고일 2011년 3월 7일 / 수정일 1차: 2011년 5월 30일, 2차: 2011년 6월 15일 / 게재확정일 2011년 6월 15일

프로그램들은 모두 지역사회와 연계하여 적용하고 있다.

현재 우리나라 정신보건사업의 일환으로 정신보건센터 사업이 10년 이상 진행되어오며 따라 지금까지 제공해 온 정신보건 서비스가 정신장애인의 사회복귀와 재활에 효과적으로 제공되었는지에 대한 평가가 필요한 시점이 되었다. 정신보건센터에서 정신장애인에게 제공되는 서비스를 평가하는 것은 현재 사업내용에 대한 평가뿐만 아니라 향후 더 적절한 서비스를 제공할 수 있는 방향과 지침을 제시하는 데도 필요한 작업이라고 생각된다.

정신장애인의 '삶의 질' 향상은 지역사회 정신건강이 추구하는 궁극적인 목적이고, 정신장애인의 삶의 질은 지역사회정신보건서비스의 효과성을 평가하는 중요한 요소이다(El-Bardi & Mellsop, 2007). 그러므로 지역사회 정신보건센터에서 재활서비스를 제공받는 정신장애인의 삶의 질을 평가하는 것은 정신보건센터의 중재와 재활에 대한 치료결과를 평가하는 데 유용할 것으로 생각된다. 또한 정신장애인의 삶의 질에 대한 주관적, 객관적인 평가를 통해 대상자의 치료와 재활의 목표를 설정함으로써 개별 환자에게 실제적으로 필요하며 도달 가능한 수준의 목표를 수립할 수 있으므로 그만큼 성공적인 치료결과를 가져올 수 있을 것이다(Choi, 1997). 삶의 질은 다양하게 정의되는데, 특히 세계보건기구(World Health Organization, 1997)에서는 삶의 질을 '한 개인이 살고 있는 문화권과 가치체계의 맥락 안에서 자신의 목표, 기대, 규범, 관심과 관련하여 인생에서 자신이 차지하는 상태에 대한 자각'이라고 정의했다. 정신장애인들의 경우, 정신질환의 증상 조절이 가능해짐에 따라 지역사회로 복귀하게 되었고, 지역사회 내에서 자신과 연령, 사회적 배경이 비슷한 일반인과 함께 살면서 질적인 삶을 살고 있는지, 만족스러운 삶을 살고 있는지에 대한 관심이 증가하였다. 이는 지역사회 정신보건서비스가 정신장애인의 치료 및 재활과 관련된 서비스 이외에도 정신장애인의 지역사회에서의 삶의 질을 높일 수 있는 다양한 욕구에 반응하는 포괄적인 서비스의 필요성을 내포한다.

지역사회 정신보건서비스가 지향하는 목적이자 가치로서의 삶의 질과 더불어 임파워먼트는 정신보건센터의 서비스를 실제적으로 평가하는 데 매우 중요한 지표(Corrigan, 2002)라고 볼 수 있다. 임파워먼트는 정신장애인을 대상으로 지역사회정신보건이 추구하는 가치 중 하나로, 지역사회에서 생활하는 정신장애인에게 내·외적인 통제력을 회복하고 역량을 강화시키고자 중재되는 것이며, 이는 정신장애인을 위한 사회의 포괄적인 변화 노력이 수반될

때 달성 가능한 결과지표이다. 초기 연구에서는 임파워먼트를 자기효능감이나 자기결정, 그리고 자율성 등과 동일한 의미로서 단순하게 개념화하였다(Gist, 1987). 최근에는 정신보건 서비스 내에서 임파워먼트를 중요한 가치기반으로 제시하면서, 이 개념은 개인 및 집단이 자신이 처한 무력감을 극복하고 힘을 획득해 나가는 과정(Parsons, 1991)으로서 자신의 삶에 대한 통제권을 갖고 타인과의 관계 및 사회적 자원 배분에 영향을 미치는 과정의 결과를 의미하는 것으로 변화하였다(Ha, 2007). 따라서 임파워먼트는 삶의 질에 영향을 미치는 요소로서 무기력을 경험하고 있는 정신장애인들이 내면적인 무기력을 극복할 뿐만 아니라 무기력을 유발하는 사회구조적 요인으로부터 억압된 권리를 인식하고 본인의 삶의 통제력을 가지게 되는 과정이라고 할 수 있다. 그 결과로서 나타나는 변화는 개인적 차원에서 사고와 가치관의 변화, 대인관계적인 차원에서 문제해결에 관한 지식과 기술 등의 변화, 사회정치적인 차원에서는 사회적 활동과 참여의식의 변화 등이다(Han, Lee, & Park, 2001).

치료자 중심의 의료모형에서는 정신장애인들이 서비스 체계 안에서 성인으로서의 자기결정이나 선택이 주어지지 않고 환자역할을 부여받음으로써 무기력을 경험하였으나, 지역사회 정신보건서비스를 통해서 이들이 소속, 존중, 관계, 실질적인 교육과 역량경험, 협력과 자조의 경험을 통하여 스스로를 힘이 있는 존재로 인식하게 되며 따라서 적극적인 사회참여의 동기가 생겨남을 보고하고 있다(Ha, 2007).

정신장애인의 삶의 질에 미치는 요인을 살펴보면, 지역사회에서 생활하는 정신분열병 환자 172명을 대상으로 한 Chan과 Yu (2004)의 연구에서는 성별, 직업유무, 정신적 증상, 입원횟수에 따라 삶의 질이 차이가 있었으며, 외래치료를 받는 정신분열병 환자 211명을 대상으로 한 Daradkeh와 Al Habeeb (2005)의 연구에서는 직업, 교육수준, 정신적 증상에 따라 삶의 질에 차이가 있었다. 정신보건센터를 이용하는 정신분열병 환자 123명을 대상으로 한 Cardoso 등 (2005)의 연구에서는 성별, 결혼상태, 월수입, 교육수준, 약물의 용량, 정신적 증상이 삶의 질과 관련이 있었으며, 지역사회 정신분열병 환자 151명을 대상으로 한 Rho, Kwon과 Rye (2001)의 연구에서는 동거가족 유무, 직업유무, 유병기간에 따른 삶의 질에 차이가 있었다.

정신보건센터를 이용하는 정신장애인의 삶의 만족이나 질에 대한 연구와 정신보건센터의 삶의 질을 통한 정신보건센터의 서비스를 평가하는 연구를 살펴보면 정신보건센

터를 중심으로 정신장애인의 삶의 질에 영향을 미치는 요인 연구(Lee, 2003)에서는 가족기능, 사회적 낙인감, 사회적 지지가 영향을 미치는 요인이었고, 지역사회 정신보건 서비스가 정신장애인의 가족지지와 삶의 질에 미치는 영향(Shin, Kim, & Kim, 2006)에서는 정신보건서비스와 지각하는 가족지지가 영향을 미치는 요인이었으며, 프로그램 참여도와 프로그램 환경이 정신장애인의 삶의 만족과 사회적 적응에 미치는 영향(Lee & Seo, 2007)에서는 경제적 수준, 정신과적 증상, 프로그램 참여도와 프로그램 환경요인이 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이와 같이 정신보건센터를 이용하는 정신장애인의 삶의 질에 대한 연구나 삶의 질에 영향을 미치는 요인에 대한 연구는 다양하게 이루어지지 않았고, 연구결과를 통한 삶의 질을 향상시킬 수 있는 중재도 찾아보기가 힘들다.

이에 본 연구는 정신보건센터에서 주간재활 프로그램, 가정방문 서비스, 직업재활 서비스를 이용하는 정신장애인의 삶의 질과 삶의 질에 영향을 미치는 관련된 요인을 알아봄으로써 정신장애인이 이용하는 정신보건센터의 효과적인 서비스 제공을 위한 기초자료를 마련하고자 한다.

## 2. 연구목적

본 연구는 지역사회 정신보건센터를 이용하고 있는 정신장애인의 삶의 질에 영향을 미치는 관련 요인을 파악하여 정신보건센터의 효과적인 서비스를 위한 기초자료를 제공하기 위함이며 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 대상자의 일반적 특성을 파악한다.
- 대상자의 일반적 특성에 따른 삶의 질의 차이를 파악한다.
- 대상자의 삶의 질과 임파워먼트와의 관련성을 파악한다.
- 대상자의 삶의 질에 영향을 미치는 관련 요인을 규명한다.

## 연구방법

### 1. 연구설계

본 연구는 정신보건센터를 이용하는 정신장애인의 삶의 질에 영향을 미치는 관련 요인을 파악하기 위한 서술적 상관관계 연구이다.

### 2. 연구대상 및 자료수집

본 연구는 부산, 경남에 소재하는 7개의 정신보건센터에 등록되어 주간재활 프로그램, 가정방문 서비스, 직업재활 서비스를 3개월 이상 이용하고 있는 정신장애인을 대상으로 하였다. 기관의 센터장이나 팀장에게 연구목적을 설명하여 연구에 동의를 얻은 정신보건센터만 자료수집이 이루어졌고, 정신장애인 중에서 설문지를 읽고 이해하여 응답할 수 있는 자만을 대상으로 연구의 목적을 설명하였다. 대상자의 윤리적 고려를 위하여 설문자료는 연구목적 외에 다른 목적으로 사용하지 않을 것을 밝히고, 연구동의서에 서명을 받았다. 자료수집기간은 2009년 7월 6일부터 7월 30일까지였고, 330부의 설문지를 배부하여 305부가 회수되었으며, 응답이 미비하거나 적절하지 않은 17부를 제외한 288부를 최종 분석하였다. Cohen (1988)의 power analysis 공식에 근거하여 유의수준( $\alpha$ ) .05, 효과크기( $R^2$ ) 중간정도인 .13, 검정력( $1-\beta$ )은 .80으로 산정하였을 때, 본 연구에서 독립변수의 수가 13개로 필요한 최소 대상자 수가 131명으로 산출되었으므로, 본 연구의 대상자는 충분하다고 할 수 있다.

### 3. 연구도구

#### 1) 삶의 질

Min, Lee, Kim, Suh와 Kim (2000)이 세계보건기구의 삶의 질 간편형 척도(WHOQOL-BREF) (World Health Organization, 1997)를 그대로 번안하여 수정, 영어로의 역번역의 과정을 거쳐 신뢰도와 타당도를 검증하여 한국판 삶의 질 간편형 척도로 개발한 설문지를 사용하였다. 설문지는 총 26개 문항으로 구성되었고, 2개 문항은 자신의 삶의 질 평가 및 건강상태와 관련되며, 나머지 24개 문항은 신체적 건강영역(3, 4, 10, 15, 16, 17, 18문항), 심리적 영역(5, 6, 7, 11, 19, 26문항), 사회적 관계영역(20, 21, 22문항), 환경영역(8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25항목) 등 4개 영역이다. 각 문항은 5점 평점척도로 점수범위는 4~20점이다. Min 등 (2000)의 연구에서는 Cronbach's  $\alpha$  = .90이었고, 본 연구에서는 Cronbach's  $\alpha$  = .82로 나타났다.

#### 2) 임파워먼트

Rogers, Chamberlin, Ellison과 Crean (1997)이 개발한 Empowerment Scale 28문항의 4점 척도를 Lim (1999)이

변안하고 요인분석을 통하여 추출한 23문항의 설문지로 측정하였다. 설문지는 낙관적 시각 및 미래에 대한 통제력을 포함한 자기존중-효능감, 무기력감-실제적인 힘, 정당한 분노를 포함한 지역사회활동 및 자율성 등의 3개의 영역으로 구성되었다. 각 문항은 4점 Likert 척도로 부정적인 진술문항은 역점수를 사용하였고, 점수가 높을수록 임파워먼트가 높은 것을 의미한다. Lim (1999)의 연구에서 전체 Cronbach's  $\alpha = .79$ , 하부척도의 신뢰도를 각각 Cronbach's  $\alpha = .85, .62, .71$ 이었고, 본 연구에서는 전체 Cronbach's  $\alpha = .79$ , 하부척도는 Cronbach's  $\alpha = .86, .69, .87$ 로 나타났다.

#### 4. 자료분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 14.0 프로그램을 이용하여 분석하였다. 대상자의 일반적 특성은 실수와 백분율로, 삶의 질과 임파워먼트는 평균과 표준편차로 구하였다. 대상자의 일반적 특성에 따른 삶의 질의 차이는 t-test, one-way ANOVA를 실시하였고, 사후 검정은 Sheffe로 분석하였다. 연구변수들과 삶의 질과의 관계는 Pearson's correlation coefficients로 분석하였다. 삶의 질에 영향을 미치는 관련 요인을 파악하기 위하여 stepwise multiple linear regression 분석을 실시하였으며, 명목척도인 성별(여=0; 남=1), 학력(고졸 이하=0; 대학 이상=1), 가족월수입(150만원 미만=0; 150만원 이상=1), 주거형태(자가=1; 전세/월세/전세+월세/기타=0), 의료형태(의료보호/일반=0; 의료보험=1), 입원횟수(3회 이하=0; 4회 이상=1), 발병시기(30세 미만=0; 30세 이상=1), 진단명(정신분열병=0, 기분장애/분열형 정동장애/기타=1), 지지자수(0~2명=0; 3명 이상=1), 약물부작용(매우 심하다/ 심하다/보통이다=0, 거의 없다/없다=1) 서비스 유형(가정방문=0, 주간재활 프로그램/직업재활 프로그램=1)은 dummy 변수로 처리하여 분석하였다.

이었다. 종교는 기독교 102명(35.4%), 불교 88명(30.6%)의 순으로 나타났고, 학력은 고졸이 158명(54.9%)으로 대부분을 차지하였다. 결혼상태는 미혼이 224명(77.8%)으로 가장 많았고, 가족월수입은 50~69만원이 74명(25.7%)으로 가장 많았다. 주거형태는 자가 136명(47.2%)으로 가장 많았고, 의료형태는 의료보험이 142명(49.3%), 기초수급자 1종 112명(38.9%)의 순으로 나타났다. 입원횟수는 1~3회가 142명(49.3%)으로 가장 많았고, 발병 시기는 20~24세 94명(32.6%), 20세 미만 68명(23.6%)의 순으로 나타났다. 진단명은 정신분열병이 218명(75.7%)로 가장 많았고, 지지자수는 1~2명이 124명(43.1%)으로 가장 많았다. 약물 부작용 여부는 '보통이다'가 104명(36.1%)으로 가장 많았고, 서비스 유형은 주간재활 프로그램을 받고 있는 경우가 140명(48.6%)으로 가장 많았다.

정신보건센터 이용하는 정신장애인의 일반적 특성에 따른 삶의 질에 유의한 차이를 나타낸 변수는 성별( $t=17.03, p<.001$ ), 연령( $F=3.43, p=.009$ ), 학력( $F=4.57, p=.004$ ), 가족월수입( $F=9.70, p<.001$ ), 주거형태( $F=13.00, p<.001$ ), 의료형태( $F=3.69, p=.026$ ), 입원횟수( $F=4.18, p=.003$ ), 발병시기( $F=3.51, p=.004$ ), 진단명( $F=3.81, p=.011$ ), 지지자수( $F=9.14, p<.001$ ), 약물부작용 여부( $F=2.89, p=.023$ ), 서비스 유형( $F=22.51, p<.001$ )이었다. 사후 검정한 결과 30~39세가 50~59세보다 삶의 질이 유의하게 높았고, 학력은 전문대졸이 중졸보다 유의하게 높았다( $F=4.57, p=.004$ ). 가족월수입은 50만원 미만이 150~199만원 미만, 200만원 이상 보다 삶의 질이 유의하게 낮았고, 50~69만원 미만이 150~199만원 미만보다 삶의 질이 유의하게 낮았으며, 70~99만원 미만이 100~149만원 미만, 150~199만원 미만, 200만원 이상보다 삶의 질이 유의하게 낮았다. 입원횟수는 '없다' 보다 4~6회가 삶의 질이 유의하게 높았다. 지지자수는 1~2명, 3~5명, 10명 이상이 '없다' 보다 삶의 질이 유의하게 높았고, 1~2명 보다 10명 이상이 삶의 질이 유의하게 높았다. 서비스 유형에서는 가정방문을 받는 경우보다 주간 프로그램과 직업재활 프로그램에 참여하는 경우 삶의 질이 유의하게 높은 것으로 나타났다(Table 1).

## 연구결과

### 1. 일반적 특성에 따른 삶의 질의 차이

대상자의 일반적 특성에서 남자는 158명(54.9%), 여자는 130명(45.1%)을 차지하였고, 연령은 30~39세가 96명(33.3%)으로 가장 많았고, 다음은 40~49세가 80명(27.8%)

### 2. 대상자의 삶의 질과 임파워먼트 정도

정신보건센터 정신장애인의 삶의 질의 평균은  $11.3 \pm 1.70$ 점이었고, 삶의 질 영역별 점수는 환경영역이 가장 높았으며( $11.8 \pm 2.20$ ), 신체적 건강, 심리적, 사회적 관계 순

Table 1. Difference of Quality of Life according to General Characteristics

(N=288)

Characteristics	Categories	n (%)	M±SD	t or F	p	Scheffe
Gender	Male	158 (54.9)	11.7±1.70	17.03	< .001	
	Female	130 (45.1)	10.9±1.60			
Age (year)	21~29 <sup>a</sup>	64 (22.2)	11.2±1.69	3.43	.009	b > d
	30~39 <sup>b</sup>	96 (33.3)	11.7±1.78			
	40~49 <sup>c</sup>	80 (27.8)	11.3±1.45			
	50~59 <sup>d</sup>	40 (13.9)	10.7±1.91			
	≥ 60 <sup>e</sup>	8 (2.8)	10.4±0.67			
Religion	None	66 (22.9)	11.3±1.75	1.99	.097	
	Protestant	102 (35.4)	11.1±1.44			
	Buddhism	88 (30.6)	11.5±1.94			
	Catholic	22 (7.6)	11.9±1.74			
	Others	10 (3.5)	10.7±0.88			
Education	Elementary <sup>a</sup>	25 (8.7)	10.9±1.25	4.57	.004	b < d
	Middle <sup>b</sup>	28 (9.0)	10.4±1.87			
	High <sup>c</sup>	158 (54.9)	11.3±1.76			
	≥ Collage <sup>d</sup>	77 (26.7)	11.7±1.52			
Marriage state	Unmarried	224 (77.8)	11.4±1.79	1.46	.214	
	Married	26 (9.0)	11.1±1.50			
	Cohabitation	4 (1.4)	11.6±1.51			
	Separation	6 (2.1)	11.0±0.39			
	Divorce	28 (9.7)	10.6±1.20			
Monthly family income (10,000 won)	< 50 <sup>a</sup>	64 (22.2)	10.7±1.35	9.70	< .001	a < e, a < f
	50~69 <sup>b</sup>	74 (25.7)	11.4±1.50			b < e, c < d
	70~99 <sup>c</sup>	38 (13.2)	10.3±1.55			c < e, c < f
	100~149 <sup>d</sup>	46 (16.0)	11.7±2.36			
	150~199 <sup>e</sup>	9 (6.3)	11.8±1.10			
	≥ 200 <sup>f</sup>	48 (16.7)	11.3±1.70			
Residential state	Owner <sup>a</sup>	136 (47.2)	11.9±1.71	13.00	< .001	a > b, a > c
	Charter <sup>b</sup>	58 (20.1)	11.1±1.29			a > d, b > c
	Monthly rent <sup>c</sup>	24 (8.3)	9.8±1.90			c < e, d < e
	Charter+Monthly rent <sup>d</sup>	28 (9.7)	10.2±1.59			
	Others <sup>e</sup>	42 (14.6)	11.5±1.20			
Medical insurance	Medica assistance	142 (49.3)	11.6±1.70	3.69	.026	
	National insurance 1	112 (38.9)	11.1±1.76			
	National insurance 2	34 (11.3)	10.8±1.34			
Number of admission	None <sup>a</sup>	42 (14.6)	10.5±1.83	4.18	.003	a < c
	1~3 <sup>b</sup>	142 (49.3)	11.2±1.50			
	4~6 <sup>c</sup>	60 (20.8)	11.8±1.74			
	7~9 <sup>d</sup>	22 (7.6)	11.6±2.36			
	≥ 10 <sup>e</sup>	22 (7.6)	11.3±1.70			
Onset of illness	< 20	68 (23.6)	11.7±1.60	3.51	.004	
	20~24	94 (32.6)	11.6±1.88			
	25~29	64 (22.2)	10.8±1.55			
	30~34	26 (9.0)	11.3±1.24			
	35~39	16 (6.3)	10.3±1.71			
	≥ 40	20 (6.9)	11.3±1.61			



Table 1. Difference of Quality of Life according to General Characteristics (Continued)

(N=288)

Characteristics	Categories	n (%)	M±SD	t or F	p	Scheffe
Diagnosis	Schizophrenia	218 (75.7)	11.4±1.74	3.81	.011	
	Mood disorder	46 (16.7)	10.9±1.35			
	Schizoaffective disorder	12 (4.2)	10.2±2.15			
	Others	12 (4.2)	11.9±1.04			
Number of support	None <sup>a</sup>	50 (17.4)	10.4±1.30	9.14	<.001	a<b, a<c a<e, b<e
	1~2 <sup>b</sup>	124 (43.1)	11.2±1.53			
	3~5 <sup>c</sup>	86 (29.9)	11.6±1.59			
	6~9 <sup>d</sup>	14 (4.9)	11.6±2.34			
	≥10 <sup>e</sup>	14 (4.9)	13.0±2.45			
Drug side effect	Very severe	10 (3.5)	10.1±1.02	2.89	.023	
	Severe	88 (30.6)	11.1±1.37			
	Moderate	104 (36.1)	11.3±1.62			
	Few	48 (16.7)	11.6±1.83			
	None	38 (13.2)	11.8±2.31			
Service type	Home visiting <sup>a</sup>	64 (22.2)	10.2±1.64	22.51	<.001	a<b, a<c
	Day program <sup>b</sup>	140 (48.6)	11.4±1.60			
	Vocational program <sup>c</sup>	84 (29.2)	11.9±1.52			

Table 2. Degree of Quality of Life and Empowerment

(N=288)

Variables	M±SD	Actual range	Possible range
Quality of life	11.3±1.70	13~20	16~20
Physical	11.6±2.37	5~20	4~20
Psychological	11.2±1.84	4~20	4~20
Social relationships	10.6±2.75	4~20	4~20
Environment	11.8±2.20	4~20	4~20
Empowerment	59.7±8.44	34~89	23~92
Self-esteem-self-efficacy	27.3±5.68	13~44	11~44
Power-powerlessness	12.9±2.13	7~19	5~20
Community activism and autonomy	19.5±2.92	9~28	7~28

으로 사회적 관계가 가장 낮았다(10.6±2.75). 임파워먼트의 평균은 59.7±8.44점이었고, 임파워먼트 영역별 점수는 자기존중감-효능감은 27.3±5.68점, 무기력감-실제적인 힘은 12.9±2.13점, 지역사회활동 및 자율성은 19.5±2.92점으로 나타났다(Table 2).

### 3. 정신장애인의 삶의 질과 임파워먼트와의 관계

대상자의 삶의 질과 임파워먼트와의 관계를 분석한 결과, 임파워먼트는 삶의 질 전체( $r=.49, p<.001$ ), 신체적 건강 영역( $r=.36, p<.001$ ), 심리적 영역( $r=.37, p<.001$ ), 사회적 관계 영역( $r=.27, p<.001$ ) 및 환경 영역( $r=.49, p<.001$ )과 통계적으로 유의한 정적 상관을 나타냈다(Table 3).

### 4. 정신장애인의 삶의 질 관련 요인

정신보건센터를 이용하는 정신장애인의 삶의 질에 영향을 미치는 관련 요인변수를 분석하기 위하여 단일변량분석에서 유의한 관련성이 있어 차이가 난 변수 성별, 연령, 학력, 가족월수입, 주거형태, 의료형태, 입원횟수, 발병시기, 진단명, 지지자수, 약물부작용 여부, 서비스 유형과 임파워먼트를 독립변인으로 하여 다중회귀분석을 시행하였다. 독립변수간의 다중공선성을 분석한 결과, 삶의 질의 공차한계 범위는 .53~.92, 분산팽창인자가 1.08~1.87로 나타나 다중공선성의 문제가 없는 것으로 파악되었다.

정신장애인의 삶의 질에 영향을 미치는 요인으로서는 성별( $p=.004$ ), 연령( $p=.034$ ), 주거형태( $p<.001$ ), 지지자수

Table 3. Correlation among Quality of Life and Empowerment

(N=288)

Variable	Quality of life (total)	Quality of life -physical	Quality of life -psychological	Quality of life -social relationships	Quality of life -environment
	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)
Empowerment	.49 (< .001)	.36 (< .001)	.37 (< .001)	.27 (< .001)	.49 (< .001)

( $p=.001$ ), 약물부작용( $p<.001$ ), 서비스유형( $p<.001$ ), 임파워먼트( $p<.001$ )로 나타났다(Table 4). 정신장애인의 삶의 질에의 회귀모형은 유의한 것으로 나타났고( $F=18.26$ ,  $p<.001$ ), 모형의 설명력은 44%였다(Table 4).

Table 4. Factors Influencing of Quality of Life (N=288)

Variables	$\beta$	t	p
Gender <sup>†</sup>	.46	2.91	.004
Age	-.20	-2.14	.034
Education <sup>†</sup>	.20	0.94	.176
Monthly family income <sup>†</sup>	.25	1.18	.240
Residential state <sup>†</sup>	.73	3.85	<.001
Medical insurance <sup>†</sup>	-.35	-1.70	.091
Number of admission <sup>†</sup>	-.22	-0.97	.333
Onset of illness <sup>†</sup>	.25	1.09	.279
Diagnosis <sup>†</sup>	.34	1.73	.084
Number of support <sup>†</sup>	.55	3.52	.001
Drug side effect <sup>†</sup>	.34	4.52	<.001
Service type <sup>†</sup>	.53	4.48	<.001
Empowerment	.07	7.03	<.001
Adjusted $R^2=.44$ , $F=18.26$ , $p<.001$			

<sup>†</sup>Dummy variables.

## 논 의

본 연구는 정신장애인의 지역사회 정신보건 서비스가 확대되고 사회복지권을 목표로 정신보건센터가 활성화됨에 따라 지역사회에서 생활하면서 정신보건센터를 이용하는 정신장애인의 삶의 질 정도를 확인하고 삶의 질에 영향을 미치는 관련 요인을 파악하기 위하여 시도되었다.

삶의 질 평균은  $11.3 \pm 1.70$ 점으로 나타나 Han과 Choo (2009)의 연구에서 도시 지역사회주민의 삶의 질 총합 평균  $11.4 \pm 1.8$ 점인 결과와는 유사하여 정신장애인의 삶의 질이

일반인과 비슷한 정도를 나타냈다. 그러나 삶의 질 영역별 점수에서 환경영역( $11.8 \pm 2.20$ )이 가장 높고, 사회적 관계 영역( $10.6 \pm 2.75$ )이 가장 낮았고, 도시 지역사회주민의 삶의 질에서는 사회적 관계 영역( $13.3 \pm 2.5$ )이 가장 높은 결과와는 차이를 보였다. Ulas, Akdede, Ozbay와 Alptekin (2008)의 연구에서 정신분열병 환자의 삶의 질에서 환경영역( $12.9 \pm 2.3$ )이 가장 높고, 사회적 관계( $11.1 \pm 3.7$ )는 가장 낮은 본 연구와 유사하였다. 이는 정신보건센터에서 서비스를 받고 지역사회에 적응해 나가는 데 환경적인 부분은 적절한 도움과 지지를 받고 있으나 사회적 관계 영역은 개인적 관계, 사회적 지지 및 성생활 활동의 개념을 포함하므로 정신장애인의 어려움을 나타낸 것으로 확인된다. 정신보건센터는 지역사회 통합 프로그램을 통해 지역사회와 사회적 관계를 맺고 유지해 갈 수 있고 정신장애인을 받아들일 수 있는 편견해소와 사회적 분위기의 조성이 더욱 필요할 것으로 사료된다.

임파워먼트의 평균은  $59.7 \pm 8.44$ 점으로 나타나 Lim (1999)의 정신요양시설 및 부랑아시설, 지역사회에 거주하는 정신장애인을 대상으로 한 연구에서의 임파워먼트 평균  $58.2 \pm 7.69$ 점과 유사하였다. 영역별로 비교하면, 본 연구에서는 자기존중감-효능감은  $27.3 \pm 5.68$ 점, 무기력감-실제적인 힘은  $12.9 \pm 2.13$ 점, 지역사회활동 및 자율성은  $19.5 \pm 2.92$ 점이고, Lim (1999)의 연구에서는 자기존중감-효능감은  $27.9 \pm 5.54$ 점, 무기력감-실제적인 힘은  $11.2 \pm 2.72$ 점, 지역사회활동 및 자율성은  $19.0 \pm 3.13$ 점이었다. 따라서 본 연구대상자의 무기력감-실제적인 힘과 지역사회활동 및 자율성이 더 높은 것으로 나타났다. 이는 지역사회 정신보건 서비스를 이용하는 정신장애인이 인식한 임파워먼트 실천의 효과에 관한 연구(Ha, 2007)에서 지역사회 참여가 높을수록 임파워먼트가 높아진다는 결과를 보고한 것과 유사한 결과로서 정신장애인에게 임파워먼트를 증진시킬 수 있는 정신보건센터 서비스가 제공됨으로써 지역사회 내에서 내외적인 통제력을 가지고 역량의 강화가 이루어져야 할 필요성을 시사한다. 또한 임파워먼트를 증진시킬 수 있고 정신

장애인 역량을 높일 수 있는 실제적이고 개별화된 서비스에 대한 정신보건센터의 관심과 노력도 아울러 요구된다.

본 연구에서는 일반적 특성에 따른 삶의 질의 차이에서 성별, 연령, 학력에서는 유의한 차이를 나타낸 반면 결혼상태에 따라서는 유의한 차이를 보이지 않았으나, 정신보건 서비스를 이용하는 정신장애인을 대상으로 한 Choi, Lee와 Eom (2006)의 연구에서는 결혼상태가 유의한 차이로 나타나 본 연구결과와는 상이하였다. 이는 일반적 특성이 지역별, 기관별 특성에 따라 차이를 나타낼 수 있어 추후연구를 통한 신중한 고려가 요구된다. 또한 정신보건센터가 정신장애인의 개별적인 특성을 고려한 포괄적인 서비스를 제공하는 노력뿐만 아니라 성별, 연령, 학력에 따른 사회적 기대나 욕구를 파악한 서비스도 필요할 것으로 생각된다.

가족월수입과 주거형태, 의료형태에 따른 삶의 질의 유의한 차이는, Choi 등(2006)의 연구에서 의료형태, 가족동거 여부가 유의한 차이로 나타난 연구결과와 유사하였다. 이는 삶의 질 측정이 동일한 도구로 이루어지지 않아 비교에는 한계가 있으나, 가족월수입, 주거형태, 의료형태는 경제적 지표로, 경제수준이 높아짐에 따라 일상생활에서 안정을 찾고 이를 통해 전반적인 삶에 대한 만족이 높아지는 것으로 생각된다.

입원횟수와 발병 시기에 따른 삶의 질은 입원횟수는 4~6회, 발병 시기는 20세 미만인 삶의 질이 높고 유의한 차이를 나타낸 결과는, Choi 등 (2006)의 연구에서 입원횟수 및 입소기간이 많을수록 삶의 질이 높은 연구결과와 유사하였으나 Browne 등(2000)의 연구에서 재발 입원횟수가 많고 입원기간이 길수록 삶의 질이 저하된다고 보고한 것과는 차이를 나타낸다. 이는 입원경험이 없을 때보다 입원경험이 있을 때가 입원하지 않고 지역사회에서 거주하는 것과 관련된 삶의 질이 높을 수 있고, 사회적 경험을 하지 않은 20세 미만의 정신질환의 발병은 삶의 질에 대한 기대를 낮추어 주는 역할을 한다는 것을 시사한다. 이는 지역사회 정신보건센터의 이용기간이 길어짐에 따라 재입원하지 않고 지역사회에서 생활하는 시간이 길어진 것에 따른 결과로 추측되나, 추후연구를 통한 검증이 요구된다.

진단명에 따른 삶의 질의 차이에서 정신분열병보다 정동장애 및 기타 정신질환자에게서 삶의 질이 더 높게 나타난 결과는, 지역사회 정신보건센터를 이용하는 정신장애인을 대상으로 한 Lee와 Seo (2007)의 연구결과에서 기타 질환이 가장 높은 만족을 나타낸 것과 유사하다. 이는 정신분열병에 대한 사회적 편견으로 인해 정신장애인들이 자신의

병에 대해 지각된 낙인의식의 영향으로 나타난 결과로 볼 수 있어, 정신보건센터에 종사하는 정신보건간호사를 포함한 정신보건요원들이 사회적 편견과 낙인 의식을 극복하기 위한 중재에 개입해야 할 필요성이 요구된다.

지지자의 수는 사회적 지지, 가족적 지지를 통합하여 지지 정도를 알고자 하였는데, ‘지지자가 없다’보다 3~5명, 10명 이상인 경우에 삶의 질이 더 유의하게 높다는 결과는, 가족의 지지와 사회적 지지가 정신장애인 삶의 질에 가장 큰 영향을 미친다는 Shin 등(2006)의 연구결과와 유사하다. 또한 사회적 지지가 높을수록 정신장애인의 삶의 만족이 높아진다는 Caron, Tempier, Mercier와 Leouffre (1998)의 연구결과가 이를 뒷받침한다. 정신장애인의 경우, 사회적 관계망으로부터 지지를 받고 있다는 것을 지각하는 것이 사회적 지지의 정도를 결정한다(Lim, 1999). 이는 정신보건센터의 서비스가 지역사회에 좀 더 적극적으로 개입하고 정신장애인의 사회적 참여의 기회를 높이는 것뿐만 아니라 지역사회를 대상으로 정신장애인을 지지할 수 있는 지역사회 건강 프로그램 교육, 대중매체를 통한 홍보활동, 지역주민의 자발적 정신장애인 옹호활동 등이 필요함을 시사한다.

약물부작용은 ‘매우 심하다’에서 ‘없다’로 갈수록 삶의 질이 높은 결과는, 외래 치료 중인 정신분열병 환자를 대상으로 한 연구(Yoon, Kook, Lee, Lee, & Park, 2000)에서 투약부작용의 수와 삶의 질이 유의미한 부적 상관이 있다는 결과와 유사하였다. 이는 약물 부작용이 적을수록 약물 적응도를 높이고, 약물복용의 유지가 사회적응을 높이고 재발을 낮추기 때문인 것으로 판단된다.

서비스 유형에서는 주간재활 프로그램과 직업재활 서비스가 가정방문 서비스에 비해 삶의 질이 유의하게 높았는데, 이러한 결과는 지역사회에 거주하며 사회복귀시설을 이용하고 있는 정신장애인을 대상으로 한 연구(Chun, 2006)에서 주간재활서비스 효과가 높을수록 삶의 만족이 높게 나타난 결과와, 정신보건센터를 이용하는 정신장애인을 대상으로 한 연구(Lee, 2003)에서 직업을 가진 정신장애인이 그렇지 않은 경우보다 삶의 질이 유의하게 높은 결과와 유사하였다. 이는 지역사회 주간재활 프로그램의 참여는 지역사회의 한 일원으로서 만족스러운 생활을 하도록 해주고, 정신보건센터에서의 직업재활 서비스는 일 또는 직업이라는 가시적 성과를 통해 정신장애인이 환자역할을 수용하는 것을 방지하여 자신의 병을 극복할 수 있는 기회를 주고, 사회의 한 일원으로 지역사회에서 살아가는 생산적인 구성원으로 인식되는 데 중요한 요인이 됨을 시사한다.



대상자의 삶의 질과 임파워먼트와의 관계를 분석한 결과, 임파워먼트는 삶의 질에 유의한 정적 상관을 나타낸 결과는 Choi 등 (2006)의 연구에서 임파워먼트가 삶의 질에 유의한 정적상관관계를 나타내고 임파워먼트가 삶의 질에 미치는 영향은 33%의 설명력을 가진 연구결과와 유사하다. 이는 임파워먼트가 삶의 질을 높일 수 있는 중요한 요인으로 정신장애인의 임파워먼트를 높일 수 있는 자존감 향상, 자기역량의 회복, 지역사회에서의 통합화 등의 프로그램 개발과 적용을 통하여 삶의 질의 향상을 이룰 수 있도록 해야 할 것이다.

삶의 질에 영향을 미치는 요인으로는 성별, 연령, 주거형태, 지지자수, 입원횟수, 약물부작용, 서비스유형, 임파워먼트로 나타났는데, 정신병원 외래와 낮병원, 개방병동, 정신보건센터를 이용하는 정신장애인을 대상으로 한 Rho 등 (2001)의 연구에서는 가족동거 상태, 직업, 유병기간이 영향을 미치는 요인이었고, 정신보건센터를 이용하는 정신장애인을 대상으로 한 Lee와 Seo (2007)의 연구에서는 증상 정도, 프로그램 분위기가 영향을 미치는 요인으로 나타나 본 연구와는 차이를 보였다. 삶의 질에 가장 크게 영향을 미치는 요인은 임파워먼트로 나타난 것을 볼 때, 정신장애인의 임파워먼트 향상을 통하여 자기역량이 높아지면 지역사회에서의 삶의 질도 향상될 수 있을 것으로 사료된다.

이러한 결과를 종합해 볼 때, 정신장애인의 삶의 질을 높이기 위한 중재를 시도하기 위해서는 영향을 미치는 요인에 대한 정확한 사정이 필요하고, 그 요인에 따른 중재방법의 다양성이 적용되어야 할 것으로 생각된다.

정신보건센터 서비스를 이용하는 정신장애인의 삶의 질에 대한 연구는 아직 부족하여, 본 연구결과만으로 평가하기에는 어려움이 있다. 정신보건센터를 이용하는 정신장애인을 대상으로 삶의 질에 대한 추후 연구를 통해 그 정도와 관련 요인을 파악하고, 이를 통해 정신장애인의 삶의 질을 향상시킬 수 있는 정신보건센터 서비스의 환경적, 제도적 변화와 더불어 정신장애인의 지역사회에 참여기회가 확장되어야 할 것이다.

## 결론

본 연구는 정신보건센터를 이용하는 정신장애인의 삶의 질에 영향을 미치는 관련 요인을 확인하여 정신보건센터의 효과적인 서비스 제공을 위한 기초자료를 제공하기 위하여 시도되었다. 정신장애인의 삶의 질에 영향을 미치는 요인

으로는 성별, 연령, 주거형태, 지지자수, 약물부작용, 서비스유형, 임파워먼트로 나타났다. 따라서 정신보건센터를 이용하는 정신장애인의 삶의 질을 높일 수 있는 관련 요인을 확인함으로써 정신보건센터의 프로그램과 서비스 계획 시 활용할 수 있는 근거를 제시한 점에서 본 연구의 의의가 있다.

본 연구결과를 바탕으로 정신보건센터의 서비스를 향상시키고 정신장애인의 지역사회 적응을 높일 수 있는 삶의 질에 영향을 미치는 다양한 요인을 파악하는 추후연구가 필요하다.

## REFERENCES

- Browne, S., Clarke, H., Gervin, M., Wadding, J. L., Larkin, C., & O'Callaghan, E. (2000). Determinants of quality of life at first presentation with schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 176, 173-176.
- Cardoso, C. S., Caiaffa, W. T., Bandeira, M., Siqueira, A. L., Abreu, M. N., & Fonseca, J. O. (2005). Factors associated with low quality of life in schizophrenia. *Cadernos de Saúde Pública*, 21, 1338-1348.
- Caron, J., Tempier, R., Mercier, C., & Leouffre, P. (1998). Components of social support and quality of life severely mentally ill, low income individuals and a general population group. *Community Mental Health Journal*, 34, 459-475.
- Chan, S., & Yu, Z. W. (2004). Quality of life of clients with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, 45(1), 72-83.
- Choi, M. M., Lee, K. Y., & Eom, T. W. (2006). Difference in empowerment and the quality of life among the users of the mental health service settings in Korea. *Mental Health & Social Work*, 24(12), 94-124.
- Choi, Y. H. (1997). Overview of quality of life in psychiatry. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*, 36(1), 19-31.
- Chun, H. S. (2006). *A study on the influence of rehabilitative service effects on life satisfaction of people with mental disorders*. Unpublished master's thesis, Daegu University, Daegu.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral science* (2nd ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Corrigan, P. W. (2002). Empowerment and serious mental illness: Treatment partnership and community opportunities. *Psychiatric Quarterly*, 73(3), 217-228.
- Daradkeh, T. K., & Al Habeeb, T. (2005). Quality of life of patients with schizophrenia. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 11, 898-904.

- El-Bardi, S., & Mellsop, G. (2007). Stigma and quality of life as experienced by people with mental illness. *Australian Psychiatry*, 15(3), 195-200.
- Gist, M. E. (1987). Self-efficacy: Implications for organizational behavior and human resource management. *The Academy of Management Review*, 12, 472-485.
- Ha, K. H. (2007). *A study on the effectiveness of the empowerment practice perceived by community mental health service users*. Unpublished doctoral dissertation, Seoul National University, Seoul.
- Han, K. S., & Choo, J. N. (2009). The level of quality of life and its correlates across life cycles of city-dwelling adults in Korea. *Journal of Korean Academy Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 474-482.
- Han, K. S., Lee, P. S., & Park, E. Y. (2001). Influencing factors on quality of life of chronic mental illness. *Journal of Korean Academy Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 265-275.
- Han, S. S., Han, J. H., & Yun, E. K. (2008). Predictors of employment intention for mentally disabled persons. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 38, 541-549.
- Korea Ministry for Health, Welfare and Family Affairs. (2010). *Mental health practice guideline*. Retrieved 2010, from [http://www.mw.go.kr/front/jb/sjb0402vw.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=03&MENU\\_ID=030402&BOARD\\_ID=220&BOARD\\_FLAG=04&CONT\\_SEQ=227255&page=1](http://www.mw.go.kr/front/jb/sjb0402vw.jsp?PAR_MENU_ID=03&MENU_ID=030402&BOARD_ID=220&BOARD_FLAG=04&CONT_SEQ=227255&page=1)
- Lee, J. H., & Seo, M. K. (2007). Effects of involvement in the program and program environments on social adjustment and life satisfaction of the mental illness. *Korean Journal of Social Welfare Studies*, 35, 67-92.
- Lee, S. Y. (2003). A study on the factors affecting quality of life of the mentally ill-with a focus on the mental health center. *Journal of Social Work Practice*, 3, 125-147.
- Lim, J. G. (1999). *A study on the effect of social support on mental health disorder's empowerment-compared with residential type*. Unpublished master's thesis, Ewha Womans University, Seoul.
- Min, S. K., Lee, C. I., Kim, K. I., Suh, S. Y., & Kim, D. K. (2000). Development of Korean version of WHO quality of life scale abbreviated version (WHOQOL-BREF). *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*, 39, 571-579.
- Parsons, R. (1991). Empowerment: Purpose and practice in social work. *Social Work with Groups*, 14(2), 27-43.
- Rho, E. S., Kwon, H. J., & Rye, E. J. (2001). A study on self-efficacy and quality of life in schizophrenic patients. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 31, 912-920.
- Rogers, E. S., Chamberlin, J., Ellison, M. L., & Crean, T. (1997). A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatric Services*, 48(8), 1042-1047.
- Shin, S. H., Kim, Y. H., & Kim, J. S. (2006). Effects of community health service on the family support and quality of life of persons with serious mental illness. *Korean Public Health Research*, 32(2), 113-119.
- Ulas, H., Akdede, B. B., Ozbay, D., & Alptekin, K. (2008). Effect of thought disorders on quality of life in patients with schizophrenia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 32(2), 332-335.
- World Health Organization. (1997). *WHOQOL measuring quality of life*. Access Date May 1 2009. Retrieved May 1, 2009 from WHO web site: [http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf)
- Yoon, J. S., Kook, S. H., Lee, H. Y., Lee, C., & Park, Z. H. (2000). The development of a Korean modification of the scale to measure subjective well-being under neuroleptic treatment (KmSWN). *Journal of Korean Academy Psychiatric and Mental Health Nursing*, 39, 987-998.