



정신분열병 환자의 병식과 역량강화가 기능과 삶의 질에 미치는 영향

김이영¹ · 박현숙²

대구산업정보대학 유아교육과 전임강사¹, 대구가톨릭대학교 간호대학 교수²

The Effects of Insight and Empowerment on Function and Quality of Life for Patients with Schizophrenia

Kim, Yi Young¹ · Park, Hyun Sook²

¹Full-time Lecturer, Department of Early Childhood Education, Daegu Polytechnic College,

²Professor, College of Nursing, Catholic University of Daegu

Purpose: The purpose of this study was to examine whether insight and empowerment had a positive impact on function and quality of life for patients with schizophrenia. **Methods:** The subjects consisted of 446 patients with schizophrenia who were attending 20 psychosocial rehabilitation centers. Data were analyzed by the SPSS/WIN and AMOS programs. **Results:** Insight showed a direct effect on empowerment, function, and quality of life for patients with schizophrenia. Empowerment showed a direct effect on function and quality of life for patients with schizophrenia. Function showed a direct effect on quality of life for patients with schizophrenia. **Conclusion:** These results suggest that function and quality of life for patients with schizophrenia can be improved by increasing insight and empowerment. Based on the outcomes of this study, it is necessary to design an intervention program that emphasizes increasing insight and empowerment in order to improve function and quality of life in patients with schizophrenia.

Key Words : Schizophrenia, Insight, Empowerment, Function, Quality of life

서론

1. 연구의 필요성

정신분열병 환자에 대한 정신보건서비스는 증상의 경감이나 제거에 초점을 둔 의료모델에서 기능과 삶의 질 향상에 초점을 둔 재활모델로 패러다임이 변화되어 왔다. 이러한 변화의 기점은 1995년에 제정된 정신보건법이라고 할 수 있으며, 이후 우리나라의 정신보건 정책은 병원과 요양시설을 중심으로 한 입원치료와 수용 보호를 넘어 지

역사회정신보건사업으로 전환되어 왔다.

10여 년 동안의 재활모델에 근거한 서비스들이 정신분열병 환자의 증상과 기능(Kim, 2004; Kim, Park, & Bae, 2008) 및 삶의 질(Bae & Kim, 2005)에 긍정적인 영향을 주는 것으로 보고되고 있다. 이에 반해 또 다른 연구에서는 정신보건시설에서 제공하는 다양한 정신재활 프로그램이 정신분열병 환자의 재활성가에 영향을 미치지 못하고 있다고 지적되어 오고 있다. 구체적으로 정신보건서비스의 효과에 관한 연구에서 정신보건서비스가 정신장애인의 삶의 질(Choi, Hong, Kim, Lee, & Han, 1997), 재발

주요어: 정신분열병, 병식, 역량강화, 기능, 삶의 질

Address reprint requests to: Park, Hyun Sook, College of Nursing, Catholic University of Daegu, 3056-6 Daemyung 2-dong, Nam-gu, Daegu 705-718, Korea. Tel: 82-53-650-4827, Fax: 82-53-650-4392, E-mail: parkhs@cu.ac.kr

투고일 2010년 1월 13일 / 수정일 1차: 2010년 2월 22일, 2차: 2010년 3월 5일 / 게재확정일 2010년 3월 6일

를과 증상(Kim & Bae, 2005) 등에 영향을 미치지 않는다는 보고와 사회기술훈련 서비스 수가 사회적 관계와 삶의 질(Lee, 2000)에 영향을 미치지 않는다는 보고 등이 있어 지역사회 정신보건서비스의 효과에 관한 연구결과들이 상이하게 보고되고 있다.

최근 많은 연구자들은 정신분열병 환자의 재활성과에 영향을 미치는 변인들에 대한 연구가 부족하다는 인식과 함께(Kang, 2007), 정신장애인의 증상, 진단, 적성, 지능, 성격과 같은 임상적·인구학적 변인이 정신분열병 환자의 재활성과를 예측하는 데 부적절한 변인임으로 재활동기(Kim, 2006; Kim, Park, & Park, 2006), 자기효능감과 문제해결능력(Kim, Back, & Park, 2008; Park, Bae, & Kim, 2008)과 같은 변인들을 탐색하기 시작하였다. 정신분열병 환자의 재활성과를 예측변인으로 제시되고 있는 다양한 변인들 중 많은 연구자들이 관심을 가지고 연구를 진행하고 있는 변인이 역량강화(empowerment)이다. 정신분열병 환자의 역량강화는 지역사회 구성원들 사이에서 스스로 의사결정을 할 수 있으며, 이에 따른 책임수행뿐 아니라 자신과 환경을 통제할 수 있는 능력의 향상으로 긍정적인 자아상을 가지는 것으로 정의된다(Ahn, 2006). 또한 자신이 처한 환경에 대하여 객관적으로 인식하고 자신에게 필요한 자원으로 접근하는 개인적인 능력의 향상과 함께 자신의 권리행사와 옹호 등과 같은 활동을 통해 독립적인 삶을 추구하게 되는 것을 말한다(Staple, 1990).

병원으로부터 퇴원하여 지역사회에 거주하게 되는 정신분열병 환자는 대인관계 능력과 일상생활 기술의 저하 등과 같은 개인적 어려움뿐 아니라 축소된 사회관계, 사회적 편견 등의 환경적 어려움으로 사회에서 약자로서의 위치와 소외감을 경험한다. 이러한 어려움을 경험함에도 불구하고 지역사회에서 주체적으로 잘 살아가기 위해서는 자신과 환경에 대한 내·외적인 통제력 회복 및 스스로의 역량을 강화하는 것이 필수적이며, 이러한 역량강화를 정신분열병 환자의 재활성과에 긍정적인 영향을 미칠 것으로 가정할 수 있다. 그러나 지금까지의 연구들을 살펴보면 정신분열병 환자의 성공적인 재활에 영향을 미치는 요인들 간의 관련성에 관한 연구는 매우 부족한 실정이다. 즉 정신장애인의 동료 지지와 역량강화의 관계연구(Ahn, 2006), 삶의 질과의 관련성 연구(Choi, Lee, & Eom, 2006), 삶의 만족도와와의 관련성 연구(Kilian et al., 2003), 역량강화가 직업재활에 미치는 영향(Kim, 2006)에 관한 연구들이 대부분이며, 재활성과 요인들과의 관련성에 관한 연구는 매우 빈약한 실정

이다. 따라서 본 연구는 정신분열병 환자의 재활에 영향을 미치는 요인들 즉 병식과 역량강화, 기능 및 삶의 질과의 관련성을 파악해 보고자 하였는데, 본 연구에서 설정한 변인들에 관한 구체적인 설명은 다음과 같다.

첫째, 본 연구에서 정신분열병 환자의 병식이 역량강화, 기능 및 삶의 질에 영향을 미칠 것으로 가정하였다. 정신분열병 환자의 병식은 자신의 정신 상태에 문제가 있다는 것을 알고, 구체적으로 병에 대해 파악하는 능력을 의미하는 것으로 재활성과에 중요한 변인으로 간주되고 있다. 최근 병식이 정신분열병 환자의 재활성과에 긍정적인 영향을 미친다는 연구(Kang & Kim, 2005)를 고려해 볼 때 병식이 역량강화와 기능 및 삶의 질에 긍정적인 영향을 미칠 것으로 가정하였다.

둘째, 역량강화가 정신분열병 환자의 기능과 증상에 긍정적인 영향을 미칠 것으로 가정하였다. 역량강화는 환경에 대한 통제권을 행사할 수 있는 능력으로 정신분열병 환자의 독립적인 삶에 긍정적인 영향을 미칠 것이라는 연구들을 바탕으로(Staple, 1990), 역량강화가 정신분열병 환자의 기능과 삶의 질에 영향을 미칠 것으로 가정하였다.

셋째는 병식과 역량강화가 영향을 미칠 변인으로 기능과 삶의 질 변인을 설정하였다. 지역사회정신보건 서비스는 정신분열병 환자의 기능을 높여 궁극적으로 정신분열병 환자의 삶의 질을 향상시키는 것에 목적을 두고 있다. 따라서 정신분열병 환자의 병식과 역량강화(Choi et al., 2006)는 정신분열병 환자의 기능에 긍정적인 영향을 주며, 나아가서 기능은 삶의 질에 긍정적인 영향을 미칠 것(Kang, 2007)으로 가정하였다.

따라서 본 연구자는 최근 정신분열병 환자의 재활성과와 관련된 선행연구를 바탕으로 병식(insight)이 역량강화에 영향을 주고, 역량강화는 기능과 삶의 질에 영향을 미치는지를 파악하여, 정신분열병환자의 기능과 삶의 질을 높이기 위한 중재 프로그램을 개발하기 위한 기초자료를 제공하고자 구조분석모형 분석을 이용하여 탐색적 연구를 시도하였다.

2. 연구목적

본 연구의 구체적 목적은 다음과 같다.

- 정신분열병 환자의 병식이 역량강화, 기능 및 삶의 질에 영향을 미치는지를 파악한다.
- 정신분열병 환자의 역량강화가 기능과 삶의 질에 영향

을 미치는지를 파악한다.

- 정신분열병 환자의 기능이 삶의 질에 미치는 영향을 미치는지를 파악한다.

3. 연구가설

본 연구의 가설은 다음과 같다.

가설 1. 정신분열병 환자의 병식은 역량강화, 기능 및 삶의 질에 영향을 미칠 것이다.

- 부가설 1-1. 정신분열병 환자의 병식은 역량강화에 영향을 미칠 것이다.
- 부가설 1-2. 정신분열병 환자의 병식은 기능에 영향을 미칠 것이다.
- 부가설 1-3. 정신분열병 환자의 병식은 삶의 질에 영향을 미칠 것이다.

가설 2. 정신분열병 환자의 역량강화는 기능과 삶의 질에 영향을 미칠 것이다.

- 부가설 2-1. 정신분열병 환자의 역량강화는 기능에 영향을 미칠 것이다.
- 부가설 2-2. 정신분열병 환자의 역량강화는 삶의 질에 영향을 미칠 것이다.

가설 3. 정신분열병 환자의 기능은 삶의 질에 영향을 미칠 것이다.

4. 용어정의

1) 병식

병식이란 정신질환자가 자신의 정신 상태에 문제가 있다는 것을 알고, 나아가서 병의 성질을 구체적으로 파악할 수 있는 능력을 의미한다(Lee, 2001). 본 연구에서는 David (1990)가 개발하고 Lee (2001)가 수정·보완한 병식척도로 측정된 점수를 의미한다.

2) 역량강화

역량강화란 자신이 처한 환경에 대하여 객관적으로 인식하고, 자신에게 필요한 자원으로 접근하는 개인적인 능력의 향상과 함께 자신의 권리행사와 옹호 등과 같은 활동을 통해 독립적인 삶을 추구하게 되는 것을 말한다(Staple, 1990). 본 연구에서는 Parsons (1999)가 개발하고 Jung (2005)이 수정·보완한 역량강화척도로 측정된 점수를 의미한다.

3) 기능

기능은 정신분열병 환자가 사회에서 요구되어지는 역할을 수행하기 위해 필요한 다양한 기술들을 말하며(Bae, 2004), 본 연구에서는 Son, Park, Choi, Lee와 Bae (2001)가 개발하고 Bae (2004)가 수정·보완한 기능평가도구로 측정된 점수를 의미한다.

4) 삶의 질

삶의 질이란 정신사회적 차원 즉 자신에 대한 긍정적인 자기지각, 증상과 부작용에 대해 지각하는 정도, 다양한 삶의 영역에서 기능할 수 있는 능력, 자원에 접근 할 수 있는 가능성과 기회를 포함하는 것으로(Wilkinson et al., 2000), 본 연구에서는 Wilkinson 등(2000)이 개발하고, Kim (2002)이 번안하여 수정·보완한 삶의 질 척도로 측정된 점수를 말한다.

5. 연구의 개념적 기틀

정신분열병 환자의 병식은 자신의 정신 상태에 문제가 있다는 것을 알고, 구체적으로 병에 대해 파악하는 능력을 의미하는 것으로 재발과 재입원에 중요한 변인으로 간주되고 있다. 최근 병식이 정신분열병 환자의 재활성태에 긍정적인 영향을 미친다는 연구(Kang & Kim, 2005)를 고려해 볼 때 병식이 역량강화와 기능 및 삶의 질에 긍정적인 영향을 미칠 것으로 가정할 수 있다. 또한 역량강화는 환경에 대한 통제권을 행사할 수 있는 능력으로 정신분열병 환자의 독립적인 삶에 긍정적인 영향을 미칠 것이라는 연구(Jung, 2005)를 바탕으로, 역량강화가 정신분열병 환자의 기능과 삶의 질에 영향을 미칠 것으로 가정할 수 있다. 지역사회정신보건 서비스는 정신분열병 환자의 기능을 높여 궁극적으로 삶의 질을 향상시키는 것에 목적을 두고 있으므로, 정신분열병 환자의 병식과 역량강화는 기능에 긍정적인 영향을 주며, 기능은 삶의 질에 긍정적인 영향을 미칠 것으로 가정하였다.

따라서 본 연구에서는 정신분열병 환자의 병식이 재활성태에 긍정적인 영향을 미친다는 연구(Kang & Kim, 2005)를 바탕으로 병식이 역량강화, 기능 및 삶의 질에 영향을 미칠 것으로 가정하였고, 역량강화가 정신분열병 환자의 독립적인 삶에 긍정적인 영향을 미친다는 연구(Choi, 2002; Jung, 2005) 및 지금까지의 선행연구들(Ahn, 2006; Choi et al., 2006; Kim, 2006)을 바탕으로 하여, 역량강화

가 기능과 삶의 질에 긍정적인 영향을 미칠 것으로 가정하였으며, 기능이 삶의 질에 영향을 미친다는 연구(Kang, 2007)를 바탕으로 기능이 삶의 질에 영향을 미칠 것으로 가정하였다. 본 연구의 개념적 기틀을 도식화하면 Figure 1과 같다.

연구방법

1. 연구설계

본 연구에서는 정신분열병 환자의 병식과 역량강화가 기능과 삶의 질에 미치는 영향을 알아보기 위해 구조방정식모형(structural equation model, SEM) 분석을 이용하여 알아보았다. 이를 위해 사용된 잠재구성변인은 병식, 역량강화, 기능 및 삶의 질이다. 병식을 구성하는 측정변인은 3개의 변인(치료순응도, 병식 유무, 정신병 증상 인지 여부)으로 구성하였고, 역량강화는 3개의 변인(개인내적 변화, 대인관계적 변화, 사회정치적 변화)으로 구성하였으며, 기능은 4개의 변인(과업수행, 대화기술, 가사관리, 대인관계)으로 구성하였고, 삶의 질은 2개의 변인(긍정적인 자기지각, 정서적 안정성)으로 구성하였다.

2. 연구대상 및 자료수집

본 연구는 2008년 10월 10일~10월 30일까지 사회복지시설장의 협조를 받아 전국 20개 사회복지시설을 이용하고 있는 정신분열병 환자 중 연구참여에 동의한 정신분열병 환자 446명을 대상으로 자료수집을 실시하였다. 표집 방법은 임의표집을 이용하였으며, 광주전북지역 2개, 서울경기도 3개, 부산경남 6개, 대전 2개, 대구경북 6개 및 제주도 1개의 사회복지시설 중 낮 동안에 서비스를 제공

하는 이용시설을 이용하고 있는 정신분열병 환자를 대상으로 하였다. 자료수집을 위해 설문지와 설문지 작성 시 유의할 점을 기록한 카드를 각 기관으로 보냈으며, 자료수집 실시 중 어려운 점에 대해서는 정신보건전문요원에게 질문을 하도록 하였다. 자료수집 과정에서 윤리적 고려를 위해 연구대상자에게 연구목적을 설명하고 익명과 비밀보장을 약속하였으며, 대상자가 원하지 않는 경우에는 연구에 참여하지 않아도 됨을 공지하였다.

연구대상자 수는 표본 크기를 구하는 공식(Munro, 2005) 즉, $N=L(1-R^2)/R^2+u+1$ 을 활용하였다. 이 공식에 의하면, 유의수준 .05, 효과크기 .13 (R^2)에서 검정력 .95를 유지하기 위한 표본 수는 77명 이상으로 계산되었으나, 조사연구의 경우 표본이 크면 클수록 타당도가 높은 정확한 연구결과를 얻을 수 있으므로(Munro, 2005), 응답이 불안정한 경우를 고려하여 시설 당 20~25명, 총 470명으로 결정하였다. 설문조사에 소요된 시간은 약 30분이었고, 수집된 자료 중 응답이 불안정한 것을 제외한 446부(95%)를 분석 대상에 포함하였다.

3. 연구도구

1) 병식

병식은 David (1990)가 개발한 병식척도를 Lee (2001)가 수정·보완한 척도를 사용하였다. 이 척도는 Likert 5점 척도이며, 치료순응도 2문항, 병식 유무 3문항, 정신병증상인지 여부 2문항 등 총 7개 문항으로 구성된 자가보고형 척도로서, 병식에 관한 3개 차원에 대한 측정을 목표로 하고 있다.

도구의 신뢰도는 Lee (2001)의 연구에서 Cronbach's $\alpha = .84$ 이었다. 본 연구에서는 Cronbach's $\alpha = .84$ 이었으며, 요인별 신뢰도는 치료순응도가 Cronbach's $\alpha = .75$,

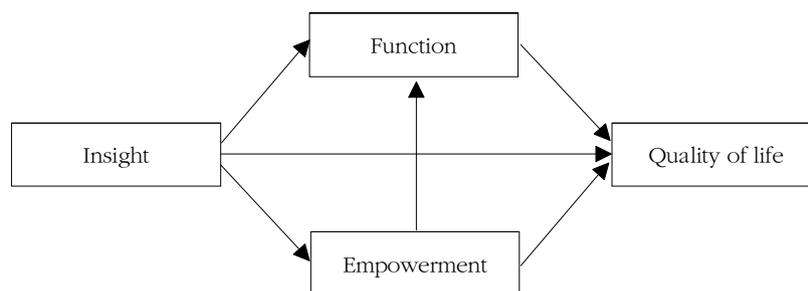


Figure 1. Conceptual framework for the study.

병식 유무가 Cronbach's $\alpha = .73$, 정신병 증상인지 여부가 Cronbach's $\alpha = .78$ 이었다.

2) 역량강화

역량강화는 Parsons (1999)이 개발한 역량강화 척도를 Jung (2005)이 수정·보완한 척도를 사용하였다. Jung (2005)은 척도의 수정·보완 과정에서 예비조사를 통해 신뢰도가 떨어지는 문항을 제외하고 최종 문항을 구성하였다. 이 척도는 Likert 5점 척도로 개인내적 변화 9문항, 대인관계적 변화 5문항, 사회정치적 변화 8문항으로 총 22개 문항으로 구성되어 있다.

도구의 신뢰도는 Jung (2005)의 연구에서 Cronbach's $\alpha = .80$ 이었다. 본 연구에서 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .77$ 이었으며, 요인별 신뢰도는 개인내적 변화가 Cronbach's $\alpha = .75$, 대인관계적 변화가 Cronbach's $\alpha = .75$, 사회정치적 변화가 Cronbach's $\alpha = .73$ 이었다.

3) 기능

기능은 Son 등(2001)이 사용한 척도를 Bae (2004)가 탐색적 요인분석과 확인적 요인분석을 통해 수정·보완한 척도를 사용하였다. 이 척도는 Likert 5점 척도이며, 하위 척도는 과업수행 5문항, 대화기술 5문항, 가사관리 5문항, 대인관계 5문항으로 총 20개 문항으로 구성되었다.

도구의 신뢰도는 Bae (2004)의 연구에서 요인별 신뢰도가 Cronbach's $\alpha = .75 \sim .86$ 이었다. 본 연구에서 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .90$ 이었으며, 요인별 신뢰도는 과업수행이 Cronbach's $\alpha = .78$, 대화기술이 Cronbach's $\alpha = .86$, 가사관리가 Cronbach's $\alpha = .83$, 대인관계가 Cronbach's $\alpha = .83$ 이었다.

4) 삶의 질

삶의 질은 Wilkinson 등(2000)이 개발하고, Kim (2002)이 번안하여 신뢰도와 타당도 검정을 통해 수정·보완한 삶의 질 척도 중 검증된 긍정적인 자기지각과 정서적 안정성 요인을 사용하였다. 이 척도는 Likert 5점 척도이며, 긍정적인 자기지각 16문항, 정서적 안정성 5문항으로 총 21개 문항으로 구성되었다.

도구의 신뢰도는 Kim (2002)의 연구에서 Cronbach's $\alpha = .82$ 이었다. 본 연구에서 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .83$ 이었으며, 요인별 신뢰도는 긍정적인 자기지각 Cronbach's $\alpha = .74$, 정서적 안정성 Cronbach's $\alpha = .90$ 이었다.

4. 자료분석

본 연구에서는 정신분열병 환자의 병식, 역량강화, 기능 및 삶의 질 변인과의 관계를 구조방정식모형(structural equation modeling, SEM) 분석을 통해 알아보고자 하였다. 구조방정식모형 분석은 회귀분석과 경로분석에 비해 더 많은 양의 정보를 활용하고 측정오차를 제거함으로써 이론개발과 검증에 선호되고 있는 방법으로, 본 연구에서는 구조방정식모형 분석을 위해 AMOS 7.0 프로그램을 사용하였다. 잠재구성개념에 대한 측정치를 제공하고 측정모형을 검증하기 위해 각 잠재구성개념에서 하나의 관찰 변인은 1.00으로 고정시켰으며 자료는 최대우도법(maximum likelihood estimate)을 사용하여 분석하였다. 모델의 적합도를 검증하기 위해서는 여러 가지 적합도 지수 중 근사오차평균자승의이중근(root mean square error of approximation, RMSEA), 적합도지수(goodness of fit index, GFI), 조정적합도지수(adjusted goodness of fit index, AGFI), 표준적합도지수(Bentler-Bonett normed fit index, NFI), 적합도지수(comparative fit index, CFI), 최소화기준값을 자유도로 나눈값(minimum discrepancy divided by the degrees of freedom, CMIN/DF) 및 χ^2 를 사용하였다.

연구결과

1. 대상자의 일반적 특성

연구대상자의 연령은 31세 이상~40세 이하가 193명으로 가장 많았고, 다음으로 41세 이상이 140명이었으며, 21세 이상~30세 이하가 103명, 20세 이하가 10명 순이었다. 발병나이는 21세 이상~30세 이하가 179명으로 가장 많았고, 20세 이하가 168명, 31세 이상이 99명 순이었다. 성별은 남자가 286명이었고, 여자가 160명이었으며, 학력은 고졸이 268명으로 가장 많았고, 대졸 이상이 91명, 중졸이 68명, 초등졸이 19명 순이었다. 결혼 상태는 미혼이 368명으로 가장 많았으며, 이혼 41명, 기혼 27명, 기타 6명, 사별 4명 순이었다(Table 1).

2. 모형 검정을 위한 기초통계 분석 결과

본 연구에서 설정한 가설모형을 검증하기 이전에 변인

간의 평균, 표준편차. 왜도, 첨도 및 범위를 분석한 결과는 Table 2와 같다. 정신분열병 환자의 병식의 평균 점수는 27.63점, 역량강화는 66.28점, 기능은 48.12점 및 삶의 질

의 평균 점수는 50.29점이었다. 본 연구에서 사용된 변수의 왜도와 첨도는 모든 변수에서 절대값 2를 넘지 않았으므로 정규분포를 이룬다는 전제하에 구조모형 분석을 하였다.

Table 1. General Characteristics of Subjects (N=446)

Characteristics	Categories	n (%)
Age (year)	≤ 20	10 (2.2)
	21~30	103 (23.1)
	31~40	193 (43.3)
	≥ 41	140 (31.4)
Onset of illness (year)	≤ 20	168 (37.7)
	21~30	179 (40.1)
	≥ 31	99 (22.2)
Gender	Male	286 (64.1)
	Female	160 (35.9)
Education	Elementary school	19 (4.3)
	Middle school	68 (15.2)
	High school	268 (60.1)
	≥ College	91 (20.4)
Marital status	Unmarried	368 (82.5)
	Married	27 (6.1)
	Bereavement	4 (0.9)
	Divorce	41 (9.2)
	Others	6 (1.3)

변인 간의 상관관계를 분석한 결과는 Table 3과 같고, 정신분열병 환자의 병식은 역량강화, 기능, 삶의 질과는 정적 상관을 보였으며, 정신분열병 환자의 역량강화는 기능과 삶의 질과 정적 상관이 있는 것으로 나타났다. 이상의 요인들 간의 상관관계는 .60 이하로 변수들 간의 중첩성은 없는 것으로 판단되었다. 또한 기능과 삶의 질과도 정적인 상관관계가 있는 것으로 나타났다.

3. 가설모형검정

구조방정식 모형이 가지는 중요한 장점의 하나는 모형의 전반적 적합도 즉, 제시된 모형이 얼마나 적절하지를 평가할 수 있는 여러 가지 지수를 제공해 준다는 점이다. 여러 가지 적합도 지수 중에 RMSEA, GFI, AGFI, NFI, CFI, CMIN/DF 및 χ^2 를 채택하여 모형의 적합도를 검정하였고, 그 결과는 Table 4와 같다.

제시된 적합도를 기준으로 모형을 평가해보면, 먼저 χ^2

Table 2. Descriptive Statistics of the Measured Variables (N=446)

Variables	M±SD	Range	Skewness	Kurtosis
Total insight	27.63±5.38	11~35	-0.35	-0.69
Insight 1	7.70±7.97	2~10	-0.47	-0.42
Insight 2	12.57±2.39	3~15	-0.87	0.24
Insight 3	7.36±2.14	2~10	-0.36	-0.67
Total empowerment	66.28±9.64	36~106	0.42	1.68
Empowerment 1	18.65±3.98	13~45	0.20	0.43
Empowerment 2	9.98±2.78	7~25	0.42	0.94
Empowerment 3	14.72±3.49	8~40	0.03	0.55
Total function	48.12±11.18	20~89	0.41	0.54
Function 1	12.66±3.59	5~22	0.26	-0.32
Function 2	12.50±3.46	5~22	0.37	-0.03
Function 3	12.57±3.96	5~24	0.20	-0.56
Function 4	10.39±3.30	5~21	0.55	-0.07
Total quality of life	50.29±11.03	25~115	0.68	1.32
Quality of life 1	44.58±9.87	18~97	0.48	0.84
Quality of life 2	5.71±1.83	8~23	-0.32	0.45

Insight 1=complying with treatment; Insight 2=recognition of symptomatology; Insight 3=ability to attribute symptoms to a mental health disorder; Empowerment 1=personal change; Empowerment 2=interpersonal change; Empowerment 3=sociopolitical change; Function 1=task performance; Function 2= communication skill; Function 3=home management; Function 4=interpersonal relationship; Quality of life 1=positive self-perception; Quality of life 2=emotional stability.

test에서는 158.24 ($p < .001$)로 기준에 도달하지 않은 것으로 나타났다. 그러나 χ^2 test는 표본의 크기에 매우 큰 영향을 받아서 소표본인 경우에는 부적절한 모형도 채택되는 경향이 있으며, 대표본의 경우에는 적절한 모형도 기각되는 제한점을 가지고 있기 때문에 단순히 χ^2 test만으로

모델의 적합도를 규명하는 것은 바람직하지 않다. 따라서 다른 적합도를 고려해본 결과, RMSEA 경우 .07로서 보통의 적합도를 나타내고 있다(Table 4). GFI는 .94, AGFI는 .91, NFI는 .91, CFI는 .94, CMIN/DF 3.30으로 기준값을 만족하는 것으로 나타났다. 본 연구에서 나타난 적합도를

Table 3. Correlations among the Measured Variables

(N=446)

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	r(p)	r(p)	r(p)	r(p)	r(p)	r(p)	r(p)	r(p)	r(p)	r(p)	r(p)	r(p)	r(p)	r(p)	r(p)	r(p)
1 Total insight	1															
2 Insight 1	.76 ($< .001$)	1														
3 Insight 2	.89 ($< .001$)	.54 ($< .000$)	1													
4 Insight 3	.82 ($< .001$)	.38 ($< .001$)	.63 ($< .001$)	1												
5 Total empowerment	.19 ($< .001$)	.01 (.834)	.20 ($< .001$)	.25 ($< .001$)	1											
6 Empowerment 1	.10 (.041)	-.01 (.800)	.12 (.012)	.12 (.010)	.64 ($< .001$)	1										
7 Empowerment 2	-.07 (.146)	-.17 ($< .001$)	-.04 (.362)	.03 (.546)	.58 ($< .001$)	.17 ($< .001$)	1									
8 Empowerment 3	.19 ($< .001$)	.08 (.098)	.17 ($< .001$)	.21 ($< .001$)	.71 ($< .001$)	.16 ($< .001$)	.32 ($< .001$)	1								
9 Total function	.33 ($< .001$)	.14 (.041)	.31 ($< .001$)	.35 ($< .001$)	.48 ($< .001$)	.30 ($< .001$)	.16 ($< .001$)	.34 ($< .001$)	1							
10 Function 1	.30 ($< .001$)	.13 (.007)	.28 ($< .001$)	.32 ($< .001$)	.43 ($< .001$)	.30 ($< .001$)	.07 (.163)	.30 ($< .001$)	.83 ($< .001$)	1						
11 Function 2	.31 ($< .001$)	.11 (.027)	.30 ($< .001$)	.34 ($< .001$)	.41 ($< .001$)	.27 ($< .001$)	.15 (.002)	.31 ($< .001$)	.83 ($< .001$)	.70 ($< .001$)	1					
12 Function 3	.24 ($< .001$)	.12 (.007)	.23 ($< .001$)	.23 ($< .001$)	.27 ($< .001$)	.14 (.002)	.09 (.050)	.19 ($< .001$)	.73 ($< .001$)	.42 ($< .001$)	.40 ($< .001$)	1				
13 Function 4	.18 ($< .001$)	.08 (.115)	.15 (.002)	.21 ($< .001$)	.41 ($< .001$)	.25 ($< .001$)	.22 ($< .001$)	.29 ($< .001$)	.74 ($< .001$)	.48 ($< .001$)	.51 ($< .001$)	.38 ($< .001$)	1			
14 Total quality of life	.39 ($< .001$)	.24 ($< .001$)	.36 ($< .001$)	.35 ($< .001$)	.48 ($< .001$)	.26 ($< .001$)	.07 (.168)	.39 ($< .001$)	.64 ($< .001$)	.59 ($< .001$)	.57 ($< .001$)	.38 ($< .001$)	.48 ($< .001$)	1		
15 Quality of life 1	.41 ($< .001$)	.25 ($< .001$)	.38 ($< .001$)	.36 ($< .001$)	.47 ($< .001$)	.27 ($< .001$)	.05 (.312)	.39 ($< .001$)	.64 ($< .001$)	.59 ($< .001$)	.55 ($< .001$)	.39 ($< .001$)	.46 ($< .001$)	.99 ($< .001$)	1	
16 Quality of life 2	.15 (.002)	.08 (.108)	.13 (.005)	.15 (.002)	.34 ($< .001$)	.13 (.005)	.14 (.004)	.26 ($< .001$)	.43 ($< .001$)	.36 ($< .001$)	.42 ($< .001$)	.21 ($< .001$)	.39 ($< .001$)	.68 ($< .001$)	.56 ($< .001$)	1

Insight 1=complying with treatment; Insight 2=recognition of symptomatology; Insight 3=ability to attribute symptoms to a mental health disorder; Empowerment 1=personal change; Empowerment 2=interpersonal change; Empowerment 3=sociopolitical change; Function 1=task performance; Function 2= communication skill; Function 3=home management; Function 4=interpersonal relationship; Quality of life 1=positive self-perception; Quality of life 2=emotional stability.

Table 4. Fitness Index for the Model

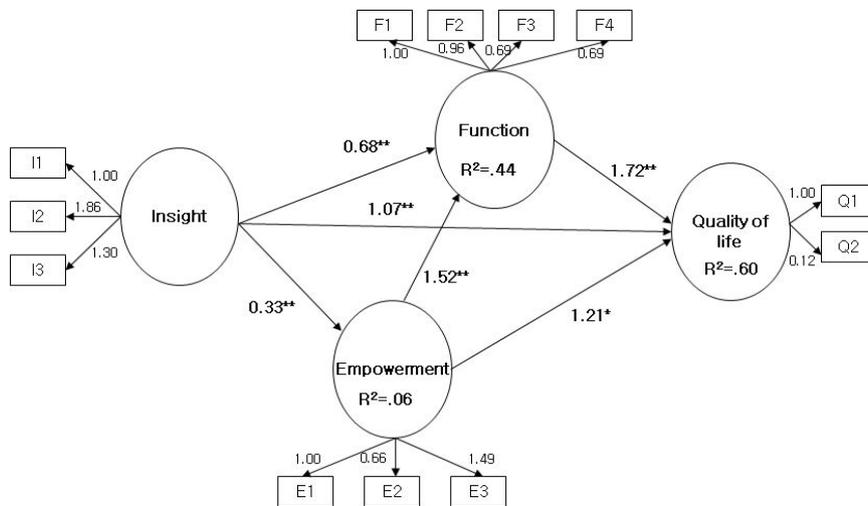
Indices	χ^2	df	RMSEA	GFI	AGFI	NFI	CFI	CMIN/DF
Full model fit	158,24 ($p < .001$)	48	.07	.94	.91	.91	.94	3.30

RMSEA=root mean square error of approximation; GFI=goodness of fit index; AGFI=adjusted goodness of fit index; NFI=Bentler-Bonett normed fit index; CFI=comparative fit index; CMIN/DF=minimum discrepancy divided by the degrees of freedom.

종합해보면 χ^2 test를 제외한 나머지 적합도의 기준값을 만족하고 있으므로, 본 연구에서 설정한 모형이 좋은 모형이라 할 수 있다. 최대우도 추정값, 간접효과, 직접효과 및 총효과 값은 Table 5, 변인 간 인과관계를 구조방정식을 통해 모형으로 구축한 것을 Figure 2에 제시하였다.

연구결과 정신분열병 환자의 병식이 역량강화, 기능 및 삶의 질에 영향을 미치는 것으로 나타났으므로(Figure 2), 부가설 1-1, 부가설 1-2, 부가설 1-3은 지지되었다. 구체적으로 병식이 역량강화에 영향을 미치는 것으로 나타났으며, 설명량은 6%였다. 병식은 기능과 삶의 질에 직접적인 영향을 주는 것으로 나타났으며, 또한 역량강화를 통해 간

접적으로 기능과 삶의 질에 영향을 주는 것으로 나타났다. 한편 정신분열병 환자의 역량강화는 기능과 삶의 질에 긍정적인 영향을 주는 것으로 나타났으므로, 부가설 2-1, 부가설 2-2는 지지되었다. 구체적으로 정신분열병 환자의 기능은 병식과 역량강화에 의해 직접 혹은 간접적인 영향을 받는 것으로 나타났으며, 설명량은 44%인 것으로 나타났다. 정신분열병 환자의 기능은 삶의 질에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 나타나 가설 3은 지지되었다. 구체적으로 정신분열병 환자의 삶의 질은 병식, 기능 및 역량강화에 의해 직접적 혹은 간접적인 영향을 받는 것으로 나타났으며, 설명량은 60%인 것으로 나타났다.



I1=complying with treatment; I2=recognition of symptomatology; I3=ability to attribute symptoms to a mental health disorder; E1=personal change; E2=interpersonal change; E3=sociopolitical change; F1=task performance; F2=communication skill; F3=home management; F4=interpersonal relationship; Q1=positive self-perception; Q2=emotional stability.
* $p < .05$; ** $p < .01$.

Figure 2. Result of structural equation model.

Table 5. Estimates for the Model and Direct, Indirect, & Total Effects

(N=446)

Variables	Estimates (SE)	t	p	Direct effect	p	Indirect effect	p	Total effect	p	SMC
Empowerment										.06
Insight	0.33 (.11)	3.02	.003	0.33	.003			0.33	.003	
Function										.44
Insight	0.68 (.16)	4.36	<.001	0.68	<.001	0.35	.003	1.03	<.001	
Empowerment	1.52 (.38)	4.02	<.001	1.07	<.001			1.07	<.001	
Quality of life										.60
Insight	1.07 (.22)	4.92	<.001	1.52	<.001	2.17	<.001	3.69	<.001	
Empowerment	1.21 (.51)	2.38	.018	1.21	.018	1.84	<.001	3.05	<.001	
Function	1.72 (.23)	7.57	<.001	1.72	<.001			1.72	<.001	

SMC=squared multiple correlation.

논 의

본 연구의 목적은 전국의 20개 사회복지시설을 이용하고 있는 446명 정신분열병 환자를 대상으로 병식, 역량강화 및 기능이 삶의 질에 어떤 영향을 미치는지를 알아보는 것이었다. 본 연구결과를 선행연구들과 관련시켜 논의하면 다음과 같다.

첫째, 정신분열병 환자의 병식은 역량강화, 기능 및 삶의 질에 직접적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이 결과는 병식이 정신분열병 환자의 재활성파에 영향을 미친다는 선행연구(Kang & Kim, 2005)와 일치하는 결과이다. 즉 정신분열병 환자가 스스로 자신의 정신 상태에 문제가 있다는 것을 알고, 나아가 질병의 성질을 구체적으로 파악하고자 하는 능력이 있을수록 역량강화와 기능 및 삶의 질에 긍정적인 영향을 미친다고 할 수 있다. 또한 정신분열병 환자의 병식은 역량강화를 통해 기능과 삶의 질에 간접적인 영향을 미치므로, 정신분열병 환자의 역량강화는 병식과 삶의 질 간에 매개 역할을 하는 것으로 볼 수 있다. 따라서 정신분열병 환자의 기능과 삶의 질 향상을 위해서는 병식을 높이고, 역량을 강화할 수 있는 방안을 함께 모색할 필요가 있다.

둘째, 정신분열병 환자의 역량강화는 기능과 삶의 질에 직접적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이 결과는 정신분열병 환자의 역량강화가 정신보건서비스의 재활성파인 사회적응과 삶의 질에 긍정적인 영향을 미친다는 선행연구(Choi, 2002)를 지지하는 결과라고 할 수 있다. 역량강화는 연구자들마다 다양한 개념으로 사용되고 있지만 공통적인 요소로는 '결핍된 상태' 혹은 '무기력한 상태'를 전제하고 있다. 따라서 잦은 입원과 재발을 경험하고 있는 정신분열병 환자는 무기력한 상태로 삶을 살아가는 경우가 많으며, 이와 같은 무기력한 상태는 정신분열병 환자의 기능과 삶의 질에 부정적인 영향을 미치게 된다. 하지만 본 연구의 결과를 볼 때, 정신분열병 환자가 자신의 삶에 대한 통제권과 같은 역량강화가 높을수록 기능에 긍정적인 영향을 주고, 또한 삶의 질을 향상시키는 역할을 하고 있는 것으로 보인다.

셋째, 정신분열병 환자의 기능은 삶의 질에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 구체적으로 정신분열병 환자의 직업기능이 높을수록, 대화기술이 높을수록, 가사 관리 및 대인관계 기능이 높을수록 삶의 질이 높아진다는 것을 의미하는 결과라고 할 수 있다. 이 결과는 정신분열병

환자의 기능이 삶의 질에 영향을 미친다는 선행연구(Kim, 2004)를 지지하는 결과라고 할 수 있다.

본 연구결과를 종합해보면 정신분열병 환자들의 병식과 역량강화는 기능 향상과 삶의 질에 직접적인 영향을 주며, 또한 병식은 역량강화를 매개로 하여 기능과 삶의 질에 간접적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 또한 역량강화는 기능을 매개로 하여 삶의 질에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 따라서 정신분열병 환자에게 병식과 역량강화를 향상시킨다면 재활성파에도 긍정적인 영향을 미칠 것으로 기대된다.

본 연구의 의의와 제한점을 살펴보면 다음과 같다. 먼저 본 연구의 의의는 정신분열병 환자의 성공적인 재활을 위해서는 무엇보다 병식과 역량강화를 높일 수 있는 프로그램을 개발해야 한다는 타당성을 제시한 점이다. 최근 일부 시설에서 정신분열병 환자의 역량강화 향상을 통해 기능과 삶의 질을 높이려는 프로그램들이 개발되어 운영되고 있지만, 체계적인 연구를 통한 프로그램은 제한적이라고 할 수 있다. 따라서 본 연구결과는 정신분열병 환자의 병식과 역량강화를 향상시킬 수 있는 교육 프로그램을 개발하는 것에 대한 타당성을 제공하는 결과이다.

본 연구의 제한점으로는 첫째, 본 연구에서는 개인내적 변인으로 병식을 선정한 점이다. 최근 자기효능감, 자아 존중감, 사회지지와 같은 변인들과 재활성파와의 관련성을 살펴보는 주장(Kim et al., 2008; Choi & Choi, 2007)이 대두되고 있으므로, 추후 연구에서는 이와 같은 변인들을 고려할 필요가 있다. 본 연구결과에서도 기능과 삶의 질에 대한 설명력이 각각 44%와 60%로 나타나 추후 다른 변인들과의 관련성에 대한 연구들이 필요함을 시사하고 있다. 둘째, 본 연구에서는 재활성파 측정치로는 기능과 삶의 질로 제한한 점이다. 정신장애를 가진 사람들은 욕구가 다양하고, 기관의 사명 등의 차이에 의해 서비스 효과를 측정하는 과제도 매우 복잡하기 때문에(Durbin, Perndergast, Dewa, Rush, & Cooke, 2003) 효과의 측정치도 다양할 필요가 있으므로(Bracke, 2001), 추후연구에서는 이를 고려할 필요가 있다.

결론 및 제언

본 연구는 정신분열병 환자의 병식과 역량강화, 기능 및 삶의 질과의 관계를 구조방정식 모형으로 구축하고 그 관련성을 알아보았다. 연구결과 정신분열병 환자의 병식은

역량강화와 기능 및 삶의 질에 영향을 미치고, 역량강화는 기능 및 삶의 질에 영향을 미치며, 정신분열병 환자의 기능은 삶의 질에 영향을 미친다고 할 수 있다. 또한 병식은 역량강화를 통해 기능과 삶의 질에 간접적으로, 역량강화는 기능을 매개로 삶의 질에 간접적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 따라서 정신분열병 환자의 기능과 삶의 질을 높이기 위해서 병식과 역량강화를 향상시킬 수 있는 프로그램의 개발과 실시가 필요하다고 볼 수 있다.

본 연구에서 역량강화에 영향을 미치는 요인으로 개인 내적 변인인 병식을 선정하여 알아보았으나, 추후연구에서는 이외에도 자아존중감, 사회지지 변인이 역량강화에 어떤 영향을 미치는지에 대해 살펴볼 필요가 있다. 또한 본 연구에서 사용된 종속변수인 기능과 삶의 질 이외에 재발률, 가족관계, 증상 등과 같은 종속변수를 사용하여 연구한다면 정신분열병 환자의 역량강화에 관한 보다 많은 정보를 얻을 수 있을 것이다.

REFERENCES

- Ahn, J. S. (2006). *A study on the effects of peer relationships of mentally disabled people in community on their empowerment*. Unpublished master's thesis, Keimyung University, Daegu.
- Bae, J. G. (2004). *Attitude of recovery and quality of life persons with psychiatric disabilities*. Unpublished doctoral dissertation, Keimyung University, Daegu.
- Bae, S. W., & Kim, Y. Y. (2005). A longitudinal examination of the effects of community mental health services provided by a psychosocial rehabilitation center on the quality of life outcomes for the mentally ill. *Ment Health Soc Work*, 20, 69-94.
- Bracke, P. (2001). Measuring the subjective well-being of people in a psychosocial rehabilitation center and a residential psychiatric setting. *Psychiatr Rehabil J*, 24(3), 222-236.
- Choi, J. W., Hong, J. P., Kim, C. Y., Lee, C., & Han, O. S. (1997). Quality of life in the first admitted schizophrenic patients: A retrospective follow-up study. *J Korean Neuropsychiatr Assoc*, 36(6), 987-996.
- Choi, M. M., Lee, K. Y., & Eom, T. W. (2006). Differences in empowerment and the quality of life among the users of the mental health service settings in Korea. *Ment Health Soc Work*, 24, 94-124.
- Choi, M. O. (2002). *The effects of the self-advocacy program for the mentally ill to reinforce the empowerment*. Unpublished Master's thesis, Busan National University, Busan.
- Choi, Y. J., & Choi, S. S. (2007). A study on the recovery attitude and factors affecting the recovery attitude in mentally disabled. *Ment Health Soc Work*, 26, 111-143.
- David, A. S. (1990). Insight and psychosis. *Br J Psychiatry*, 156, 798-808.
- Durbin, J., Perndergast, P., Dewa, C. S., Rush, B., & Cooke, R. G. (2003). Mental health program monitoring: Towards simplifying a complex task. *Psychiatr Rehabil J*, 26(3), 249-261.
- Jung, D. J. (2005). *The study on the effectiveness of the empowerment practice perceived by the people with mental disorder*. Unpublished Master's thesis, Catholic University of Korea, Seoul.
- Kang, D. G. (2007). *Analysis of motivation for change of the person with psychiatric disabilities and effectiveness of motivation improvement program*. Unpublished doctoral dissertation, Kyungpook National University, Daegu.
- Kang, D. G., & Kim, Y. Y. (2005). The utilization level of psychosocial rehabilitation centers and their insight and rehabilitation outcomes. *Korean Community Ment Health J*, 8, 45-59.
- Kilian, R., Lindenbachb, I., Löbigc, U., Uhlea, M., Petscheleita, A., & Angermeyera, M. C. (2003). Indicators of empowerment and disempowerment in the subjective evaluation of the psychiatric treatment process by persons with severe and persistent mental illness: A qualitative and quantitative analysis. *Soc Sci Med*, 57(6), 1127-1142.
- Kim, M. H. (2006). *A study on the effect of empowerment on job satisfaction and job involvement of people with mental disorder*. Unpublished master's thesis, Kangnam University, Seoul.
- Kim, S. H. (2002). *The effects of family support and stress coping strategy on chronic schizophrenia patient's quality of life*. Unpublished master's thesis, Chonnam National University, Gwangju.
- Kim, Y. Y. (2004). *The integrated psychiatric rehabilitation services and their impact on rehabilitation outcomes and quality of life*. Unpublished doctoral dissertation, Keimyung University, Daegu.
- Kim, Y. Y. (2006). A study on the relationship between rehabilitation motivation and rehabilitation outcome for the mentally ill. *Korean J Clin Psychol*, 25(3), 623-637.
- Kim, Y. Y., Back, Y. M., & Park, H. S. (2008). The effect of self-efficacy and problem solving capacity on rehabilitation outcomes in patients with schizophrenia. *J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs*, 17(3), 322-331.
- Kim, Y. Y., & Bae, S. W. (2005). The utilization level of psychosocial rehabilitation centers and its impact on the rehabilitation outcomes for the mentally ill. *J Soc Welfare Res*, 6(1), 27-50.

- Kim, Y. Y., Park, H. S., & Bae, S. W. (2008). The effects perspective-oriented social skills training on function and symptom for persons with schizophrenia. *J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs, 17*(2), 140-150.
- Kim, Y. Y., Park, H. S., & Park, K. M. (2006). The effects of recovery education program on rehabilitation motivation, symptoms, and function for schizophrenic patients. *J Korean Acad Nurs, 36*(3), 542-550.
- Lee, Y. P. (2000). *Effects of community mental health programs on rehabilitation outcomes for persons with mental illness*. Unpublished doctoral dissertation, Seoul National University, Seoul.
- Lee, Y. R. (2001). *A study on the factors predicting on social integration of the mental disorders in social rehabilitation facilities*. Unpublished doctoral dissertation, Ewha Womans University, Seoul.
- Munro, B. H. (2005). *Statistical method for health care research*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Williams.
- Park, H. S., Bae, S. W., & Kim, Y. Y. (2008). The effects of psychosocial rehabilitation programs on the levels of self-efficacy for mentally disabled persons. *J Korean Acad Nurs, 38*(5), 704-711.
- Parsons, R. J. (1999). Assess helping client outcomes in empowerment practice: Amplifying client voice and satisfying funding source. In W. Shera & L. Wells (Eds.), *Empowerment practice in social work: Developing richer conceptual foundations* (pp. 390-417). Toronto, CA: Canadian Scholars Press.
- Son, M. J., Park, D. G., Choi, Y. H., Lee, S. H., & Bae, J. K. (2001). A study on the development of functional assessment scale for persons with psychiatric disability. *Korean J Clin Psychol, 20*(4), 731-749.
- Staple, L. H. (1990). Powerful ideas about empowerment. *Adm Soc Work, 14*(2), 29-42.
- Wilkinson, G., Hesdon, B., Wild, D., Cookson, R., Farina, C., Sharma, V., et al. (2000). Self-report quality of life measure for people with schizophrenia: The SQLS. *Br J Psychiatry, 177*, 42-46.