

정신분열병 환자 가족의 대처 측정도구 개발

서지민¹ · 변은경² · 박경연³ · 김소희⁴¹부산대학교 간호대학, ²창신대학교 간호학과, ³신라대학교 간호학과, ⁴영산대학교 간호학과

Development of a Coping Scale for Families of Patients with Schizophrenia

Seo, Ji Min¹ · Byun, Eun Kyung² · Park, Kyung Yeon³ · Kim, So Hee⁴¹College of Nursing, Pusan National University, Yangsan²Department of Nursing, Changshin University, Changwon³Department of Nursing, Silla University, Busan⁴Department of Nursing, Youngsan University, Yangsan, Korea

Purpose: The purpose of this study was to develop and evaluate a coping scale for families of patients with schizophrenia (CSFPS). **Methods:** Item construction was derived from literature reviews and interviews with family members and psychiatric nurses. Content validity was tested by experts. Each item was scored on a four-point Likert scale. The preliminary questionnaire was administered to 188 family members of patients with schizophrenia. The data were analyzed using item analysis, factor analysis, Pearson correlation coefficients, and Cronbach's alpha. **Results:** From the factor analysis, 32 items in five factors were derived. The factors were named active coping strategies, avoidance coping strategies, hospital treatment-oriented coping strategies, emotional coping strategies, and suppressive coping strategies for problematic behaviors. The five factors explained 49.7% of the total variance, Cronbach's alpha of the total items was .83 and the factors ranged from .66 to .86. **Conclusion:** The results of this study suggest that CSFPS is a reliable and valid instrument to measure coping in families of patients with schizophrenia.

Key words: Coping behavior, Schizophrenia, Family, Instruments

서론

1. 연구의 필요성

정신분열병은 망상, 환각, 와해된 행동과 언어, 정동둔마, 무의욕, 주의력 손상 등 다양한 증상을 나타내는 만성질환으로 정상적인 생활을 하는데 어려움을 초래하며 가족과 사회에도 많은 경제적, 정신적 부담을 준다(Korean Neuro Psychiatric Association [KNPA], 2005). 다양한 치료방법을 통해 망상이나 환각 등의 심각한 정신병 증상은 완화되지만 재발가능성이 높고 사회적응력이 저하되어 지속적인 치료가 요구되며 가족의 계속적인 지지와 돌봄이 필요하다.

정신분열병 환자가 퇴원하여 가정으로 돌아왔을 때 가족은 환자의 증상과 문제행동에 대한 대처방법을 알지 못하여 환자 관리에 어려움을 겪을 뿐 아니라(Boye et al., 2001) 사회적 편견, 경제적 부담, 가족문제, 사회적 관계의 어려움 등으로 인해 많은 스트레스를 경험하게 된다(Schene, 1990). 또한 환자 가족은 상실감, 슬픔, 불안, 수치심, 분노, 죄책감 등의 부정적인 감정을 많이 경험한다(Magliano et al., 2005). 이러한 스트레스와 부정적인 감정은 가족이 환자와 관련된 여러 가지 문제에 효율적으로 대처하는 것을 방해한다는 연구 결과가 제시되면서 정신분열병 환자 가족의 대처에 대한 연구가 많이 시행되어 왔다.

대처는 간호학에서 자주 다루는 관심 개념으로 다양한 대상과

주요어: 대처, 정신분열병, 가족, 측정도구

* 이 논문은 2008년 정부재원(교육인적자원부 학술연구조성사업비)으로 한국학술진흥재단의 지원을 받아 연구되었음(KRF-2008-331-E00416).

* This work was supported by a Korea Research Foundation Grant funded by the Korean Government (MOEHRD, Basic Research Promotion Fund)(KRF-2008-331-E00416).

Address reprint requests to : Byun, Eun Kyung

Department of Nursing, Changshin University, 262 Paryongro, Masanhoewon-gu, Changwon 630-764, Korea.

Tel: +82-55-250-3173 Fax: +82-55-250-3170 E-mail: byunek@csc.ac.kr

투고일: 2011년 9월 5일 심사회의일: 2011년 9월 22일 게재확정일: 2012년 9월 28일

방법을 통해 연구가 이루어져 왔고, 주로 Lazarus와 Folkman (1984)의 대처이론을 적용한 연구가 많으며 그 효용성이 인정되고 있다. Lazarus와 Folkman은 대처를 개인의 자원을 요구하거나 초과하는 것으로 평가되는 특정한 외적 또는 내적 요구를 다루기 위하여 부단히 변화하는 인지적 및 행동적 노력으로 정의하여 문제중심적 대처와 정서중심적 대처로 구분하였다. 문제중심적 대처는 상황이나 개인의 행동을 변화시켜 문제를 직접적으로 해결하려는 노력을 말하고, 정서중심적 대처는 문제로 인해 유발되는 부정적 정서 반응을 조절하려는 노력을 말하며 회피, 최소화, 거리두기, 선택적 주의, 긍정적 비교 등의 전략을 포함한다. 국내에서 Folkman과 Lazarus (1985)의 Way of Coping Checklist를 사용한 Kim (1987) 연구에서는 요인분석 결과, 문제집중적 대처, 정서 완화적 대처, 소망적 사고, 사회적 지지 추구의 네 개 유형으로 분류되었다.

국내에서 Folkman과 Lazarus (1985)의 대처 척도를 사용하여 정신분열병 환자 가족 대처를 파악하기 위해 시도된 연구들이 다수 있다. Um (1992)과 Park (1993) 연구에서 정신분열병 환자 가족은 정서중심적 대처보다 문제중심적 대처를 더 많이 사용하는 것으로 나타났고, Bae, Rim과 Kim (1990)의 연구에서는 정신분열병 환자 가족이 자기통제 및 책임수용 등의 정서중심적 대처를 많이 하는 것으로 보고되었다. 그러나 Folkman과 Lazarus의 대처 척도는 일반 성인의 대처 측정도구로 개발되었기 때문에 이것을 수정하지 않고 정신분열병 환자 가족에게 사용할 경우 환자 가족의 대처방식을 전반적으로 파악하는 데는 도움이 되지만 정신분열병 환자 가족의 스트레스요인이나 환자의 문제행동에 대한 대처방법을 구체적으로 측정할 수 없는 문제가 있다. 또한 Folkman과 Lazarus의 대처 척도 외에도 McCubbin, Olson과 Larsen (1987)의 Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scale (F-COPES)과 Jalowiec과 Powers (1981)의 대처 측정도구를 사용한 연구들도 다수 있지만 이들 또한 같은 한계점을 가지고 있다. 이에 Choi (2002)는 정신분열병 환자 가족의 대처방식을 유형화하는데 보다 적합한 측정도구의 개발이 필요하다고 제안하였다. 그러나 아직까지 국내뿐 아니라 국외에서도 정신분열병 환자 가족 대처의 특성을 구체적으로 반영한 측정도구를 개발하려는 노력은 부족한 실정이다. 이러한 상황은 또한 정신분열병 환자 가족교육 및 중재프로그램의 개발에 저해요인으로 작용하고 있다. 이는 Lee와 Kim (2000)이 정신분열병 환자 가족을 대상으로 환자의 치료와 문제행동 등에 대한 구체적인 교육을 실시하였지만 가족의 대처방식을 객관적으로 측정할만한 도구가 없어 효과검정에 있어서 한계가 있었음을 보고한 것을 통해 알 수 있다.

이에 본 연구자는 먼저 정신분열병 환자 가족의 경험과 대처에 관한 문헌 고찰과 환자 가족의 면접을 통해 그들이 환자를 돌보면서 경험하는 일상적인 문제와 스트레스요인에 대한 다양한 노력과

대처전략을 탐색하여 문항을 구성하고, 도구를 개발한 후 신뢰도와 타당도를 검증함으로써 정신분열병 환자 가족의 대처를 보다 구체적으로 측정할 수 있는 도구를 개발하고자 한다.

2. 연구 목적

본 연구의 목적은 정신분열병 환자 가족의 대처를 측정할 수 있는 도구를 개발하여 신뢰도와 타당도를 검증하기 위함이다. 구체적인 연구목표는 다음과 같다.

첫째, 정신분열병 환자 가족의 대처의 구성요인을 규명한다.

둘째, 정신분열병 환자 가족의 대처를 측정할 수 있는 도구를 개발한다.

셋째, 개발된 도구의 신뢰도와 타당도를 검증한다.

연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 정신분열병 환자 가족의 대처를 측정하는 도구를 개발하기 위한 방법론적 연구이다.

2. 도구개발 과정

1) 개념적 틀 개발

도구에 포함되어야 할 구성요인을 찾아 개념적 틀을 개발하기 위해 문헌고찰과 심층면접을 시행하였다. 문헌고찰은 기존의 대처 측정도구, 대처이론, 정신분열병 환자 가족의 경험, 대처, 스트레스, 부담감 등에 관해 고찰하였다. 국내문헌 검색은 한국교육학술정보원에서 제공하는 학술지 및 학위논문 정보검색에서 주제로 대처, 대응, 경험, 부담감, 정신분열병, 가족을 조합하여 검색하여 최종적으로 11편이 검색되었고, 국외문헌 검색은 Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Pubmed, Ovid에서 주제로 coping, schizophrenia, schizophrenic patient, family, family member, experience, burden을 조합하여 검색하여 최종적으로 5편이 검색되었다.

인간은 스트레스를 받으면 스트레스원에 대해 평가하게 되고, 이어서 대처전략을 사용하여 스트레스로 인한 여러 가지 요구를 다스리기 위해 부단히 노력하게 된다(Lazarus & Folkman, 1984). 스트레스원에 대한 평가는 긴장되는 상황에 의미를 정하고, 상황이 개인에게 미치는 영향을 이해하는 것으로 인지적, 정서적, 생리적, 행동적 및 사회적 반응을 포함한다(Stuart, 2009). 이러한 스트레스에

대한 반응은 개인의 노력이 투입되지 않는다는 점에서 대처와 차이가 있다(Lazarus & Folkman). 또한 평가는 즉각적이고 무의식적으로 일어나는 것으로 인간이 스트레스원에 직면하였을 때 자동적으로 일어나는 빠르고 직관적인 과정이다. 본 연구에서는 스트레스반응과 대처에 대한 내용을 혼돈하지 않고 구별하기 위해 환자가 처음으로 진단 받고 입원하였던 당시의 가족 반응이나 경험보다는 그 이후에 가족이 환자를 돌보고 치료하였던 과정에 초점을 두고 분석하였다.

검색된 문헌을 분석한 결과 크게 2가지 유형으로 분류되었다. 첫째는 국내·외의 대표적인 대처 측정도구(Folkman & Lazarus, 1985; Jalowiec & Powers, 1981; Kim, 1987; McCubbin et al., 1987)를 사용하여 양적으로 분석한 연구이고, 둘째는 정신분열병 환자 가족이 경험하는 환자로 인한 부담이나 스트레스, 그리고 이에 대한 구체적인 대처방법을 탐색적으로 분석한 연구였다(Huang, Sun, Yen, & Fu, 2008; Kartalova-O'Doherty & Doherty, 2008). 먼저 국내외 대처 척도의 문항을 나열한 후 중복되는 문항을 삭제하여 정리하였다. 그리고 가족의 대처를 구체적으로 측정할 수 있는 도구를 개발하기 위해 가족의 부담이나 스트레스에 대한 대처방법을 탐색적으로 분석한 논문을 통해 문항을 개발하는 것이 중요하다고 판단하여 위의 둘째 문헌에 해당되는 논문을 반복해서 읽으면서 가족의 대처에 해당된다고 생각되는 문장을 문항 형식으로 정리하였다. 이러한 과정을 통해 127개의 문항이 추출되었다.

심층면접은 정신분열병 환자 아버지 2명, 어머니 3명, 여동생 1명, 정신간호사 3명으로 총 9명을 대상으로 하였다. 면담은 연구보조원(현상학적 방법론으로 정신분열병 환자의 직업재활에 관한 연구를 시행하여 박사학위를 받은 정신전문간호사) 1명이 시행하였다. 면담을 시행하기 전에 대상자에게 연구목적을 설명한 후 동의를 얻었다. 면담은 “환자를 어떻게 돌봐왔습니까?”, “환자를 어떻게 치료해 왔습니까?”, “환자의 병과 관련된 일을 어떻게 해결해 왔습니까?”, “환자를 돌보면서 받는 스트레스를 어떻게 풀고 계십니까?”, “환자의 이상한 행동과 말에 대해 어떻게 대처하고 있습니까?” 등의 질문을 통하여 이루어졌다. 면담은 40-60분 동안 이루어졌고, 대상자가 원하는 시간과 장소에서 일대일 면담을 통해 이루어졌다. 면담내용은 녹음하여 필사한 후 내용을 분석하였고, 내용이 가족의 대처에 해당된다고 생각되는 문장을 문항 형식으로 정리하였고, 그 결과 182개의 문항이 추출되었다.

문헌고찰과 심층면접을 통해 추출된 문항을 유사한 내용으로 묶어 분류한 결과, 가족이 주로 경험하는 스트레스 요인은 환자의 치료와 재활, 문제행동, 가족 자신의 신체 및 정신적 스트레스로 크게 3가지로 분류되었으며, 가족은 이러한 스트레스 요인을 다루기 위해 인지적, 행동적, 정서적, 사회적, 감정적, 회피적 대처전략을 사용

하는 것으로 분류되었다. 스트레스 요인을 가족이 대처해야할 영역으로 생각하여 이를 대처영역이라고 명명하고 3개의 하위범주(환자의 치료와 재활, 문제행동, 가족 자신)를 설정하였다. 그리고 가족이 사용하는 대처방법을 대처전략으로 명명하고, 5개의 하위범주(인지적, 행동적, 정서적, 사회적, 감정적, 회피적 대처전략)를 설정하였다.

Stuart (2009)는 대처를 문제중심적 대처, 인지중심적 대처, 정서중심적 대처로 구분하였다. Stuart의 문제중심적 대처가 본 연구에서 행동적 대처와 사회적 대처로 세분화되었고, 정서중심적 대처가 정서적 대처와 회피적 대처로 세분화되었다. Lazarus와 Folkman (1984)의 문제중심적 대처는 본 연구에서 행동적 대처와 사회적 대처로 세분화되었고, 정서중심적 대처는 인지적 대처, 정서적 대처와 회피적 대처로 세분화되었다.

인지적 대처전략은 문제의 의미를 조절하고 그것을 중화시키려는 시도를 말하며 상황에 대한 재평가, 긍정적 비교, 선택적 주의, 수용, 종교적 의미 찾기, 상황에 대한 평가절하 등을 포함한다(Huang et al., 2008; Kartalova-O'Doherty & Doherty, 2008; Lazarus & Folkman, 1984; Stuart, 2009). 행동적 대처전략은 문제를 해결하거나 상황을 조절하려는 활동을 지향하는 대처를 말하며 정보 얻기, 병원 및 재활치료 추구, 환자 행동 통제 및 조절, 가족교육 참여, 집안 일이나 업무에 몰두하기 등을 포함한다(Huang et al., 2008; Kartalova-O'Doherty & Doherty, 2008). 정서적 대처전략은 정서적 부담이나 고통을 조절하려는 것으로 부정, 분노, 투사, 낙관하기, 울기, 음주 등을 포함한다(Huang et al., 2008; Lazarus & Folkman, 1984; Stuart, 2009). 사회적 대처전략은 사회적 지지를 추구하는 것으로 타인의 지지 요청, 전문가의 도움 받기, 환자가족모임 참석, 사회적 자원 요청하기 등을 포함한다(Huang et al., 2008). 회피적 대처전략은 문제 상황에 대한 대처를 회피하고 문제를 숨기려는 것을 말하며 환자에 대한 설명 회피, 가족이나 지인의 접촉 회피, 무속신앙 의존, 잊어버리기 등을 포함한다(Kartalova-O'Doherty & Doherty, 2008).

이와 같이 문헌고찰과 심층면접에서 공통적으로 나타난 대처영역과 대처전략을 구성요인으로 하여 개념적 틀을 작성하였다(Figure 1).

2) 예비문항 작성

문헌고찰과 심층면접을 통해 확인된 구성요인과 하위범주를 토대로 정신분열병 환자 가족 대처 측정도구의 예비문항을 작성하였다. 예비문항은 심층면접에서 가족이 사용한 단어를 참고하여 대상자가 가능한 이해하기 쉬운 용어로 기술하였다. 치료와 재활에 대한 대처영역 28문항, 문제행동에 대한 대처영역 15문항, 가족을 위한 대처영역 39문항으로 총 82문항으로 작성하였다.

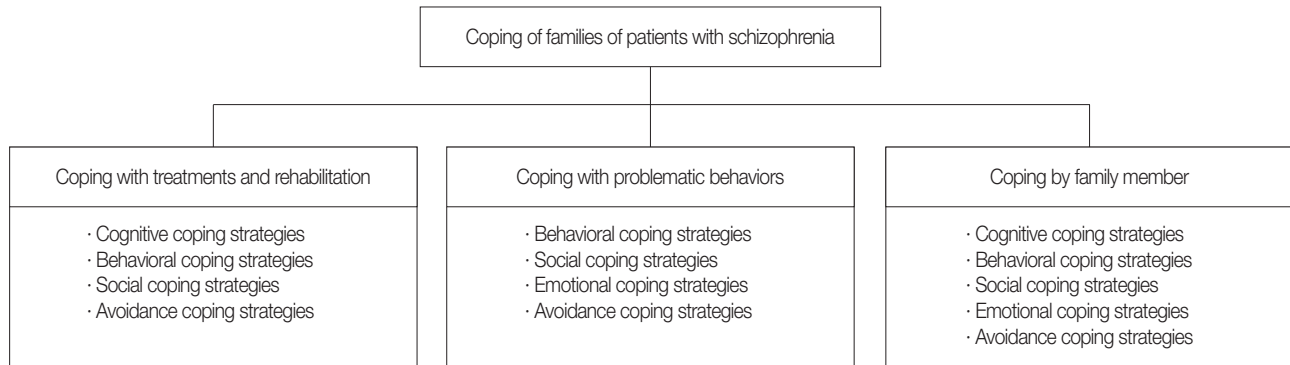


Figure 1. Conceptual framework of coping in families of patients with schizophrenia.

3) 예비문항의 내용타당도 검증

구성된 예비문항의 내용타당도를 검증하기 위해 간호학과 교수 2명, 정신간호학전공 박사 2명, 정신전문간호사 석사과정생 3명, 정신과 의사 1명을 포함한 총 8명으로 전문가 집단을 구성하였다. 선정된 전문가에게 연구 목적을 설명하고 연구 참여에 대한 동의를 받았다. 선정된 전문가 집단에게 연구자가 도출한 구성요인에 대해 설명한 후 예비문항을 배부하고 구성요인과 문항의 추가 또는 수정에 대한 의견을 요청하였다. 먼저 문항의 내용이 유사하여 구별이 힘든 문항은 통합하고, 불필요한 문항은 삭제하고, 이해하기 어려운 문항은 수정하는 과정을 거친 후, 예비문항의 내용타당도를 조사하기 위해 각 문항의 내용이 정신분열병 환자 가족의 대처를 측정하는데 어느 정도 적절한지 4점 척도(1=매우 적절하지 않음, 2=적절하나 많은 수정이 필요함, 3=적절하나 약간의 수정이 필요함, 4=매우 적절함)에 응답하도록 요청하였다. 각 문항에 대해 3점 이상으로 응답한 비율이 80%이상인 문항을 선정하였다(Lynn, 1986). 그 결과 22문항이 삭제되었고, 치료와 재활에 대한 대처영역에 19문항, 문제행동에 대한 대처영역에 14문항, 가족을 위한 대처영역에 27문항이 선정되어 총 60문항이 선정되었다.

4) 사전 조사

선정된 60문항으로 예비도구를 구성하였고, 예비도구의 내적 일관성을 분석하기 위해 정신분열병 환자 가족 40명을 대상으로 예비도구를 이용하여 자료를 수집하였다. 자료수집 전에 대상자에게 연구목적에 대해 설명하고 연구 참여에 대한 동의를 받았다. 예비도구의 척도 등급은 평균으로의 수렴을 배제하기 위해 짝수 척도인 4점 Likert 척도(0점=전혀 그렇게 하지 않는다, 1점=그렇게 하지 않는 편이다, 2점=그렇게 하는 편이다, 3점=항상 그렇게 한다)로 하였다. 대상자는 정신병원에서 입원치료를 받고 있거나 정신보건센터 및 낮병원에서 정신사회재활치료를 받고 있는 정신분열병 환자의 어머니 21명, 아버지 13명, 형제 또는 자매 6명이었다. 자료수집은 문

항도출을 위한 면담을 시행한 연구보조원 1명에 의해 시행되었다. 조사 결과, 예비도구 전체 문항의 Cronbach's α 는 .87로 내적 일관성이 높았다. 또한 도구의 어휘 난이도와 이해도를 검증하기 위해 중졸 이하의 학력을 가진 성인 3명을 선정하여 조사한 결과, 이해하기 어렵거나 혼돈스러운 문항은 없다고 하였다.

5) 신뢰도와 타당도 검증

(1) 연구 대상자

연구 대상자는 B시와 G도에 소재하는 7개 정신병원에서 입원치료를 받고 있거나 3개 정신보건센터, 1개 사회복지시설, 2개 낮병원에서 정신사회재활치료를 받고 있는 정신분열병 환자의 가족구성원 중 연구목적에 이해하고 연구 참여에 동의하고 서명한 자로 만 18세 이상이며 환자를 주로 돌보는 자를 편의 표출하여 총 188명을 대상으로 하였다. 측정도구의 신뢰도와 타당도 검증을 위해 요인분석(factor analysis)을 실시할 때 문항 수의 5배 이상의 표본크기가 필요하지만(Hatcher, 1994), 3배 이하인 경우에도 가능하며 100에서 200이면 충분하다는 견해도 있으므로(Munro, 2006), 본 연구에 포함된 대상자 수는 188명으로 최소 기준을 만족하였다.

(2) 연구 도구

도구의 준거타당도를 검증하기 위해 다음의 도구를 사용하여 자료를 수집하였다.

① The Way of Coping Checklist

Folkman과 Lazarus (1985)가 스트레스 상황에서 어떻게 대처하는지 측정하기 위해 66문항으로 개발한 The Way of Coping Checklist를 Kim (1987)이 우리나라 실정에 맞게 62문항으로 수정한 도구를 사용하였다. 이 도구는 문제집중적 대처, 정서 완화적 대처, 소망적 대처, 사회적 지지 추구의 4개 하부요인으로 구성되었으며 4점 Likert 척도로 점수가 높을수록 해당 문항의 대처전략을 많이 사용하는 것을 의미한다. Kim의 연구에서 하부영역의 Cronbach's α 는 .87-

.95였다.

② Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scale (F-COPES)

McCubbin 등(1987)이 일상생활에서 경험하는 어려움에 대처하기 위해 가족이나 개인이 사용하는 대처행위와 태도를 측정하기 위해 개발한 도구를 사용하였다. 내면적 대처전략과 외면적 대처전략을 측정하는 30문항으로 구성되었으며, 5점 Likert 척도로 점수가 높을수록 해당 문항의 대처전략을 많이 사용하는 것을 의미한다. McCubbin 등의 연구에서 Cronbach's α 는 .86이었으며, Lee (2000)의 연구에서 하부영역의 Cronbach's α 는 .71-.90이었다

(3) 자료 수집 방법과 절차

본 연구는 윤리성 확보를 위하여 P 대학교병원의 윤리심의위원회에 연구계획서를 제출하여 연구에서 고려되어야 할 인권적, 윤리적 문제에 대한 심사를 통과한 후 시행되었다(IRB: 2008102). 연구보조원 1인이 연구 대상자 선정 기준에 적합한 대상자를 만나 연구목적, 연구 참여의 자율성 및 비밀보장에 대한 설명을 하였다. 연구 참여에 동의한 대상자에게 연구참여동의서에 서명을 받고 질문지를 나누어 주어 답하도록 한 후 회수하였다. 자료수집은 2008년 11월 2일에서 11월 30일 사이에 이루어졌다.

(4) 자료 분석 방법

수집된 자료는 SPSS WIN (Version 12.0)을 사용하여 분석하였다. 대상자의 일반적 특성은 기술통계를 이용하여 분석하였다. 구성요인 타당도를 검증하기 위해 요인분석을 실시하였다. 요인분석을 실시하기 전에 수집된 자료가 요인분석에 적합한지 파악하기 위해 바틀렛의 구형성 검정과 Kaier-MayerOlkin (KMO) 측정을 실시하였고, 이후 배리맥스 회전(varimax rotation)을 이용한 요인분석을 실시하였다. 요인추출은 고유값(eigenvalue) 1 이상, 추출된 요인들에 의해 설명된 분산의 누적백분율 50% 이상, 그리고 요인적재값(factor loading) .32 이상의 기준을 사용하였다(Tabachnick & Fidell, 2001). 개발된 측정도구의 내적일관성 신뢰도검정은 문항분석을 하였고, 준거타당도는 Pearson 상관계수를 계산하였다.

연구 결과

1. 대상자의 인구학적 특성

대상자는 남자가 72명(38.3%), 여자가 116명(61.7%)이었으며 나이는 평균 59.2 ± 12.37 였다. 학력은 고등학교 졸업이 64명(34.0%)으로 가장 많았고, 종교는 불교가 67명(35.6%)으로 가장 많았다. 결혼상태는 기혼이 133명(70.7%)으로 가장 많았고, 직업은 없다가 125명(66.5%)으

로 많았다. 환자와의 관계는 어머니가 98명(52.1%)으로 가장 많았고, 경제상태는 중·하가 68명(36.2%)으로 가장 많았다(Table 1).

Table 1. General Characteristics of Participants (N=188)

Characteristics	Categories	n (%)
Gender	Male	72 (38.3)
	Female	116 (61.7)
Age (year)	≤39	10 (5.4)
	40~49	25 (13.3)
	50~59	49 (26.0)
	60~69	71 (37.8)
	≥70	33 (17.5)
Education	Elementary school	48 (25.5)
	Middle school	33 (17.6)
	High school	64 (34.0)
	College or higher	43 (22.9)
Religion	Christian	50 (26.6)
	Buddhist	67 (35.6)
	Catholic	22 (11.7)
	None	43 (22.9)
	Others	6 (3.2)
Marital status	Unmarried	17 (9.1)
	Married	133 (70.7)
	Divorced	7 (3.7)
	Widowed	31 (16.5)
Occupation	Yes	63 (33.5)
	No	125 (66.5)
Relation with patient	Mother	98 (52.1)
	Father	54 (28.7)
	Brothers and sisters	20 (10.7)
	Others	16 (8.5)
Economic status	High	8 (4.3)
	Middle	60 (31.9)
	Middle-low	68 (36.2)
	Low	52 (27.6)

2. 문항분석

예비도구에 대한 문항분석을 위해 각 문항과 전체 문항간의 상관계수를 산출하였다. 각 문항과 전체 문항간의 상관계수는 .30-.70이 적절하다는 기준(Nunnally & Bernstein, 1994)에 따라 Pearson 상관계수가 .30 미만인 6문항을 제외하고 총 54문항을 선정하였다. 각 문항과 전체 문항 간의 Pearson 상관계수는 .04에서 .50 사이의 범위를 보였다.

3. 구성타당도 검증

1) 요인분석

KMO 지수가 .80으로 요인분석 모형에 적합한 표본의 크기를 나타냈으며 Bartlett's test of sphericity도 통계적으로 유의하게($\chi^2 = 1,997.24$, $p < .001$) 분석되어 요인분석 조건에 부합되었다(Munro, 2006). 잠정적 최종문항의 구성타당도를 확인하기 위해 요인분석을 실시하여

고유값이 1.0 이상인 요인 수와 요인적재값을 고려하여 요인 수를 5개로 정하였다. 요인분석 결과, 요인 1이 14문항, 요인 2가 9문항, 요인 3이 5문항, 요인 4가 2문항, 요인 5가 2문항으로 나타나 전체 32문항의 총 분산은 49.7%였다(Table 2). 이는 요인추출은 고유값(eigenvalue) 1 이상, 추출된 요인들에 의해 설명된 분산의 누적백분을 50% 이상, 요인적재값(factor loading) .32 이상의 기준을 만족하였다(Tabachnick & Fidell, 2001).

2) 요인 명명

요인별로 높은 요인적재값을 갖는 문항들의 공통적인 의미가 무엇인지 파악하여 요인의 이름을 명명하였다. 요인 1은 본 연구의 개념적 틀에 제시된 치료와 재활에 대한 대처영역, 문제행동에 대한 대처영역, 가족 자신을 위한 대처영역에 속하는 문항으로 구성되었다. 구체적으로 살펴보면, 14개 문항 중 9개 문항이 치료와 재활에 대한 대처영역(인지적 대처전략 3개 문항: 2, 4, 5번, 행동적 대처전

Table 2. Factor Analysis

(N=188)

No.	Items	Factor loading				
		Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
1	I try to maintain family's emotional stability.	.74				
2	I try to ensure the patient has confidence and hope that he/she can recover.	.74				
3	I try to get information for treatment.	.71				
4	I try to understand and accept the patient's behavior and attitude.	.67				
5	I encourage the patient to do his/her own work to foster independence.	.62				
6	I obtain information that is helpful for treatment through meetings for families of persons with mental illness.	.62				
7	I ask if the patient follows household rules in order not to disturb daily life.	.60				
8	I received education for the disease and treatment of the patient.	.55				
9	I try to be brave.	.54				
10	I think that I play an important role in improvement of the patient's status.	.53				
11	I discuss and ask for help from my family in order to provide the best care for the patient.	.52				
12	I ask the patient about the reason for violent behavior and persuade him/her not to do it.	.52				
13	I try to educate about anything if it is helpful in the future of the patient.	.51				
14	I ask if the patient appreciates my doing the best for him/her.	.51				
15	I try to get out of this situation because it is so hard due to the patient.		.65			
16	I avoid the patient if he/she shows violent behavior.		.56			
17	I hide information about the patient because I do not want other people to know about the patient's mental illness.		.56			
18	I do not pay attention to the patient if there is another family member to take care of him/her.		.55			
19	I do not answer the phone when it is about a problem related to the patient.		.55			
20	I accede to the patient's demands and compromise if the patient shows violent behavior.		.52			
21	I do nothing if the patient hits me.		.50			
22	I go out frequently because I become anxious when at home.		.50			
23	I do not attend relative meetings because I stress out when doing so.		.49			
24	I try to explain the reason and when the patient does not take medication.			.55		
25	I hospitalize the patient when his/her mental status is worse.			.52		
26	I hospitalize by force even though the patient refuses if needed.			.51		
27	I hospitalize the patient when he/she shows problem behavior.			.50		
28	I hospitalize the patient or ask the doctor for higher drug dose when he/she shows violent behavior.			.45		
29	There are lots of times when I cry because of the patient.				.55	
30	There are lots of times that I tell the patient I want to die with him/her.				.38	
31	I bully when the patient shows violent behavior.					.56
32	I scold or get angry if the patient shows problem behavior.					.54
Eigen value		5.93	4.64	2.15	1.74	1.44
Variance explained (%)		17.5	9.0	8.5	7.5	7.2
Cumulative variance (%)		17.5	26.5	35.0	42.5	49.7

략 2개 문항: 7, 13번, 사회적 대처전략 4개 문항: 3, 6, 8, 11번)에 속하고, 1개 문항이 문제행동에 대한 대처영역(행동적 대처전략: 12번), 4개 문항이 가족자신을 위한 대처영역(인지적 대처전략: 1, 9, 10, 14번)에 속하였다. 요인 1에 높은 적재값을 보인 문항에 상황에 대한 긍정적 인지와 희망, 치료와 재활을 위한 적극적인 행동과 사회적 자원 활용에 대한 내용들이 포함되어 있어 '적극적 대처전략'으로 명명하였다.

요인 2는 문제행동에 대한 대처영역의 회피적 대처전략에 속하는 3개 문항(16, 20, 21번)과 가족자신을 위한 대처영역의 회피적 대처전략 6개 문항(15, 17, 18, 19, 22, 23번)으로 구성되어 '회피적 대처전략'으로 명명하였다. 요인 3은 치료와 재활에 대한 대처영역의 행동적 대처전략 3개 문항(24, 25, 26번)과 문제행동에 대한 대처영역의 행동적 대처전략 2개 문항(27, 28번)으로 구성되었다. 요인 3에서 높은 적재값을 보인 문항은 '약을 먹지 않으려 하면 달라고 설명해서 먹인다', '상태가 나빠지면 빨리 병원에 입원시킨다', '필요하다면 환자가 입원하기 싫어해도 강제로 입원시킨다' 등의 병원치료에 중점을 두는 것으로 나타나 '병원치료중심 대처전략'으로 명명하였다.

요인 4는 울거나 죽고 싶다는 감정적 반응에 해당되는 2개 문항(29, 30번)으로 구성되어 '감정적 대처전략'으로 명명하였다. 요인 5는 문제행동에 대한 대처영역의 감정적 대처전략에 해당되는 2개 문항(31, 32번)으로 구성되었다. 요인 5에서 높은 적재값을 보인 문항은 '난폭한 행동을 하면 하지 못하도록 억박지른다', '문제행동이 나 이상한 행동을 하면 화를 내며 꾸짖는다' 등의 억압적 태도를 보여 '문제행동에 대한 억압적 대처전략'으로 명명하였다.

3) 요인간의 상관관계

요인간의 Pearson 상관계수를 산출한 결과, 최고값이 $r = .48$ ($p < .001$)로 상관계수 모두가 .50보다 낮게 나타났다. 이는 Pett, Lackey와 Sullivan (Kang & Chang, 2004에 인용됨)이 제시한 요인간의 상관관계가 .50보다 낮아야 한다는 기준을 만족하였다.

4. 준거타당도 검증

The Way of Coping Checklist와 F-COPES를 이용하여 얻어진 점수와 정신분열병 환자 가족의 대처 도구를 이용하여 얻어진 점수의 Pearson 상관관계를 분석한 결과, 각각 $r = .47$ ($p < .001$)과 $r = .27$ ($p = .002$)로 나타나 통계적으로 유의하였다(Table 4).

5. 신뢰도 검증

총 32문항으로 구성된 도구의 내적 일관성 신뢰도를 분석한 결

과, 전체 문항의 Cronbach's α 는 .83로 나타났으며, 각 요인별 Cronbach's α 는 1요인은 .86, 2요인은 .77, 3요인은 .74, 4요인은 .68, 5요인은 .66로 나타났다. 각 문항과 전체 문항 간의 Pearson 상관계수는 .41에서 .66 사이의 범위를 보였다(Table 3). 이는 각 문항과 전체 문항간의 상관관계수가 .30-.70이 적절하다는 기준(Nunnally & Bernstein, 1994)을 만족하였다.

6. 최종 도구 개발

이상과 같이 개발된 도구의 타당도와 신뢰도를 검증하며 도구를 정제하는 과정을 거쳤으며, 그 결과 32문항으로 구성된 적극적 대처전략, 회피적 대처전략, 병원치료중심 대처전략, 감정적 대처전략과 문제행동에 대한 억압적 대처전략의 특성을 측정하는 4점 척도의 도구를 완성하였다. 정신분열병 환자 가족의 대처 측정도구는 최저 0점에서 최고 128점까지의 점수분포를 보이며, 점수가 높을수록 해당 문항의 대처전략을 많이 사용하는 것을 의미한다.

논 의

본 연구 결과, 정신분열병 환자 가족의 대처를 측정할 수 있는 신뢰도와 타당도가 검증된 자가보고형 측정도구가 개발되었다. 이 도구는 총 32문항의 5개 하부척도로 이루어졌다.

문헌고찰과 심층면접을 통해 2개의 구성요인(대처영역과 대처전략)이 도출되었고, 대처영역은 3개(치료와 재활에 대한 대처, 문제행동에 대한 대처, 가족자신을 위한 대처), 대처전략은 5개(인지적, 행동적, 사회적, 회피적 대처)가 도출되었다. 이를 근거로 문항을 구성하고 정신분열병 환자 가족을 대상으로 조사한 결과, 총 5개의 요인이 도출되었고 이 요인들은 전체 변이의 49.7%를 설명하였다.

5개의 요인을 적극적 대처전략, 회피적 대처전략, 병원치료중심 대처전략, 감정적 대처전략, 문제행동에 대한 억압적 대처전략이라고 명명하였다. 적극적 대처전략은 질병치료와 재활, 문제행동, 가족관계 등 생활 전반에 걸쳐 인지적, 행동적, 사회적 대처전략을 사용하여 적극적으로 대처하는 양상을 나타내는 문항으로 구성되었다. 이는 개념적 틀에 제시된 치료와 재활에 대한 대처영역의 인지적, 행동적, 사회적 대처전략에 해당하는 문항과 가족자신을 위한 대처영역의 인지적 대처전략에 해당하는 문항이었다. 회피적 대처전략은 환자의 난폭한 행동을 피하거나, 환자의 존재를 주변에 숨기고, 환자와 관련된 일에서 가능한 벗어나고 피하려는 회피적 대처양상을 보이는 문항으로 구성되었고, 이는 개념적 틀에 제시된 문제행동에 대한 대처영역과 가족자신을 위한 대처영역의 회피적 대

Table 3. Item Analysis of the Final Items

(N = 188)

Factors	No.	Items	Corrected item-total correlation	Cronbach's α
1	1	I try to maintain family's emotional stability.	.66	.86
	2	I try to ensure the patient has confidence and hope that he/she can recover.	.66	
	3	I try to get information for treatment.	.65	
	4	I try to understand and accept the patient's behavior and attitude.	.57	
	5	I encourage the patient to do his/her work own to foster independence.	.53	
	6	I obtain information that is helpful for treatment through meetings for families of persons with mental illness.	.57	
	7	I ask if the patient follows household rules in order not to disturb daily life.	.52	
	8	I received education for the disease and treatment of the patient.	.51	
	9	I try to be brave.	.46	
	10	I think that I play an important role in improvement of the patient's status.	.48	
	11	I discuss and ask for help from my family in order to provide the best care for the patient.	.47	
	12	I ask the patient about the reason for violent behavior and persuade him/her not to do it.	.41	
	13	I try to educate about anything if it is helpful in the future of the patient.	.45	
	14	I ask if the patient appreciates my doing the best for him/her.	.45	
2	15	I try to get out of this situation because it is so hard due to the patient.	.48	.77
	16	I avoid the patient if he/she shows violent behavior.	.48	
	17	I hide information about the patient because I do not want other people to know about the patient's mental illness.	.44	
	18	I do not pay attention to the patient if there is another family member to take care of him/her.	.45	
	19	I do not answer the phone when it is about a problem related to the patient.	.48	
	20	I accede to the patient's demands and compromise if the patient shows violent behavior.	.45	
	21	I do nothing if the patient hits me.	.43	
	22	I go out frequently because I become anxious when at home.	.43	
	23	I do not attend relative meetings because I stress out when doing so.	.44	
3	24	I try to explain the reason and when the patient does not take medication.	.48	.74
	25	I hospitalize the patient when his/her mental status is worse.	.54	
	26	I hospitalize by force even though the patient refuses if needed.	.52	
	27	I hospitalize the patient when he/she shows problem behavior.	.49	
	28	I hospitalize the patient or ask the doctor for higher drug dose when he/she shows violent behavior.	.50	
4	29	There are lots of times when I cry because of the patient.	.52	.68
	30	There are lots of times that I tell the patient I want to die with him/her.	.52	
5	31	I bully when the patient shows violent behavior.	.50	.66
	32	I scold or get angry if the patient shows problem behavior.	.50	
Total scale				.83

Table 4. Factor Correlations and Correlations of CSFPS, WCC and F-COPES

(N = 188)

Scales	Factors	CSFPS					CSFPS
		Factor 1 <i>r</i> (<i>p</i>)	Factor 2 <i>r</i> (<i>p</i>)	Factor 3 <i>r</i> (<i>p</i>)	Factor 4 <i>r</i> (<i>p</i>)	Factor 5 <i>r</i> (<i>p</i>)	
CSFPS	Factor 1	1.00					
	Factor 2	-.03 (.646)	1.00				
	Factor 3	.24 (.001)	.22 (.003)	1.00			
	Factor 4	-.02 (.789)	.08 (.254)	.18 (.016)	1.00		
	Factor 5	-.15 (.038)	.48 (<.001)	.26 (<.001)	.30 (<.001)	1.00	
WCC							.47 (<.001)
F-COPES							.27 (.002)

CSFPS = Coping scale for families of patients with schizophrenia; WCC = The way of coping checklist; F-COPES = Family crisis oriented personal evaluation scale.

처전락에 해당하는 문항이었다. 병원치료중심 대처전략은 약물복용과 입원치료 중심으로 환자를 치료 및 간호하고 있음을 나타내는 문항으로 구성되었고, 이는 개념적 틀에 제시된 치료와 재활에 대한 대처영역과 문제행동에 대한 대처영역의 행동적 대처전략에 해당하는 것이었다. 감정적 대처전략은 환자 때문에 울거나 죽고 싶

다는 말을 자주 한다는 문항으로 구성되었고, 이는 개념적 틀에 제시된 가족자신을 위한 대처영역의 감정적 대처전략에 해당하는 문항이었다. 문제행동에 대한 억압적 대처전략은 환자의 난폭한 행동이나 문제행동에 대해 억박지르거나 화를 내는 대처전략을 나타내는 문항으로 구성되었고, 이는 개념적 틀에 제시된 문제행동에 대

한 대처영역의 감정적 대처전략에 해당하는 문항이었다.

본 연구에서 개발된 측정도구를 기존의 국내·외의 주요 대처 측정도구와 비교하여 고찰하였다. 본 도구의 적극적 대처전략은 Lazarus와 Folkman (1984)의 문제중심적 대처, Kim과 Lee (1985)의 문제집중적 대처와 사회적 지지 추구, Chon, Kim, Cho, Rho와 Shon (1994)의 적극적 대처, 정서적 지원 추구, 긍정적 해석과 유사하였다. 이 대처방식들은 공통적으로 상황을 긍정적으로 변화시키기 위해 도움 요청, 계획 세우기, 긍정적 인식, 적극적 노력 등을 포함하고 있는데, 본 도구의 적극적 대처전략은 치료에 대한 정보수집, 가족교육 참여, 재활을 위한 노력, 가족의 도움 요청 등 적극적인 대처를 측정하는 문항으로 구체화되었다. 본 도구의 회피적 대처전략은 Kim과 Lee의 분리 대처방식과 Chon 등의 적극적 망각 대처와 유사하였다. 이 대처방식들은 문제 상황을 숨기고 잊어버린다는 내용으로 구성되어있는데, 본 도구의 회피적 대처전략은 정신분열병 환자 가족의 가장 힘든 점 중에 하나인 환자의 폭행을 그대로 맞고 있거나 타협하는 방식으로 대처한다는 문항으로 구체화되었다. 본 도구의 병원치료중심 대처전략은 Chon 등의 문제해결적 지원 추구하고 유사하였다. 이 대처방식은 문제를 실질적으로 해결해 줄 수 있는 사람을 찾는 것을 의미하는데, 본 도구의 병원치료중심 대처전략은 의사의 치료를 통해 문제를 해결하려고 한다는 문항으로 구체화되었다. 본 도구의 감정적 대처전략과 문제행동에 대한 억압적 대처전략은 Kim과 Lee의 분노표출, Chon 등의 정서표출과 유사하였는데, 이 대처방식들은 공통적으로 상대방에게 화를 내거나 자신의 감정을 그대로 표현한다는 내용으로 구성되었다.

개념적 틀에 제시되었던 구성개념 중 문제행동에 대한 대처영역의 사회적 대처전략, 가족자신을 위한 대처영역의 행동적 대처전략과 사회적 대처전략이 요인분석 결과 어느 요인에도 포함되지 않는 것으로 나타났다. 특히 치료와 재활에 대한 대처영역을 제외한 문제행동에 대한 대처영역과 가족자신을 위한 대처영역의 사회적 대처전략에 속하는 문항 모두가 삭제되었다. 이는 환자의 치료와 재활에 대해서는 가족이 사회적 도움을 요청하지만 문제행동이나 가족자신을 위해서는 사회적 도움을 요청하지 않는다는 것을 의미한다. Lee (2000)의 연구에서 정신분열병 환자 가족은 사회적 지지자원을 적게 사용하는 것으로 보고하고, 이를 가족 내에서 문제를 스스로 해결하려는 성향이 강한 한국 사람들의 성격적 특성과 함께 특히 정신분열병에 대한 사회적 편견으로 인하여 가족이 주변인들에게 환자의 병을 숨기려는 현상과 관련이 높은 것으로 설명하였는데, 이는 본 연구에서 사회적 대처전략에 관한 문항이 적은 것과 같은 맥락이라고 생각한다. 또한 가족자신을 위한 대처영역의 행동적 대처전략에 대한 문항이 삭제되었는데, 이는 가족이 친목모임 또는 취미활동과 같은 자신을 위한 일에 시간이나 에너지를 사용하지 않

는다는 것을 의미한다. 이는 Kim, Kim과 Hyun (1999)이 정신질환자 가족은 환자 간호로 인해 자신을 위한 사회활동 시간이 줄어든다고 한 것과 같은 맥락이다. 그러나 Huang 등(2008)에서는 가족의 행동적 대처전략 중 취미활동 추구가 포함되어 있어 본 연구 결과와는 차이가 있었다. 따라서 환자 가족 자신을 위한 행동적 대처전략에 대한 문항의 유용성에 대한 추후 연구가 필요하다고 생각된다. 치료와 재활에 대한 사회적 대처전략이 삭제되지 않은 것은 Seo (1998)에서 정신분열병 환자 어머니는 가족교육 모임에서 다른 환자 어머니로부터 치료에 관한 정보를 얻고 경험을 나눔으로써 도움을 받는다는 연구 결과가 반영된 것이라고 볼 수 있다.

본 연구에서 도출된 정신분열병 환자 가족의 대처전략과 선행 연구의 결과를 비교 분석해보면, Kartalova-O'Doherty와 Doherty (2008)에서 정신분열병 환자 가족은 적극적 행동적 전략, 적극적 인지적 전략과 회피적 전략을 사용하는 것으로 나타났는데, 적극적 행동적 전략과 적극적 인지적 전략이 본 도구의 적극적 대처전략과 유사하였고, Kartalova-O'Doherty와 Doherty의 회피적 전략은 본 도구의 회피적 대처전략과 유사하였다. 구체적으로 살펴보면, 적극적 행동적 전략에 관련 정보를 수집하고, 다른 사람의 지지를 구하고, 관련 교육을 받는 등의 행동이 포함되었고, 적극적 인지적 전략에 환자 간호를 가족의 의무로 받아들이고, 현재 상황에서 긍정적인 부분을 찾으려 노력한다는 내용이 포함되어 본 도구의 적극적 대처전략에 속하는 문항과 상당히 일치하였다. 또한 회피적 전략에 친척과 만나는 것을 피하고, 질병에 대해 말하는 것을 피한다는 내용이 포함되어 본 도구의 회피적 대처전략과 상당히 일치하였다.

Huang 등(2008)에서 정신분열병 환자 가족은 심리적 대처와 사회적 대처전략을 주로 사용하는 것으로 나타났는데, 심리적 대처전략에는 인지적, 행동적, 정서적 대처가 포함되었고, 사회적 대처전략에는 사회적 지지를 구하는 대처행동이 포함되었다. 심리적 대처전략의 인지와 행동적 대처, 사회적 대처전략은 본 도구의 적극적 대처전략에 속하였고, 심리적 대처전략의 정서적 대처는 본 도구의 감정적 대처전략과 유사하였다. 이러한 연구 결과들을 통해 정신분열병 환자 가족은 인지적, 행동적, 사회적 대처와 같은 적극적 대처전략과 회피적 대처전략을 공통적으로 사용하고 있음을 알 수 있었다.

약물거부, 공격적 행동, 문제행동 등에 대한 정신분열병 환자 가족의 대처를 조사한 연구를 살펴보면, Yang (1995)에서 약물복용 거부에 대해 가족은 환자를 달래고 설명해 주는 대처를 가장 많이 하였고, 공격적 행동에 대해서는 31%의 가족이 환자를 병원에 입원시키는 것으로 나타났다. 이러한 대처는 본 도구의 병원치료중심 대처전략과 유사하였다. Lee와 Kim (2000)의 연구에서 약물복용 거부, 난폭한 행동, 이상한 행동 등에 대해 가족은 달래거나 애원하고, 원하는 것을 들어주고 타협하는 대처를 가장 많이 사용하는 것으로

나타났고, 이러한 대처는 본 도구의 회피적 대처전략과 유사하였다.

Pett, Lackey와 Sullivan (Kang & Chang, 2004에 인용됨)에서 요인은 상호 독립적이어야 요인으로서 의미가 있는 것이며 요인간의 상관관계가 .50보다 낮아야 각 요인들이 서로 다른 영역으로 이루어졌다고 볼 수 있다고 하였으므로 본 연구에서 각 요인의 상관관계가 모두 .50보다 낮아 개발된 도구는 다차원적으로 구성되었다고 할 수 있다. 국내에서 정신분열병 환자 가족의 대처를 측정하는데 많이 활용되어온 The Way of Coping Checklist와 본 도구는 높은 상관관계를 보였고, F-COPES와는 중간정도의 상관관계를 보여 준거 타당도가 양호하였다. 그러나 F-COPES와의 상관관계는 같은 속성을 측정하는 도구와 상관관계가 적어도 0.4-0.8 정도가 되어야 한다는 Lee 등(2009)의 기준에는 미치지 못하였다. 이에 본 도구의 5개 요인과 F-COPES의 5개 하부척도와와의 상관관계를 산출한 결과, 본 도구의 '적극적 대처전략'과 F-COPES의 하부요인 '재정의', '도움 요청', '수동적 대처'의 상관관계는 Lee 등의 기준을 충족하였다. 그러나 본 도구의 타당도를 높이기 위해서는 향후 반복 연구를 통해 수정, 보완할 필요가 있다고 생각된다.

본 연구에서 개발된 측정도구는 내적 일관성 계수 Cronbach's α 가 .83, 하부요인의 Cronbach's α 가 .66-.86로 양호한 신뢰도를 보여 Choi (2002) 연구의 The Way of Coping Checklist와 Lee (2000) 연구의 F-COPES의 내적 일관성 계수와 큰 차이가 없었다. 특히, The Way of Coping Checklist는 총 62문항으로 구성되었고 본 도구는 32문항으로 구성되었다는 점을 감안한다면 본 도구의 신뢰도가 상당히 높다고 할 수 있다.

지금까지 정신분열병 환자 가족 대처에 관한 연구에서는 신체적 만성질환자 가족이나 일반 성인의 대처를 측정하는 도구를 사용해 왔기 때문에 정신분열병 환자 가족이 일상생활에서 겪는 다양한 문제에 어떻게 대처하는지 구체적으로 측정할 수 없어 개별 가족에게 적합한 가족교육 및 가족중재 프로그램을 개발하고 적용하는데 어려움이 있어 왔다. 그러나 본 연구는 정신분열병 환자 가족 면담을 통해 질병치료와 문제행동 등에 대한 실제적이고 구체적인 대처전략을 측정하는 문항들을 개발함으로써 이러한 문제점을 보완한 것이 장점이다. 또한 본 도구는 총 32문항으로 구성되어 기존에 가장 많이 사용되어 왔던 총 62문항의 The Way of Coping Checklist에 비해 문항 수가 절반 정도밖에 되지 않아 실무에서 짧은 시간에 사용하기 편리하다. 반면에 대상자 선정기준으로 환자의 유병기간을 정하지 않아 수집된 자료를 분석한 결과, 유병기간이 최저 2년 이상인 환자의 가족이 98%를 차지하여 본 도구는 발병한지 2년이 되지 않은 환자의 가족 대처를 측정하기에는 제한점이 있다.

정신분열병 환자 가족교육을 실시하기 전에 본 도구를 사용하여 대처전략을 측정하고, 그 결과를 개별적인 가족교육 및 가족중재

프로그램을 제공하는데 활용할 것을 제안한다. 또한 본 도구의 신뢰도와 타당도를 높이기 위하여 반복 연구를 통해 도구를 수정, 보완할 것과 유병기간이 2년 이하인 초발환자의 가족을 대상으로 도구의 신뢰도와 타당도를 검증할 것을 제안한다.

결론

본 연구는 정신분열병 환자 가족 대처의 구성요인을 파악하였고, 이를 근거로 정신분열병 환자 가족 대처 측정도구를 개발하고 신뢰도와 타당도를 검증하였다. 그 결과 정신분열병 환자 가족의 적극적 대처전략, 회피적 대처전략, 병원치료중심 대처전략, 감정적 대처전략과 문제행동에 대한 억압적 대처전략을 측정하는 총 32문항의 정신분열병 환자 가족 대처 측정도구를 개발하였다.

본 도구는 정신분열병 환자 가족 대처를 구체적으로 측정할 수 있는 문항들로 구성되어 사전에 가족의 대처 특성을 파악할 수 있으므로 가족교육 및 가족간호중재의 효율성을 높이고, 중재 효과를 평가함으로써 간호서비스의 질 향상에 기여할 것으로 기대된다.

REFERENCES

- Bae, S. I., Rim, H. D., & Kim, Y. W. (1990). Stress perception and coping strategy of the families of psychiatric patients. *Journal of the Korean Neuropsychiatric Association*, 29, 885-895.
- Boye, B., Bentsen, H., Ulstein, I., Notland, T. H., Lersbryggen, A., Lingjaerde, O., et al. (2001). Relatives' distress and patients' symptoms and behaviours: A prospective study of patients with schizophrenia and their relatives. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 42-50. <http://dx.doi.org/10.1034/j.1600-0447.2001.00190.x>
- Choi, H. K. (2002). The coping style and its impact on subjective burden of families caring for the mentally ill. *Korean Journal of Social Welfare Studies*, 19, 203-225.
- Chon, K. K., Kim, K. H., Cho, S. W., Rho, M. R., & Shon, C. R. (1994). Development of multidimensional coping scale. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 13, 114-135.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it change it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170. <http://dx.doi.org/10.1037//0022-3514.48.1.150>
- Hatcher, L. (1994). *A step-by-step approach to using the SAS(R) system for factor analysis and structural equation modeling*. Cary, NC: SAS.
- Huang, X. Y., Sun, F. K., Yen, W. J., & Fu, C. M. (2008). The coping experiences of carers who live with someone who has schizophrenia. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 817-826. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02130.x>
- Jalowiec, A., & Powers, M. J. (1981). Stress and coping in hypertensive and emergency room patients. *Nursing Research*, 30, 10-15.
- Kang, H. S., & Chang, S. B. (2004). Development of college student's condom attitude scale. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 34, 751-759.

- Kartalova-O'Doherty, Y., & Doherty, D. T. (2008). Coping strategies and styles of family carers of persons with enduring mental illness: A mixed methods analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22, 19-28. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00583.x>
- Kim, J. H. (1987). *Relations of perceived stress, cognitive set, and coping behaviors to depression*. Unpublished doctoral dissertation, Seoul National University, Seoul.
- Kim, S. Y. J., Kim, S. A., & Hyun, M. S. (1999). *A new understanding and approach to family with mental illness patients*. Seoul: Hyunmoonsa.
- Kim, J. H., & Lee, J. H. (1985). The relations between factors constructing stress coping style and depression. *Journal of Behavioral Sciences*, 7, 127-138.
- Korean Neuropsychiatric Association. (2005). *Textbook of neuropsychiatry*. Seoul: Joongang.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York, NY: Springer Publishing Company, Inc.
- Lee, E. H. (2000). A study on the coping response of the family members of schizophrenia. *The Social Welfare Research Review*, 10, 71-80.
- Lee, E. O., Lim, N. Y., Park, H. A., Lee, I. S., Kim, J. I., Bae, J. Y., et al. (2009). *Nursing research and statistical analysis*. Seoul: Soomoonsa.
- Lee, G. Z., & Kim, C. K. (2000). The effect of mental health education using the videotape on the coping styles of the family members of schizophrenia. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 391-407.
- Lynn, M. R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, 35, 382-385.
- Magliano, L., Fiorillo, A., Rosa, C. D., Malangone, C., Maj, M., & The National Mental Health Project Working Group. (2005). Family burden in long-term diseases: A comparative study in schizophrenia vs. physical disorders. *Social Science & Medicine*, 61, 313-322. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.11.064>
- McCubbin, H. I., Olson, D. H., & Larsen, A. S. (1987). F-COPES: Family crisis oriented personal scales. In H. McCubbin & A. Thompson (Ed.), *Family assessment inventories for research and practice* (pp. 194-207). Madison, WI: University of Wisconsin - Madison.
- Munro, B. H. (2006). *Statistical methods for health care research* (E. H. Lee, Y. H. Chung, J. S. Kim, R. Y. Song, & K. Y. Hwang, Trans.). New York: Lippincott Williams & Wilkins. (Original work published 2004)
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). New York, NY: McGraw-Hill.
- Park, H. S. (1993). *A study on the degree of stress and coping for the family of psychopathic patient*. Unpublished master's thesis, Chonnam National University, Gwangju.
- Schene, A. H. (1990). Objective and subjective dimensions of family burden: Towards an integrative framework for research. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 289-297.
- Seo, J. M. (1998). *An inquiry into coping behavior of mothers with schizophrenic child*. Unpublished doctoral dissertation, Pusan National University, Busan.
- Stuart, G. W. (2009). *Principles and practice of psychiatric nursing*. St. Louis, MO: Mosby.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics* (4th ed.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Um, M. S. (1992). The family environment where one member of the family is receiving psychiatric care: A comparative group study. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 1, 17-38.
- Yang, O. K. (1995). Families of the mentally ill-care burden, coping, and service needs. *Journal of the Korean Neuropsychiatric Association*, 34, 809-829.