

입원한 조현병 환자의 치료적 단계에 따른 스트레스, 대처방식, 자살 위험성 및 자살사고

함진희¹ · 성경미²

누가병원 간호부¹, 경상대학교 간호대학 · 경상대학교 건강과학연구원²

A Study on Stress, Coping Skill, Suicide Risk and Suicidal Ideation according to Treatment Phases of Hospitalized Patients with Schizophrenia

Ham, Jin Hee¹ · Sung, Kyung Mi²

¹Department of Nursing, Nuga Hospital, Gimhae

²College of Nursing · Institute of Health Sciences, Gyeongsang National University, Jinju, Korea

Purpose: This study was done to evaluate the relationship of stress, coping skill, suicide risk, and suicidal ideation according to treatment phases in patients hospitalized with schizophrenia. **Methods:** Participants, 111 patients hospitalized with schizophrenia, were selected from three psychiatric hospitals in G province. Data were collected from March 5 to April 15, 2016 and analyzed using t-test, χ^2 test, Fisher's exact test, Pearson correlation coefficient, one-way ANOVA, and Scheffé's test analysis with the SPSS/WIN 18.0 program. **Results:** Based on NOSIE-30, the treatment phases were divided into Beginning, Intermediate, and Completion stages. Patients in the Intermediate stage showed a higher stress level ($F=5.13$, $p=.007$) and active coping skills ($F=6.70$, $p=.002$) than patients in other stages. They also showed the highest suicide risk ($F=7.42$, $p=.001$), and the patients in the beginning stage had the highest suicidal ideation ($F=20.20$, $p<.001$). There were significant relationships between study variables at each stage. **Conclusion:** The findings from this study show differences in levels of stress, coping skill, suicide risk, and suicidal ideation according to treatment phases and indicate the need to develop suitable nursing intervention programs according to patients' treatment phases.

Key Words: Schizophrenic, Treatment, Stress, Coping, Suicide

서 론

1. 연구의 필요성

조현병은 지적, 정서적, 행동적 장애가 다각도로 혼합되어 현실관계와 개념형성에 기본적 장애를 나타내는 정신증적 반

응군으로 인격과 사회적 기능의 와해, 현실과의 접촉상실과 현실왜곡 등이 나타나는 심각한 정신 상태이다[1]. 조현병은 다른 질환에 비해서 완치가 어렵고 재발이 반복되기 때문에 재원 기간이 평균 10년 이상으로 긴 편이다[2,3]. 또한 질병에 대한 부정적 인식과 편견으로 치료시기를 놓치거나 치료를 중단하는 경우가 많아 질병이 만성화되고 있다[4].

주요어: 조현병 환자, 치료, 스트레스, 대응, 자살

Corresponding author: Sung, Kyung Mi

College of Nursing, Gyeongsang National University, 15 Jinju-daero, 816 beon-gil, Jinju 52727, Korea.
Tel: +82-55-772-8246, Fax: +82-55-772-8222, E-mail: sung@gnu.ac.kr

- This manuscript is based on a part of the first author's master thesis from Gyeongsang National University.

Received: Jul 29, 2016 | Revised: Oct 20, 2016 | Accepted: Oct 24, 2016

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

일반적으로 조현병 환자는 정신증적 증상이 심하고 행동장애를 동반하기 때문에 대부분 입원 치료가 필요하다. 이들은 입원 기간 중 약물치료 외에도 정신 및 심리사회적 기능의 불균형을 최소화하고 질병의 재발을 억제하기 위해 개인 정신치료, 집단치료, 가족치료, 정신건강교육, 행동치료 등의 다양한 정신사회적 치료를 받게 된다[5]. 그러나 환자의 치료방향의 학적 진단에 의존한 약물치료 중심으로 이루어지고 있고 정신과 병동에서 제공되는 병동 프로그램은 전체 입원 환자들에게 동일하게 제공되는 주단위의 반복적인 병동활동으로 환자 개인의 치료적 변화는 반영하지 못하고 있다[2,4,6]. 즉 조현병 환자들은 입원기간동안 동일한 의학적 진단 하에 치료를 받으며 병동에 장기 체류하는 경우가 많은데 이들의 회복을 돕기 위해서는 과거병력과 더불어 환자의 행동 양상을 치료자들이 직접 관찰하고 평가하며 변화를 지속적으로 반영해서 정확한 진단을 내려야 한다[7]. 하지만 조현병 환자의 경우는 의사소통을 효과적으로 하지 못하고 무감동, 무관심, 철회 등의 음성증상을 보이는 경우가 많아 기존의 정신과적 면담을 이용한 평가만으로는 환자의 상태를 충분히 파악하기 어려웠다[8]. 이에 Honigfeld와 Klett [9]는 조현병 환자의 치료적 변화를 평가하기 위해 간호사 관찰척도(Nurses' Observation Scale for Inpatient Evaluation, NOSIE)를 개발하였다. 간호사 관찰척도는 약물치료나 간호중재의 효과를 파악하는데 사용되어 왔으며 최근 조현병 환자를 대상으로 역량강화 프로그램과 숲 산책 프로그램의 효과를 규명하기 위해 회복척도로 사용되었다[2, 6]. 이들 연구의 대상자는 중재 후에 퇴원한 정신장애자와 유사한 주관적 회복점수를 보이거나[2], 산책 프로그램을 적용할 수 있는 입원 환자로 사전 점수에서 중간 정도의 주관적 회복점수가 나타난 각 각 다른 치료적 상태에 있었다. 따라서 두 연구 결과의 간호사 관찰척도 점수로 조현병 환자의 치료적 단계를 구분하는 것이 가능함을 알 수 있다.

정신과 보호병동에 입원한 조현병 환자들은 병동의 엄격한 규칙에 따라 행동의 제약을 받고 있으며 이들이 입원 환경에서 주로 느끼는 스트레스는 가족에 대한 그리움과 죄책감, 입·퇴원 과정에서의 인권침해, 치료진의 지지부족, 낙인감, 퇴원 후 생활에 대한 불안감, 대인관계의 어려움 등[3]으로 일반병동 입원 환자들의 경제문제, 정보결여, 낯선 환경, 가족과 떨어져 지내는 고립감[10] 등과는 다른 스트레스를 경험하고 있다.

스트레스 대처는 개인과 환경이 상호작용할 때 생기는 갈등이나 긴장, 부담감 등을 극복하려는 인지적, 정서적 및 행동적 노력을 의미하는 것으로[11], 일반적으로 위협적이거나 도전적인 환경을 직접 수정할 수 있다고 평가할 때 문제 중심적 대

처와 같은 적극적 대처방식을 사용하고 이러한 조건을 변화시키기 위해 자신이 할 수 있는 일이 없다고 평가할 때는 정서 중심의 소극적 대처를 사용하게 된다[12]. 조현병 환자의 경우는 만성적인 질병과정으로 인지적, 사회적 기능이 손상되어 스트레스에 대처하는 능력이 떨어지고 특히 사회적 지지체계를 이용하는 기술이 부족하여 스트레스로 인한 부정적인 영향을 많이 받으며 이러한 현상은 환자의 조기퇴원과 회복을 지연시키고 있다[3,4]. 무엇보다 조현병 환자들은 스트레스로 인해 증상이 악화되고 재발하는 경우가 많으며, 이로 인한 입·퇴원의 반복과 장기입원은 사회적 기능의 감소와 정신사회 재활의 실패로 이어지고 있으며 다른 질환자에 비해 삶의 질이 낮아지는 주요 요인이기도 하다[4,13].

한편 정신질환은 자살위험을 증가시켜 정신장애 환자의 높은 사망률에 기여하는 주요 요인이다[14,15]. 특히 조현병은 지시적 환청이나 피해망상과 같은 사고장애로 자살을 시도하는 경우가 많고, 우울을 동반한 조현병의 경우 자살로 인한 사망률이 다른 정신장애보다 높기 때문에 정신과 병동 간호사는 입·퇴원 과정에 있는 조현병 환자를 대상으로 과거 자살 시도 경험과 자살사고의 유무를 우선적으로 평가하고 자살예방간호를 제공하는 것이 중요하다[16-18].

이상과 같이 조현병 환자는 입원기간이 길고 입원으로 인한 높은 스트레스와 자살사고를 경험하고 있으며 대처능력이 떨어져 정신사회 재활에 어려움을 겪고 있다. 또한 입원한 조현병 환자들은 다양한 치료적 변화를 보이고 있지만 대부분의 환자들이 이에 대한 고려 없이 입원기간 동안 동일한 간호중재 프로그램을 제공받고 있어 치료적 변화에 따라 단계적으로 간호중재를 적용하는 새로운 시도가 필요하다. 앞에서 설명한 것처럼 조현병 환자의 치료적 변화는 Honigfeld와 Klett [9]의 간호사 관찰척도를 통해 평가할 수 있으므로 치료적 변화가 시작되는 초기, 변화가 지속되는 중기, 그리고 변화가 완성되는 회복기로 치료적 단계를 나눌 수 있다면 정신과 병동 프로그램을 환자의 상태에 따라서 체계적으로 운영하는데 도움이 될 수 있다. 그러나 이에 대한 간호학 연구는 아직 부족하여 다양한 기초연구가 선행되어야 한다. 따라서 본 연구에서는 조현병 환자의 회복을 돕기 위해 우선 치료적 단계를 구분하고 이에 따른 환자의 스트레스 정도나 대처방식 및 자살사고에 대해 평가하고 이들의 상관관계를 파악하였다. 이는 정신과 병동 환자를 효율적으로 간호하고 회복을 촉진하기 위한 방안의 일환으로 간호사 관찰척도를 이용해서 조현병 환자의 치료적 단계를 구분하고 이에 따른 간호중재 개발의 기초자료를 제공하기 위한 것이다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 입원한 조현병 환자의 치료적 단계를 파악하고 치료적 단계에 따른 스트레스, 대처방식, 자살 위험성과 자살사고를 비교 분석하는 것으로 구체적인 연구목적은 다음과 같다.

- 연구대상자의 치료적 단계, 스트레스, 대처방식, 자살 위험성 및 자살사고를 확인하고 일반적 특성에 따른 차이를 비교한다.
- 연구대상자의 치료적 단계에 따른 스트레스, 대처방식, 자살 위험성 및 자살사고를 비교하고 치료적 단계별로 변수 간 상관관계를 파악한다.

연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 입원한 조현병 환자의 치료적 단계를 파악하고 치료적 단계에 따른 스트레스, 대처방식, 자살 위험성 및 자살사고를 비교 및 분석하는 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상

본 연구의 대상자는 G지역에 소재한 300병상 이상의 3개 정신건강전문병원에서 DSM-5 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition)의 진단기준에 따라 정신건강의학과 전문의로부터 조현병 진단을 받고 입원한 만 19세 이상의 환자 중, 조현병 이외에 기질적 장애, 약물 및 알코올 중독, 정신지체 등의 병력이 없고 의사소통이 가능하며 설문지를 읽고 이해할 수 있는 자로 하였다. 연구대상자 수는 G*Power 3.1.9 프로그램을 이용해서 상관관계를 분석할 때 유의수준 .05, 검정력 95%, 효과크기 .40을 기준으로 하였을 때 예상 표본 수는 102명으로 탈락률 10%를 고려하여 총 112명을 대상으로 하였다. 설문조사에서 응답이 불성실한 1부를 제외하고 111명의 설문지를 최종 분석에 활용하였다.

3. 연구도구

본 연구자는 연구변수를 측정하기 위해 다음과 같은 도구를 사용하였으며 연구실시 전에 모두 원저자의 사용승인을 받았다. 연구자는 연구대상 병원에서 3년 이상 수간호사로 재직한

3인을 선정하여 표준화를 위해 연구도구 사용에 대해 상세히 설명하고 본 연구실시 전에 동일한 환자를 대상으로 예비 측정을 실시하게 한 후 사전 토의와 합의의 과정을 반복하며 측정자간 일치도를 높였다.

1) 치료적 단계

간호사 관찰척도(NOSIE)는 정신과 병동에 입원한 환자들의 치료적 행동변화를 측정하기 위한 Honigfeld 와 Klett [9]의 NOSIE를 Ahn [19]이 변안한 30문항의 Likert 5점 척도이다. 이 도구는 긍정적 행동변화의 3개 하위영역인 사회적 능력, 사회적 관심, 개인위생과 부정적 행동변화의 4개 하위영역인 자국민감성, 정신증적 증상, 지연성, 우울로 구성되어 있다. 총점은 120점으로 부정적 행동변화 문항은 역환산하여 계산하며 점수가 높을수록 회복의 치료적 변화가 있는 것으로 해석된다. 본 연구에서는 조현병 환자를 대상으로 동일한 도구를 사용한 2편의 선행연구[2,6]의 평균값과 표준편차를 이용해 치료적 단계의 구간을 정하였다. 구체적으로 Park과 Sung [2]이 역량강화 프로그램 적용 후 회복의 낮은 평균점수(89.78±9.50)에서 표준편차를 뺀 값인 80점을 회복기인 변화완성기의 하위 절단점으로 하였으며, Kim [6]의 전체 대상자 회복 평균점수(58.52±11.94)에서 표준편차를 뺀 값인 46점은 변화중기의 하위 절단점으로 하였다. 그 결과 치료적 단계의 점수 범위는 변화초기 0~46점 미만, 변화중기 46~80점 미만 그리고 환자가 회복되어가는 과정을 의미하는 변화완성기는 80~120점으로 하였다. Park과 Sung [2]의 연구에서 도구의 신뢰도 Cronbach's α 는 .84였고 본 연구에서 Cronbach's α 는 .71이었다.

2) 스트레스

스트레스 척도는 입원한 조현병 환자의 스트레스를 측정하기 위해 Park과 Sung [3]이 개발한 입원 스트레스 측정도구를 사용하였다. 이 도구는 6개의 하위영역인 가족과의 단절감 6문항, 부당한 인권침해 7문항, 미래가 없어진 삶 6문항, 기본욕구의 침해 3문항, 개인기호 침해 3문항, 그리고 공동생활의 불편함 3문항으로 이루어졌으며 28문항의 Likert 4점 척도이다. 총점은 84점으로 점수가 높을수록 스트레스가 높은 것을 의미하며 도구 개발 당시 신뢰도 Cronbach's α 는 .93, 본 연구에서 Cronbach's α 는 .87이었다.

3) 대처방식

대처방식 척도는 Lazarus와 Folkman [12]이 개발하고 Son 등[20]의 연구에서 수정 사용한 스트레스 대처방식 척도로 적

극적 대처 15문항의 총점 45점과 소극적 대처 15문항의 총점 45점으로 총 30문항의 Likert 4점 척도이다. 점수가 높을수록 해당 대처방식을 더 많이 사용하는 것을 의미한다. 도구개발 당시 신뢰도 Cronbach's α 는 .92, 본 연구에서 Cronbach's α 는 .91이었다.

4) 자살 위험성

자살 위험성 척도는 Cutcliffe와 Barker [15]가 근거 중심 모델을 적용하여 간호사가 입원한 정신질환자의 자살 위험성 평가를 돕기 위해 개발한 Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR)로 15문항의 체크 리스트이다. 자살 성공과 높은 상관관계가 있는 위험요인 5문항은 가중치를 3점으로 주고 나머지 10문항은 1점을 주어 총점은 25점이다. 5점 이하는 낮은 위험, 6점 이상 8점 이하는 중등도, 9점 이상 11점 이하는 높은 위험 그리고 12점 이상은 매우 높은 위험으로 자살 위험 정도를 4단계로 구분하여 점수가 높을수록 자살 위험이 높음을 의미한다[15]. 도구 개발 당시 높은 안면타당도와 내용타당도를 보였으며, Shin 등[21]이 변안하여 정신과 입원 환자를 대상으로 한 연구에서 측정자간 일치도 ICC는 .89였다.

5) 자살사고

자살사고 척도는 Harlow 등[22]이 개발한 5문항의 자가보고식 검사 Suicidal Ideation Scale (SIS)의 총점은 20점으로 점수가 높을수록 자살사고의 경험이 많은 것을 의미한다. Kim [23]이 변안하고 수정 사용한 Likert 4점 척도를 사용하였으며 신뢰도 Cronbach's α 는 .74였고, 본 연구에서 Cronbach's α 는 .82였다.

4. 자료수집

본 연구자는 2016년 3월 G대학교 생명윤리 심의위원회의 승인(GIRB-A16-Y-0003)을 받았으며, 본 연구에 참여가 가능하다고 주치의가 승인을 하고 수간호사와 환자 및 보호자가 모두 서면동의를 실시한 경우만 연구대상자로 선정하였다. 연구자는 동의를 받기 전에 연구목적에 충분히 설명하고 연구도 중 참여를 원하지 않을 때는 언제든지 중단할 수 있음과 수집된 자료는 오직 연구목적으로만 사용하고 설문지는 연구가 종료되고 3년이 지나면 모두 폐기할 것임을 알렸다. 또한 연구대상자와 충분히 관계형성을 하여 자료수집 과정이 긍정적 경험이 되도록 하였다.

5. 자료분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 18.0 프로그램을 이용하였으며 분석하였다. 먼저 연구대상자의 일반적 특성은 빈도와 백분율, 일반적 특성에 따른 치료적 단계의 차이는 t-test, χ^2 test와 one-way ANOVA로 검증하였다. 치료적 단계별 일반적 특성의 동질성 검증은 χ^2 test와 one-way ANOVA 및 Fisher's exact test로 검증하였다. 연구 변수의 평균과 표준편차는 기술 통계로 분석하였고, 치료적 단계에 따른 스트레스, 대처방식, 자살 위험성 및 자살사고의 비교는 one-way ANOVA 그리고 사후 검증은 Scheffé test로 하였으며, 연구변수 간 상관관계는 Pearson's correlation coefficient로 분석하였다.

연구 결과

1. 연구대상자 특성과 동질성 검증

연구대상자의 특성과 치료적 단계의 동질성 검증 결과는 다음과 같다(Table 1). 먼저, 연구대상자 특성에서 성별은 남자가 56.8%로 여자 43.2%보다 많았고, 평균 연령은 49.86 ± 10.61 세로 50세 이상이 54.1%로 가장 많았다. 결혼상태는 미혼자가 60.4%, 기혼자가 21.6%였고, 학력은 중학교 졸업이 37.9%로 가장 많았으나 대학교 졸업 이상인 자도 30.6%를 차지하였다. 주보호자는 형제 42.3%, 부모 27.0%, 배우자 9.9%였다. 그리고 조현병 진단기간은 평균 16.14 ± 13.26 년으로 10년 미만이 58.6%, 10~20년 미만이 36.9%였다.

전체 연구대상자의 특성별 치료적 단계 점수를 비교한 결과 통계적으로 유의한 차이가 없이 모두 동질한 것으로 나타났으며($p=.253 \sim .954$), 치료적 단계별로 연구대상자 분포를 비교한 결과에서도 연구대상자 특성 모두 유의한 차이 없이 동질하게 분포한 것으로 나타났다($p=.368 \sim .794$).

2. 치료적 단계, 스트레스, 대처방식, 자살 위험성 및 자살사고

본 연구대상자의 치료적 단계, 스트레스, 대처방식, 자살 위험성 및 자살사고의 점수는 Table 2와 같다. 연구대상자의 치료적 단계 점수는 평균 73.64 ± 22.99 점이었으며, 0~46점 미만의 변화초기 대상자($n=34$)는 평균 43.18 ± 1.60 점, 46~80점 미만의 변화중기 대상자($n=31$)는 평균 74.26 ± 4.76 점, 80~120점의 변화완성기 대상자($n=46$ 명)는 평균 95.74 ± 8.25 점이었다.

Table 1. General Characteristics of the Subjects according to Treatment Phases

(N=111)

Characteristics	Categories	n (%) or M±SD	Treatment phase					x ² or F or t (p)
			Total		Beginning (n=34)	Intermediate (n=31)	Completion (n=46)	
			M±SD	x ² or F or t (p)	n (%) or M±SD	n (%) or M±SD	n (%) or M±SD	
Gender	Male	63 (56.8)	72.51±22.75	-0.59 (.836)	21 (61.8)	18 (58.1)	24 (52.2)	0.37 (.689)
	Female	48 (43.2)	75.12±23.48		13 (38.2)	13 (41.9)	22 (47.8)	
Age (year)*	< 30	7 (6.3)	61.60±24.25	0.61 (.954)	4 (11.8)	1 (3.2)	2 (4.3)	2.81 (.608)
	30~50	44 (39.6)	71.34±24.74		14 (41.2)	11 (35.5)	19 (41.3)	
	≥ 50	60 (54.1)	45.69±16.05		16 (47.0)	19 (61.3)	25 (54.4)	
		49.86±10.61	73.64±23.00		48.00±12.21	50.77±10.36	50.61±9.52	
Marital status	Single	67 (60.4)	73.07±21.96	1.16 (.292)	20 (58.8)	21 (67.7)	26 (56.6)	2.11 (.731)
	Married	24 (21.6)	73.58±23.13		7 (20.6)	7 (22.6)	10 (21.7)	
	Others	20 (18.0)	75.60±27.09		7 (20.6)	3 (9.7)	10 (21.7)	
Education	Middle school	42 (37.9)	75.33±21.15	1.20 (.253)	10 (29.4)	14 (45.1)	18 (39.1)	3.62 (.467)
	High school	35 (31.5)	72.06±23.45		12 (35.3)	11 (35.5)	12 (26.1)	
	≥ College	34 (30.6)	73.18±25.18		12 (35.3)	6 (19.4)	16 (34.8)	
Medical insurance*	Medical insurance	46 (41.4)	73.22±25.47	1.02 (.468)	16 (47.1)	10 (32.3)	20 (43.5)	2.34 (.714)
	Medicare type 1	60 (54.1)	74.25±20.95		16 (47.1)	20 (64.5)	24 (52.2)	
	Medicare type 2	5 (4.5)	70.20±27.37		2 (5.8)	1 (3.2)	2 (4.3)	
Guardian*	Parents	30 (27.0)	70.20±24.73	0.82 (.752)	12 (35.3)	8 (25.8)	10 (21.7)	3.26 (.794)
	Spouse	11 (9.9)	72.27±25.81		4 (11.8)	2 (6.5)	5 (10.9)	
	Sibling	47 (42.3)	76.68±21.23		11 (32.4)	14 (45.2)	22 (47.8)	
	Others	23 (20.8)	72.52±23.57		7 (20.5)	7 (22.5)	9 (19.6)	
First diagnosis (year)*	< 10	65 (58.6)	73.83±24.46	0.87 (.681)	22 (64.7)	14 (45.2)	29 (63.0)	4.20 (.368)
	10~20	41 (36.9)	74.29±20.69		10 (29.4)	16 (51.6)	15 (32.6)	
	≥ 20	5 (4.5)	65.80±24.60		2 (5.9)	1 (3.2)	2 (4.4)	
		16.14±13.26	73.64±23.00		13.88±13.02	20.61±11.02	14.80±12.78	
Current hospitalization period (year)	< 1	39 (35.1)	70.31±24.78	0.85 (.702)	16 (47.1)	9 (29.0)	14 (30.4)	3.10 (.551)
	1~3	27 (24.3)	73.63±20.88		7 (20.6)	8 (25.8)	12 (26.1)	
	≥ 3	45 (40.6)	76.53±22.71		11 (32.3)	14 (45.2)	20 (43.5)	
		3.28±3.62	73.64±23.00		3.05±3.97	3.49±2.82	3.31±3.88	

*Fisher's exact test.

대상자의 스트레스는 평균 43.92±13.37점으로 하위영역인 가족과의 단절 10.22±4.13점, 부당한 인권침해 12.62±4.62점, 미래가 없어진 삶 9.59±4.64점, 기본 욕구의 침해 4.19±2.30점, 개인기호 침해 3.43±2.35점, 공동생활의 불편감은 3.87±1.89점이었다. 대처방식은 평균 46.30±14.59점으로 적극적 대처 평균 24.35±7.73점, 소극적 대처 평균 21.95±7.72점이었다. 자살 위험성은 평균 7.32±3.34점이었으며, 5점 이하의 낮은 위험군 46명(41.4%), 6~8점 이하의 중등도 위험군은 31명(28.0%), 9~11점 이하의 높은 위험군은 17명(15.3%), 그리고 12점 이상의 매우 높은 위험군은 17명(15.3%)이었다. 그리고 연구대상자의 자살사고 점수는 평균 9.04±2.94점이었다.

3. 치료적 단계별 스트레스, 대처방식, 자살 위험성 및 자살사고 비교

치료적 단계별 스트레스, 대처방식, 자살 위험성 및 자살사고를 비교한 결과는 Table 3과 같다.

치료적 단계에 따른 스트레스 정도는 변화중기가 평균 48.81±14.95점으로 변화초기의 평균 45.41±11.90점과 변화완성기의 평균 39.52±12.10점보다 높았으며 세군 간에 유의한 차이가 있었다(F=5.13, p=.007). 대처방식은 변화중기가 평균 49.90±10.98점으로 변화초기의 평균 49.26±14.10점과 변화완성기의 평균 41.67±16.01점 보다 높았고 세군 간에 유의한 차이가 있었으며(F=4.19, p=.018), 하위영역에서 적극적 대처

Table 2. Subdomain Scale for Variables

(N=111)

Variables	Subdomain	Scale	n (%)	M±SD
Treatment phase	Total	0~120	34 (30.6)	73.64±22.99
	Beginning phase	< 46	31 (28.0)	43.18±1.60
	Intermediate phase	< 80	46 (41.4)	74.26±4.76
	Completion phase	< 120		95.74±8.25
Stress	Total	0~84		43.92±13.37
	Alienation from other family members	0~18		10.22±4.13
	Unjust human rights infringement	0~21		12.62±4.62
	Futureless life	0~18		9.59±4.64
	Infringement of basic needs	0~9		4.19±2.30
	Infringement of personal preference	0~9		3.43±2.35
	Inconvenience of shared living	0~9		3.87±1.89
Coping skill	Total	0~90		46.30±14.59
	Active coping skill	0~45		24.35±7.73
	Passive coping skill	0~45		21.95±7.72
Suicide risk	Total	0~25	46 (41.4)	7.32±3.34
	Low level of risk	≤ 5	31 (28.0)	4.43±1.56
	Intermediate level of risk	≤ 8	17 (15.3)	7.45±1.59
	High level of risk	≤ 11	17 (15.3)	9.53±1.38
	Very high level of risk	≥ 12		12.65±1.94
Suicidal ideation		0~20		9.04±2.94

Table 3. Comparison of Stress, Coping Skill, Suicide Risk, and Suicidal Ideation

(N=111)

Variables	Treatment phase			F	p
	Beginning (n=34)	Intermediate (n=31)	Completion (n=46)		
	M±SD	M±SD	M±SD		
Stress	45.41±11.90 ^b	48.81±14.95 ^a	39.52±12.10 ^c	5.13	.007
Coping skill	49.26±14.10 ^b	49.90±10.98 ^a	41.67±16.01 ^c	4.19	.018
Active coping skill	25.47±7.19 ^b	27.42±4.61 ^a	21.43±8.82 ^c	6.70	.002
Passive coping skill	23.79±7.55	22.48±7.36	20.24±7.88	2.22	.114
Suicide risk	7.68±3.37 ^b	8.81±3.41 ^a	6.04±2.80 ^c	7.42	.001
Suicidal Ideation	10.68±2.31 ^a	9.87±3.15 ^b	7.26±2.20 ^c	20.20	< .001

a > b > c : Scheffé test.

방식이 변화중기의 평균 27.42±4.61점으로 통계적으로 유의하게 높았다($F=6.70, p=.002$). 자살 위험성은 변화중기가 평균 8.81±3.41점으로 가장 높았으며($F=7.42, p=.001$), 자살사고는 변화초기 평균 10.68±2.31점으로 변화중기의 평균 9.87±3.15점과 변화완성기의 평균 7.26±2.20점 보다 유의하게 높았다($F=20.20, p<.001$).

4. 치료적 단계별 스트레스, 대처방식, 자살 위험성 및 자살사고의 상관관계

치료적 단계별로 스트레스, 대처방식, 자살 위험성 및 자살

사고의 상관관계를 파악한 결과, 변화초기에서 소극적 대처방식은 적극적 대처방식($r=.83, p<.001$)과 상관관계가 있는 것으로 나타났으며, 자살사고는 소극적 대처방식($r=.47, p=.005$)과 자살 위험성($r=.57, p<.001$)과 유의하게 상관관계가 있었다. 변화중기에는 소극적 대처방식이 스트레스($r=.47, p=.008$)와 적극적 대처방식($r=.73, p<.001$)과 상관관계가 있는 것으로 나타났으며, 자살 위험성은 적극적 대처방식($r=.59, p<.001$)과 소극적 대처방식($r=.47, p=.008$)과 상관관계가 있었다. 이 단계에 자살사고는 적극적 대처방식($r=.36, p=.048$), 소극적 대처방식($r=.53, p=.002$) 그리고 자살 위험성($r=.47, p=.008$)과 상관관계가 있었다. 변화완성기에는 스트레스가 적극

Table 4. Correlation of Stress, Coping Skill, Suicide Risk, Suicidal Ideation according to Treatment Phases (N=111)

Variables	Categories	Stress	Active coping skill	Passive coping skill	Suicide risk	Suicidal ideation
		r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)
Beginning (n=34)	Stress	1				
	Active coping skill	.05 (.787)	1			
	Passive coping skill	-.03 (.873)	.83 (< .001)	1		
	Suicide risk	.33 (.059)	.19 (.295)	.30 (.087)	1	
	Suicidal ideation	.04 (.814)	.21 (.232)	.47 (.005)	.57 (< .001)	1
Intermediate (n=31)	Stress	1				
	Active coping skill	.15 (.432)	1			
	Passive coping skill	.47 (.008)	.73 (< .001)	1		
	Suicide risk	.05 (.788)	.59 (< .001)	.47 (.008)	1	
	Suicidal ideation	.11 (.543)	.36 (.048)	.53 (.002)	.47 (.008)	1
Completion (n=46)	Stress	1				
	Active coping skill	.31 (.039)	1			
	Passive coping skill	.32 (.031)	.84 (< .001)	1		
	Suicide risk	.39 (.007)	-.11 (.456)	-.07 (.661)	1	
	Suicidal ideation	.35 (.018)	-.14 (.342)	-.05 (.746)	.64 (< .001)	1

적 대처방식($r=.31, p=.039$), 소극적 대처방식($r=.32, p=.031$), 자살 위험성($r=.39, p=.007$) 그리고 자살사고($r=.35, p=.018$)와 상관관계가 있었으며, 소극적 대처방식은 적극적 대처방식($r=.84, p<.001$)과 상관관계가 있었고, 자살사고는 자살 위험성($r=.64, p<.001$)과 상관관계가 있었다(Table 4).

논 의

본 연구는 G소재 300병상 이상의 3개 정신건강전문병원에 입원한 조현병 환자를 대상으로 치료적 단계에 따른 스트레스, 대처방식, 자살 위험성 및 자살사고를 비교하는 서술적 조사연구로 연구결과를 토대로 논의하면 다음과 같다.

본 연구대상자의 조현병 진단기간은 평균 16.14년이고 현재 입원기간도 평균 3년 이상이었으며 치료적 단계는 총점 120점 중 평균 73.64점으로 퇴원과 사회 복귀를 앞둔 조현병 환자를 대상으로 한 Park과 Sung [3]의 평균 89.11점보다 낮고, 입원 초기 환자를 포함한 Kim [6]의 평균 58.34점보다는 높았다. 본 연구에서는 이들 연구의 평균값과 표준편차를 이용하여 치료적 단계를 변화초기, 변화중기, 변화완성기의 3단계로 구분하였으며 그 결과 연구대상자는 회복기에 해당하는 변화완성기가 41.4%로 변화초기(30.6%)와 변화중기(28.0%)보다 많았다. 스트레스는 총점 84점 중 평균 43.92점으로 입원초기 환자를 포함한 Kim [6]보다 낮았고, 대처방식은 평균 46.30점으로 적극적 대처방식($M=24.35$)이 소극적 대처방식($M=21.95$)보다 점수가 높았다. 연구대상자의 자살 위험성은 위험수준이 높은

경우가 30.6%나 되었으며, 자살사고도 평균 9.04점으로 같은 도구를 사용한 일반 노인 대상 연구[24], 그리고 Kim [25]의 자살사고 점수보다 32% 이상 높았다. 이는 조현병 환자를 대상으로 같은 자살사고 도구를 사용한 선행연구가 없어 직접 비교는 어렵지만 자살이나 자살시도를 한 환자의 95%가 정신질환으로 진단을 받았으며[14], 정신과 환자의 자살 위험성이 일반인에 비해 3~12배 높다는 연구결과들과 일치하는 것이다[14,26].

본 연구대상자의 치료적 단계에 따른 스트레스, 대처방식, 자살 위험성 및 자살사고 비교에서 변화중기에 스트레스와 대처방식이 가장 높았다. 특히 대처방식의 하위영역에서 변화중기에 적극적 대처방식을 많이 사용하였는데 변화초기, 변화완성기 순으로 점수가 높았다. 그러나 만성 정신질환자를 대상으로 동일한 대처방식 도구를 사용한 Kim 등[4]의 연구에서는 스트레스 관리 프로그램을 적용한 결과 적극적 대처와 소극적 대처를 합한 전체 대처점수가 증가한 것으로 나타나 변화완성기에 적극적 대처가 가장 낮게 나타난 본 연구결과와는 차이가 있었다. 그러므로 추후에는 대처방식에 관한 연구를 시도할 때 대처유형별로 그 의미가 다르므로 총점보다는 하위개념별로 연구결과를 제시하여 타 연구와 비교가 가능하도록 해야 한다. 그 외에도 연구대상자는 변화중기에 자살 위험성이 가장 높게 나타나 이 시기에는 스트레스 관리를 위한 간호중재와 함께 효율적으로 스트레스에 대처하도록 돕고, 자살예방 간호를 강화할 수 있는 방안을 마련해야 한다. 그러나 대상자의 자살사고는 변화초기에 가장 높은 것으로 나타나 자가보고인 자살사고와 간호사의 관찰 결과인 자살 위험성의 정도에 차이가 있었으며

로 두 변수가 각각 자살시도나 자살성공률과 얼마나 관계성이 있는지 조사하고 자살 사정방법에 반영할 필요가 있다. 특히 자살은 정신과 병동에서 빈번히 일어나는 심각한 사건이므로 이를 예방하기 위해서는 변화초기와 중기에 자살 위험성 및 자살 사고의 영향요인을 반복해서 사정하고 간호중재를 수행해야 하므로 이를 위한 학계와 임상분야에서의 다양한 노력이 축적되고 통합되어야 한다[14].

치료적 단계별 스트레스, 대처방식, 자살 위험성 및 자살사고의 상관관계에서 변화초기와 변화중기에는 자살사고와 소극적 대처방식이 중간정도의 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 소극적 대처방식인 정서 중심적 대처방식은 직접적인 문제해결보다는 스트레스와 관련된 자신의 사고와 감정상태를 조절하는 것으로[12] 자살사고에 영향을 미치는 대처방식의 유형과 수준에 대한 연구가 추후 필요할 것으로 생각된다. 변화완성기에는 스트레스가 적극적 대처방식, 소극적 대처방식, 자살 위험성과 자살사고와 모두 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 이와 유사하게 몇몇 선행연구에서도 스트레스 관리 프로그램을 적용한 결과 대상자의 스트레스 점수가 낮아지고 대처 점수는 높아졌다[4,27]. 또한 만성정신질환자를 대상으로 한 Han [27]의 연구에서는 자살사고와 관련된 주요 연구변수 중 스트레스가 유의하게 상관관계가 있었으며, 정신질환자의 자살시도 관련 연구[28]에서도 자살시도 유경험자의 자살사고에 영향을 미친 유일한 요인이 스트레스로 나타났다. 이러한 결과들은 본 연구결과와 유사한 것으로 반복연구를 통해서 스트레스 관리가 변화완성기 대상자의 자살예방간호에 활용될 수 있을 것으로 보인다.

이상 살펴본 바와 같이 입원한 조현병 환자의 변화초기는 자살사고와 자살 위험성이 높고 이들 간에 유의한 상관관계가 있으므로 입원 시 자살사고를 면밀히 사정하고 자살 위험을 줄이기 위한 접근이 우선되어야 한다. 변화중기에는 적극적 대처방식, 소극적 대처방식, 자살 위험성과 자살사고 점수가 높고 이들 간의 관계가 유의하였으므로 변화초기와 마찬가지로 대상자의 자살 위험성을 지속적으로 재평가하는 것이 필요하며, 더 나아가 대상자들이 대처방식을 효율적으로 사용할 수 있도록 훈련시키는 간호중재방안 모색이 절실하다. 변화완성기에는 스트레스가 대처방식과 자살 위험성 및 자살사고와 유의한 상관관계가 있었으므로 스트레스를 감소시키고 대처능력을 강화할 수 있는 체계적인 병동 프로그램을 개발하여 이들의 회복과정을 적극적으로 지지해 주어야 한다. 그러나 아직까지 입원한 조현병 환자를 대상으로 한 연구가 부진하여 연구결과를 비교하는데 어려움이 있었고 본 연구 역시 일부 지역 정신건강전

문병원의 환자를 대상으로 단면적으로 실시되어 결과를 해석하고 일반화하는데 일부 한계가 있었으므로 앞으로는 대상자를 확대하고 치료적 변화를 관찰할 수 있도록 중·장기 연구를 시행해 보길 바란다.

결론

본 연구에서는 입원한 조현병 환자의 치료적 단계에 따른 스트레스, 대처방식, 자살 위험성 및 자살사고를 비교 분석하고 변수들 간의 상관관계를 파악한 것으로 연구대상자의 스트레스, 대처방식, 그리고 자살위험성은 변화중기에 가장 높았으며, 자살사고는 변화초기에 가장 높은 것으로 나타났다. 또한 연구대상자는 변화완성기에 스트레스가 소극적 대처방식, 적극적 대처방식, 자살 위험성 그리고 자살사고에서 모두 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 이는 보호병동의 특수하고 제한적인 환경적 요소로 인해 입원기간 동안 조현병 환자의 스트레스가 높을 수 있으나 이에 대해 효율적으로 대처하기 어려운 경우 회복기에도 스트레스 반응으로 위기를 경험할 수 있고 이는 자살사고나 자살위험으로 이어질 수 있음을 일부 보여주는 결과라 하겠다. 본 연구는 조현병 환자를 대상으로 한 대부분의 중재연구에서 치료적 단계를 고려하지 않고 프로그램을 적용해 왔던 한계에서 벗어나 입원한 조현병 환자의 치료적 단계를 반영한 간호중재 프로그램을 개발하여 적용하는 것이 보다 효과적일 수 있음을 확인하였다. 특히 장기입원한 조현병 환자를 대상으로 중재를 시도할 경우 치료적 단계의 변화를 지속적으로 평가하고 반영할 필요가 있으므로 추후에는 이에 대한 중·장기연구를 시도해보길 바란다.

CONFLICTS OF INTEREST

The authors declared no conflict of interest.

REFERENCES

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013. 992 p.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
2. Park SA. Effectiveness of an empowering program for helplessness and recovery of chronic schizophrenia [master thesis]. [Jinju]: Gyeongsang National University; 2012. 65 p.
3. Park SA, Sung KM. Development of a measurement of stress for hospitalized schizophrenic patient. J Korean Acad of Nurs. 2014;44(3):339-49.

- <https://doi.org/10.4040/jkan.2014.44.3.339>
4. Kim EJ, Gwon ES, Lee HS, Lee SY, Park IH, Jung DN, et al. Effects of a stress-management program on stress coping methods, interpersonal relations, and quality of life in patients with chronic mental illness. *J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs*. 2011;20(4):423-33.
<https://doi.org/10.12934/jkpmhn.2011.20.4.423>
5. Min SG. *Modern Psychiatry*. 6th ed. Seoul: Ilchokak; 2015. 994 p.
6. Kim EJ. The effectiveness of forest walking program for stress and recovery of schizophrenic patients in close ward [master's thesis]. [Jinju]: Gyeongsang National University; 2016. 79 p.
7. Chung CH, Chae JH, Kim HO, Sin KC, Lim HS, Hahm W. Development of the Ward Daily Behavior Scale-Korean version. *J Korean Neuropsychiatr Assoc*. 1997;36(2):344-57.
8. Pattison EM, Rhodes RJ. Clinical prediction with the NOSIE-30 scale. *J Clin Psychol*. 1974;30(2):200-1.
[https://doi.org/10.1002/1097-4679\(197404\)30:2<200::aid-jclp2270300224>3.0.co;2-k](https://doi.org/10.1002/1097-4679(197404)30:2<200::aid-jclp2270300224>3.0.co;2-k)
9. Honigfeld G, Klett CJ. The nurses' observation scale for inpatient evaluation. a new scale for measuring improvement in chronic schizophrenia. *J Clin Psychol*. 1965(Jan);21:65-71.
[https://doi.org/10.1002/1097-4679\(196501\)21:1<65::aid-jclp2270210122>3.0.co;2-i](https://doi.org/10.1002/1097-4679(196501)21:1<65::aid-jclp2270210122>3.0.co;2-i)
10. Kim GJ, Bae A, Cho NH. A comparative study on the therapeutic setting of the open and the closed ward in mental hospital. *J Korean Neuropsychiatr Assoc*. 1997;36(4):658-70.
11. Armeli S, Carnet MA, Tennen H, Affleck G, O'Neil TP. Stress and alcohol use: a daily process examination of the stressor-vulnerability model. *J Pers Soc Psychol*. 2000;78(5):979-94.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.5.979>
12. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company; 1984. 444 p.
13. Yoo SY. Developing a prediction model for quality of life in patients with schizophrenia. *J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs*. 2014;23(3):144-55.
<https://doi.org/10.12934/jkpmhn.2014.23.3.144>
14. Jae YM. Suicide and psychiatric disorder. *J Korean Soc Biol Ther Psychiatry*. 2004;10(1):3-10.
15. Cutcliffe JR, Barker P. The nurses' global assessment of suicide risk (NGASR): developing a tool for clinical practice. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2004;11(4):393-400.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2003.00721.x>
16. Jung YC, Kang NI, Moon SH. Psychiatric understanding of suicide and its prevention. *Theology and Society*. 2012;26(1):149-72
17. Saha S, Chant D, McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(10):1123-31.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.10.1123>
18. Kim MY, Jun SS. Factors related to suicidal ideation in people with schizophrenia and suicide attempts. *J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs*. 2014;23(4):259-67.
<https://doi.org/10.12934/jkpmhn.2014.23.4.259>
19. Ahn HR. Psychometric evaluation of the nurses' observation scale for inpatient evaluation in the Korea [master's thesis]. [Seoul]: Yonsei University; 2002. 54 p.
20. Son MJ, Bae JK, Bae HS, Lee EJ. To manage their own stress. Daegu: Rehabilitation Institute of Mental Saemirae; 1999. 302 p.
21. Shin HY, Shin YS, Ju JH, Jang HS, Hong JY, Jeon HJ, et al. A Study on reliability and validity of the nurses' global assessment of suicide risk (NGASR) for psychiatric inpatients. *J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs*. 2012;21(1):21-9.
<https://doi.org/10.12934/jkpmhn.2012.21.1.21>
22. Harlow LL, Newcomb MD, Bentler PM. Depression, self-derogation, substance use, and suicide ideation: Lack of purpose in life as a mediational factor. *J Clin Psychol*. 1986;42(1):5-21.
23. Kim HS. A study on epistemology of Korean elder's suicidal thought. *J Korea Gerontol Soc*. 2002;22(1):159-72.
24. Hwang MG, Kim EJ. The effect of subjective quality of life and self-esteem on suicide ideation among the older adults: focused on the mediating effect of depression. *J Korea Gerontol Soc*. 2008;28(4):865-85.
25. Kim KT, Choi SS, Park MJ, Park SH, Ko SH, Park HS. The effect of family structures and psycho-social factors on suicidal ideation of senior citizens. *J Welfare for the Aged*. 2011;52:205-28.
26. Sadock BJ, Sadock VA. *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry*. 9th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2003. 1460 p.
27. Han JS. Suicidal ideation and influencing factors among chronic mentally ill patients registered to community mental health centers [master's thesis]. [Suwon]: Ajou University; 2015. 89 p.
28. Han IY, Lee EJ, Kim SY. A comparative study of suicide attempters and non-attempters registered in mental health center. *Mental Health & Social Work*. 2013;41(4):201-26.