정신 분열병 환자의 약물이행 설명모형

연세대학교 대학원

간 호 학 과

서 미 아

정신 분열병 환자의 약물이행 설명모형

지도교수 김 소 야 자

이 논문을 박사 학위논문으로 제출함

2001년 6월 일

연세대학교 대학원

간 호 학 과

서 미 아

서미아의 박사 학위논문을 인준함

심사위원 _____ 인

심사위원 _____ 인

심사위원 _____ 인

심사위원 _____ 인

심사위원 _____ 인

연세대학교 대학원

2001년 6월 일

감사의 글

“나의 힘이 되신 여호와여 내가 주께 감사하나이다” (시 18:1)

참으로 멀고 긴 길을 쉼 없이 달려온 듯 합니다. 힘들고 지치는 순간마다 위로가 되시고 힘이 되어 주신 사랑하는 하나님께 먼저 감사 드립니다.

본 논문이 완성되기까지 지도해주신 여러 교수님들께 진심으로 감사 드립니다. 학위 과정동안 세심한 지도와 배려를 해주시고 논문의 전반적인 지도를 해주신 김소야자 교수님, 자료 수집 과정동안 많은 도움을 주신 민성길 교수님, 논문의 세심한 부분까지 꼼꼼히 지도해주신 김선아 교수님, 문제가 있을 때마다 시원한 답을 주신 김주형 교수님, 아주 작은 부분까지 세세하게 지적해주시고 항상 격려를 잊지 않으신 김인숙 교수님께 진심으로 고개 숙여 감사 드립니다.

결코 적지 않은 분량의 질문지였음에도 불구하고 성심껏 답해준 연구 대상자들과 그 가족들에게 깊은 감사의 마음을 전하며 본 연구가 그들의 재활에 많은 도움이 되기를 희망해봅니다. 또한 기꺼이 자료 수집을 허락해 주신 각 기관의 선생님들께도 감사의 마음을 전합니다. 자료수집 과정에서 많은 도움을 주신 한국정신 병원의 권영탁 원장님, 아주대학교의 현명선 교수님, 종로구 보건소의 김채봉 선생님, 자신의 일처럼 성실하게 자료 수집을 도와 주신 전덕희 선생님, 김민정 선생님, 정정옥 선생님께 감사 드립니다.

말없이 딸의 길을 후원해주신 아버지, 어머니, 항상 부족한 며느리를 그 크신 사랑으로 감싸시고 어려운 때마다 도움을 주신 시어머님, 힘들고 지칠때마다 격려해주고 구체적인 도움이 되어준 사랑하는 모든 가족들, 멀리서 기도로 후원해주신 서성민 사모님, 박사 과정의 이영자 선생님, 항상 용기를 심어준 친구 해옥, 희숙, 필요할 때마다 강의시간을 조정해주신 박인자 선생님께 감사의 마음을 전합니다.

더불어 논문 진행 과정동안 정확하고 예리함으로 많은 도움이 되어주신 강희선 선생님과 같은 길을 걸으면서 격려와 지지가 된 한주, 나영, 따듯한 커피로 위로가 되어준 경아, 현화에게 고마움을 전합니다.

또한 항상 든든한 힘이 되어준 남편과 부족한 엄마 손길에도 불구하고 예쁘게 자라주는 나의 사랑 현아와 일주에게 한없는 사랑을 전합니다.

마지막으로 학위 과정동안 장학금을 지급해주신 고 이연순 선생님께 이 논문을 바칩니다.

연구자 서 미 아 올림

차 례

표 차 례

그 림 차 례

부 록 차 례

국문 요약

정신 분열병 환자의 약물 이행 설명 모델

정신 분열병 환자들의 낮은 약물 이행은 병의 재발과 재입원을 초래하는 주요 요인이 되어왔으며 이들의 약물 이행은 자신의 노력에 의해서만 이루어지는 것이 아닌 여러 가지 요인이 복합적으로 영향을 미쳐 이루어진다. 이에 본 연구는 선행 연구를 고찰하여 약물 이행에 영향을 미치는 요인을 규명하고 공변량 구조 분석을 통하여 이러한 요인들의 관계성과 강도, 직·간접 효과를 파악하여 정신 분열병 환자들의 약물 이행을 설명하는 모형을 개발하기 위해 설계되었다.

연구의 개념적 기틀은 선행 연구와 건강 신념 모델의 변인들을 토대로 구성되었으며 약물지식, 지각된 위협감, 증상의 심각성, 사회적 지지를 외생 변인으로 하고, 지각된 유익성, 지각된 장애성, 물질 사용을 내생 변인으로 하여 가설적 모형을 구축하였다.

자료수집은 연구 참여를 동의한 대상자에게 구조화된 질문지를 이용하여 일대일 면담으로 진행되었으며 종합 병원 정신과 외래와 정신 보건 센터를 비롯한 12개 기관에서 이루어졌다. 자료 수집 기간은 2001년 3월 14일에서 5월 26일 까지이며 총 208명의 대상자가 연구에 참여하였다. 연구도구는 본 연구자에 의해서 개발된 도구와 기존의 도구를 이용하였고 도구의 신뢰도는 .65에서 .95까지였다.

공변량 구조 분석을 통하여 제시된 수정 모형 결과 약물지식(γ=0.15, t=3.63)과 증상의 심각성(γ=-0.16, t=-1.80), 사회적지지(γ=0.48, t=7.72), 지각된 유익성(β=0.20, t=2.14), 물질 사용(β=0.07, t=1.87)이 약물 이행에 영향을 미치는 요인으로 제시되었으며 이들 변인들은 약물 이행을 33% 설명하였다.

이러한 결과는 현재 수행되어지는 약물교육을 비롯하여 가족과 의료인의 지지의 중요성을 확인한 결과이며, 정신 분열병 환자들의 약물 이행을 증가시키기 위한 다양한 교육 프로그램 개발과 지지그룹의 활성화를 위한 전략 수립의 필요성을 제시하는 것이다.

핵심되는 말: 정신분열병, 약물이행, 설명모형, 공변량 구조분석

I. 서론

1. 연구의 필요성

정신 분열병이란 인간의 전반적 기능 수행에 영향을 미치는 생리적, 유전적, 사회 심리적인 복합적 질환으로 정신과 질환중 가장 만성적이고 황폐화를 초래하는 질환이다. 정신 분열병 환자의 25%는 회복이 불가능하고, 50%는 병의 증상으로 인하여 일생동안 대부분의 시간을 무능력한 상태로 지내며, 20-50%는 자살을 시도하는 것으로 보고되고 있다(김윤희, 이광자, 유숙자, 이소우, 김소야자, 2001). 이처럼 심각한 정신 분열병의 유병율은 국내에서 인구 10만명당 181.7명이고, 이는 정신과 병원 재원 환자의 88.1%를 차지한다(남정자, 한영자, 최정수, 한충길, 1994).

정신 분열병에 대한 치료 방법으로는 약물 치료를 비롯하여 정신치료, 사회 재활 치료, 환경치료 방법 등이 사용되어오고 있다. 이 중 약물 치료는 주요 치료 방법이 되어 왔고, 정신 분열병의 악화와 증상의 재발을 감소시키는 가장 효율적인 방법이 되어왔다(김용식, 1996; 권영탁, 1995). 그럼에도 불구하고 많은 환자들이 약물을 이행하지 않아 병의 재발을 경험하는 이유는 무엇 때문이며, 어떻게 하면 이 환자들의 약물 이행을 도울 수 있는가라는 질문의 제기와 더불어 정신 분열병 환자들의 약물 이행을 종합적으로 설명할 수 있는 모델 개발의 필요성이 대두되었다.

정신 분열병 환자들의 약물 불이행률은 국내·외 모두 높게 보고되고 있다. 약물 처방을 받은 환자들의 74%가 약물 투여를 중단한 경험이 있으며 이들의 1년내 재발율은 16%에 이르고(Kissling, 1992) 정신 질환자의 50% 이상이 약물 불이행을 경험한 적이 있는 것으로 보고되고 있다(Owen, Fischer, Booth & Cuffel,

1996). 이영희와 김이영(1989)은 퇴원 후 5년 이상 추후 치료를 잘 받는 환자임에도 불구하고 이들 중 복용 약물을 한번도 중단하지 않았던 환자는 단지 7.3%에 불과하고 대부분의 환자들인 92.7%가 치료를 중단한 경험이 있었다고 보고하였다. 이러한 치료와 약물 불이행은 정신분열병의 재발과 재입원을 초래한다. 정신 분열병의 재발은 가족내의 위기를 구성하고 병원 방문 횟수와 재입원, 응급실 내원 등을 증가시킴으로써 막대한 비용의 손실을 가져온다(Bond & Hussar, 1991). 국내의 경우 정신 분열병으로 인한 입원 진료비가 정신 질환 전체 진료비의 62.5%를 차지한다는 결과는 정신 분열병의 재발의 심각성을 잘 나타내주고 있다(남정자 등, 1994).

일반적으로 정신 질환자는 자신의 질병에 대한 통찰력 부족이나 판단력 장애와 같은 질병 자체의 특성으로 인해서 약물 불이행의 위험이 크다고 여겨지고 있다. 그러나 약물 불이행의 문제는 비단 정신 질환뿐만 아닌 다른 만성 질환에서도 높게 보고되고 있는 바이므로 통찰력이나 판단력 장애의 이유만으로는 정신 분열병 환자의 약물 불이행이 설명되어질 수 없다(Nageotte, Sullivan, Duan & Camp, 1997). 또한 환자들의 약물 복용은 단일 현상이기보다는 여러 요인이 상호작용하는 복합적 현상이므로(이평숙, 1994) 간호사는 약물의 이행과 불이행에 영향을 미치는 다양한 요인들에 대한 이해를 증진시켜야 한다.

정신 분열병 환자들의 약물 이행에 대하여 국내·외에서 꾸준히 많은 연구들이 수행되고 있다. 연구의 주제별 경향은 정신 분열병 환자들의 약물 이행과 불이행에 영향을 미치는 변인의 규명을 비롯하여 건강 신념과 약물 이행의 관계, 약물 이행을 증가시키기 위한 전략, 약물 이행 측정 방법, 그리고 약물 이행을 증진시키기 위한 프로그램의 효과 규명과 관련된 연구들로 분류될 수 있다(Olfson, Mechanic, Hansell, Boyer, Walkup, & Weiden, 2000; Budd, Hughes & Smith, 1996; Drain & Solomon, 1994; Richardson, Simons-Morton & Annegers, 1993; Scott, Lore & Owen, 1992; Heyduk, 1991; Pan & Tantum, 1989; Kelly, Mamon

& Scott, 1987; 손경희, 1997; 김태경, 1993; 이영희 등, 1989). 이러한 문헌에서 제시되고 있는 약물 이행에 영향을 미치는 변인으로는 약물에 대한 지식을 비롯하여 약물의 부작용, 약물의 개수와 약물 복용 횟수, 약물 복용 기간, 정신 분열병으로 인한 증상의 정도, 물질남용, 그리고 가족을 비롯한 친구와 동료, 의료인의 지지등이 영향을 미치는 요인으로 제시되고 있다(Gao, Nau, Rosenbluth, & Woodward, 2000; Buckley, 1998; Perkins, 1999; Drain 등, 1994; 황명숙, 1998; 김태경, 1992; 전창만, 최용성; 1988). 약물 이행에 있어 개인의 건강 신념(health belief) 또한 중요한데 약물의 유익성에 대한 지각은 약물 이행을 높이는 중요 요인인 반면에 약물의 부작용과 같이 약물 이행시 따르는 장애성에 대한 지각은 약물 이행을 저해하는 요인으로 규명되어왔다. 또한 개인들의 재발에 대해서 얼마나 민감하게 지각하고 재발한 경우 경험할 수 있는 증상에 대해 얼마나 심각하게 지각하는지의 여부가 약물 이행에 영향을 미치는 변인으로 제시되고 있다(Adams & Scott, 2000; Nageotte 등, 1997; Budd 등, 1996; Janz & Becker, 1984).

문헌을 종합해볼 때 정신 분열병 환자들의 약물 이행에 영향을 미치는 변인들에 대한 규명이 비교적 잘 이루어져 있으나 이러한 변인들과 약물 이행에 대하여서는 단순 상관 관계나 회귀분석을 통한 관계의 규명에 그치고 있음으로써 약물 이행에 영향을 미치는 예측요인들에 대한 간접 효과와 제 삼 변수의 효과를 설명하는데는 제한점을 가지고 있다.

따라서 정신 분열병 환자들의 약물 이행에 가장 영향을 미치는 변인은 무엇이며, 약물 이행을 가장 잘 설명하는 변인들은 무엇인지를 과학적으로 규명할 필요가 있다. 약물 이행에 영향을 미치는 변인들간의 관계성과 관계성의 강도, 이 변인들간의 직·간접 효과, 총효과를 규명하는 것은 정신 분열병 환자들의 약물 이행에 대한 총체적 설명을 가능하게 한다. 또한 이러한 분석을 통해서 설명 모형을 구축하는 것은 정신 분열병 환자의 약물 이행을 증진시킬 수 있는 간호 전략 개발에 기여할 것으로 사료된다.

2. 연구의 목적

본 연구의 궁극적인 목적은 정신 분열병 환자들의 약물 이행 예측 모형을 개발하여 그들의 약물 이행에 대한 총체적 이해를 도모하며, 약물 이행을 증진시키고자 함이다. 이를 위해서는 다음의 구체적 연구 목적을 갖는다.

1. 선행 연구에 대한 고찰을 근거로 정신 분열병 환자의 약물 이행을 설명하는 가설적 모형을 구축한다.

2. 정신 분열병 환자의 약물 이행에 영향을 미치는 변수들간의 직접 효과, 간접 효과, 총 효과를 조사함으로서 이들 상호간의 인과적 관계 및 그 강도를 규명한다.

3. 가설적 모형과 실제 자료간의 부합도 검정을 통하여 정신 분열병 환자의 약물 이행을 설명하는 수정 모형을 제시한다.

3. 용어의 정의

1) 외생변수

(1) 약물지식

지식이란 사물이나 현상에 대해 대상자가 알고 있는 사실적, 경험적 인식을 말한다(Mueser, Valentiner, & Agresta, 1997). 본 연구에서는 개인이 특정 약물이나 약물복용과 관련된 사항을 이해하는 정도를 말하며 Harber, Krainovich-Miller, McMahon & Price-Hoskins(1996)가 제시한 약물 지식 기준과 선행 연구를 토대로 본 연구자가 개발한 척도로 측정된 점수를 의미한다.

(2) 지각된 위협감

지각된 위협감이란 특정 질병에 대한 개인의 지각된 민감성과 지각된 심각성에 의해서 결정된다(Becker, 1974). 환자 역할 행위에서는 질병에 대한 진단이 이미 내려졌으므로 지각된 위협감은 질병의 재발가능성과 재발시 겪게될 어려움에 대한 개인의 주관적 평가를 의미한다(Rosenstock, 1990). 본 연구에서는 정신 분열병 환자들이 질병의 증상이 재발할 가능성과, 재발한 경우 겪을 수 있는 어려움에 대한 인식 정도를 의미하며 이는 문정순(1990)의 건강신념 도구와 대상자와의 일대일 면담을 통해서 연구자가 개발한 도구에 의해서 측정된 점수를 의미한다.

(3) 증상의 심각성

증상의 심각성이란 정신 분열병으로 인한 증상의 심각한 정도를 의미하며 본 연구에서는 불안, 죄책감, 우울, 환상(hallucination), 혼돈(disorientation)과 같은 증상들을 의미하며 Overall & Gorham(1962)이 개발한 BPRS(Brief Psychiatric Rating Scale) 도구를 이용하여 측정한 점수를 의미한다.

(4) 사회적지지

사회적 지지란 개인에게 도움을 주는 의미 있는 사람으로부터 받는 지지를 말하며(Cohen & Hoberman, 1983), 본 연구에서는 Sarason(1983)에 의해 개발된 사회적 지지 질문지(social support questionnaire)를 본 연구자가 수정, 보완하여 가족이나 친척, 친구나 동료, 의료인 세 영역의 사회적 지지망에 대한 대상자의 주관적 만족도를 측정할 수 있도록 개발한 도구에 의해서 측정된 점수를 의미한다.

2) 내생변수

(1) 지각된 유익성

지각된 유익성은 개인이 특정 행위를 취했을 때 얻을 수 있는 이득에 대한 평가이다(Rosenstok & Kirscht, 1974). **본 연구에서는 질병으로 인한 증상의 감소와 대인관계 향상등과 같이 대상자가 약물을 복용함으로써 얻을 수 있는 이득을 의미하며 문정순**(1990)**의 건강신념 도구와 일대일 면담을 토대로 연구자가 개발한 도구에 의해 측정된 점수를 의미한다.**

(2) 지각된 장애성

지각된 장애성은 개인이 특정 행위를 수행함에 있어 직면하게 될 어려움에 대한 평가이다(Rosenstock 등, 1974). **본 연구에서는 약물로 인한 부작용, 비용등과 같이 대상자가 약물을 복용할 때 경험하게 되는 어려움을 말하며 문정순**(1990)**의 건강 신념도구와 일대일 면담을 토대로 연구자가 개발한 도구에 의해서 측정된 점수를 의미한다.**

(3) 물질사용

물질이란 정신 기능에 영향을 미치는 화학적 요소를 의미한다(Miller-Keane, 1997). **따라서 물질 사용이란 정신 기능에 영향을 미치는 요소들을 사용하는 것을 의미하며 본 연구에서는 알코올과 흡연을 하는 행위로써 문화체육부**(1996)**에서 개발한 질문지를 토대로 연구자가 수정, 보완하여 개발한 질문지로 측정된 점수를 의미한다.**

(4) 약물이행

이행이란 건강 문제에 대한 진단을 받은 후 건강 전문가의 치료 지시에 따르는 행위를 말한다(Lannon, 1997). **본 연구에서 약물 이행이란 대상자가 정신 분열병으로 진단 받은 후 의사의 지시에 따라 처방대로 약물을 복용하는 행위를 의미하며 환자의 주관적 보고와 가족의 보고, 그리고 약의 개수 세기**(pill count)**에 의해서 측정된 점수를 의미한다.**

II. 문헌고찰

1. 정신 분열병과 약물 이행

1) 정신 분열병과 약물 치료

현시대의 정신 분열병의 원인으로는 신경 전달물질의 장애를 유발하는 두뇌의 취약성(brain vulnerability)을 가장 일차적인 원인으로 들고 있다(Munich, 1997). 선천적, 후천적으로 두뇌의 취약성을 가진 사람이 후기 청소년기나 성인기 초기에 견디기 어려운 사회 심리적 스트레스를 겪을 때 신경 화학 물질이나 심리적, 대인 관계적 변화를 경험하게 되고 이는 곧 정신 분열병의 증상들을 유발하게 된다.

정신 분열병에 대한 치료는 1950년대 Chlorpromazine이 개발된 이후 이 병에 대한 생리적 접근이 시작되었다. 이 시기에는 약물을 이용하여 정신증적 증상(psychotic symptom)을 감소시키는데 주력하였으며, 약물에 의해서 유발되는 추체외로 증상(extrapyramidal symptom)과 같은 심각한 부작용등에는 관심을 기울이지 못하였다. 1990년대의 Clozapine의 개발은 기존의 항정신증제가 유발하던 많은 부작용들을 감소시킬 수 있었으며 그로 인해 환자들의 약물 이행을 증가시킬 수 있게 되었다(Fleischhacker & Hummer, 1997).

정신 분열병에 대한 완전한 치료약은 아직까지는 개발되지는 않고 있지만 이들에 대한 다양한 치료 접근법중 약물 치료는 가장 일차적이고 중요한 방법으로 받아들여지고 있다. 약물 치료를 받아도 물론 정신 분열병이 재발하기는 하나 약물 치료를 받지 않는 경우에 비하여 재발율이 현저하게 감소됨이 보고되고 있다. Carpenter(1996)는 정신 분열병 환자에 대해 placebo를 이용한 경우 1년내 재발율은 70%에 이르나 지속적으로 항정신증제를 복용한 경우는 재발율이 23%에

그치고 있음을 보고하고 있고 Kissling(1992)도 급성기를 지나 유지 치료 단계에 있는 정신 분열병 환자들에게 있어 유지치료를 계속하는 경우 1년내 재발율은 16%였으나 약물 투여를 중단한 경우는 74%였다고 보고함으로써 이 병의 재발을 예방하는데 약물 복용이 필수적임을 입증하였다.

약물 치료의 효과를 입증하기 위하여 새로 개발된 항 정신증제(novel antipsychotics)에 대한 연구들이 많이 수행되고 있는데 22명의 정신 분열병 환자를 대상으로 Risperidone을 투약한 후 이들의 양성 증상과 음성 증상의 변화를 체크한 연구에서는(Kopla, Fredrikson, Good, & Honer, 1996) 하루에 평균 4.7mg의 용량을 평균 7.1주 동안 투여 받은 후 59%의 대상자들에게서 증상이 좋아짐을 보고하였고 또한 Clozapine을 투여 받은 환자들의 경우에도 그들의 인지 능력과 증상 그리고 삶의 질이 증가함이 보고되었다(Hagger, Buckley & Kenny, 1993; Meltzer, Burnett & Bastani, 1990)

이러한 치료효과를 기반으로 약물 치료의 중요성은 환자집단과 치료자 집단모두에서 인정이 되어지고 있다. 215명의 신경 정신과 전문의를 대상으로 치료 방법의 비중에 대하여 질문한 연구 결과 약물 치료(58%), 정신치료(21%), 사회재활 치료(17%)의 순으로 약물 치료의 비중이 가장 높게 나타났으며(김병로, 강윤형, 홍경수, 유범희, 김승태, 1997), 간호사를 대상으로 약물치료의 필요성과 효과를 질문한 이평숙(1994)의 연구에서는 100%의 간호사들이 약물 치료의 필요성을 인정하였고 또한 환자집단보다도 간호사 집단이 약물 치료의 치료적 효과를 높게 지각한 것으로 보고하였다($\chi^2 = 21.05$, $p < .001$). 또한 만성 정신 분열병 외래 환자를 대상으로 치료 방법에 대한 견해를 조사한 전창만 등(1988)도 환자들이 약물 치료(58.0%), 면담치료(18.0%), 종교치료(8.7%)의 순으로 약물 치료를 가장 높게 선호하고 있는 것으로 제시하였다.

2) 정신 분열병 환자의 약물 이행

정신 분열병의 증상 관리에 있어서 약물은 매우 중요함에도 불구하고 이들의 약물 이행율은 매우 낮은 것으로 보고되고 있다. 148명의 정신 질환자를 대상으로 한 연구에서는(Ruscher, Wit, & Mazmanian, 1997) 대상자의 65.8%가 처방과는 다른 용량, 다른 시간에 약물을 복용한 경험이 있으며, 47.3%는 처방된 약물을 끊은 적이 있다고 보고하였다. Olfson 등(2000)도 항정신증제를 복용하고 있는 정신 분열병 환자 213명을 대상으로 약물 이행을 조사한 결과 병원에서 퇴원 후 3개월 동안 약물을 일주일 이상 복용하지 않은 경험이 있는 환자는 19.2%에 해당한다고 보고하였다.

또한 약물 이행은 환경에 의해서도 다르게 나타난다. 즉, 환자들이 병원에 입원한 상황에서는 약물 이행이 높지만 지역 사회에 거주하면서 주기적인 외래 진료를 받는 환자들의 경우 약물 불이행은 50%에 이르는 것으로 보고되고 있다 (Owen 등, 1996). 이는 입원 환자의 경우는 약물 복용에 의료인의 감독이 있기 때문이나 지역사회의 경우는 약물 복용에 있어 환자 자신의 자율성이 더 큰 작용을 하기 때문이다. 이영희 등(1989)은 정신 분열병으로 진단 받고 병원에서 퇴원한 후 5년 이상 추후 관리에 잘 참여하고 있는 환자 55명을 대상으로 조사한 결과 5년 동안 처방된 약물을 한번도 중단하지 않았던 환자는 단지 4명(7.3%)에 불과하였고 나머지 92.7%인 51명은 약물을 중단한 경험이 있는 것으로 보고하였다. 한편 종합 병원 외래를 방문한 양극성 장애 환자와 정신 분열병 환자 91명을 대상으로 그들의 약물 이행을 100점 만점으로 측정한 이경희(1997)는 환자의 자가 보고에 의한 약물 이행은 90.33이고 가족의 보고에 의한 환자의 약물 이행 정도는 91.11로 보고되어 대상자들이 약물 이행을 전반적으로 잘하는 것으로 보고하였다. 이러한 결과를 토대로 해서볼 때 약물 특성이나 다양한 환경, 진단명 등에 따라 약물 이행 정도가 달라짐을 알 수 있다.

2. 약물 이행에 영향을 미치는 요인

정신 분열병 환자들의 약물 이행이 낮음으로 인해 초래되는 제 문제들이 심각함에 따라 이 문제에 대한 다양한 원인들이 규명되어왔다. 문헌을 통해서 나타나는 주요 원인들은 약물에 대한 지식(Sedlak, Doheny, & Estok, 2000; Kaplan, 1997; Pereles, Romonko, Murzyn, et al., 1996; Scott 등, 1992; Harvey & Peet, 1991; 황명숙, 1998; 이병구, 1998; 이강희, 조맹제, 이정균, 1988), 건강신념(Adams 등, 2000; Sedlak 등, 2000; Gao 등, 2000; Perkins, 1999; Budd 등, 1996; Richardson 등, 1993; Mulaik, 1992; Bond & Hussar, 1991), 부작용, 용량, 투여경로, 복잡성, 기간등의 약물특성(Okuno, Yanagi, Tomura, Oka et al., 1999; Forman, 1993; Bond 등, 1991; 이병구, 1998, 김태경, 1993; 김태경, 1992; 이영희 등, 1989; 이강희 등, 1988), 통찰력(Schwartz, Skaggs, & Peterson, 2000; Smith, Hull, Israel, & Willson, 2000; Forman, 1993; 김보연, 이창욱, 박종원, 1993), 인지적 기능(Okuno 등, 1999), 알코올과 물질 남용(Colom, Vieta, Martinez-Aran, Reinares et al., 2000; Heyscue, Levin, & Merrick, 1998; Swartz, Swanson, Hiday, Borum, et al, 1998; Pristach, & Smith, 1990; Pan 등, 1989), 질병의 심각성(Gao등, 2000; 손경희, 1997; 이영희등, 1989), 사회적 지지(Drain 등, 1994; 김태경, 1993; 김태경, 1992), 의사-환자 관계(Fenton, Blyler, & Heinssen, 1997; 이병구, 1998; 민성길, 1994) 그리고 인구학적 특성들을 들 수 있다.

본 연구에서는 선행 문헌에서 약물 이행에 영향을 미치는 요인들 중 공통적으로 규명되고 있는 변수인 약물지식을 비롯하여 지각된 위협감, 증상의 심각성, 사회적 지지, 지각된 유익성, 지각된 장애성, 물질사용등의 변인을 선정하여 문헌을 고찰하고자 한다.

1) 약물지식

약물에 대한 지식과 이행의 관계성을 규명한 연구들은 정신과 영역뿐만 아니라 건강 관련 분야의 여러 환자들을 대상으로 이루어지고 있으나 연구 결과들은 일치성을 보이고 있지 않다.

일반적으로 만성 질환자에게 있어서는 지식과 행위간에는 연관성이 없다고 보고되고 있으나(Becker, 1985), **그럼에도 불구하고 환자들의 약물 이행을 증가시키기 위한 전략에서 지식은 중요한 요소가 되고 있고**(Bond 등, 1991), **정신 질환자와 가족들은 전문가로부터 질병과 복용 약물에 대한 교육을 받기를 원하는 욕구가 높은 것으로 보고되고 있어서**(오현주, 2000), **지식은 약물 이행에 있어서 고려해야 할 주요 요소 중 하나이다.**

148**명의 정신질환자를 대상으로 그들의 약물에 대한 태도와 약물 불이행을 규명한** Ruscher 등(1997)**의 연구에서는 약물에 대해서 지식을 가지고 있는 대상자들이 약물 이행이 더 높았음을 보고하였다. 또한** 59**명의 리튬**(Lithium) **복용 환자를 대상으로 약물 교육 프로그램을 실시한 후 효과를 규명한** Harvey 등(1991)**의 연구에서도 리튬에 대한 지식을 더 가지고 있을수록 약물 이행이 유의하게 증가한다고 보고하였다.**

그러나 황명숙(1998)**은 통원 치료를 받고 있는 정신 분열병 환자** 20**명을 대상으로** 50**분간** 1**회의 약물 교육을 실시한지** 7**일 후에 환자들의 약물에 대한 지식과 약물 이행정도를 측정한 결과, 약물 교육을 실시한 후 실험군에서는 대조군에 비하여 지식은 유의하게 증가하였으나**($t = -5.98$, $p < .00$), **약물 이행 정도에는 유의한 차이가 없었다고**($t = -1.03$, $p > .68$) **보고하였다. 또한 정신 분열병 환자를 대상으로** 22**명의 약물 순응군과** 22**명의 비순응군을 구분하여 이들의 약물 이행에 영향을 미치는 요인을 규명한 연구**(이강희 등, 1988)**에서도 자신들이 복용하는 약물에 대한 지식에는 두 군간에 유의한 차이가 없었음을 보고하였다.**

이러한 상반된 결과는 다른 건강 문제를 가진 대상자에게서도 나타나는 바로

써, 유방 종양 수술을 받은 환자의 지식과 유방 자가검진을 연구한 정혜인(1995)은 지식과 이행간에는 유의한 긍정적 상관 관계($r=0.32$, $p< .01$)가 있음을 보고하였으나, 류마티스 관절염 환자의 지식과 치료 이행간의 관계를 규명한 김순봉(1998)의 연구에서는 두 변수간의 관련성이 없는 것으로 나타났다.

비록 이러한 상반된 연구 결과들은 약물에 대한 지식이 직접적으로 약물 이행에 영향을 미칠 수 있거나 또는 다른 변인을 매개로 하여 간접적으로 영향을 미치는 요인임이 시사되어진다. 따라서 본 연구에서는 약물 지식을 약물 이행에 직접, 간접으로 영향을 미치는 요인으로 포함시켜 그 관계를 규명하고자 한다.

2) 지각된 위협감

위협감은 지각된 민감성과 지각된 심각성에 의해서 영향을 받는 개념이다(Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988; Maiman & Becker, 1974; 최영희, 진공범, 1983). 지각된 민감성은 개인이 어떤 건강 문제에 걸릴 위험에 대한 인지이며 지각된 심각성은 개인이 어떤 질병에 걸렸을 경우 혹은 질병을 치료하지 않았을 경우 발생 할 수 있는 결과에 대한 인지를 의미한다(Rosenstock, 1990).

지각된 위협감은 다양한 연구들에서 바람직한 건강 행위에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 나타나고 있다. 심한 정신 질환자 39명을 대상으로 건강 신념 모델을 이용하여 그들의 약물 이행을 연구한 Adams 등(2000)은 질병에 대한 지각된 위협감이 높고 지각된 유익성이 지각된 장애성보다 높은 경우 대상자들은 약물 이행을 더 잘하며 지각된 심각성과 유익성이 약물 이행의 43%를 설명한다고 보고하였다. 비교적 큰 집단인 202명의 정신 분열병 환자를 대상으로 약물 이행을 연구한 Nageotte 등(1997)은 환자들이 질병에 대한 민감성이 높을수록 약물 이행을 잘한다고 보고하였다. 또한 항정신증제(antipsychotics)중 장기적 효과를 가진 Depot 주사제를 투여받는 환자들의 건강 신념과 약물 이행을 연구한 Budd 등(1996)은 20명의 규칙적 이행자와 20명의 불규칙적 이행자의 건강 신념의 차이를

조사한 결과 규칙적 이행자는 증상의 재발에 대한 지각된 민감성(F=62.36, p< .001), 심각성(F=14.55, p< .001), 유익성(F=23.19, p< .001)이 불이행자에 비해서 높은 것으로 나타났다. 그러나 이와 비슷한 연구를 수행한 Pan 등(1989)은 연령과 성별을 짝짓기 하여 외생 변수를 통제한 후 Depot 주사제를 투여받는 환자들 중 규칙적으로 클리닉에 오는 환자와 불규칙적으로 오는 환자를 대상으로 그들의 건강 신념에 대하여 조사하였다. 그러나 두 그룹 모두 질병의 위험성에 대해 높게 지각하고 있었고 질병으로 인해서 사회생활과 정신 건강이 심하게 장애를 입었다고 보고함으로써 두 집단 간의 건강 신념의 차이가 없는 것으로 보고하였다.

정신과 외의 다른 건강 문제를 대상으로 지각된 위협감이 건강 행위에 미치는 영향을 규명한 많은 연구들에서 지각된 위협감을 구성하는 민감성과 심각성은 건강 행위에 긍정적 영향을 미치는 요인으로 규명되고 있다. 72명의 AIDS/HIV 환자를 대상으로 한 Gao 등(2000)은 지각된 민감성은 약물 이행과 긍정적 상관 관계가 있음을 보고하였고(r=0.36, p< .01), 만성 질환중 하나인 전신 홍반성 낭창(Systemic Lupus Erythematosis) 환자를 대상으로 클리닉 예약을 잘 지키는 이유를 규명한 연구(Mirotznik, Ginzler, Zagon, & Baptise, 1998)에서는 지각된 심각성은 클리닉에 규칙적으로 참여하는데 영향을 미친다고 하였다. 또한 국내 연구에서도 같은 결과들을 보이고 있는데 성인 여성의 Pap 도말 검사 지속적 참여 행위에 대한 설명 모델을 개발한 연구(박소미, 1999)에서 위협감은 행위에 직접적 영향을 미치는 요인(r=0.21, t=5.31)이었으며, 기혼 여성의 피임행위에 대한 연구(김미종, 2000)에서도 위협감은 피임 행위에 간접적 영향을 미치는 가장 큰 요인으로 규명되었다(r=0.24, t=0.67).

위의 연구 결과들을 종합해볼 때 위협감은 건강 행위와 이행에 영향을 미치는 주요 요인임을 알 수가 있다. 그러나 건강 신념 모델과 환자 역할 행위를 연구한 국내 논문 33편을 분석한 구미옥과 이은옥(1990)은 만성 질환자의 건강 신념을 연구하는 경우 지각된 민감성은 가장 유의하지 못한 것으로 나타나고 용어의 조작

화에 어려움이 따르기 때문에 민감성과 심각성을 묶어서 측정할 것을 제언하였다. 이에 본 연구에서도 만성 질환중 하나인 정신 분열병 환자들의 재발에 대한 민감성과 심각성을 지각된 위협감의 개념으로 측정하였다.

3) 증상의 심각성

정신 분열병으로 인한 증상은 환청(hallucination)과 망상(delusion), 기괴한 행동 등을 포함한 양성증상과 무딘정서(blunted affect), 행동의 느려짐, 언어 능력 저하 등을 포함하는 음성증상이 있고 이러한 증상은 환자의 전반적 기능 수준을 저하시킨다. Drain 등(1994)은 증상의 심각성과 사회적 기능 수행 능력은 정신 질환자의 약물 이행을 19.2% 설명한다고 하였으며 이는 인구학적 특성이 약물 이행에 대한 설명력이 11.6%이고 사회적 지지망이 약물 이행을 설명하는 설명력이 2.4%임을 볼 때 증상의 심각성은 약물 이행에 매우 큰 영향력을 미침을 알 수 있다.

선행의 연구들을 고찰해볼 때 증상이 심각할수록 약물 이행을 더 잘 한다는 결론과 증상이 심각할수록 약물 이행을 하지 않는다는 상반된 보고가 있다. 윤진상과 김중원(1988)은 입원한 정신 분열병 환자를 대상으로 실시한 연구에서 증상의 심각성을 나타내는 BPRS(Brief Psychiatric Rating Scale)의 총점이 투약 거부군에서 순응군보다 유의하게 높음을 보고하였고, Marder 등(1983)도 정신 병리가 심할수록 약물 거부는 더 높다고 보고하였다. 이와 같은 결과는 증상이 심각하지 않을수록 약물에 대한 긍정적 태도를 가지게 되고, 약물에 대한 긍정적 태도는 약물을 더 잘 이행하게 하는 요인으로 작용하는 것을 의미한다(Swartz 등, 1994).

또한 증상의 심각성은 약물 이행에 간접적으로 영향을 미치는데 증상이 심각할수록 약물의 효과에 대하여 유익성을 경험하게 되는 반면(Gao 등, 2000), 증상의 심각성으로 인해 약물의 용량, 개수, 횟수와 같이 약물의 복잡성이 증가하게 되고 이는 곧 약물 이행을 저해하는 장애 요인으로 지각되어진다(Perkins, 1999).

이러한 결과를 종합해볼 때 증상의 심각성은 약물 이행에 긍정적, 부정적 영향을 미치게 되는 중요한 요인으로 고려되어지며, 약물 이행을 설명하는 예측 요인들 속에서 증상의 심각성의 설명력의 강도를 규명할 필요성이 대두되어진다.

4) 사회적지지

사회적 지지의 개념은 구조적 측면과 기능적 측면으로 구분되어지는데 구조적 측면은 사회적 통합과 사회적 지지망을 의미하고, 기능적 측면은 사회적 지지망의 구성원들이 개인이나 가족에게 제공하는 써비스나 도움을 의미한다(Cohen & Wills, 1985).

사회적 지지가 정신 분열병 환자의 약물이행에 미치는 영향을 규명한 연구들은 사회적 지지의 모델중 대부분 주효과 모델을 이용하고 있으며 이들은 약물 이행에 긍정적 영향을 미치는 것으로 나타나고 있다. 또한 가족들이 환자들의 약물 이행을 감독하거나 약물 이행을 지지하는 경우에 그렇지 않은 환자들보다 처방된 항정신증제를 더 잘 복용하는 것으로 보고되고 있다(Buchanan, 1992; Razali, & Yahya, 1995). 정신 질환을 가진 청소년들의 약물 이행에 영향을 미치는 요인을 연구한 Scott 등(1992)도 대상자의 39%가 부모나 기타 다른 가족들이 약물 복용에 대해서 이야기해주고 적절하게 상기시켜 준다고 보고하여서 약물 이행에 가족의 지지가 중요함을 강조하였다.

사회적 지지는 이행을 증진시키는 요인으로 비교적 일관성 있게 규명되어오고 있다. 류마티스 관절염 환자 100명을 대상으로 한 연구 결과(소인애, 권영숙, 박청자, 1999) 사회적 지지가 높을수록 치료 지시에 대한 이행 정도가 높았음($r=0.54$, $p<.001$)이 보고되었고, 폐결핵 환자의 치료 순응에서도 가족들의 약물 복용에 대한 지지가 있는 경우 병이 더욱 호전됨이 입증되었다(김천태, 이경수, 강복수, 1996).

약물 이행에 의료인의 지지가 또한 영향을 미치는 변인으로 나타나고 있는데,

의사-환자 관계, 직원의 태도등이 영향을 미치는 요인이다. 의사-환자 관계에 대해서 연구한 Frank 와 Gunderson(1990)은 의사와 치료적 관계를 가지고 있지 못한 정신 분열병 환자들의 약물 불이행은 74%에 이르고 의사와 치료적 협력 관계를 가지고 있는 환자들의 경우 약물 불이행율은 26%에 그친다고 보고하였다. 같은 맥락에서 민성길(1994)은 약물 치료와 관련된 정신 역동에서 약물 불이행에 있어서 환자들의 의사에 대한 분노와 적개심등이 영향을 미친다고 하였다. 간호사의 지지가 약물 이행에 영향을 미치는 요인인지에 대한 선행 연구는 소수에 이르고 있는데 김태경(1992)은 입원한 정신 분열병 환자의 투약 순응과 비순응에 영향 미치는 요인을 분석한 연구에서 환자에 대한 의사의 관심과 간호사의 관심이 투약 순응과 비순응에 유의한 영향을 미치지 못한다고 하여 국내의 경우 의료진의 관계와 약물 이행에 대한 규명이 더 필요함이 시사된다.

5) 지각된 유익성

환자 역할 행위(sick role behavior)를 이해하는데 있어서 중요한 요소는 지각된 유익성(Rosenstock, 1990)으로 이는 개인이 바람직한 건강 행위를 취할 준비가 되도록 하는 요인이다(Maiman 등, 1974). 지각된 유익성은 개인이 바람직한 행위를 취하는 것뿐만 아니라 계속할 수 있도록 하는 힘이 되므로 간호사는 환자들이 약물을 복용할 때 그 약물의 유익성에 대해서 인식하도록 도와야만 한다. 약물의 유익성에 대한 인식은 교육을 통해 정확한 지식을 전달함으로서 더욱 증가되어질 수 있다(손경희, 1997).

지각된 유익성은 약물 이행에 긍정적 영향을 미치는 요인으로 일관성있게 규명되고 있다(Adams 등, 2000; Owen 등, 1996). Bond 등(1991)은 환자들의 치료 이행은 지각된 유익성과 치료로 인한 긍정적 결과로 인해서 온다고 하였으며, Budd 등(1996)도 약물 이행자들은 불이행자들보다 약물의 유익성을 더 높게 인지하고 있었고 불이행자들은 장애성을 더 높게 인지하고 있었다고 보고하였다. 약물

에 대한 지각된 유익성이 높을수록 긍정적 태도를 형성하게 되는데 국내의 이경희(1997)는 정신 질환자들의 약물에 대한 태도가 긍정적일수록 약물 이행 정도가 높았음을 보고하였다($r=0.32$, $p<.05$).

정신 분열병 환자와 가족들의 치료 순응을 연구한 이영희 등(1989)은 환자들이 치료 순응을 하는 이유를 항정신병 약물의 치료효과와 증상 호전, 재발과 재입원 방지(23.1%), 점진적인 병의 호전(16.6%), 급성 악화 증상의 치료(6.7%)와 같은 유익성 때문으로 보고하였다. 건강 신념과 환자 역할 행위 이행과 관련된 국내 논문 33편을 분석한 구미옥 등(1990)은 각 건강 신념과 만성 질환자의 환자 역할 행위 간의 관계에 대한 경험적 지지를 파악하기 위해 유의성 비율(significance rate)을 구한 결과 유익성이 65.6%로 가장 높은 지지를 받았고, 다음으로 장애성 50%, 심각성 34.4%, 민감성 30.3% 순으로 나타났다.

또한 지각된 유익성은 성인 여성의 지속적인 Pap 도말 검사 참여 행위(박소미, 1999), 대학생의 건강 증진 행위 수행(임미영, 1998), 유방 자가 검진 행위(강희영, 1996)에 유의한 영향을 미치는 것으로 규명됨으로써 여러 건강 행위에 긍정적 영향을 미치는 요인으로 제시되고 있다.

6) 지각된 장애성

지각된 장애성은 바람직한 건강 행위를 하기 위한 심리적 준비를 저해하는 요인이며, 건강 관련 행위의 부정적 측면이다. 지각된 장애성은 개인이 건강 행위를 하기 위해서는 반드시 극복되어져야 하는 요인으로 경제적 비용, 공포반응, 부작용, 접근성의 문제등을 포함한다(Rosenstock 등, 1988). Janz 등(1984)은 1974년에서 1984년까지의 건강 신념 모델을 이용한 연구 46편을 분석한 후 건강 관련 행위와 가장 유의한 관련이 있는 부분은 장애성으로 보고하였다. 개인의 장애성에 대한 지각은 실제적으로 또는 상상에 의해서 유발될 수 있다. 만약 환자가 약물을 복용하면서 약물의 부작용 경험에 대해서 두려움을 갖거나, 약물에 중독될 것에

대해 상상을 하는 것은 약물 이행을 저해하는 요인들이 될 수 있다(Lannon, 1997).

약물을 불이행하는 자들은 주로 약물이 도움이 되지 못하고 이득이 없다고 믿기 때문이며(Fenton 등, 1997), 많은 문헌에서 약물 불이행의 원인으로써 부작용을 들고 있다(Olfson 등, 2000; Perkins, 1999; Owen 등, 1996; Bond 등, 1991; Heyduk, 1991). Richardson 등(1993)은 약물 복용시 장애성이 유익성보다 더 높을 때 대상자들은 약물을 불이행하며, 장애성은 약물 불이행의 50%를 설명한다고 하였고, 이병구(1998)는 약물 불이행의 장애물은 환자의 약물에 대한 이해부족, 환자와 의사간의 의사소통 장애, 그리고 약물 복용법의 복잡성에 기인한다고 하였다.

뚜렛 질환(Tourette's Disease)을 가진 환자들이 약물을 중단하는 이유를 규명한 연구에서는(Silva, Munoz, Daniel, Barickman, & Friedhoff, 1996) 대상자의 대다수가 부작용때문(66.7%)이라고 답하였으며 다음은 약물이 효과가 없다고 생각해서(9.5%), 앞으로 부작용을 경험할까봐 두려워서(9.5%)로 보고하였다. 또한 항우울제를 복용하고 있는 환자를 대상으로 약물 불이행의 원인을 파악한 Kaplan(1997)은 약에 대한 중요성의 인식 부족, 의사와의 관계 형성이 되지 않아서, 외래에서 기다리는 시간이 너무 길어서, 많은 약 복용횟수, 그리고 부작용 때문이라고 하였고 Sullivan 등(1995)은 비용의 문제를 규명하였다.

국내의 이영희 등(1989)은 정신 질환자들의 약물 순응은 약물의 이름, 용량, 작용을 아는 긍정적 인지와는 상관이 적고 오히려 약물의 부작용, 위험도등을 아는 부정적 인지와 역상관 관계가 있다고 함으로써 환자들의 장애성에 대한 지각이 약물 이행과 더 큰 관련이 있음을 제시하였다.

7) 물질사용

지나친 물질 사용은 정신 분열병의 발병을 유발할 수 있고, 이 병의 경과와 증상, 치료적 결과에 영향을 미치는 것으로 보고되고 있다(Regier, Farmer & Rae,

1990). 물질 중 알코올은 혈액 중 약물 대사에 영향을 주어 약물의 효과를 감소시키기 때문에 재발을 유발할 가능성이 높아지고 니코틴 성분 또한 약물 이행에 영향을 미치는 요인으로, 니코틴 성분이 간에 작용해서 항정신병 약물을 빨리 배설시키기 때문에 흡연을 하지 않는 사람에 비해서 흡연을 하는 사람들의 약효가 빨리 떨어지고 증상이 다시 악화될 수 있다. 이러한 경우 약물의 용량이 늘어나고 그만큼 부작용도 커질 수밖에 없으며 이는 약물 이행의 장애성으로 대두된다(이충순, 한은선, 황태연, 1996).

정신 분열병 환자들에게 있어 물질 남용의 발생율은 47.01%로 보고되고 있다(Salloum, Moss & Daley, 1991). 이처럼 다수의 정신 분열병 환자들이 물질 남용 문제를 가지고 있음에도 불구하고 정신과 병동에서 이러한 물질 남용 문제가 간과되는 경향이 있다(Olfson, Glick, & Mechanic , 1993).

선행 연구에서 알코올, 흡연, 마약, 기타 습관적인 물질의 남용은 약물 이행을 저해하는 요인으로 일관되게 규명되고 있다. Pristach 등(1990)은 42명의 입원한 정신 분열병 환자를 대상으로 입원 전 알코올 남용과 약물 이행에 대하여 조사하였다. 이들 중 23명은 알코올 남용자였고, 알코올을 남용하는 대상자들 중 62%의 대상자들이 병원 입원 전에 처방 약물을 복용하지 않은 것으로 보고되어 알코올 남용은 약물 이행을 낮추는 요인임을 규명하였다. 또한 Dixon, Haas, & Weiden(1991)도 정신 분열병으로 진단 받고 병원에 입원한 환자들의 48%가 마약이나 알코올 남용의 문제를 가지고 있다고 보고하였다.

1987년부터 1990년까지 미시건 대학(Michigan University)의 정신 분열병 프로그램에 참여한 환자 67명을 대상으로 물질 남용에 대해서 조사한 한 연구에서는(Dequardo, Carpenter & Tendon, 1994) 여성은 20%가 남성은 48%가 물질을 남용하였고, 이들이 가장 흔히 사용하는 물질은 마리화나(Cannabis)로 28.4%의 대상자가 이를 사용하였으며, 다음은 알코올로 21.0%의 대상자가 알코올을 남용하는 것으로 보고하였다. 이러한 물질 남용자들은 물질을 남용하지 않는 정신 분열병

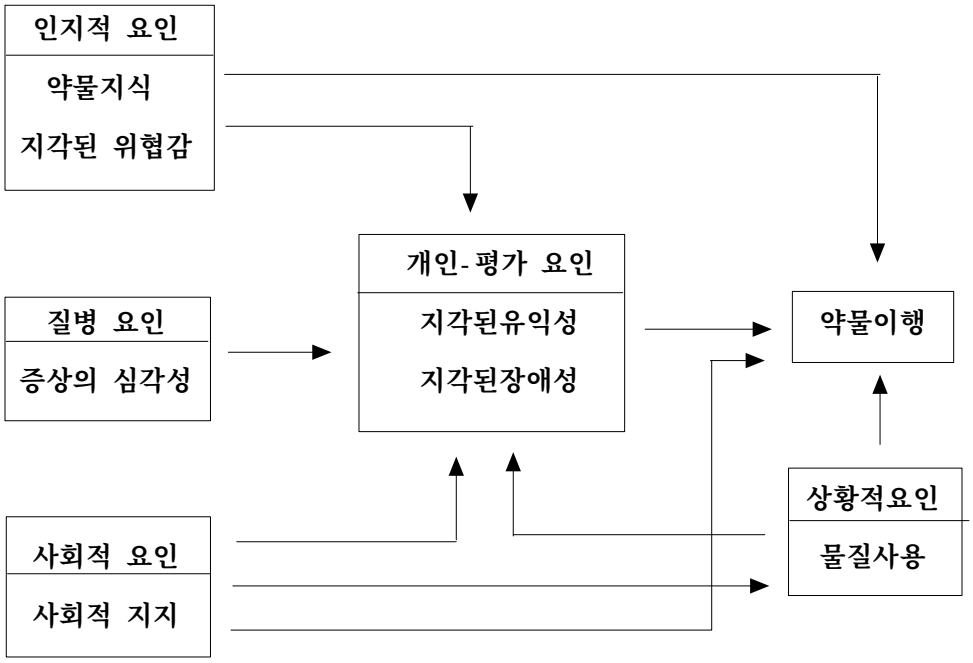
환자들보다 처음 병원 입원 연령이 낮았고, 치료 이행(treatment compliance)이 낮은 것으로 또한 나타났다.

이외에도 대상자들의 일반적 특성과 약물 관련 특성들이 약물 이행에 영향을 미치고 있는데 모형의 간명성을 위하여 본 연구의 예측 모형에는 포함시키지 않고 달리 구분하여 설명하고자 한다. 약물과 관련된 특성으로는 약물의 용량, 복용 횟수, 개수, 복용 기간 등이 약물 이행에 영향을 미치는 요인으로 보고되고 있어서 본 연구에서도 이들 요인들을 포함하여 별도로 분석을 실시하였다.

III. 연구의 개념적 기틀 및 가설적 모형

1. 개념적 기틀

본 연구의 목적은 정신 분열병 환자의 약물이행에 영향을 미치는 변인들간의 영향력과 인과 관계를 규명하여, 이들의 약물 이행을 잘 설명할 수 있는 간명한 모델을 구축하는데 있다. 이를 위한 개념적 기틀로는 선행 연구에 대한 문헌고찰과 Becker(1974)의 건강 신념 모델(Health Belief Model)의 주요 개념을 빌어 <그림 1>과 같은 개념적 기틀을 구성하였다.



<그림 1 개념적 기틀>

건강 신념 모델은 Lewin의 사회 심리이론으로부터 영향을 받아 Hochbaum, Kegeles, Rosenstock과 같은 초기 사회 심리학자들이 주축이 되어 개발하였으며 Becker에 의해 다양한 건강 프로그램에 적용되어 모델의 타당성이 인정을 받게 되었다. 이 모델은 개발 당시에는 개인들이 예방적 건강 행위(preventive health behavior)에 참여하지 않는 이유를 설명하기 위해 개발되었으나 후에는 질병이 있다고 믿는 개인이 자신의 건강 상태를 확인하기 위해서 취하는 질병 행위(illness behavior)와 자신이 질병이 있다고 믿는 개인이 회복을 위해서 취하는 환자 역할 행위(sick-role behavior)를 설명하는데까지 확장되어졌다(Kasl, 1974). 이 모델에서 처방된 약물에 대한 이행(medication compliance)은 환자 역할 행위로 설명되어진다(Becker, 1985).

건강 신념 모델은 두 가지 기본 전제를 가지고 있는데 첫째, 질병을 회피하거나 또는 질병이 있는 경우에는 회복하고자 하는 욕구 둘째, 특정 건강 행위가 질병을 예방할 것이라는 신념이다. 개인의 건강 행위의 원천이 되는 신념은 질병에 대한 위협감이 높은 경우와 특정 건강 행위를 취할 경우 유익성이 장애성보다 더 높은 경우에 의해서 결정되어진다(Janz 등, 1984).

본 연구의 개념적 기틀에서 정신 분열병 환자들의 약물 이행에 직접, 간접 영향을 미치는 외생 변인은 약물 지식과 지각된 위협감으로 이루어진 인지적 요인과 증상의 심각성을 의미하는 질병 요인, 그리고 사회적 지지로 이루어진 사회적 요인으로 구성되었다. 또한 내생 변수는 개인-평가 요인으로써 지각된 유익성과 지각된 장애성, 그리고 상황적 요인으로서 물질사용을 포함시켰다.

연구의 각 변인들의 관계성을 살펴보면 다음과 같다.

약물지식은 약물이행에 직접, 간접 영향을 미치는 변인으로 (Sedlak, Doheny, & Jones, 1998; Harvey 등, 1991; Heyduk, 1991) 또는 이행에 영향을 미치지 않는 (Becker, 1985; 황명숙, 1998) 변인으로 제시되고 있다. 그러나 본 연구에서는 정신 분열병 환자들에게 있어서 약물에 대한 지식은 약물 이행을 증가시킨다는 가정하

에 약물에 대한 지식이 약물 이행에 직접, 간접으로 영향을 미치는 요인으로 포함시켰다.

지각된 위협감은 지각된 민감성과 지각된 심각성에 의해서 결정되며 질병에 대한 위협을 의미한다. 질병에 대한 지각된 위협감이 높은 경우 대상자들은 치료와 약물 이행을 더 잘하게 되고, 또한 지각된 위협감은 지각된 유익성에 직접적 영향을 줌으로써 건강 행위를 할 수 있게 한다(Gao 등, 2000; Mirotznik 등, 1998; Rosenstock; 1988; 박소미, 1999). 따라서 본 연구에서 지각된 위협감은 약물 이행에 직접적 영향을 미치며 개인-평가적 요인을 통하여 약물 이행에 간접 영향을 미치는 요인으로 구성되었다.

증상의 심각성은 일반적으로 약물 이행을 강화시키는 요인으로 Swartz 등(1994)은 정신 질환자의 사회적 기능 수행 정도와 더불어 증상의 심각성은 약물 이행을 19.2% 설명한다고 하였다. 증상이 심각할수록 개인들은 약물의 유익성과 장애성을 더 높게 지각하게 되므로, 이 변인은 약물 이행에 직접적 영향을 미치거나 지각된 유익성과 장애성을 매개 변인으로 약물 이행에 간접적 영향을 미치는 변인으로 포함시켰다.

사회적 지지는 개인이 정서적 부담을 이겨나가고 자신의 상황을 극복해 나가도록 돕는 역할을 한다(Caplan, 1974). 정신 질환자들에게 사회적 관계를 강화시키는 것은 약물 이행에 있어 중요한 요인으로 소인애 등(1999)은 사회적 지지가 높을수록 치료 이행도 높아진다고($r=0.54$, $p<.001$) 하였다. 또한 사회적 지지는 물질 남용을 낮추는 요인으로 규명되어서(Olfson 등, 2000) 본 연구에서는 사회적 지지를 약물 이행과 물질 사용에 직접적 영향을 미치는 요인으로 포함하였다.

지각된 유익성은 개인이 바람직한 행위를 하기 위한 전제 조건이며 건강 행위는 지각된 유익성이 지각된 장애성을 초과하는 경우에 이루어지게 된다(Janz 등, 1984). Adams 등(2000)은 지각된 유익성과 심각성은 약물 이행의 43%를 설명한다고 하였고, 구미옥 등(1990)의 연구에서도 지각된 유익성은 건강 행위를 65.5%

설명하는 것으로 보고하고 있다. 이러한 선행 연구를 토대로 본 연구에서도 지각된 유익성은 약물 이행에 직접적 영향을 미치는 요인으로 구성하였다.

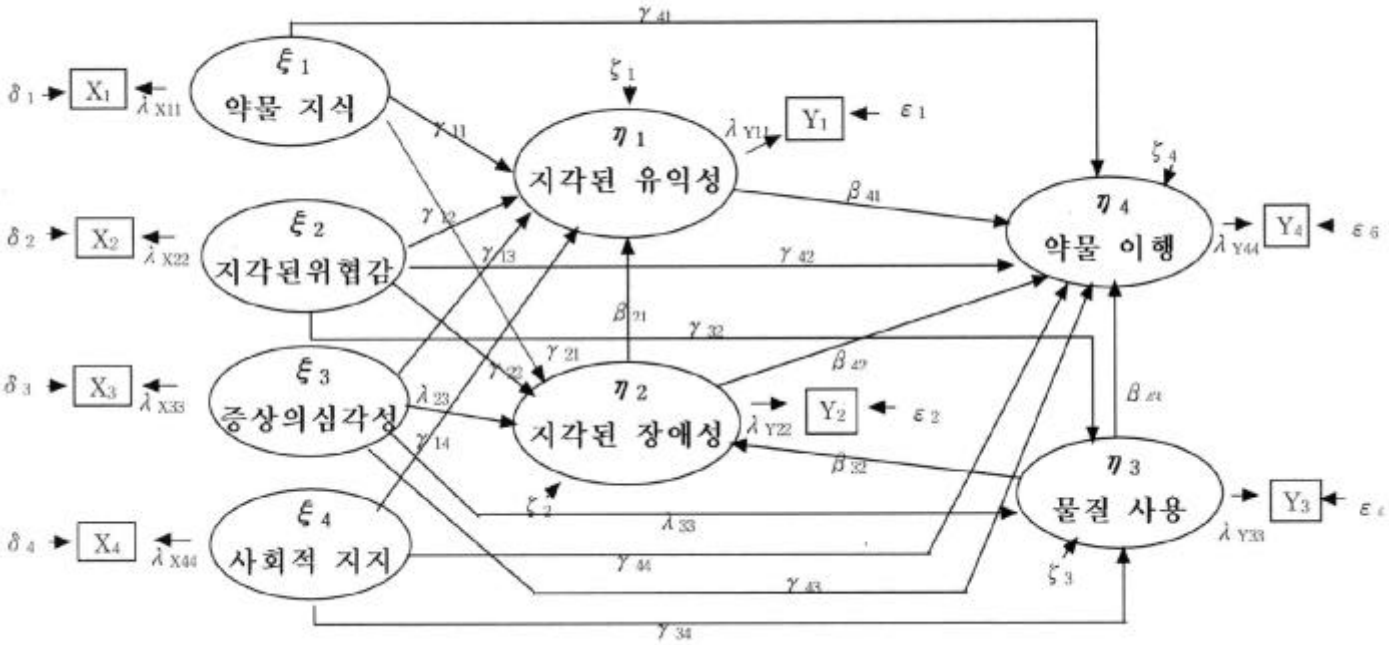
지각된 장애성은 약물을 이행할 때 지각하는 어려움이나 불편함을 의미한다. Janz 등(1984)은 건강 신념 모델을 토대로 이루어진 연구들을 분석한 결과 지각된 장애성은 건강 행위를 89% 설명한다고 보고하였다. 항정신증제(antipsychotics)를 복용하는 환자들이 경험하는 지각된 장애성은 부작용을 비롯하여 비용의 부족, 교통수단 장애, 사회적 오명 등이 지적되고 있다(Perkins, 1999).

물질사용은 사회적 지지의 직접적 영향을 받음과 동시에 약물 이행에 직접적 영향을 미치게 된다(Owen 등, 1996). Nageotte 등(1997)은 물질 남용과 약물 이행은 부적 상관 관계에($r = -.25$) 있다고 하였다. 따라서 본 연구에서도 알코올 사용과 흡연으로 구성된 물질 사용을 약물 이행에 직접적인 영향을 미치는 요인으로 구성하였다.

2. 가설적 모형

본 연구의 가설적 모형은 <그림 2>와 같다. 가설적 모형은 외생변수 4개와 내생변수 4개로 구성되어 있다. 외생 변수는 모형내의 맨 앞에 위치하여 어느 변수에 의해서도 설명되지 않는 변수로써 본 연구에서는 약물 지식(ξ_1), 지각된 위협감(ξ_2), 증상의 심각성(ξ_3), 사회적 지지(ξ_4)로 구성되어 있다. 내생 변수는 모형내의 다른 변수에 의해서 설명이 되어지는 결과변수로써 본 연구에서는 지각된 유익성(η_1), 지각된 장애성(η_2), 물질사용(η_3), 약물이행(η_4)으로 이루어져 있다.

본 연구의 가설적 모형에서 외생 변수인 약물지식, 지각된 위협감, 증상의 심각성, 사회적 지지는 지각된 유익성과 지각된 장애성을 매개 변수로 하여 약물 이행에 영향을 미치며, 사회적 지지는 물질 사용에, 물질 사용은 약물 이행에 직접적인 영향을 미치는 요인으로 가설화 하였다.


ξ 1
약물 지식
ξ 2
지각된위협감
ξ 3
증상의심각성
ξ 4
사회적 지지
η 1
지각된 유익성
η 2
지각된 장애성
η 3
물질 사용
η 4
약물 이행
X1
X2
X3
X4
Y1
Y2
Y3
Y4

< 그림 2 > 가설적 모형

3. 연구 가설

본 연구의 가설은 다음과 같다.

(1) 지각된 유익성을 내생변수로 하는 가설

가설 1 : 약물에 대한 지식이 높을수록 약물에 대한 지각된 유익성이 높을 것이다(γ_{11}).

가설 2 : 지각된 위협감이 높을수록 약물에 대한 지각된 유익성이 높을 것이다(γ_{12}).

가설 3 : 질병의 증상이 심각할수록 약물에 대한 지각된 유익성이 높을 것이다(γ_{13}).

가설 4 : 사회적 지지가 높을수록 약물에 대한 지각된 유익성이 높을 것이다(γ_{14}).

(2) 지각된 장애성을 내생 변수로 하는 가설

가설 5 : 약물에 대한 지식이 높을수록 지각된 장애성이 낮을 것이다(γ_{21}).

가설 6 : 지각된 위협감이 높을수록 지각된 장애성이 높을것이다(γ_{22}).

가설 7 : 질병의 증상이 심각할수록 약물에 대한 지각된 장애성이 높을 것이다(γ_{23}).

가설 8 : 물질 사용이 높을수록 지각된 장애성이 높을 것이다(β_{32}).

(3) 물질사용을 내생 변수로 하는 가설

가설 9 : 지각된 위협감이 높을수록 물질 사용이 낮을 것이다(γ_{32}).

가설 10 : 증상이 심각할수록 물질 사용이 높을 것이다(γ_{33}).

가설 11 : 사회적 지지가 높을수록 물질 사용이 낮을 것이다(γ_{34}).

(4) 약물 이행을 내생 변수로 하는 가설

가설 12 : 약물에 대한 지식이 높을수록 약물 이행을 더 잘 할 것이다(γ_{41}).

가설 13 : 지각된 위협감이 높을수록 약물이행을 더 잘 할 것이다(γ_{42}).

가설 14 : 증상이 심각할수록 약물이행을 더 잘 할 것이다(γ_{43}).

가설 15 : 사회적 지지가 높을수록 약물 이행을 더 잘 할 것이다(γ_{44}).

가설 16 : 지각된 유익성이 높을수록 약물 이행을 더 잘 할 것이다(β_{41}).

가설 17 : 지각된 장애성이 높을수록 약물 이행을 하지 않을 것이다(β_{42}).

가설 18 : 물질사용이 높을수록 약물 이행을 하지 않을 것이다(β_{43}).

IV. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 정신 분열병 환자의 약물 이행을 설명하는 공변량 구조 모형을 구축하기 위한 횡단적 조사 연구이다.

2. 연구대상 및 표집

본 연구는 한국의 정신 분열병 환자를 표적 모집단으로 하고, 서울과 경기 지역의 종합 병원과 개인 병원, 정신 건강 센터, 보건소에 내원하는 성인 정신 분열병 환자를 근접 모집단으로 하여 다음 선정 기준에 맞는 대상자를 임의 표출하였다.

1) 만 18 - 65세까지의 성인으로 정신 분열병으로 진단 받은 자
2) MMSE(mini mental state examination)에 의한 인지 능력이 25점 이상인 자
3) 현재 정신과 약물 치료를 받고 있는 자
4) 연구 참여에 동의한 자
5) 현재 지역 사회에 거주하면서 통원 치료를 받는 자

3. 연구도구 개발과정

본 연구에서 약물에 대한 지식 도구는 연구자가 정신 질환자의 약물 이행과 관련된 문헌 고찰을 토대로 개발하였으며, 지각된 위협감, 지각된 유익성, 지각된

장애성에 대한 도구는 19명의 정신 분열병 환자와 일 대 일로 면담한 내용과 문정순(1990)이 개발한 성인의 건강 신념 도구를 토대로 본 연구자가 작성하였다.

도구 개발은 다음과 같은 단계를 거쳤다.

1단계: 연구자가 정신 분열병 환자의 약물 이행 경험과 건강 신념에 대해 19명을 일 대 일로 면담한 내용과 문헌고찰을 토대로 연구자가 초기 문항을 작성하였다.

2단계: 1단계에서 구성된 문항에 대한 내용 타당도를 검증하기 위해서 정신과 의사 1인과 정신 간호학 교수 2인, 정신 간호학 석, 박사 과정생 3인으로 이루어진 전문가 집단으로부터 내용 타당도를 검증 받았다.

3단계: 초기 문항에 관한 신뢰도를 검증하기 위하여 정신 분열병 환자 25명으로부터 사전조사를 실시하고 신뢰도를 조사하였다. 이 예비조사에서 환자들이 이해하기 어려운 문항에 대해서는 대상자들이 말하도록 하였다. 정확한 자료 수집을 하기 위해서 대상자에게 일 대 일로 질문하여 질문지에 대한 대답은 연구자가 표기하였다.

4단계: 총 25명의 자료를 통계 처리하여 신뢰도를 검증하고, 도구를 수정 보완하였다. 수정된 도구의 내용은 대상자들이 이해하기 어려운 용어와 문항의 내용이 분명하지 않은 경우로써 지각된 유익성 측정 도구에서 “약을 복용한 후 기분이 좋아진다”를 “기분이 편안해진다”로 수정하였으며, “일상 생활을 잘 할 수 있다”의 문항을 “일상생활(청소하기, 옷 입기등)을 잘 할 수 있다” 의 구체적 문항으로 수정하였다.

이러한 과정을 거쳐 최종적으로 개발된 도구의 문항은 약물 지식 14문항, 지각된 위협감 15문항, 지각된 유익성 6문항, 지각된 장애성 5문항이었다.

4. 연구도구

1) 외생변수

(1) 약물지식

약물 지식 측정 도구는 Harber등(1996)이 제시한 지식에 대한 기준(criteria)과 문헌을 토대로 본 연구자가 개발하였다. 약물에 대한 지식은 자신이 복용하는 약의 이름, 효과, 부작용, 주의 사항등에 대한 정보를 묻는 총 14문항으로 이루어졌으며 각 문항에 대하여 “예” “아니오” “모른다”로 답하도록 되어있다. 각 질문에 대하여 정답에는 1점을, 오답과 모른다에는 0점을 주어 총점의 범위는 0점에서 14점까지였다.

(2) 지각된 위협감

지각된 위협감은 문정순(1990)의 건강 신념 도구와 정신 분열병 환자와의 일대일 면담을 통하여 본 연구자가 개발하였다. ‘나는 평소에 정신 질환의 증상이 재발할까봐 두렵다’라는 문항을 포함하여 지각된 민감성에 대한 문항은 8문항으로 이루어졌고, ‘만약 정신 분열병이 재발한다면 일상 생활 수행에 어려움이 생길 것이다’라는 지각된 심각성에 관한 문항은 7문항으로 이루어져 위협감은 총 15문항으로 구성되었다. 각 문항은 ‘매우 그렇다’에서 ‘전혀 그렇지 않다’의 5점 척도로 응답하도록 되어 있으며 ‘매우 그렇다’에는 5점을, ‘전혀 그렇지 않다’에는 1점을 주어 총점의 범위는 15점에서 75점까지이다. 점수가 높을수록 위협감이 높은 것을 의미하며 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's alpha = .85였다.

(3) 증상의 심각성

증상의 심각성은 Overal 등(1962)이 개발한 BPRS(Brief Psychiatric Rating

Scale)를 이용하여 측정하였다. 이 도구는 불안, 우울, 죄책감, 적대감, 환청등과 같이 자가보고에 의해서 측정될 수 있는 9개 문항과 느린행동, 비협조성, 무디어진 정서등과 같이 연구자의 관찰에 의해서 측정할 수 있는 9개의 증상을 포함하여 총 18문항으로 이루어진 도구이다. 각각의 증상에 대하여 1점에서 7점까지 측정할 수 있도록 되어있으며 1점은 증상이 없음을 의미하고 7점은 가장 증상이 심한 상태를 의미한다. 총점의 범위는 18점에서 126점까지의 범위를 갖고, 점수가 높을수록 증상이 심한 것을 의미한다. 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's alpha = .95로 나타났다.

(4) 사회적지지

사회적 지지는 Sarason(1983)의 social support questionnaire를 본 연구자가 수정하여 이용하였다. 이 도구는 사회적 지지망에 대한 만족 정도를 묻는 도구로써 본 연구에서는 가족과 친척의 지지를 비롯하여, 친구와 동료, 그리고 의료인 지지의 세 부분으로 구분하여 각각의 지지망(social network)에 대한 만족 정도를 질문하였다. 질문의 내용은 '누군가에게 당신의 문제를 말하고 싶을 때 가장 믿고 말할 수 있는 사람은 누구입니까?'를 포함하여 8문항으로 구성되었다. 사회적 지지망에 대한 만족도는 '아주 불만족'에서 '아주 만족'까지의 6점 척도로 측정하도록 되어있다. 점수의 범위는 24점에서 144점까지이며 점수가 높을수록 사회적 지지가 높음을 의미한다. 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's alpha = .92 였다.

2) 내생변수

(1) 지각된 유익성

지각된 유익성은 대상자들과의 일대일 면담과 문정순(1990)의 건강 신념 도구, 그리고 문헌 고찰을 토대로 연구자가 개발한 도구를 이용하였다. 이는 약물을 복

용함으로써 얻을 수 있는 장점에 대해 묻는 문항으로 '약물을 복용함으로써 정신질환으로 인한 증상들이 좋아진다'라는 문항을 포함하는 6문항이다. 각 문항에 대하여 '매우 그렇다'에서 '전혀 그렇지 않다'까지의 5점 척도로 응답하도록 되어 있으며 매우 그렇다로 답한 경우는 5점, 전혀 그렇지 않다는 1점으로 총점의 범위는 6점에서 30점까지이다. 점수가 높을수록 지각된 유익성이 높음을 의미하며 도구의 신뢰도는 Cronbach's alpha = .84였다.

(2) 지각된 장애성

지각된 장애성은 대상자와의 일대일 면담과 문정순(1990)의 건강 신념 도구, 그리고 문헌고찰을 토대로 본 연구자가 개발하였다. 문항 수는 '약물의 부작용이 있어서 힘들다'와 "약 값이 부담 스럽다"는 문항을 포함한 5문항이다. 각 문항은 '매우 그렇다'에서 '전혀 그렇지 않다'의 5점 척도로 구성되어 있으며 매우 그렇다라고 응답한 경우는 5점, 전혀 그렇지 않다라고 응답한 경우는 1점을 주어서 총점의 범위는 5점에서 25점까지이다. 점수가 높을수록 지각된 장애성이 높음을 의미하며 본 도구의 신뢰도는 Cronbach's alpha = .65였다.

(3) 물질사용

물질 사용에 대한 도구는 문화체육부(1996)에서 물질남용 실태조사를 위해 개발한 설문지중 술, 담배, 약물, 마약 사용 등에 대한 질문 부분을 연구자가 보완하여 개발하였다. 이 도구는 음주와 흡연, 습관적 약물 사용, 마약 사용 등에 대한 질문을 포함하는 10 문항으로 이루어져 있다. 알코올 사용은 에탄올 농도로 후에 자료 분석시 연구자가 환원하였으며 알코올 사용 농도가 높을수록, 습관적 약물 사용이 높을수록, 흡연양이 많을수록, 마약 사용이 높을수록 물질 사용이 높음을 의미한다.

(4) 약물이행

약물 이행은 대상자의 자가 보고, 가족의 보고, 남은 약 개수 세기(pill count)에 의해 측정된 점수를 의미한다. 환자의 자가보고는 “지난 한달 동안 처방된 약물을 한번도 빼놓지 않고 모두 복용하는 경우를 100%라 했을 때 귀하는 몇 %의 약물을 복용하십니까?” 라는 1개 문항에 대하여 대상자들이 응답한 점수를 의미한다. 이는 0에서 100%까지의 범위를 가지며 점수가 높을수록 약물 이행을 잘 함을 의미한다. 대상자의 약물 이행에 대한 가족의 보고와 남은 약 개수 세기를 위해서는 전화 방문을 실시하였다. 전화 방문시 가족의 보고에 대하여는 ”지난 한달 동안 처방된 약물을 한번도 빼 놓지 않고 모두 복용하는 경우를 100%라 했을 때 귀하의 가족 ---씨는 몇 %의 약물을 복용한다고 생각하십니까?“라는 질문을 하여 0에서 100% 까지의 범위에서 답하도록 하였다. 남은 약 개수 세기(pill count)는 현재 약을 처방 받아 온 날짜, 처방 받은 기간, 복용 횟수, 다음 예약 일을 질문한 후 현재 남은 약 개수를 세어줄 것을 요청하였다. 이에 남거나 모자라는 약을 백분율로 환산하여 약물 이행 정도를 측정하였다.

5. 자료수집 방법 및 절차

1) 예비조사

본 연구의 수행 가능성을 평가하고 연구 도구의 신뢰도를 평가하며, 연구 수행시의 문제점을 파악하기 위해서 서울시 소재 S 병원 부속 기관인 1개 낮 병원 환자 중 본 연구 대상자 선정 기준에 적합한 환자 25명을 대상으로 2001년 2월 21일에서 2월 26일까지 사전 조사를 실시하였다. 사전 조사를 통하여 질문지의 문항 중 이해가 어려운 문항에 대하여 수정을 가하였고, 도구의 신뢰도를 검증하였으며 연구 가능성을 확인하였다.

2) 본 연구

본 연구의 자료 수집 기간은 2001년 3월 14일에서 5월 26일까지이며, 자료 수집 방법은 구조화된 질문지를 이용하여 연구자와 연구 보조자 2인이 일대일 면담을 실시하였다. 자료 수집을 위한 연구 보조자는 졸업 간호사로서 본 연구자가 연구 목적, 내용, 질문지에 대하여 설명하고 직접 본인이 질문지에 응답하게 하여 질문지에 대하여 이해시킨 후 실제 자료 수집에 임하도록 하였다. 증상의 심각성은 서울시 소재 일개 종합 병원의 경우 담당 주치의가 BPRS(brief psychiatric rating scale) 도구를 이용하여 직접 측정하였으며 그 외의 지역에서는 본 연구자가 측정하였다. 두 측정자간의 신뢰도는 Kendal's Tau = .74로 양호하였다.

임의 표출로 인한 표본 오차를 최소화하기 위하여 자료 수집 장소는 다양한 기관을 대상으로 하여 자료수집을 실시하였으며 자료 수집 기관은 서울시 소재 2개 종합병원 외래, 경기도 소재 1개 종합 병원 외래, 서울시 소재 4개 정신 보건 센터, 경기도 소재 1개 정신 보건 센터, 서울시 소재 1개 보건소, 서울시 소재 1개 낮 병원, 서울시 소재 1개 개인 병원 외래, 그리고 가정 방문을 실시하였다.

자료 수집에 소용된 시간은 약 15분에서 30분까지였다. 모든 대상자에게 본 연구자가 직접 연구 목적을 설명하고 협조를 요청하였다. 연구 참여에 동의하는 자들 중 간이 정신 상태 검사(Mini Mental State Examination) 도구를 이용한 인지 능력 검사를 실시하여 25점 이상인 경우에만 자료 수집을 실시하였다.

약물 이행에 대한 가족의 보고와 약 개수 세기(pill count)를 위해서는 본 연구자가 전화 방문을 실시하였다. 환자에 대한 자료 수집은 약물 이행 측정을 위한 전화 방문 실시로 인해서 유기명으로 이루어졌으나 각 대상자에게 제공된 정보의 비밀 유지에 대하여 설명하여 대상자들이 이해하도록 하였으며 이름을 말하기를 원하지 않는 경우와 가족에 대한 전화 방문을 원하지 않는 경우에는 이를 수용하고 전화 방문을 실시하지 않았다.

본 연구의 구체적인 자료 수집 장소는 다음과 같다.

서울시 소재 2개의 종합 병원과 경기도 소재 일 종합 병원, 서울시 소재 일 개인 병원의 경우 정신과 외래에 내원한 환자를 대상으로 진료 시간을 기다리는 동안 연구 목적을 설명하고 동의를 구한 후 연구 참여에 협조하는 대상자에게 일대일 면담을 통하여 자료를 수집하였다. 종합 병원에 내원한 환자의 경우에는 자신의 진단명을 말하기를 꺼려하여 정신 분열병 환자만을 대상으로 자료 수집을 하기가 불가능하였다. 따라서 일단 대상자 선정 기준에 적합한 자를 대상으로 하여 진단명에 관련 없이 자료를 수집한 후에 처방 전달 체계(order communication system)를 이용하여 진단명을 파악하여 자료를 분류하였다. 그 결과 서울시 소재 2개 종합 병원에서 60부의 자료를, 경기도 소재 1개 종합 병원에서 13부의 자료를, 서울시 소재 1개 개인 병원에서 34부의 자료를 수집하여 총 107부의 자료를 수집하였다.

서울시 4개구에 위치한 4개의 정신 보건 센터, 2개 보건소, 1개 낮 병원과 경기도 소재의 1개 정신 보건 센터에서는 각 기관의 담당자와 전화 연결하여 연구 목적과 질문지 내용에 대하여 설명한 후 자료수집에 대한 허락을 얻었다. 그 후 연구자가 직접 각 센터를 방문하여 연구 선정 기준에 알맞은 대상자들과 일대일 면담을 통하여 자료를 수집하였으며 그 결과 서울시 소재 4개의 정신 보건센터에서 50부의 자료를, 2개 보건소에서는 15부의 자료를, 1개 낮 병원에서는 8부의 자료를 그리고 1개의 경기도 소재 정신 보건 센터에서는 23부의 질문지를 수집하여 총 96부의 자료를 수집하였다.

가정 방문의 경우는 서울시 소재 1개 정신 보건 센터와 1개 보건소에 등록된 환자를 대상으로 본 연구자가 담당 정신 보건 간호사와 같이 가정 방문을 실시하여 자료를 수집하였다. 총 9가정을 방문하였으나 인지 능력이 낮은 3명의 대상자에게는 질문지를 시행하지 않았으며, 가족이 연구 참여를 원하지 않는 1명의 경우에도 자료 수집을 하지 않았다. 결과 가정 방문을 통해서 수집된 자료는 총 5부였

으며, 가정 방문시에는 본 연구자가 직접 약 개수 세기(pill count)를 하였고, 대상자의 약물이행 정도를 가족에게 직접 질문하였다.

본 연구에서 약물 이행은 환자의 보고와 가족의 보고, 그리고 남은 약 개수 세기(pill count)로 측정되었기 때문에 가족의 보고와 남은 약 개수를 세기 위해서 각 가정에 전화 방문을 실시하였다. 전화 방문의 경우 병원 환자 등록 체계에 등록된 환자의 전화 번호가 틀린 경우, 그리고 환자 사는 대상자의 경우, 그리고 여러 가지 이유로 하여 가족과 접촉할 수 없었던 경우를 제외하고 150명의 대상자의 가족으로부터 환자의 약물 이행에 대한 가족 보고 자료를 수집하였다. 남은 약 개수 세기(pill count)의 경우는 가족들의 협조가 이루어지지 않아 38명의 가족들만이 직접 약의 개수를 측정하였다.

자료 수집이 끝난 후에는 대상자들에게 감사의 뜻을 전하고 사례를 하였으며 그들의 질문에 성실히 답하였다. 특히 전화 방문의 경우 가족들은 여러 가지 질문과 상담을 하였으며 전화 방문시 소요된 시간은 약 2분에서 45분이었다. 이렇게 해서 질문지에 응답한 대상자는 총 208명이었으며, 가족의 보고는 150명, 남은 약 개수 세기는 38명의 대상자가 응답하였다.

6. 자료분석 방법

(1) 연구 도구의 신뢰도 검증과 대상자의 인구 사회학적 특성, 약물 관련 특성 등 연구 변수에 관한 서술적 통계와, 이러한 특성에 따른 약물 이행의 차이 검증, 연구 변인간의 상관 관계는 SPSS PC 10.0 Win Program을 이용하여 산출하였다.

(2) 가설적 모형의 부합도 검증과 수정 모형 개발은 LISREL 8.12 WIN Program을 이용하여 공변량 구조 분석을 실시하였다.

V. 연구 결과

1. 연구대상자의 일반적 특성

대상자의 일반적 특성은 <표 1>에서 제시한 바와 같다.

대상자의 성별은 남자 126명(60.8%), 여자 82명(39.2%)으로 남자가 여자보다 많았다. 연령은 30대가 89명(42.8%)으로 가장 많았으며, 다음은 20대 이하(26.4%), 40대 42명(20.2%), 그리고 50세 이상이 22명(10.6%)으로 나타나 평균 연령은 약 36세였다. 결혼 상태는 미혼이 163명(78.0%)으로 대부분의 대상자들이 차지하였고, 다음으로 결혼 32명(15.3%), 이혼 11명(5.3%), 별거 1명(0.5%), 사별 2명(1.0%)순이었다. 교육수준은 고졸이하가 139명(66.8%)으로 가장 높았으며, 대졸이 64명(30.7%), 그리고 대학 재학중인 대상자가 5명(2.4%)이었다.

종교에 있어서는 기독교가 107명(51.2%)으로 대상자의 반 수 이상을 차지하였고 다음은 천주교 25명(12.0%), 불교 24명(11.5%) 순으로 나타났으며, 종교를 가지고 있지 않은 경우는 45명(21.5%)에 해당하였다. 질병의 특성으로 인하여 다른 질환의 대상자와는 달리 직장을 가지지 못한 경우가 대부분으로 175명(83.7%)에 해당하였고, 직장을 가지고 있는 경우는 30명(14.4%)에 불과하였다. 직장을 가지고 있는 경우에 월 소득은 100만원 이하가 20명(66.6%)으로 대부분 낮은 수입을 가지고 있었고, 100만원에서 200만원 사이는 6명(20.0%), 200만원 이상은 1명(3.3%)로 나타나서 평균 97만원에 해당하였다.

거주 상황의 경우는 부모님과 같이 사는 경우가 148명(71.2%)으로 가장 많았고 다음은 배우자와 자녀들과 같이 사는 경우가 27명(12.9%), 형제, 자매와 같이 사는 경우가 13명(6.3%), 그리고 혼자 사는 경우가 12명(5.8%)에 해당하였다. 정신 분열병의 첫 발병 연령으로는 15세에서 30세 사이에 발병한 경우가 167명(80.3%)으로

가장 많았고, 다음은 31세에서 40세에 발병한 경우가 26명(12.5%)에 해당하였으며, 15세 미만이 8명(3.9%), 41세 이상이 7명(3.5%)순으로 나타났으며 첫 발병 연령의 평균은 약 24세로 나타났다. 대상자들이 질병을 앓은 기간은 6년에서 10년 사이가 72명(34.6%), 11년에서 20년 사이가 61명(29.3%), 5년 이하가 50명(24.0%)으로 비교적 비슷하게 나타났으며 21년에서 30년은 18명(8.8%), 그리고 30년 이상 된 자는 7명(3.5%)으로 나타나 평균 질병기간은 11년 4개월로 나타났다.

<표 1> 연구 대상자의 일반적 특성 (n=208)

특 성	구 분	빈도(%)	평균 ± 표준편차
성별	남자	126(60.8)	
	여자	82(39.2)	
연령	18-29세	55(26.4)	
	30-39세	89(42.8)	35.89 ± 9.43
	40-49세	42(20.2)	
	50세 이상	22(10.6)	
결혼상태	미혼	162(78.0)	
	결혼	32(15.3)	
	이혼	11(5.3)	
	별거	1(0.5)	
	사별	2(1.0)	
교육수준	고졸이하	139(66.8)	
	대재	5(2.4)	
	대졸	64(30.7)	
종교	기독교	107(51.2)	
	불교	24(11.5)	
	천주교	25(12.0)	
	없음	45(21.5)	
	기타	7(3.4)	
현직장	없음	175(83.7)	
	있음	30(14.4)	
	학생	3(1.4)	
(직장이 있는 경우)	100만원이하	20(66.6)	
월소득	100-200만원	6(20.0)	97.11(만원)±94.17
	200만원 이상	1(3.3)	
거주상황	혼자	12(5.8)	
	부모님과	148(71.2)	
	형제, 자매와	13(6.3)	
	배우자, 자녀와	27(12.9)	
발병연령	15세 미만	8(3.8)	
	15-30세	167(80.3)	24.47 ± 7.77
	31-40세	26(12.5)	
	41세 이상	7(3.5)	
질병기간	5년 이하	50(24.0)	
	6-10년	72(34.6)	
	11-20년	61(29.3)	11.39 ± 7.77
	21-30년	18(8.8)	
	30년 이상	7(3.5)	

2. 연구대상자의 약물 관련 특성

대상자들의 약물 관련 특성은 <표 2>와 같다.

대상자들의 1회당 평균 복용 약 개수는 3-5개를 복용하는 대상자가 101명(48.5%)으로 가장 많았고 다음은 3개 미만이 81명(38.9%), 6-10개를 복용하는 대상자가 24명(11.5%), 10개 이상 복용하는 대상자 2명(1.0%)으로 나타났으며 1회당 평균 복용 약 개수는 약 3.5개였다.

하루 약 복용 횟수는 1회 복용이 107명(51.4%)으로 가장 많았고 2회 복용은 90명(43.3%), 3회 복용은 10명(4.8%), 4회는 1명(0.5%)으로 나타나 대상자들은 하루에 평균 1.5회 약을 복용하고 있었다.

약 복용 기간은 5년에서 10년 사이가 73명(35.1%)으로 가장 많았고, 10년 이상 복용하고 있는 대상자는 61명(29.3%)이었으며, 2년에서 5년은 45명(21.7%), 그리고 2년 미만은 29명(13.9%)에 해당하여서 대상자들의 평균 약 복용 기간은 약 9년 4개월로 나타났다.

약 복용을 시작한 이후로 약을 자기 스스로 중단한 경험이 있다고 응답한 대상자는 115명(55.3)으로 반 수 이상을 차지하였으며, 중단 경험이 없다고 응답한 대상자는 93명(44.7%)에 해당하였다. 약 복용을 중단한 이유에 대해서는 병이 다 나았다고 생각해서 스스로 약을 중단한 경우가 40명(35.1%)으로 가장 많았고, 부작용 때문은 22명(19.3%), 약 효과에 대한 의심이 가서는 12명(10.5%), 약이 그냥 싫어서 7명(6.1%), 그리고 약 복용이 귀찮아서가 6명(5.3%)으로 대부분의 대상자들이 병이 다 나았다고 생각하거나 약의 부작용으로 인해서 스스로 약을 중단한 것으로 응답하였다.

<표 2> 연구 대상자의 약물 관련 특성 (n=208)

특 성	구 분	빈도(%)	평균±표준편차
1회당 평균 복용약 갯수	3개 미만	81(38.9)	3.46 ± 2.05
	3-5개	101(48.5)	
	6-10개	24(11.5)	
	10개 이상	2(1.0)	
약복용 횟수	1회	107(51.4)	1.54 ± 0.61
	2회	90(43.3)	
	3회	10(4.8)	
	4회	1(0.5)	
약복용 기간	2년 미만	29(13.9)	9.43 ± 7.45
	2년-5년 미만	45(21.7)	
	5년-10년 미만	73(35.1)	
	10년 이상	61(29.3)	
약복용 중단 경험	없음	93(44.7)	
	있음	115(55.3)	
약 복용 중단 이유	병이 다나아서	40(35.1)	
	부작용때문에	22(19.3)	
	약복용이 귀찮아서	6(5.3)	
	그냥싫어서	7(6.1)	
	약 효과에 대한의심	12(10.5)	
	기타	27(23.7)	

3. 연구 변수의 기술적 통계

연구 변수에 대한 평균과 표준 편차, 점수 범위, 왜도, 첨도를 <표 3>에 제시하였으며, 연구 변인의 각 문항에 따른 평균과 표준 편차는 <부록 2>에 제시하였다.

대상자들의 복용 약물에 대한 지식의 평균 점수는 10.21점으로 중간점수인 7점보다 높은 것으로 나타났다. 지식 측정 문항 중 가장 낮은 점수를 차지한 문항은 “현재 복용하고 계신 약의 이름을 아십니까?”라는 문항으로 97명(46.6%)의 대상자들이 “예”라고 답한 반면 나머지 반수 이상인 111명(53.4%)이 “아니오”라고 답하였다. 또한 지식 측정 문항 중 가장 높은 정답율을 보인 문항은 "병을 관리하기 위해서는 규칙적인 병원 방문이 필요하다"라는 문항으로 201명(96.6%)의 대상자들이 "예"라고 답하였다. 지식문항에서 14점으로 모든 항목에 정답을 말한 대상자는 7명(3.4%)에 해당하였다.

지각된 위협감은 평균 51.31로 중간 점수인 45점보다 높게 나타났다. 점수의 평균이 가장 높았던 문항은 “술이나 기타 약물을 습관적으로 많이 하는 것은 재발 가능성을 높인다고 생각한다”로 평균 3.80이었고 가장 낮았던 문항은 “나는 다른 사람에 비해 증상이 재발할 가능성이 많다고 생각한다”로 2.32였다.

정신 분열병으로 인한 증상의 심각성의 정도는 평균 27.45로 중간 점수인 63점보다는 아주 낮은 점수를 보였다. 대상자들의 증상의 심각성은 18문항의 각 문항에 걸쳐 비교적 고른 점수 분포를 보이고 있으나 그중 가장 점수가 높게 제시된 증상은 '불안(anxiety)'과 ‘정서적 위축(emotional withdrawal)'으로 평균 1.83이었으며 가장 낮았던 증상은 비협조(uncooperativeness)와 혼돈(disorientation)으로 평균 1.21로 나타났다.

사회적 지지는 가족지지 영역이 평균 29.50, 친구지지 영역이 평균 14.54, 의료인지지 영역이 평균 20.11로 가족의 지지가 가장 높았던 반면 친구의 지지가 가장

낮음을 나타냈다. 각 문항별로 살펴보면 만족도가 가장 높았던 문항은 “당신을 진정으로 아낀다고 생각되는 사람에 대한 만족도는 어느 정도입니까?”라는 문항에 대하여 가족에 대한 평균 만족도가 4.46으로 높았으며 가장 만족도가 낮았던 문항은 “당신이 불안하고 화가 날 때 또는 우울할 때 기분이 좀 나아지도록 도움을 주는 사람에 대한 만족도는 어느 정도입니까?”라는 문항에서 친구에 대한 부분으로 평균 1.69로 낮았다.

지각된 유익성은 평균 22.14로 나타나 중간 점수인 18점보다 높게 나타났다. 이는 대상자들이 약물에 대한 유익성을 높게 지각하고 있음을 의미한다. 가장 유익성이 높았던 문항은 “약을 복용함으로써 정신 질환의 재발 가능성을 줄인다”라는 문항이었으며 평균 4.00이었고, 가장 낮게 보고된 문항은 “약을 복용함으로써 기분이 편안해진다"라는 문항으로 평균 3.40이었다.

지각된 장애성은 평균 14.63으로 중간 점수인 15점 보다 낮게 나타났으며 이는 대상자들이 약물 이행에 따르는 장애성을 낮게 지각하고 있음을 의미한다. 가장 장애성이 높았던 문항은 "약 복용 시간을 잊지 않기 위해 신경을 써야 한다"로 평균 3.14이었고, 가장 장애성이 낮았던 문항은 "약을 처방 받기 위해 정기적으로 병원을 방문해야 하는 일이 부담스럽다"로 평균 2.66점이었다.

물질 사용은 알코올과 흡연으로 나누어서 한달 동안의 사용량을 측정하였다. 알코올을 사용한다고 응답한 사람은 44명(21.2%)에 해당하였으며 이들의 한달 동안 마신 알코올 농도는 평균 619.97로 이는 소주 약 10.3병에 해당하는 농도이고 맥주로는 41.3병에 해당하는 알코올의 양이다. 술을 마신다고 응답한 대상자중에서 한달 동안 알코올을 가장 많이 마신 대상자는 알코올 농도 3780으로 이는 맥주 252병 또는 소주 60.5병에 준하는 양이며 가장 적게 알코올을 섭취한 대상자는 알코올 농도 2.25로 이는 소주 9.3cc 또는 맥주로는 56.3cc에 해당하는 양이다.

한편 흡연을 한다고 응답한 대상자는 117명(56.3%)으로 절반 이상이 흡연을 하고 있었다. 흡연자들의 흡연량은 한달 평균 426.28개피를 피우는 것으로 나타났으

며 이는 하루 평균 14개피를 흡연한 양과 같은 것이다. 흡연량이 가장 많은 대상자는 한달 동안 1200개피 즉, 하루 평균 40개피(2갑)를 피우는 경우였고 가장 적게 흡연하는 자는 한 달에 15개피, 즉 하루에 0.5개피를 피우는 대상자로 나타났다.

약물 이행의 경우 약을 처방대로 복용하는 정도에 대한 환자의 주관적 보고는 평균 86.72로 비교적 높게 보고되었으며 가장 이행이 높았던 경우는 100점이라고 응답한 경우였고, 가장 이행이 낮았던 경우는 20점이라고 응답한 경우였다. 약물 이행이 100점이라고 응답한 대상자는 208명중 92명(44.2%)이었다.

<표 3> 연구 변수의 기술적 통계

변 수	평균 ± 표준편차	점수가능 범위	왜도	첨도
약물지식	6.89 ± 1.81	0-14	-.59	.49
증상의 심각성	27.45 ± 13.23	18-126	2.69	8.36
지각된 위협감	51.31 ± 10.29	15-75	-.06	.39
사회적 지지				
가족지지	29.50 ± 13.06	8-48	-.62	-.37
친구지지	14.54 ± 15.23	8-48	.57	-1.10
의료인지지	20.11 ± 15.43	8-48	.08	-1.30
지각된 유익성	22.14 ± 5.15	6-30	.03	.84
지각된 장애성	14.63 ± 4.09	5-25	-.23	-.14
물질사용				
에탄올 농도	619.97 ± 1237.98	0-3780*	3.14	9.78
흡연양	426.28 ± 302.94	0-1200*	.27	-.21
약물이행	86.72 ± 17.26	0-100	-1.62	3.03

* 자료에서 제시된 최소값에서 최대값 범위

4. 일반적 특성에 따른 약물 이행의 차이 검증

일반적 특성에 따른 약물 이행의 차이는 모든 특성에서 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다<표 4>. 즉, 성별이나 연령, 결혼 상태, 교육 수준, 종교, 직장이 있는 경우와 없는 경우, 거주 상황, 처음 발병 연령, 질병 기간은 약물 이행과 유의한 차이가 없었다.

<표 4> 일반적 특성에 따른 약물 이행의 차이 검증

특성	구분	실수	평균	F값	P값
성별	남자	126	79.02	1.39	.239
	여자	82	74.72		
연령	18-29세	55	75.97	.29	.833
	30-39세	89	76.39		
	40-49세	42	79.44		
	50세 이상	22	80.45		
결혼상태	미혼	162	75.39	1.47	.213
	결혼	32	85.55		
	이혼	11	76.82		
	별거	1	90.00		
	사별	2	98.75		
교육수준	고졸이하	139	77.96	.67	.570
	대재	5	67.00		
	대졸	64	77.17		
종교	기독교	107	77.78	1.32	.257
	불교	24	71.44		
	천주교	25	77.60		
	없음	45	80.87		
	기타	7	81.87		
현직장	없음	175	76.75	.28	.760
	있음	30	80.33		
	학생	3	80.83		
(직장이 있는 경우) 월소득	100만원이하	20	78.62	.31	.821
	100-200만원	6	74.17		
	200만원 이상	1	100.00		
거주상황	혼자	12	62.71	1.88	.100
	부모님과	148	77.63		
	형제, 자매와	13	73.46		
	배우자, 자녀와	27	86.20		
처음 발병 연령	15세 미만	8	78.75	.56	.646
	15-30세	167	76.92		
	31-40세	26	81.83		
	40세 이상	7	68.57		
질병기간	5년 이하	50	76.13	.91	.460
	6-10년	72	77.62		
	11-20년	61	74.55		
	21-30년	18	87.03		
	30년 이상	7	82.14		

5. 약물 특성에 따른 약물 이행 차이 검증

연구 대상자의 약물 특성에 따른 약물 이행의 차이를 검증한 결과 각 특성에 따른 약물 이행에 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다<표 5>.

<표 5> 약물 특성에 따른 약물 이행 차이 검증 (n=208)

특 성	구 분	실수	평 균	F값	P값
1회당 평균 복용약 갯수	3개 미만	81	76.65	.368	.831
	3-5개	101	77.85		
	6-10개	24	78.00		
	10개 이상	2	70.00		
약복용 횟수	1회	107	76.56	.318	.812
	2회	90	78.09		
	3회	10	76.50		
	4회	1	100.00		
약복용 기간	2년 미만	29	78.76	.072	.975
	2년-5년 미만	45	77.17		
	5년-10년 미만	73	76.39		
	10년 이상	61	77.89		
약복용 중단 경험	없음	93	78.85	.588	.444
	있음	115	76.10		
약복용 중단 이유	병이 다나아서	40	73.37	.523	.790
	부작용때문에	22	76.66		
	약복용이 귀찮아서	6	66.25		
	그냥싫어서	7	75.71		
	약 효과에 대한의심	12	76.25		
	기타	27	82.68		

6. 주요 변수간 상관 관계

각 변수들의 상관성에 대한 방향과 상관 정도를 알 수 있도록 하기 위해서 본 연구의 측정 변수 상관 관계 행렬을 <표 6>에 제시하였다.

본 연구의 결과 변수인 약물 이행과 각 변수와의 상관 관계가 유의하게 나온 변수로 지각된 유익성(r=0.24, p=0.0004)과 의료인 지지(r=0.14, p=0.0444)는 정적인 상관 관계를 보였고, 지각된 장애성(r=-0.19, p=0.0047)과 증상의 심각성(r=-0.33, p=0.0001)은 부적 상관 관계를 보였다. 이들 중 환자의 약물 이행과 가장 상관성이 높은 변수는 증상의 심각성으로 나타났다.

각 내생 변수와 외생 변수간의 상관 관계를 살펴보면 지각된 유익성은 약물 지식(r=0.44, p=0.0001), 지각된 민감성(r=0.33, p=0.0001), 지각된 심각성(r=0.34, p=0.0001), 가족지지(r=0.27, p=0.0001), 친구지지(r=0.13, p=0.0543), 의료인 지지(r=0.29, p=0.0001)와 정적인 상관 관계가 있었고, 증상의 심각성(r=-0.31, p=0.0001)은 부적 상관 관계가 있었다. 이들 변인들 중 지각된 유익성과 가장 상관성이 높게 제시된 변인은 약물 지식이었다.

지각된 장애성과 유의한 상관 관계가 있는 변인은 지각된 민감성(r=0.32, p=0.0001), 지각된 심각성(r=0.21, p=0.002), 증상의 심각성(r=0.19, p=0.0038)으로 나타났으며 이들 세 변인은 모두 정적인 상관을 보였고, 지각된 민감성이 지각된 장애성과 가장 큰 상관을 나타냈다.

물질 사용 중 알코올 사용과 유의한 상관 관계가 있는 변인은 흡연량(r=0.33, p=0.0001)과 친구의 지지(r=0.26, p=0.0002)였으며 두 변인 모두 정적인 상관을 보였고, 이들 중 흡연은 알코올 사용과 더 큰 상관성을 보였다. 또한 흡연과 유의한 상관을 나타낸 변인은 없는 것으로 제시되었다.

<표 6> **연구변수간 상관 관계 행렬**

	변인	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10	A11	A12
A1	**약물이행**	1.00											
A2	**유익성**	.24*	1.00										
A3	**장애성**	-.19*	-.00	1.00									
A4	**알코올**	-.08	-.00	.03	1.00								
A5	**흡연**	-.13	-.09	.12	.33*	1.00							
A6	**약물지식**	.09	.44*	.05	-.05	-.01	1.00						
A7	**민감성**	.05	.33*	.32*	-.06	-.02	.32*	1.00					
A8	**심각성**	.13	.34*	.21*	-.06	-.05	.26*	.51*	1.00				
A9	**가족지지**	.12	.27*	-.07	-.01	-.05	.12	.19*	.06	1.00			
A10	**친구지지**	.01	.13*	-.06	.26*	.09	.05	.07	-.08	.41*	1.00		
A11	**의료인지지**	.14*	.29*	.00	-.09	-.12	.32*	.27*	.20*	.31*	.39*	1.00	
A12	**증상심각성**	-.33*	-.31*	.19*	.07	.08	-.11	.06	-.06	-.23*	-.07	-.14*	1.00

*p < .05

7. 가설적 모형의 검증

1) 가설적 모형의 부합도 검증

본 연구의 가설적 모형이 자료와 부합하는지를 평가하기 위해 전반적인 부합도는 Chi-square, Chi-square/df, 적합도 지수(GFI), 조정부합치(AGFI), 원소간 평균 차이(Root Mean Square Residual), 비표준부합치(NNFI), 표준부합치(NFI), Critical Number(CN), 표준화 잔차(Standardized Residual)를 이용하여 평가하였다.

본 연구의 가설적 모형의 전반적 부합지수는 <표 7>에 제시하였다

<표 7> 가설적 모형의 부합지수

부합지수	χ^2	df	χ^2/df	GFI	AGFI	RMR	NNFI	NFI	CN
	842.92 (p=0.00)	19	44.36	0.70	0.13	0.84	0.81	0.25	13.92

Chi-square(χ^2)는 가설적 모형과 자료가 완전히 일치되는 상태를 귀무 가설로 보고 검정하는 방법이다. 본 연구의 가설적 모형에서 Chi-square 값은 842.92(p=0.00)로써 매우 높은 값으로 제시되어 모델의 수정이 필요함을 나타낸다. Chi-square(χ^2)를 자유도로 나눈 값은 표준 카이 자승 계수이며 이 값이 1.0-2.0 사이에 있는 경우 가장 좋은 부합도를 나타내고, 2.0-3.0 사이에 있으면 보통 정도의 부합도를 의미한다. 본 연구의 가설적 모형에서는 44.36으로서 모델의 수정이 필요하다.

기초부합치(GFI: Goodness of Fit Index)는 연구자의 모델이 원래 자료의 변량

/공변량을 얼마나 설명하는지를 보여준다. GFI는 보통 0과 1사이에 있으며 모델이 극히 나쁜 경우에는 음수(negative)가 될 수 있다. 표본의 크기가 200이상에서 GFI가 적어도 0.9 이상이라야 모델에 큰 문제가 없다고 할 수 있고 0.95 이상인 경우 "좋은 모델"이라고 할 수 있다(이순묵, 1990). 본 가설적 모형에서는 0.70으로 제시되었다.

조정부합치(AGFI: adjusted goodness of fit index)는 GFI를 자유도에 대해 수정한 값으로 범위가 0과 1사이에 있으며, GFI보다 작은 값으로 산출된다. 본 연구의 가설적 모형의 조정 부합치는 0.13으로 나타났다.

원소간 평균 자승 잔차(RMR: root mean square residual)은 일반적으로 .05 이하이면 잘 부합되는 모형으로 간주하며(박광배, 2000), 본 연구의 가설적 모형에서는 0.84로 수정이 필요하다.

비표준부합치(NNFI:non-normed fit index)는 기초모형과 연구자가 설정하는 모형을 비교하는 것이다. NNFI는 보통 0과 1 사이에 있으며 보통 0.9보다 크면 잘 맞는 모델이라고 할 수 있다(이순묵, 1990). 본 연구에서는 0.81로 제시되었다.

표준부합치(NFI : normed fit index)는 그 값이 반드시 0과 1 사이에만 존재하며, 최악의 모델이 설정된 경우 0에 가깝고, 최적의 모델이 설정된 경우 1에 가깝다. 본 연구에서는 0.25로 나타났다.

임계수(CN : critical number)는 200 이상이면 가설 모형이 공분산 구조를 적절하게 산출하였음을 의미하는데 본 연구에서는 13.92로 수정이 필요함을 의미한다.

이외 적당히 간명하면서도 자료에 잘 맞는 더 나은 모델을 찾는데 도움이 되는 지수를 세부적 지수라 한다. 세부적 지수(focused measures of goodness of fit)에는 표준화 잔차(normalized residuals), 추가지수(modification index), 고정지수(T-value), 결정계수(coefficient of determination)등이 있다.

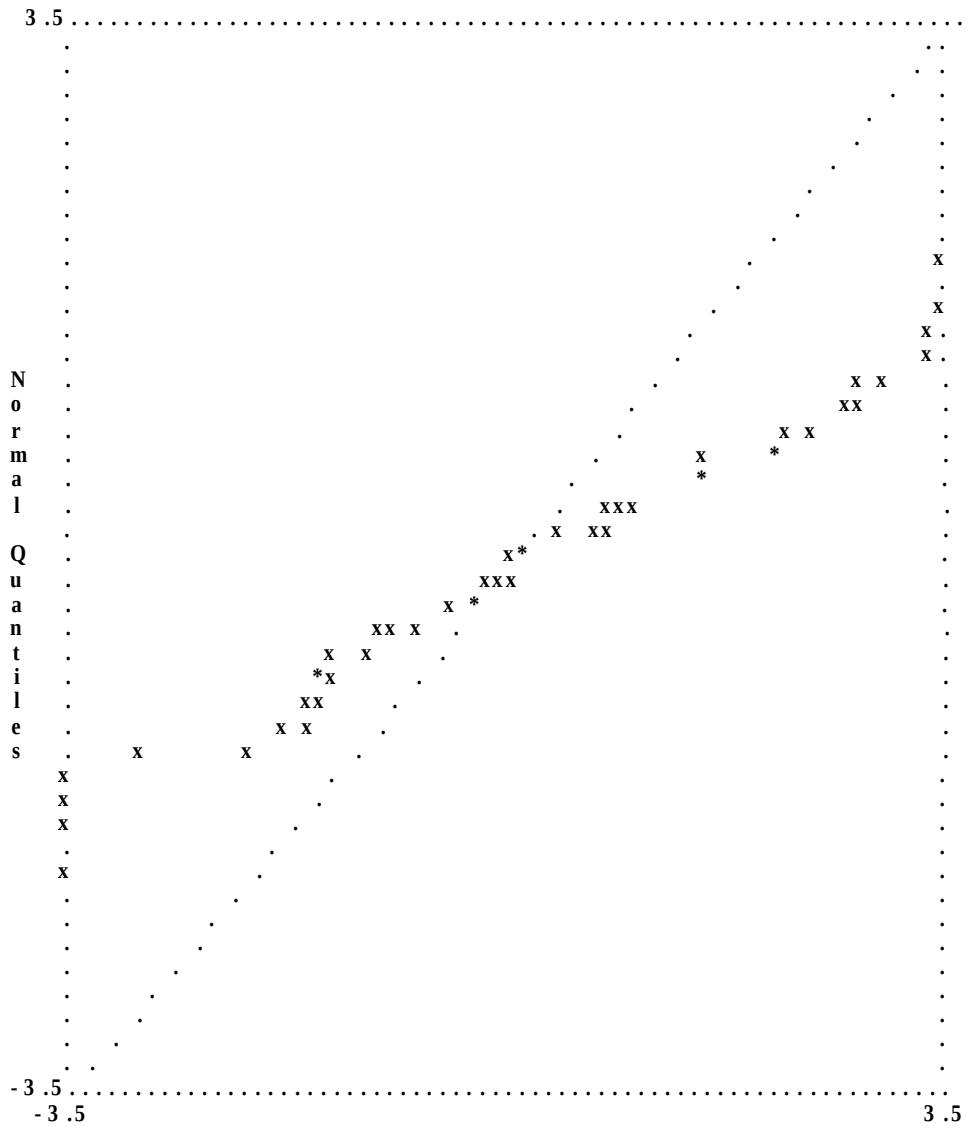
표준화 잔차의 Stem-leaf plot은 표준화 잔차 값들이 가지는 분포로써 0을 중심으

로 대부분의 값들이 모여있어서 대칭을 이루는 정상분포 모양을 이루어야 하나 본 연구의 Stem-leaf plot은 <그림 3>과 같다.

Q-plot은 모델의 전반적 부합도에 관한 또 하나의 정보를 제공하는 것으로서 X축에는 표준의 차이를, Y축에는 정상 분포에 따른 차이(normal quantile)의 발생을 표시한다. Q-plot 상의 점들을 하나의 직선으로 연결하여 직선의 기울기가 1보다 크면 이는 모델이 자료에 잘 맞음을 의미하고, 1보다 작으면 잘 안 맞는 모델임을 의미한다(이순묵, 1990). 본 연구의 Q-PLOT은 <그림 4>에 제시되어 있으며 기울기가 1 이상으로 나타나고 있다.

```
- 2|762
 - 0|8857776533222110000000000000000
   0|12223345555667778899911233669
   2|00137028
   4|002440
   6|
   8|4
```

<그림 3> 가설적 모형의 Stem-leaf Plot



<그림 4> 가설적 모형의 Q-Plot

2) 가설적 모형의 모수 추정치 및 총효과

가설적 모형의 모수 추정으로 가중최소자승법(weightened least square method)에 의한 모수 추정치와 표준오차, T값, 내생 변수의 다중 상관 자승치(SMC: Squared Multiple Correlation)를 <표 8>에 제시하였다. 다음으로 가설적 모형에서 각 외생 변수가 내생 변수에 미치는 직접 효과, 간접 효과, 총 효과는 <표 9>에 제시하였으며 이러한 결과를 토대로 제시된 가설적 모형은 <그림 5>에 제시하였다.

<표 8> 가설적 모형의 모수 추정치(γ, β), t값, SMC

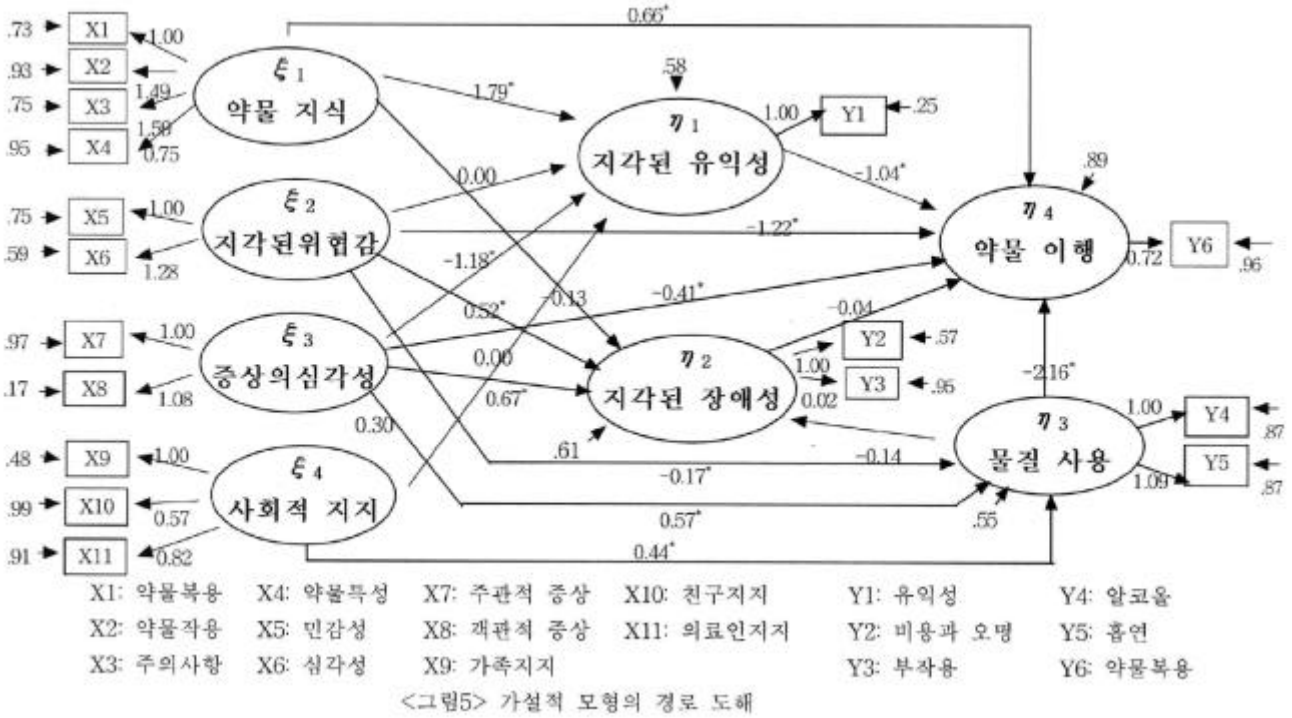
내생/외생변수	경로계수(표준오차)	t값	SMC
지각된유익성			0.96
약물지식(γ_{11})	1.79(0.21)	8.66*	
지각된 위협감(γ_{12})	0.00(0.07)	0.06	
증상의 심각성(γ_{13})	-1.18(0.12)	-9.55*	
사회적 지지(γ_{14})	0.00(0.03)	-0.09	
지각된장애성			0.68
약물지식(γ_{21})	-0.13(0.19)	-0.71	
지각된위협감(γ_{22})	0.52(0.11)	5.09*	
증상의심각성(γ_{23})	0.67(0.11)	5.22*	
물질사용(β_{32})	-0.14(0.04)	-1.61	
물질사용			0.95
지각된위협감 (γ_{32})	-0.17(0.06)	-2.86*	
증상의심각성(γ_{33})	0.57(0.06)	9.07*	
사회적 지지(γ_{34})	0.44(0.07)	6.21*	
약물이행			0.89
약물지식(γ_{41})	0.66(0.87)	5.64*	
지각된위협감(γ_{42})	-1.22(0.34)	-2.63*	
증상의심각성(γ_{43})	-0.41(0.32)	-2.87*	
지각된유익성(β_{41})	-1.04(0.51)	-2.40*	
지각된장애성(β_{42})	-0.04(0.14)	-0.75	
물질사용(β_{43})	-2.16(0.64)	-5.87*	

* $|t - value| > 1.96$ ($p<.05$와 같음)

<표 9> 가설적 모형의 효과 계수(effect coefficient)

내생/외생변수	직접효과(t값)	간접효과(t값)	총효과(t값)
지각된유익성			
약물지식(γ_{11})	1.79(8.66)*		1.79(8.66)*
지각된위협감(γ_{12})	0.00(0.06)		0.00(0.06)
증상의심각성(γ_{13})	-1.18(-9.55)*		-1.18(-9.55)*
사회적 지지(γ_{14})	0.00(-0.09)		0.00(-0.09)
지각된장애성			
약물지식(γ_{21})	-0.13(-0.71)		-0.13(-0.71)
지각된위협감(γ_{22})	0.52(5.09)*	-0.01(0.12)	0.51(4.92)*
증상의심각성(γ_{23})	0.67(5.22)*	0.03(1.23)	0.70(5.23)*
물질사용(β_{32})	-0.14(-1.61)		-0.14(-1.61)
물질사용			
지각된위협감(γ_{32})	-0.17(-2.86)*		-0.17(-2.86)*
증상의심각성(γ_{33})	0.57(9.07)*		0.57(9.07)*
사회적 지지(γ_{34})	0.44(6.21)*		0.44(6.21)*
약물이행			
약물지식(γ_{41})	0.66(5.64)*	-13.65(-5.44)*	1.27(3.45)*
지각된위협감(γ_{42})	-1.22(-2.63)*	-5.72(-3.47)*	-6.94(-6.37)*
증상의심각성(γ_{43})	-0.41(-2.87)*	10.14(2.56)*	9.73(4.25)*
지각된유익성(β_{41})	-1.04(-2.40)*		-1.04(-2.40)*
지각된장애성(β_{42})	-0.04(-0.75)		-0.04(-0.75)
물질사용(β_{43})	-2.16(-5.87)*	0.03(0.18)	-2.13(-4.73)*

* $|t\text{-}value| > 1.96$ ($p < .05$와 같음)



<그림5> 가설적 모형의 경로 도해

<그림 5 가설적 모형>

8. 모형의 수정 및 검증

1) 가설적 모형의 수정

본 연구에서는 가설적 모형의 부합도가 아주 낮은 것으로 제시되었기 때문에 전반적 지수들을 높이기 위한 수정을 해나갔다. 모형의 수정 과정은 모형이 간명하면서도 부합도가 높은 모형을 찾는 과정이며 또한 통계적 유의성과 이론적 의미를 동시에 고려해야 한다. 본 연구에서 정준 상관 분석 결과 대부분의 변수들간의 계수가 0.45 이상으로 높게 나타났으므로 유의한 기준을 0.45로 보았다. 따라서 가설적 모형과 수정 모형에서는 0.45 이상의 상관성을 가지는 변인들만을 분석하였다. 가설적 모형의 수정과정에서 물질 사용과 지각된 장애성의 경로와 지각된 장애성이 약물 이행에 미치는 경로는 그 영향력이 미약하고 효과가 유의하지 않아 제거되었으며 또한 지각된 위협감 변수가 제거되었다. 이는 적합한 모델을 찾는 과정에서 지각된 위협감이 모델의 부합도를 떨어뜨리는 변수로 확인되었고, 증상의 심각성과 지각된 위협감이 의미상 중복될 수 있는 이론적 근거 때문이었다.

2) 수정모형의 적합도 검증

수정된 모형의 전반적 부합지수들은 <표 10>과 같다. Chi-Square 값은 유의수준 0.00 수준에서 유의한 수치인 37.08로 가설적 모형의 842.92보다 낮아졌으며, GFI(goodness of fit index)는 0.98로 AGFI(adjusted goodness of fit index)는 0.93으로 높아져서 수정모형이 자료에 잘 부합하는 것으로 나타났다.

<표 10> **수정모형의 부합지수**

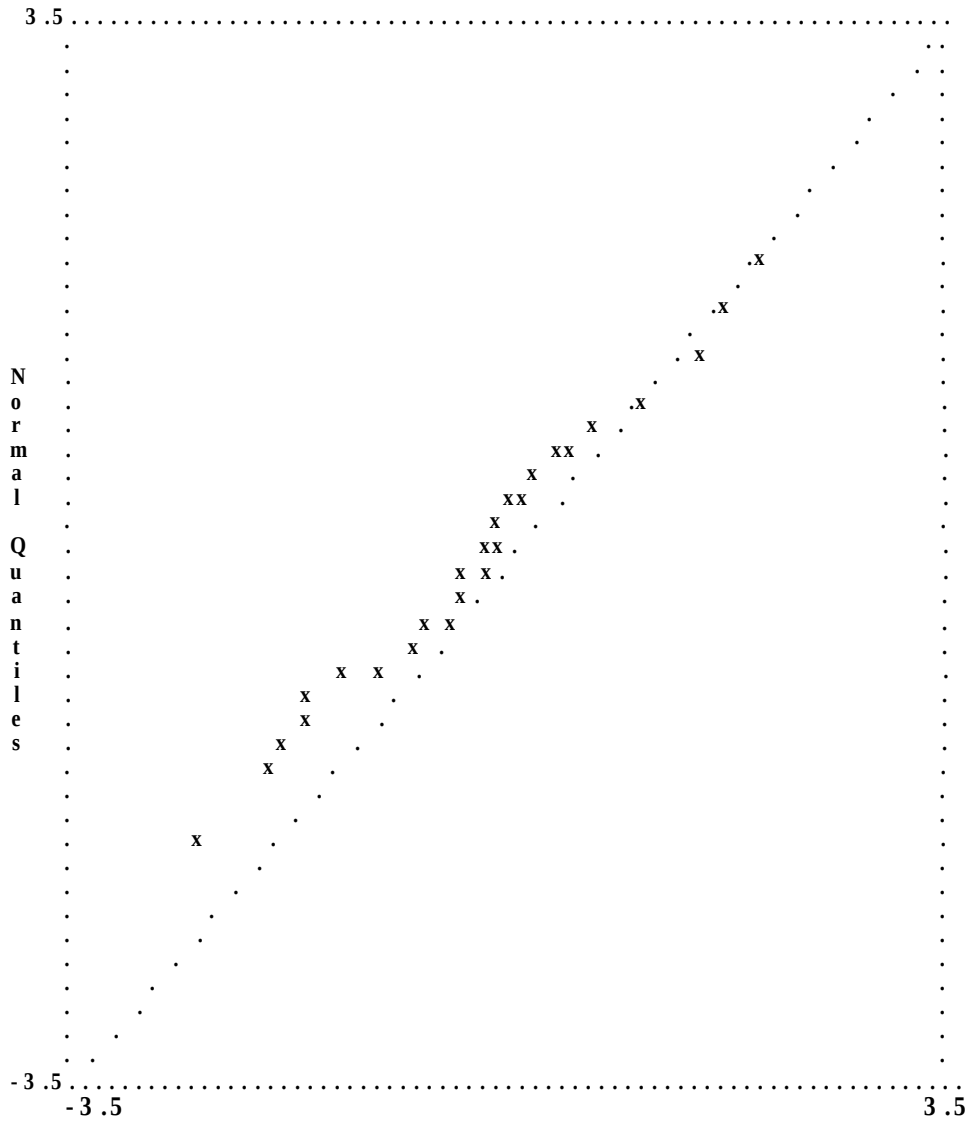
부합지수	χ^2	df	χ^2/df	GFI	AGFI	RMR	NNFI	NFI	CN
	37.08	18	2.06	0.98	0.93	0.05	0.97	0.98	283.55
	(p=0.0051)								

수정 모형에서 나타난 표준화 잔차의 Stem-leaf plot**은 좀 더 정상 분포를 하는 모양으로 나타났고 이는** <**그림** 6>**에 제시되어 있다**.

또한 수정 모형의 Q-plot**도 직선의 기울기가 가설적 모형보다** 1**에 더 가까움을 볼 수 있다**<**그림** 7>

- 2|5
- 2|1
- 1|
- 1|1
- 0|99999888877666
- 0|4433221000000000000
  0|114
  0|566777888889
  1|001
  1|
  2|3

<**그림** 6> **수정 모형의** Stem-leaf Plot



<그림 7 > 수정 모형의 Q-PLOT

3) 수정모형의 모수추정

수정모형의 모수 추정치(γ, β)와 t값, 다중상관 자승치(SMC: squared multiple correlation)를 <표 11>에 제시하였으며 이를 토대로 한 수정모형의 경로 도해는 <그림 8>과 같다.

각 내생 변수를 기준으로 외생 변수간의 관계를 살펴보면 다음과 같다.

약물이행은 약물 지식이 높을수록(γ_{41}=0.15, t=3.63), 사회적 지지가 높을수록(γ_{43}= 0.48, t=7.72), 지각된 유익성이 높을수록(β_{41}=0.20, t=2.14) 높았으며 약물 이행이 약물 지식과 증상의 심각성, 사회적지지, 지각된 유익성, 그리고 물질 사용의 외생 변수에 의해 설명되는 정도는 33%였다.

지각된 유익성은 약물지식이 높을수록(γ_{11}=0.10, t= 3.18), 사회적 지지가 높을수록(γ_{13}=0.54, t=8.08) 높은 것으로 나타났다. 증상의 심각성(γ_{12}=0.03, t=0.29)도 비록 영향력은 미약하였으나 지각된 유익성에 영향을 미치는 변인으로 나타났으며 지각된 유익성이 이들 외생 변수에 의해 설명되는 정도는 52%였다.

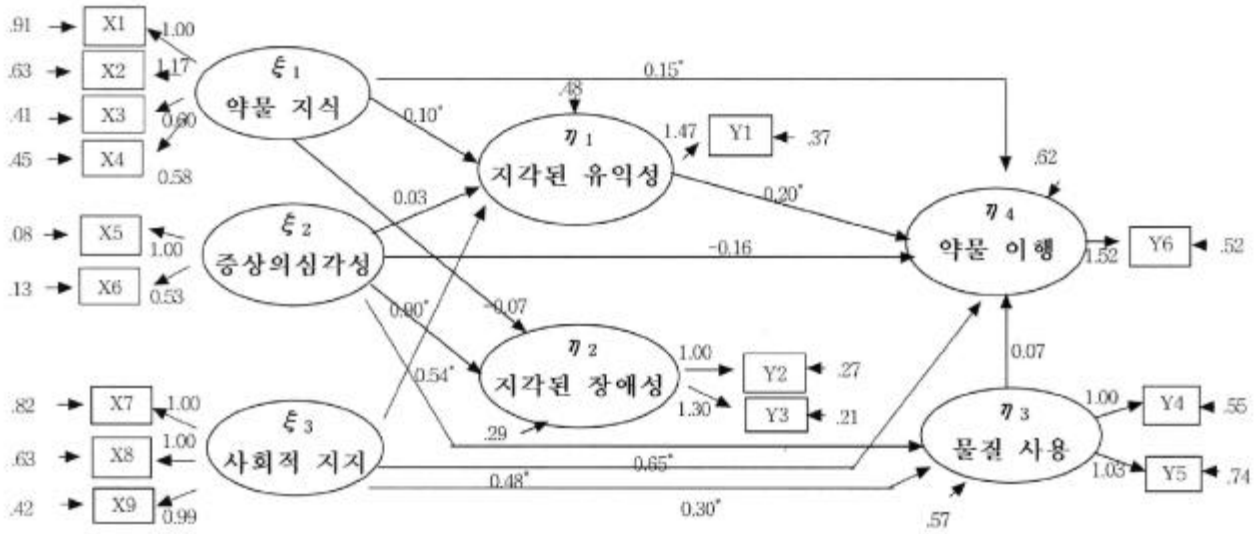
지각된 장애성은 증상의 심각성이 높을수록(γ_{22}=0.90, t=13.76) 높게 나타났으며, 약물 지식, 증상의 심각성, 물질 사용 등의 외생 변수에 의해 71% 설명되었다.

물질사용은 사회적 지지가 높을수록(γ_{33}=0.30, t=5.45), 증상의 심각성이 심할수록 높았다(γ_{32}=0.71, t=11.41). 물질 사용이 이 두 외생 변수에 의해 설명되는 정도는 64%였다.

<표 11 > 수정모형의 모수 추정치(γ, β)와 t값, SMC

내생/외생변수	경로계수(표준오차)	t값	SMC
지각된유익성			0.52
약물지식(γ_{11})	0.10(0.03)	3.18*	
증상의 심각성(γ_{12})	0.03(0.09)	0.29	
사회적 지지(γ_{13})	0.54(0.07)	8.08*	
지각된장애성			0.71
약물지식(γ_{21})	-0.07(0.03)	-1.95	
증상의심각성(γ_{22})	0.90(0.07)	13.76*	
물질사용(β_{34})	-0.05(0.02)	-1.19	
물질사용			0.64
증상의심각성(γ_{32})	0.71(0.06)	11.41*	
사회적 지지(γ_{33})	0.30(0.05)	5.45*	
약물이행			0.33
약물지식(γ_{41})	0.15(0.04)	3.63*	
증상의심각성(γ_{42})	-0.16(0.09)	-1.80	
사회적 지지(γ_{43})	0.48(0.06)	7.72*	
지각된유익성(β_{41})	0.20(0.04)	2.14*	
물질사용(β_{43})	0.07(0.08)	1.87	

* $|t - value| > 1.96$ ($p < .05$와 같음)



X1: 약물복용 X4: 약물특성 X7: 가족지지 Y1: 유익성 Y4: 알코올
X2: 약물작용 X5: 주관적증상 X8: 친구지지 Y2: 비용과 오명 Y5: 흡연
X3: 주의사항 X6: 객관적증상 X9: 의료인지지 Y3: 부작용 Y6: 약물복용

<그림 8> 수정 모형의 경로 도해

<그림 8 > 수정모형의 경로도해

4) 수정모형의 효과 분석

수정모형에서 직접, 간접, 총효과를 내생 변인을 중심으로 이론 변인간의 효과 값을 살펴보면 <표 12>와 같다.

지각된 유익성에 영향을 미치는 변인은 약물지식(경로계수=0.10, t=3.18), 증상의 심각성(경로계수=0.03, t=0.29), 사회적지지(경로계수=0.54, t=8.08)로 나타났으며, 이 중 약물 지식과 사회적 지지가 지각된 유익성에 미치는 직접 효과와 총효과가 통계적으로 유의하였으며, 사회적 지지가 가장 큰 영향을 미치는 변인으로 나타났다.

지각된 장애성에 영향을 미치는 변인은 약물지식(경로계수=-0.07, t=-1.95), 증상의 심각성(경로계수=0.90, t=13.76), 물질사용(경로계수=-0.05, t=-1.19)이 있었으며 이들 변인들 중 증상의 심각성이 지각된 장애성에 미치는 직접효과와 총효과가 통계적으로 유의하였다. 약물 지식과 물질 사용은 지각된 장애성에 미치는 영향이 미약하였으나 증상의 심각성은 가장 큰 영향을 미치는 변인으로 확인되었다.

물질사용에 영향을 미치는 외생 변인으로는 사회적 지지(경로계수=0.30, t=5.45)와 증상의 심각성(경로계수=0.71, t=11.41)이었으며, 두 변인 모두 직접 효과와 총효과가 유의하였다.

본 연구의 결과 변수인 약물이행에 영향을 미치는 변인으로는 약물 지식과(경로계수=0.15, t=3.63), 증상의 심각성(경로계수=-0.16, t=-1.80), 사회적지지(경로계수=0.48, t=7.72), 지각된 유익성(경로계수=0.20, t=2.14), 그리고 물질사용(경로계수=0.07, t=1.87)으로 나타났다. 이들 변인들 중 약물 지식과 사회적지지, 지각된 유익성이 약물 이행에 미치는 직접 효과와 총효과가 유의한 것으로 나타났고 증상의 심각성은 직접효과와 간접 효과는 유의하지 않았으나 총효과가 유의한 것으로 나타났다. 이들 변인들 중 약물 이행에 가장 큰 영향을 미치는 요인은 사회적 지지로 나타났고, 물질 사용은 그 영향력이 가장 미약한 것으로 나타났다.

<표 12> **수정 모형의 효과계수**(effect coefficient)

내생/외생변수	직접효과(t값)	간접효과(t값)	총효과(t값)
지각된유익성			
약물지식(γ_{11})	0.10(3.18)*	- - -	0.10(3.18)*
증상의 심각성(γ_{12})	0.03(0.29)	- - -	0.03(0.29)
사회적 지지(γ_{13})	0.54(8.08)*	- - -	0.54(8.08)*
지각된장애성			
약물지식(γ_{21})	-0.07(-1.95)	- - -	-0.07(-1.95)
증상의심각성(γ_{22})	0.90(13.76)*	-0.02(-0.19)	0.88(11.40)*
물질사용(β_{32})	-0.05(-1.19)	-0.04(-0.34)	-0.09(-1.65)
물질사용			
증상의심각성(γ_{32})	0.71(11.41)*	- - - -	0.71(11.41)*
사회적 지지(γ_{33})	0.30(5.45)*	- - - -	0.30(5.45)*
약물이행			
약물지식(γ_{41})	0.15(3.63)*	0.01(2.65)	0.16(3.87)*
증상의심각성(γ_{42})	-0.16(-1.80)	0.05(3.72)	-0.11(-2.44)*
사회적지지(γ_{43})	0.48(7.72)*	0.14(-0.97)	0.72(11.15)*
지각된유익성(β_{41})	0.20(2.14)*	0.38(0.16)	0.58(2.02)*
물질사용(β_{43})	0.07(1.87)		0.07(1.87)

* $|t - value| > 1.96$ ($p < .05$**와 같음**)

9. 가설검증

본 연구의 수정모형의 효과 계수와 t-값을 중심으로 유의수준 0.05수준에서 가설을 검증하였다.

(1) 지각된 유익성을 내생변수로 하는 가설

가설 1 : 약물에 대한 지식이 높을수록 약물에 대한 지각된 유익성이 높을 것이다(γ_{11}).
본 가설은 직접 효과(효과계수=1.13, t=2.47)가 통계적으로 유의하여 지지되었다.

가설 2 : 지각된 위협감이 높을수록 약물에 대한 지각된 유익성이 높을 것이다(γ_{13}). 본 가설은 기각되었다.

가설 3 : 질병의 증상이 심각할수록 약물에 대한 지각된 유익성이 높을 것이다(γ_{12}). 이 가설은 직접 효과(효과계수=0.03, t=0.29) 유의하지 않아 기각되었다.

가설 4 : 사회적 지지가 높을수록 약물에 대한 지각된 유익성이 높을 것이다(γ_{14}). 본 가설은 직접효과(효과계수=0.54, t=8.08)가 통계적으로 유의하여 지지되었다.

(2) 지각된 장애성을 내생 변수로 하는 가설

가설 5 : 약물에 대한 지식이 높을수록 지각된 장애성이 낮을 것이다(γ_{21}).
본 가설은 직접효과(효과계수=-0.07, t=-1.95)가 통계적으로 유의하지 않아 기각되었다.

가설 6 : 지각된 위협감이 높을수록 지각된 장애성이 높을 것이다(γ_{23}).
본 가설은 기각되었다.

가설 7 : 질병의 증상이 심각할수록 약물에 대한 지각된 장애성이 높을 것이다(γ_{22}). 본 가설은 직접효과(효과계수=0.90, t=13.76)가 통계적으로 유의하여 지지되었다.

가설 8 : 물질 사용이 높을수록 지각된 장애성이 높을 것이다(β_{32}).
본 가설은 직접효과(효과계수=-0.05, t=-1.19)가 통계적으로 유의하지 않아 기각되었다.

(3) 물질사용을 내생 변수로 하는 가설

가설 9 : 지각된 위협감이 높을수록 물질 사용이 낮을 것이다(γ_{33}).
본 가설은 기각되었다.

가설 10 : 증상이 심각할수록 물질사용이 높을 것이다(γ_{32}).
본 가설은 직접효과(효과계수=0.71, t=11.41)가 통계적으로 유의하여 지지되었다.

가설 11 : 사회적 지지가 높을수록 물질 사용이 낮을 것이다(γ_{33}).
본 가설은 직접효과(효과계수=0.30, t=5.45)가 통계적으로 유의 하였으나 그 방향이 일치하지 않아 가설이 기각되었다.

(4) 약물 이행을 내생 변수로 하는 가설

가설 12 : 약물에 대한 지식이 높을수록 약물 이행을 더 잘 할 것이다(γ_{41}).
본 가설은 직접효과(효과계수=0.15, t=3.63)가 통계적으로 유의하여 지지되었다.

가설 13 : 지각된 위협감이 높을수록 약물이행을 더 잘 할 것이다(γ43).
본 가설은 기각되었다.

가설 14 : 증상이 심각할수록 약물이행을 더 잘 할 것이다(γ_{42}).
본 가설은 직접효과(효과계수=-0.16, t=-1.80)가 통계적으로 유의하

지 않아 기각되었다.

가설 15 : 사회적 지지가 높을수록 약물 이행을 더 잘 할 것이다(γ_{43}).

본 가설은 직접효과(효과계수=0.48, t=7.72)가 통계적으로 유의하여 지지되었다.

가설 16 : 지각된 유익성이 높을수록 약물 이행을 더 잘 할 것이다(β_{41}).

본 가설은 직접효과(효과계수=0.20, t=2.14)가 통계적으로 유의하여 지지되었다.

가설 17 : 지각된 장애성이 높을수록 약물 이행을 하지 않을 것이다(β_{42}).

본 가설은 기각되었다.

가설 18 : 물질사용이 높을수록 약물 이행을 하지 않을 것이다(β_{43}).

본 가설은 직접효과(효과계수=0.07, t=1.87)가 통계적으로 유의하지 않아 기각되었다.

Ⅵ. 논의

1. 약물 이행 설명 모형 검증 과정

본 연구는 정신 분열병 환자들의 재발과 재입원의 가장 큰 요인이 되고 있는 약물 불이행의 문제를 해결하기 위하여 수행되었다. 정신 분열병 환자에게 있어서 항정신병 약물은 증상 관리에 필수적 요소이나 증상이 나타나지 않는 상황에서 계속적으로 약물을 복용해야 하는 것은 환자 개인의 의지만으로 이루어지기가 매우 어려운 일이다. 그러므로 그동안 많은 선행 연구들에서는 정신 분열병 환자들의 약물 이행에 영향을 미치는 변인들을 규명하고 약물 이행을 높이기 위한 중재를 개발하는데 초점을 맞추었다. 그러나 대부분의 선행 연구들은 정신 분열병 환자의 약물 이행에 영향을 미치는 변인들을 포괄적으로 측정하지 못하였고 약물 이행을 설명하는 모델을 제시하고 있지 못한 실정이다. 이에 본 연구에서는 정신 분열병 환자들의 약물 이행에 영향을 미치는 요인들을 선행 연구를 통해서 공통적으로 규명되고 있는 변인들이 어떠한 강도와 경로로 약물 이행에 영향을 미치는지에 대한 모델을 개발하였다. 본 연구에서 규명된 변인 이외에도 다수의 변인들이 정신 분열병 환자의 약물 이행에 영향을 미치고 있으나 공변량 구조 분석을 이용한 설명 모델은 간명하면서도 부합도가 높은 모델의 개발에 의의를 두고있기 때문에 위와 같이 변인을 선정하였다.

본 연구의 가설적 모형에서 제시한 정신 분열병 환자의 약물 이행에 영향을 미치는 변인은 약물에 대한 지식, 정신 분열병으로 인해 나타날 수 있는 증상의 심각 정도, 질병 재발에 대한 지각된 위협감, 사회적지지, 약물에 대한 지각된 유익성과 약물 이행시 경험하는 어려움인 지각된 장애성, 그리고 물질 사용으로 구성하였다. 이 변인들 중 어느 변인에 의해서도 영향을 받지 않는 외생 변인은 약

물에 대한 지식, 증상의 심각성, 지각된 위협감, 그리고 사회적 지지로 구성하였고 이들의 영향을 받아 약물 이행에 영향을 미치는 매개 변인으로는 지각된 유익성, 지각된 장애성, 물질사용으로 구성하였다.

수집된 자료를 토대로 이러한 변인들에 대해 공변량 구조 분석을 실시한 결과 가설적 모형을 구성하는 변인들간의 직접적인 경로가 상당 부분 지지는 되었으나 모델의 부합도를 나타내는 전반적 지수들이 적합하지 않아 모델의 수정이 필요함이 시사되었다. 이에 정준 상관 분석에서 제시된 상관 계수와 이론적 타당성을 토대로 모델을 수정하였다. 이와 같은 과정을 통해 전반적 부합 지수들이 증진되어 모형이 자료에 적합한 것으로 나타나 수정 모형을 확정하였다. 수정 모형에서 제시된 경로를 보면 약물 지식과 사회적 지지가 약물 이행에 직접, 간접으로 유의하게 영향을 미치는 변인으로 확인되었으며, 지각된 유익성은 약물 이행에 유의한 영향을 미치는 매개 변인으로 확인되었다. 이러한 결과는 정신 분열병 환자의 약물 이행을 증진시키기 위하여 약물에 대한 지식을 증진시키기 위한 다양한 교육의 필요성과 가족, 친구, 의료인의 지지의 필요성을 다신 한번 확인하고 이러한 측면에서 중재 전략이 개발되어야 함을 시사한다.

2. 약물 이행 영향 요인

본 연구의 모형 검증 결과를 토대로 약물 이행에 영향을 미치는 변인들을 살펴보면 다음과 같다. 정신 분열병 환자의 약물이행은 약물 지식, 사회적지지, 지각된 유익성에 의해 직접적인 영향을 받는 것으로 나타났으며 이들 변수들에 의한 설명력은 33%였다. 이들 변인들 중 사회적 지지의 영향력이 가장 높게 나타났다. 이와 같은 결과는 정신 분열병 환자들의 약물 이행을 증진시키는데 있어서 간호사들의 약물 교육의 중요성이 본 연구에서 제시된 모형을 통해 다시 한번 확인된 것이다. 선행 연구에서도 지식에 대한 요구는 환자와 가족 모두에서 매우 높은 것

으로 보고되고 있다. 퇴원한 정신 질환자 50명을 대상으로 정신 건강 요구를 조사한 노춘희(1998)의 연구 결과에서 정신 건강과 약물 교육, 증상 관리를 포함하는 교육에 대한 요구가 가장 높게 나타났고 정신 질환자 가족들이 전문가들로부터 도움을 받고 싶은 내용을 구체적으로 알아본 오현주(2000) 연구에서도 정신 질환에 대해서 더 알고 싶은 요구가 가장 높고 그 다음이 환자의 활동에 대한 동기부여, 환자가 복용하는 약물의 효과에 대한 교육 순으로 나타나 교육에 대한 요구가 전반적으로 높게 나타났다.

약물에 대한 지식이 치료 이행에 어떠한 영향을 미치는지에 대해서 연구에 따라 일치하지 않은 결과가 제시되고 있다. Harvey 등(1991)은 정신 질환자를 대상으로 약물 교육 프로그램을 실시한 후 대상자들의 지식이 증가하였고 지식의 증가는 약물 이행의 증가를 가져왔다고 보고한 반면 황명숙(1998)은 약물 교육을 실시한 후 실험군에서 지식은 증가하였으나 이행은 증가되지 않았다고 보고하였다. 본 연구에서는 약물에 대한 지식은 약물 이행에 직접, 간접으로 유의한 영향을 미치는 요인으로 확인되었는데 이러한 결과는 환자와 가족에 대한 주요 정보 제공자이며 교육자인 간호사가 환자들의 약물 이행을 높이기 위해서 다양한 교육 프로그램을 개발하여 지식을 제공해야 함이 확인된 결과이다.

본 연구의 모형에서 사회적 지지가 약물 이행에 가장 큰 영향을 미치는 요인으로 나타났는데 이러한 결과는 이미 환자와 건강 관리 전문가와의 관계, 그리고 가족의 지지가 약물 이행을 높이는 전략으로 규명되고 있는 것과 일치하는 것이다(Becker, 1985; Collins-Colon, 1990). 이는 정신 분열병 환자들의 약물 이행이 개인의 노력으로만 이루어지는 단일 현상이 아님을 의미한다. 또한 본 연구에서 사회적 지지가 약물 이행에 미치는 영향이 높게 제시된 것은 본 연구에 참여한 대상자들의 절반 이상이 정신 보건 센터와 보건소, 낮 병원에 정규적으로 참여하여 의료인과 관계를 맺고 지지를 받고 있을 뿐 아니라 가족들과 함께 지역사회 내에 거주하면서 받는 가족으로부터 지지를 제공받고 있는 것과 관련이 있다고

여겨진다.

본 연구 결과를 통해서 사회적 지지가 정신 질환자들의 약물 이행에 가장 중요한 변수임이 확인되었는데 간호사들이 전문가로써 환자에게 제공하는 사회적 지지가 매우 중요하다는 기존의 연구 결과들과 일치하는 것이었다. 그러나 정신 질환자들이 제공받는 사회적지지 정도가 일반 성인에 비해서 낮은 것으로 보고되고 있어(오경옥, 1990) 많은 정신 질환자들이 필요로 되는 만큼의 사회적 지지를 받고 있지 못하다는 것을 알 수가 있다. 그러므로 본 연구의 결과를 토대로 정신 질환자들의 약물 이행 정도를 높이기 위해서는 질병에 대한 교육과 함께 의료인과 가족의 지지가 함께 제공되어야 할 것이다.

지각된 유익성은 약물 지식과 사회적 지지로부터 영향을 받아 약물 이행에 유의한 영향을 미치는 매개 변인으로 규명되었다. 건강 신념 모형에서 지각된 유익성은 개인들이 바람직한 건강 행위를 취하도록 하는 결정 요인이며, 행동의 변화와 치료 이행에서 필수적인 요소이다. 구미옥 등(1990)은 만성 질환자와 환자 역할 행위간의 관계를 규명한 논문 33편을 분석한 결과 66%의 논문에서 지각된 유익성은 환자 역할 행위와 관련이 있는 것으로 규명되었고 건강 신념 개념들 중 가장 높은 지지를 받은 것으로 나타났다. 이러한 지각된 유익성은 곧 대상자들이 치료지시나 약물 이행을 하도록 하는데 가장 중요한 계기가 되는데 이는 곧 항정신병 약물의 치료효과와 증상의 호전, 재발과 재입원 방지, 가정과 직장 생활 유지 등의 유익성을 의미한다(이영희 등, 1989). 본 연구에서도 지각된 유익성은 이행을 하도록 하는 중요한 변인임이 확인되어 약물에 대한 교육과 사회적 지지를 통하여 정신 분열병 환자들의 약물에 대한 유익성을 인식하도록 하는 것은 약물 이행을 증가시키는 방안이다.

한편 증상의 심각성과 물질 사용은 약물 이행에 미약한 영향을 미치는 요인으로 나타났다. 증상의 심각성이 약물 이행에 미치는 영향은 선행 연구에서도 일치되는 결과가 제시되고 있지 않다. 즉, 정신 질환자들의 증상이 심각할수록 약물에

대해 부정적 태도를 보인다고 하는 연구 결과와(Drain 등, 1994) 그들이 증상이 나타나지 않을 경우 건강하다고 느끼게 되어 약물이 필요 없다고 인식하기 때문에 약물 이행을 하지 않는다는 연구 결과가 보고되고 있다(Forman, 1993, Budd 등, 1996). 본 연구에서는 증상이 심각하면 약물을 더 잘 이행할 것이라는 가설을 설정하였으나 이 가설이 기각됨에 따라 증상의 심각성은 약물 이행에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 본 연구 대상자들의 증상의 심각성 정도가 매우 낮았기 때문으로 사려된다. 본 연구에서 BPRS(Brief Psychiatric Rating Scale) 도구를 이용하여 측정한 증상의 심각성은 평균 27.45로써 중간 점수인 72점보다 매우 낮았다. 이는 본 연구의 대상자들이 입원 환자가 아닌 지역사회에 거주하는 환자들이었으므로 그들이 경험하는 증상의 정도가 매우 낮았던 것으로 여겨진다. 따라서 증상의 심각성이 약물 이행에 미치는 영향은 입원 환자와 다른 정신 질환자를 대상으로 추후 연구가 수행되어 관계성이 규명되어야 할 것이다.

선행 연구에서 물질 사용은 약물 불이행을 예측하는 중요한 요인으로써, 병원에 재입원하는 정신 질환자들의 대다수가 물질 남용의 과거력을 가지고 있는 것으로 보고되고 있다(Owen 등, 1996; Olfson 등, 2000). 물질 남용은 약물 이행을 저해하는 요인으로 Pristach 등(1990)도 음주시에는 62%의 환자들이 항정신증제 복용을 중단하였고, 약물 불이행을 8배나 높인다고 하였다. 그러나 이러한 연구 결과와는 상반되게 본 연구에서는 알코올과 흡연은 약물이행에 아주 미약한 영향을 미치는 정도로 나타났다. 이러한 결과는 선행 연구와 본 연구의 대상자 차이에 기인한다. 정신 질환자들의 물질 사용에 대한 대부분의 선행 연구들은 주로 국외에서 이루어져 물질 사용에 음주와 다양한 마약류를 남용하는 대상자들을 포함시켰으나 본 연구 참여 대상자들 중 마약류를 사용한다고 응답한 대상자는 한 명도 없었다. 따라서 본 연구에서는 물질 사용 정도를 음주량과 흡연량만으로 분석하였기 때문에 선행 연구와 일치하지 않는 것으로 여겨진다. 또 다른 요인은 물질 사

용정도가 심하여 스스로 약물 이행을 할 수 없는 환자들은 가족에 의해서 이미 병원이나 장기 요양 시설등에 입원해 있는 상황이어서 본 연구에 포함되지 못하고 지역사회에 거주하면서 치료 기관에 다니고 있는 대상자들만이 연구에 참여했기 때문으로 사려된다. 한편 국내에서는 현재 정신 분열병 환자들의 물질 사용과 관련된 연구가 거의 없는 실정이어서 이 분야에 대한 관심이 요구되어지며 나아가 물질 사용과 약물 이행에 대한 다양한 연구들이 수행될 필요성이 제기된다.

지각된 장애성은 본 연구에서 약물 이행에는 영향을 미치지 않는 변인으로 나타났다. 가설적 모형에서 지각된 장애성은 약물 이행에 영향을 미치는 것으로 표현되었으나 그 영향력은 아주 미약하였고, 수정 모형에서는 영향력을 미치지 않는 변수로 나타났다. 건강 신념 모델에서 환자들이 약물 이행을 하는 이유는 지각된 유익성이 지각된 장애성을 초과할 때라고 설명하고 있다(Richardson 등, 1993; Budd 등, 1996). 따라서 본 연구의 결과는 대상자들이 지각된 유익성을 장애성보다 높게 인지하여 약물 이행에 유의한 영향을 미치는 것으로 설명할 수 있다. 약물 이행시 지각된 장애성은 약물의 부작용을 포함하여, 비용의 부담감, 교통수단의 문제점, 기타 불편감등을 의미하는데(Perkins, 1999) 이 중 약물의 부작용은 약물 이행시 가장 큰 장애성으로 보고되고 있다. 그러나 점차 새롭게 개발되는 항정신증제들은 기존의 약물들에 비하여 부작용이 매우 적은 것으로 보고되고 있다. 특히 Depot 주사제를 투여 받는 환자들의 건강 신념과 약물 이행 연구(Budd 등, 1996; Pan 등, 1989)에서는 지각된 장애성이 약물 이행에 중요한 변수가 아니라고 보고하고 있는데 이는 본 연구 결과와 유사한 결과였다.

그러나 아직까지 환자들이 약물 이행을 지속하지 못하는 가장 큰 장애 요인이 항정신성 약물의 부작용으로 보고되는 점을 감안할 때 지각된 장애성이 약물 이행에 미치는 영향이 지지되지 않은 본 연구의 결과는 장애성을 측정한 도구의 신뢰도가 낮았고, 약물의 부작용을 단일 문항으로 질문한 점등의 연구 도구상의 문제를 들 수 있다. 또 다른 요인은 본 연구 대상자가 만성 질환자들이었기 때문에

약물의 용량이 비교적 낮아 대부분 부작용을 경험하고 있지 않았던 점이 연구 결과에 영향을 미쳤을 것으로 사려된다.

지각된 위협감은 본 연구에서 정신 분열병 환자들의 약물 이행을 설명하는데는 적합하지 않은 개념으로 확인되었다. 지각된 위협감이 포함된 본 연구의 가설적 모형에서 모델의 부합도가 매우 낮게 나타났는데 최적의 모델을 찾는 과정에서 지각된 위협감을 포함시키지 않은 결과 부합도가 매우 높아짐을 볼 수 있었다. 이러한 결과는 기존의 연구들과는 상반된 결과이다. 즉, 선행 연구에서는 항정신증제를 복용하는 환자들의 건강 신념과 약물 이행에서 지각된 민감성과 심각성은 개인의 전반적 위협감을 결정하며 위협감이 높을수록 약물이행은 높아지는 것으로 보고되고 있다(Nageotte 등, 1997; Budd등, 1996; Mulaik, 1992; Pan 등, 1989). 지각된 위협감이 약물 이행을 설명하는데 적절하지 않은 개념으로 나타난 본 연구의 결과는 본 연구에 참여한 대부분의 대상자들이 5년 이상 기간동안 질병을 앓아왔기 때문에 재발에 대한 민감성이나 심각성과는 무관하게 약물을 이행함을 의미한다. 이는 건강 신념은 질병 기간이나 치료기간이 길어짐에 따라 점점 미약해져 가기 때문에 정신 질환과 같은 만성 질환에서는 약물 이행과 건강 신념이 유의하지 않다는 견해(Pan 등, 1989)를 반영하는 결과로도 해석될 수 있다.

공변량 구조 분석을 통하여 개발되는 모델은 현실을 반영하면서 이론적 타당성을 가지며 현상에 대한 종합적 설명을 할 수 있어야 한다(조선배, 1996). 본 연구에서 개발된 모델은 설명력이 33%에 그침으로써 정신 분열병 환자들의 약물 이행을 설명하는데는 제한점을 가지나 이 현상에 대한 이론 개발의 토대를 이루었다는 점에서 의의가 있다고 여겨진다.

위의 변인들간의 인과적 관계를 설명하는 모형을 종합해보면 정신 분열병 환자들의 약물이행은 약물 지식과 사회적 지지에 의해서 직접적인 영향을 받으며, 이 지식과 사회적 지지는 또한 지각된 유익성에 영향을 미쳐 간접적으로도 약물이행에 영향을 미치는 요인이 된다. 이러한 결과는 간호사들에게 정신 분열병 환

자들의 약물 이행을 증진시키는 간호 중재 개발에 중요한 의의를 지니는 것으로써 약물 교육과 상담을 통한 지식의 전달과 환자와 가족에 대한 지지를 더욱 강화할 수 있는 이론적 근거를 제시한다고 할 수 있다.

3. 일반적 특성과 약물 관련 특성

일반적 특성과 약물 관련 특성들이 약물 이행에 미치는 영향에 대해서는 일치되지 않는 연구 결과들이 보고되고 있다. 연령이 젊을수록, 남성일수록, 교육 수준이 높을수록 약물 이행을 하지 않는다는 결과(Colom 등, 2000; Drain 등, 1994; Richardson 등, 1993; 이경희, 1997)들과 이러한 특성들을 비롯하여 종교의 유무, 결혼 여부 등은 약물이행과 관련이 없는 것으로 제시되고 있다(Gao 등, 2000; Swartz 등, 1998; 권오영, 박현미, 심충섭 등, 1994; 김태경, 1993). 본 연구에서는 연구 대상자들의 일반적 특성과 약물 특성에 따른 약물 이행의 차이가 없는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 본 연구 대상자들의 약물 이행 평균이 86.72로 약물 이행을 잘 하는 대상자들로 구성되었기 때문으로 해석된다.

미국의 환자 교육 위원회(National Council on Patient Information and Education)는 환자들이 약물을 불이행하는 요인이 치료기간, 처방된 약물의 개수, 용량 등으로 규정하고 있다. 약물 특성이 약물 이행에 미치는 영향을 규명한 연구들은 약물의 복용 횟수와 개수가 많을수록, 유병 기간이 길어질수록 불이행이 높아지는 것으로 보고되고 있다(Bond 등, 1991; 윤진상 등, 1988; 이강희 등, 1988; 전창만 등, 1988). 이와 같이 약물 관련 특성들이 약물 이행에 영향을 미치는 요인이 될 수 있으나 본 연구에서는 환자들의 약물 복용 기간, 평균 약 복용 개수, 하루 약 복용 횟수 등에 따른 약물 이행 차이가 없는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 본 연구의 자료수집 장소가 종합 병원 외래나 개인병원, 정신 건강 센터와 같은 기관 중심으로 이루어졌기 때문으로 여겨진다. 즉, 이러한 기관에 오는 정신 분

열병 환자들은 기관에서 약물에 대한 교육을 제공받고 약물 이행에 대한 의료인의 감독이 이루어지기 때문에 약물 이행을 잘 하고 있다고 간주되어지며, 약물 이행에 대한 자료의 분포도 정규 분포를 하고 있지 않는 것으로 나타나 약물 특성에 따른 약물 이행의 차이가 나타나지 않은 것으로 생각된다.

이러한 결과를 토대로 볼 때 정신과 치료 기관에 참여하는 정신 분열병 환자들은 그들의 인구학적 특성이나 약물 특성보다는 약물 지식과 사회적지지, 지각된 유익성이 약물 이행에 유의한 영향을 미치는 요인이라 할 수 있다.

4. 연구의 의의

본 연구의 의의를 이론과 연구, 실무적인 측면에서 논하면 다음과 같다.

1) 간호 이론 측면

본 연구는 정신 분열병 환자들의 약물 이행을 선행 연구 고찰과 건강 신념 모델의 주요 개념인 지각된 위협감과 지각된 유익성, 지각된 장애성을 이용하여 설명하고자 하였다. 지각된 유익성은 이들의 약물 이행을 설명하는 주요 변수임이 확인되었으나 지각된 위협감은 적합하지 않은 개념으로 제시되었으며, 지각된 장애성도 약물 이행에는 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 따라서 정신 분열병 환자들의 약물 이행을 설명하는데 있어서 건강 신념 모델이 완전히 지지된 것은 아니나 일부 지지됨을 보여 정신 분열병 환자들에게도 인지적 이론의 적용 가능성을 보였다고 할 수 있다. 또한 본 설명 모델은 정신 분열병 환자들의 약물 이행을 설명하는 중 범위 이론(middle range theory)을 개발하는데 기초가 될 수 있을 것으로 사료된다.

2) 간호 연구 측면

정신 질환자를 대상으로 수행된 기존의 연구들은 비교적 적은 표본수와 단순 개념을 가지고 약물 이행자와 불이행자의 차이를 규명하는 연구였다. 이에 본 연구에서는 이러한 자료들을 종합하여 약물 이행이라는 하나의 현상에 영향을 미치는 요인들을 총체적으로 규명하고자 하였다. 따라서 공변량 구조 분석을 통하여 약물 이행에 영향을 미치는 변인들간의 직접 효과와 간접 효과, 총효과등을 규명하여서 정신 분열병 환자들의 약물 이행을 설명할 수 있는 더 많은 정보를 제공하였다. 또한 정신 질환자를 대상으로 한 국내의 선행 약물 관련 연구들은 이론적 기틀을 사용하지 않은 연구들이 다수이므로 본 연구에서는 이론적 기틀을 토대로 연구가 수행된데서 연구의 의의를 찾을 수 있고, 신뢰도가 입증된 연구 도구의 사용과 다양한 장소에서의 대상자 표출 그리고 많은 표본을 이용한데에 연구의 의의가 있다고 할 수 있다.

3) 간호 실무 측면

본 연구에서 구축된 설명모형은 정신 분열병 환자들의 약물 이행을 증진시키기 위한 간호 전략으로 이용될 수 있다. 즉, 간호사들은 다양한 교육 프로그램을 통하여 대상자들의 지식을 증진시킴으로써 약물 이행을 도울 수 있고, 약물 복용시의 장애성 보다는 약물을 복용함으로써 얻게 되는 유익성에 중점을 두어 교육을 실시함이 약물 이행을 증진시킬 수 있다고 여겨진다. 또한 임상이나 지역사회에서 대상자들에 대한 지지를 제공하고, 가족들의 지지를 높이기 위한 전략을 수립함으로써 실제적으로 환자에 대한 이행을 도울 수 있도록 하는 근거를 제공한데서 본 연구의 의의를 찾을 수 있다.

5. 연구의 제한점

본 연구는 다음과 같은 제한점을 갖는다.

1) 본 연구는 횡단적 자료수집을 통한 모형구축이므로 정신 분열병 환자의 약물 이행에 영향을 주는 모든 요인들간의 인과 관계를 설명하는데는 제한점을 갖는다.

2) 본 연구의 자료수집은 주로 종합 병원 외래나 정신 보건 센터 등을 정규적으로 방문하는 대상자들을 중심으로 이루어졌으므로 모든 정신 분열병 환자들에게 확대 해석하는데 제한점을 갖는다.

VII. 결론 및 제언

1. 요약 및 결론

본 연구는 선행 연구 고찰과 건강 신념 모델의 주요 개념을 기초로 가설 모형을 구축하여 가설을 검증하는 공변량 구조 분석 연구이다. 본 연구의 목적은 정신 분열병 환자의 약물 이행에 영향을 주는 변인들을 선정하여 이들의 약물 이행을 총체적으로 설명하는 가장 간명하면서도 부합도가 높은 모델을 개발하기 위함이었다.

이를 위하여 인지적 요인, 질병 관련 요인, 사회적 요인, 인지-평가 요인, 상황적 요인으로 개념적 기틀을 구성하였다. 인지적 요인으로는 약물 지식과 지각된 위협감을, 질병 관련 요인으로는 증상의 심각성을, 사회적 요인으로는 사회적 지지를 포함시켰으며 이들 변인들은 외생 변인에 해당하였다. 또한 매개 변인으로는 개인-평가 요인의 지각된 유익성과 지각된 장애성을, 상황적 요인으로는 물질 사용을 포함시켰다. 이들 이론 변수들은 요인 분석을 통해 나누어진 측정 변인들로 측정되어서 본 연구에서는 총 8개의 이론 변수와 17개의 측정 변수로 이루어졌다.

연구 도구들중 약물 지식, 지각된 민감성과 지각된 심각성, 지각된 유익성, 지각된 장애성 부분은 선행 연구와 대상자들과 일대일 면담을 통하여 본 연구자가 개발하였으며 도구의 타당도와 신뢰도가 검증되었다. 본 연구의 자료수집은 2001년 3월 14일에서 5월 26일까지 이루어졌으며 총 208부의 자료가 수집되었다.

자료 분석 방법으로 대상자들의 일반적 특성과 약물 관련 특성은 SPSS PC 10.0 Win Program을 이용하여 분석하였고, 구조모형은 LISREL 8.12 Win Program을 이용하여 분석하였다.

자료 분석 결과 총 7개의 경로가 유의하게 제시되었으며 연구의 변인들이 약

물 이행을 설명하는 설명력은 33%였다. 정신 분열병 환자의 약물 이행은 약물 지식이 높을수록, 사회적 지지가 높을수록, 지각된 유익성이 높을수록 높게 제시되었으며, 증상의 심각성은 직접 효과에서는 유의하지 않았으나 총효과에서 유의하여 이 또한 약물 이행에 영향을 미치는 변인으로 나타났다. 그러나 물질 사용은 약물 이행에 미치는 영향력이 미약하였다.

본 연구의 결과 정신 분열병 환자의 약물 이행에 영향을 미치는 변인과 변인들의 경로, 영향력의 강도 등이 파악되었다. 이러한 결과를 토대로 환자들과 가족들에게 약물에 대한 교육을 실시하고 사회적 지지를 높이며, 약물의 장애성보다는 유익성을 강조하는 간호중재를 제공하는데 중점을 두어야 할 것으로 생각된다.

2. 제언

본 연구의 결과를 토대로 다음을 제언하고자 한다.

1) 본 연구 결과 지각된 장애성이 약물 이행에 영향을 미치지 않는 요인으로 규명되었는데 선행 연구에서 약물의 부작용이 약물 불이행을 설명하는 가장 큰 요인으로 제시되고 있는 바 약물의 부작용만을 측정하는 도구를 이용하여 약물 부작용이 약물 이행에 미치는 영향을 규명할 것을 제언한다.

2) 사회적 지지와 약물 지식으로부터 영향을 받아 지각된 유익성이 약물 이행에 영향을 미치는 결과를 토대로 지각된 유익성을 높일 수 있는 간호 중재 프로그램의 개발을 제언한다.

3) 본 연구에서는 물질 사용이 약물 이행에 미치는 영향력이 아주 미약하게 제시된 반면 국내에서는 아직 알코올이나 흡연이 약물 이행에 미치는 영향을 규명한 연구가 없으므로 이에 대한 구체적인 후속 연구 수행을 제언한다.

4) 정신 분열병 환자들의 약물 이행에 대한 추후 연구에서는 지역사회에 거주하면서 정신과 치료 기관에 참여하지 않는 대상자들을 포함한 연구가 진행될 것

을 제언한다.

5) 본 연구에서 사회적 지지가 약물 이행에 미치는 영향이 가장 크게 제시되고 있음에 따라 이들의 사회적 지지를 제공할 수 있는 지지모임이나 환자와 가족이 함께 참여하는 지지 모임등이 더욱 활발히 이루어질 것을 제언한다.

6) 본 연구를 통해서 약물에 대한 지식이 약물 이행에 직, 간접으로 영향을 미치는 주요 요인임이 확인됨에 따라 정신 분열병 환자들의 약물 지식을 높이기 위하여 컴퓨터와 비디오등을 이용한 프로그램을 포함하여 다양한 교육 프로그램과 소책자가 개발될 것을 제언한다.

참고문헌

강희영(1996). 성인 여성의 유방 자가 검진 교육 방법에 따른 교육의 효과. 기본간호 학회지, 3(1), 81-94.

구미옥, 이은옥(1990). 건강신념 모델과 한국인 만성 질환자의 환자 역할 행위. 대한간호, 29(3), 49-63.

권영탁(1995). 정신 분열병을 이겨낸 사람들. 도서출판 건생

권오영, 박현미, 심충섭, 강성수, 김승현, 김주한, 김명호, 성기범, 이승현(1994). 간질환자에서 치료 순응성에 영향을 미치는 인자. 대한신경과학회지, 12(2), 215-224.

김미종(2000) 기혼여성의 피임행위에 관한 설명 모형. 연세대학교 대학원 간호학과 박사학위 논문

김병로, 강윤형, 홍경수, 유범희, 김승태 (1997). 정신 분열병의 약물 유지 치료 현황 - 서울, 경기 일원의 정신과 임상의들의 의견. 신경 정신 의학, 36(1), 43-54.

김보연, 이창욱, 박종원 (1993). 정신 분열병 환자의 병식에 대한 정신 병리와 약물 순응도의 관계. 신경정신의학, 32(3), 373-380.

김순봉(1998). 류마티스 관절염 환자의 지식, 자기 효능감 및 치료 이행과의 관계 연구. 류마티스 건강 학회지, 5(2), 238-252.

김용식(1996). 정신분열증의 약물치료. 대한의사 협회지, 39(12), 1519-1524.

김윤희, 이광자, 유숙자, 이소우, 김소야자 (2001). 정신 간호 총론. 수문사

김천태, 이경수, 강복수(1996). 폐결핵 환자의 치료 순응과 관련된 요인. 예방의학회지, 29(1), 79-90.

김태경(1992). 입원한 정신 분열병 환자의 투약 순응 및 비순응에 관한 연구-판별

함수 추정을 중심으로 한 결정 요인 분석. 대한간호, 31(1), 57-64.

김태경(1993). 외래 정신 분열병 환자의 항정신병 약물 복용 양상에 관한 연구 : 판별함수 분석 기법을 통한 결정 변인 분석. 간호학회지, 23(1), 130-141.

남정자, 한영자, 최정수, 한충길(1994). 정신 보건의 현황과 정책과제. 한국 보건사회 연구원.

노춘희(1998). 일 지역 정신과 퇴원 환자 및 가족의 정신 건강 요구. 정신간호학회지, 7(2), 219-231.

문정순(1990). 성인의 건강 신념 측정도구 개발 연구. 연세대학교 박사학위 논문.

민성길(1994). 약물치료에 관련된 정신역동. 신경정신의학, ,56-62.

문화체육부(1996). 청소년 약물 남용 실태와 예방 대책 연구. 단행본

박광배(2000). 다변량 분석. 학지사

박소미 (1999). 한국여성의 Pap 도말검사 지속적 참여행위에 관한 설명모델. 연세대학교 대학원 간호학과 박사학위 논문.

소인애, 권영숙, 박청자(1999). 류마티스 관절염 환자의 사회적지지, 치료 지시 이행, 및 사회 심리적 적응과의 관계 연구. 류마티스 건강 학회지, 6(2), 211-225.

손경희 (1997). 정신질환자와의 약물 및 증상 관리에 대한 자가간호 교육 효과. 간호과학, 9(1), 59-86.

오경옥(1990). 정신 질환자와 일반 성인의 사회적지지, 생활 사건, 우울의 관계에 관한 비교 연구. 연세대학교 대학원 간호학과 박사 학위 논문.

오현주(2000). 정신 질환자 가족의 부담감과 전문적 도움과의 관계 연구. 대한간호학회지, 30(1), 202-212

윤진상, 김중원 (1988). 입원중인 정신 분열증 환자의 약물 거부: 투약 거부자와 순응자의 비교. 신경 정신 의학, 27(1), 199-210.

이강희, 조맹제, 이정균 (1988). 정신분열병 환자의 약물 비순응에 영향을 미치는 요인. 신경정신의학, 27(1), 181-192.

이경희(1997). 통원 치료중인 정신병 환자들의 약물 복용에 관한 연구. 연세대학교 대학원 간호학과 석사학위 논문

이병구(1998). 환자의 복약 불이행. 대한의사 협회지, 41(12). 1243-1251.

이순묵 (1990). 공변량 구조분석. 서울: 성원사.

이영희, 김이영(1989). 정신 분열병 환자들의 치료 순응에 영향을 미치는 요인. 신경 정신의학, 28(2), 292-305.

이충순, 한은선, 황태연 (1996). 현대 정신 보건과 지역사회 - 정신 장애인을 위한 정신 사회 재활 치료 프로그램. 경기도 수원시 용인 정신 병원

이평숙(1994). 향정신성 약물치료에 대한 간호사와 환자의 지각 비교 연구. 대한간호학회지, 24(1), 47-57.

임미영 (1998). 한국 대학생의 건강증진 행위 예측모형 구축. 연세대학교 대학원 간호학과.

전창만, 최용성 (1988). 만성 정신 분열병 외래 환자의 항정신병 약물에 대한 개념 및 태도 조사. 신경 정신 의학, 27(5), 871-881.

정혜인(1995). 유방 종양 수술 환자의 유방 자가 검진에 대한 지식과 이행에 관한 연구. 연세 대학교 교육대학원 석사 논문.

조선배(1996). LISREL 구조 방정식 모델. 영지문화사

최영희, 진공범(1983). Health Belief와 Health Behavior에 관한 문헌적 고찰. 최신의학, 26(2), 160-170

황명숙(1998). 약물교육이 정신 분열병 환자의 약물에 대한 지식 및 약물 복용 이행에 미치는 영향. 연세대학교 보건대학원 석사학위 논문.

Adams, J., & Scott, J. (2000). Predicting medication adherence in severe mental disorders. Acta Psychiatrica Scandinavica, 101, 119-124.

American psychiatric association(1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders(4th ed.). Washing, D. C. : Author.

Bond, W. S., & Hussar, D. A. (1991). Detection methods and strategies for improving medication compliance. American Journal of Hospital Pharmacists, 48, 1978-1988.

Becker, M. H. (1974). The health belief model and personal health behavior. Health Education Monograph, 2, 324-473

Becker, M. H. (1985). Patient adherence to prescribed therapies. Medical Care, 23(5), 539-555.

Bond, W. S., & Hussar, D. A. (1991). Detection methods and strategies for improving medication compliance. American Journal of Hospital Pharmacists, 48, 1978-1988.

Buchanan, A. (1992). A two-year prospective study of treatment compliance in patients with schizophrenia. Psychological Medicine, 22, 787-797

Buckley, P. F. (1998). Substance abuse in schizophrenia. Joural of Clinical Psychiatry, 59(supply 3), 26-30.

Budd, R. J., Hughes, I, & Smith, J. A. (1996). Health beliefs and compliance with antipsychotic medication. Britisch Journal of Clinical Psychology, 35, 393-397

Caplan, G. (1974). Support systems and community mental health. Behavioral Publications.

Carpenter, W. T. (1996). Maintenance therapy of persons with schizophrenia. Journal of Clinical Psychiatry, 57(supply 9), 10-18

Cohen, S., & Hoberman, H. (1983). Positive events and social supports as buffers of life change stress. Journal of Applied Social Psychology, 13,

99-125.

Cohen, S. & Wills, T. A. (1989). Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychological Bulletin, 98(2), 310-357

Collins-Colon, T. (1990). Do it yourself : Medication management for community based clients. Journal of Psychosocial Nursing, 28(6), 25-29.

Colom, F., Vieta, E., Martinez-Aran, A., Reinares, M., Benabarre, A., & Gasto, C. (2000). Clinical factors associated with treatment noncompliance in euthymic bipolar patients. Journal of Clinical Psychiatry, 61(8), 549-555.

DeQuardo, J. R., Carpenter, C. F., & Tandon, R. (1994). Patterns of substance abuse in schizophrenia : nature and significance. Journal of Psychiatric Research, 28(3), 267-275.

Dixon, L., Haas, G., & Weiden, P. J. (1991). Drug abuse in schizophrenic patients : clinical correlates and reasons for use. American Journal of Psychiatry, 148, 224-230.

Drain, J., & Solomon, P. (1994). Explaining attitudes toward medication compliance among a seriously mentally ill population. Journal of Nervous and Mental Disease, 182, 50-54.

Fenton, W. S., Blyler, C. R., & Heinssen, R. K. (1997). Determinants of medication compliance in schizophrenia : Empirical and clinical findings. Schizophrenia Bulletin, 23(4), 637-651.

Fleischhacker, W. W., & Hummer, M. (1997). Drug treatment of schizophrenia in the 1990s : Achievements and future possibilities in optimising outcomes. Drugs, 53(6), 915-929.

Forman, L. (1993). Medication : Reasons and interventions for noncompliance. Journal of Psychosocial Nursing, 31(10), 23-25.

Frank, A. F. & Gunderson, J. G. (1990). The role of the therapeutic alliances in the treatment of schizophrenia : Relationship to course and outcome. Archives of General Psychiatry, 47, 228-236

Gao, X., Nau, D. P., Rosenbluth, V. S., & Woodward, C. (2000). The relationship of disease severity, health beliefs and medication adherence among HIV patients. AIDS Care, 12(4), 387-398.

Hagger, C., Buckley, P., & Kenny, J. T. (1993). Improvement in cognitive functions and psychiatric symptoms in treatment-refractory schizophrenic patients receiving clozapine. Biological Psychiatry, 34, 702-712.

Harber, J., Krainovich-Miller, B., McMahon, L. A., & Price-Hoskins, P. (1996). Comprehensive psychiatric nursing(5th ed.). St. Louis : Mosby.

Harvey, N. S., & Peet, M. (1991). Lithium maintenance : Effects of personality and attitude on health information acquisition and compliance. Britisch Journal of Psychiatry, 158, 200-204.

Heyduk, L. J. (1991). Medication Education : Increasing patient compliance. Journal of Psychosocial Nursing, 29(12), 32-35.

Heyscue, B. E., Levin, G. M., & Merrick, J. P. (1998). Compliance with Depot antipsychotic medication by patients attending outpatient clinics. Psychiatric Services, 49(9), 1232-1234

Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The Health Belief Model : A decade later. Health Education Quarterly, 11(1), 1-47.

Kaplan, E. M. (1997). Antidepressant noncompliance as a factor in the discontinuation syndrome. Journal of Clinical Psychiatry, 58(suppl 7), 31-36.

Kasl, S. V. (1974). The Health Belief Model and behavior related to chronic illness. The health belief model and personal health behavior. Charles. B, Slack.

Kelly, G. R., Maimon, J. A., & Scott, J. E. (1987). Utility of the health belief model in examining medication compliance among psychiatric outpatients. Social Science Medicine, 25(11), 1205-1211

Kissling, W. (1992). Ideal and reality of neuroleptic relapse prevention. British Journal of Psychiatry, 161(suppl. 18), 133-139.

Kopla, L. C., Fredrikson, D., Good, K. P., & Honer, W. G. (1996). Symptoms in neuroleptic-naive, first episode schizophrenia : Response to Risperidone. Biological Psychiatry, 39, 296-298.

Lannon, S. L. (1997). Using a health promotion model to enhance medication compliance. Journal of Neuroscience Nursing, 29(3), 170-178.

Maiman, L. A., & Becker, M. H. (1974). The health belief model: Origins and correlates in psychological theory. Health Education Monographs, 2(4), 336-353.

Marder, S. R., Mevane, A., Chien, C. P., Winslade, W. J., Swann, E., & Van Putten, T. (1983). A comparison of patients who refuse and consent to neuroleptic treatment. Archives Journal of Psychiatry, 140(4), 470-472

Meltzer, H. Y., Burnett, S., & Bastani, B. (1990). Effects of six month of clozapine treatment on the quality of life of chronic schizophrenic patients. Hospital Community Psychiatry, 41, 892-897.

Miller, B. F., & Keane, C. B. (1997). Encyclopedia dictionary of medicine, nursing, and allied health. PA : Saunders

Mirotznik, J., Ginzler, E. Zagon, G. & Baptiste, A. (1998). Using the Health

Belief Model to explain clinic appointment-keeping for the management of a chronic disease condition. Journal of Community Health, 23(3), 195-210.

Mueser, K., Valentiner, D., & Agresta, J. (1997). Coping with negative symptoms of schizophrenia : patient and family perspectives. Schizophrenia Bulletin, 23(2), 329-339.

Mulaik, J. S. (1992). Noncompliance with medication regimens in severely and persistently mentally ill schizophrenic patients. Issues in Mental Health Nursing, 13, 219-237.

Munich, R. L. (1997). Contemporary treatment of schizophrenia. Bulletin of the Mennigr Clinic, 61(2), 189-221.

Nageotte, C., Sullivan, G., Duan, N., & Camp, L. (1997). Medication compliance among the seriously mentally ill in a public mental health system. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 32, 49-56.

Olfson, M., Glick, D. I., & Mechanic, D. (1993). Inpatient treatment of schizophrenia in general hospitals. Hospital and Community Psychiatry, 44(1), 40-44.

Olfson, M., Mechanic, D., Hansell, S., Boyer, A. C., Walkup, J., & Weiden, P. J. (2000). Predicting medication noncompliance after hospital discharge among patients with schizophrenia. Psychiatric Services, 51(2), 216-222.

Okuno, J., Yanagi, H., Tomura, S., Oka, M., Hara, S., Hirano, C., & Tsuchiya, S. (1999). Compliance and medication knowledge among elderly Japanese home-care recipients. Europian Journal of Clinical Pharmacology, 55, 145-149.

Overall, J. E., & Gorham, D. R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. Psychological Reports, 10, 799-812.

Owen, R. R., Fischer, E. P., Booth, B. M., & Cuffel, B. J. (1996). Medication noncompliance and substance abuse among patients with schizophrenia. Psychiatric Services, 47(8), 853-858.

Pan, P. C., & Tantum, D. (1989). Clinical characteristics, health beliefs and compliance with maintenance treatment: a comparison between regular and irregular attenders at a depot clinic. Acta Psychiatrica Scandinavica, 79. 564-570.

Perkins, D. O. (1999). Adherence to antipsychotic medications. Journal of Clinical Psychiatry, 60(suppl 21), 25-30.

Pereles, L., Romonko, L., Murzyn, T., Hogan, D., Silvius, J., Stokes, E., Long, S., & Fung, T.(1996). Evaluation of a self-medication program. American Geriatrics Society, 44(2), 161-165.

Pristach, C. A., & Smith, C. M. (1990). Medication compliance and substance abuse among schizophrenia patients. Hospital and Community Psychiatry, 41(12), 1345-1348.

Razali, M. S., & Yahya, H. (1995). Compliance with treatment in schizophrenia: A drug intervention program in a developing program. Acta Psychiatrica Scandinavica, 91, 331-335

Reiger, D. A., Farmer, M. E., & Rae, D. S. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Journal of the American Medical Association, 264, 2511-2518

Richardson, M. A., Simons-Morton, B., & Annegers, J. F. (1993), Effect of perceived barriers on compliance with antihypertensive medication.

Health Education Quarterly, 20(4), 489-503.

Rosenstock, I. M. & Kirscht, J. P. (1974). Practice implication. In M. H. Becker(ed.). The health belief model and personal health behavior. Charles. B, Slack.

Rosenstock, I. M., Strecher, V. J. & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the Health Belief Model. Health Education Quarterly, 15(2), 175-183.

Rosenstock, I. M. (1990). The HBM : Explaining health behavior through expectancies. In K. Glanz(Ed.). Health behavior and health education. (pp. 39-62). Jossey-Bass Publishers

Ruscher, S. M., Wit, R., & Mazmanian, D.(1997). Psychiatric patients' attitudes about medication and factors affecting noncompliance. Psychiatric Services, 48(1), 82-85.

Salloum, I. M., Moss, H. B., & Daley, D. C. (1991). Substance abuse and schizophrenia : impediments to optimal care. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 17(3), 321-336.

Sarason, I. G. (1983). The social support questionnaire. In Measuring health : A guide to rating scales and questionnaires, New York : Oxford Univ, Press.

Schwartz, R. C., Skaggs, J. L., & Peterson, S. (2000). Critique of recent empirical research on insight and symptomology in schizophrenia. Psychological Reports, 86, 471-474.

Scott, C. S., Lore, C., & Owen, R. G. (1992). Increasing medication compliance and peer support among psychiatrically diagnosed students. Journal of School Health, 62(10), 478-480.

Sedlak, C. A., Doheny, M. O., & Jones, S. (1998). Osteoporosis prevention in young women. Orthopedic Nursing, May/June, 53-60.

Sedlak, C. A., Doheny, M. O., & Estok, P. J. (2000). Osteoporosis in older men : knowledge and health belief. Orthopedic Nursing, 19(3), 38-42

Silva, R. R., Munoz, D. M., Daniel, W., Barickman, J., & Friedhoff, A. J. (1996). Causes of Haloperidol discontinuation in patients with Tourette's disorder : Management and Alternatives. Journal of Clinical Psychiatry, 57(3), 129-135.

Smith, T. E., Hull, J. W., Israel, L. M., & Willson, D. F. (2000). Insight, symptoms, and neurocognition in schizophrenia and schizoaffective disorder. Schizophrenia Bulletin, 26(1), 193-200.

Sullivan, G., Wells, K. B., Morgenstern, H., & Leake, B. (1995). Identifying modifiable risk factors for rehospitalization : A case-control study of seriously mentally ill persons in Mississippi. American Journal of Psychiatry, 152(12), 1749-1756

Swartz, M. S., Swanson, J. W., Hiday, V. A., Borum, R., Wagner, H. R., Valenstein, M., Barry, K. L., Blow, F. C., Copeland, L., & Ulman, E. (1998). Agreement between seriously mentally ill veterans and their clinicians about medication compliance. Psychiatric Services, 49(8), 1043-1048.

<부록 1> 설문지

인사의 말씀

안녕하십니까?
저는 연세대학교 간호대학 박사과정에 재학중인 학생으로서 항정신증제 약물 복용에 관심을 가지고 있습니다.

항정신증제의 복용을 잘 하도록 하는데는 여러 가지 요인들이 영향을 미치게 되는데 그 요인들이 무엇인지를 알게된다면, 그 요인에 대한 간호중재를 제공함으로써 더욱 약물복용을 도울 수 있다고 생각합니다.

귀하께서 응답하신 내용은 비밀이 보장되며, 연구 목적 외에는 절대 이용되지 않을 것을 약속드립니다.

감사합니다.

2001년 3월
연구자 서미아 올림

< **Mini Mental State Examination** >

다음은 귀하의 인지 상태를 알아보는 문항입니다. 질문에 답해주십시오.

	문 항	점수
1.	오늘은 _____년 _____월 _____일 _____요일 _____계절	5
	당신의 주소는 _____시 _____구 ____동	3
2.	번지수는(아파트인 경우는 ___동 ____호)	1
3.	여기는 무엇을 하는 곳입니까?(예: 가정집, 진찰실, 대기실등)	1
4.	물건이름 3개를 말할테니 잘 듣고 그 이름을 다시 말해주십시오. (1초에 1개씩 말하기 : 사과 - 책상 - 동전)	3
5.	100에서 7을 연속적으로 빼시오 혹은 '삼천리강산'을 거꾸로 말해 보시오.	5
6.	4번에서 말한 물건 이름 3개를 다시 말해보시오.	3
7.	제가 말하는 대로 따라 해보시오. "오른손으로 종이를 집으시오(×1). 그것을 절반으로 접으시오 (×1). 바닥에 놓으시오(×1).	3
8.	"간장공장공장장"을 따라 해보시오	3
9.	"옷을 왜 빨아서 입으십니까?"	1
10.	"길에서 남의 주민등록증을 주우면 어떻게 하면 쉽게 주인에게 돌려 줄 수 있겠습니까?"	1
11.	"다음 5각형을 그대로 그려보시오"	1
	총 점	___점

<일반적 특성>

1. **성별 ① 남자 ② 여자**
2. **연령 _____세**
3. **결혼상태**

   ① 미혼 ② 결혼 ③ 이혼 ④ 별거 ⑤ 사별 ⑥ 기타_____
4. **교육수준**

   ① 고졸이하 ② 대재 ③ 대졸 ④ 기타_____
5. **종교**

   ① 기독교 ② 불교 ③ 천주교 ④ 기타 _____
6. **현 직장 ① 없음 ② 있음**
7. **(직장이 있는 경우) 월 소득 _____만원**
8. **거주상황**

   ① 혼자 살고 있음 ② 부모님과 ③ 형제, 자매와 ④ 배우자, 자녀와
9. **처음 발병 연령 _____세**
10. **현재까지 병을 가진 기간은 ? _____년**
11. **귀하의 전화번호는? _____**

<약물특성>

1. **현재 복용하고 계신 약의 갯수는 몇 개 입니까?**

   아침 _____개, 점심 _____개, 저녁 _____개, 자기전 _____개

   ☞ 약의 갯수가 많아서 약을 먹지 않은적이 있습니까? ①예 ②아니오 ③기타

   ☞ 그때 약의 갯수는 몇개 였습니까? _____개
2. **하루 몇 번 복용하십니까? ① 1회 ② 2회 ③ 3회 ④ 4회 이상**

   ☞ 약 복용 횟수가 많아서 약을 먹지 않은적이 있습니까? ①예 ②아니오 ③기타
3. **정신질환으로 인해 약을 복용하신지 몇 년이 되셨습니까? 약_____년**
4. **지금까지 약 복용을 중단 하신적이 있으십니까? ① 예 ② 아니오**

   ☞ 예라고 답하신 경우 대답해 주십시오.

   (1) 스스로 약물을 중단한 횟수는 몇 번입니까? _____회

   (2) 중단하신 이유는 무엇입니까?

   ① 병이 다 나아서 ② 부작용때문에 ③ 약 복용이 귀찮아서 ④ 그냥 싫어서 ⑤ 약의 효과 에 대한 의심이 가서 ⑥ 기타 _____

< 위협감 >

※ 다음 문항은 재발과 관련된 문항입니다. 귀하의 생각과 일치하는곳에 ∨표 해주십시오.

	매우 그렇다	대체로 그렇다	그렇다	대체로 그렇지 않다	전혀 그렇지 않다
■ 나는 평소에 정신질환의 증상이 재발할까봐 두렵다.	____	____	____	____	____
■ 약을 먹지 않아서 증상이 재발한 동료들을 보고 나도 증상이 재발할 수 있다고 생각한다.	____	____	____	____	____
■ 나는 약을 규칙적으로 복용하기 때문에 재발하지 않을 것이라고 생각한다.	____	____	____	____	____
■ TV, 책등을 통해 정신질환의 재발에 대해서 들을때 나도 증상이 재발할 수 있다고 생각한다.	____	____	____	____	____
■ 나는 다른 사람에 비해 증상이 재발할 가능성이 많다고 생각한다.	____	____	____	____	____
■ 나는 살아가는동안 나도 모르게 병이 재발할 수 있다고 생각한다.	____	____	____	____	____
■ 일상생활의 스트레스가 심하면 병이 재발할 수 있다고 생각한다.	____	____	____	____	____
■ 술이나 기타 약물을 습관적으로 많이 하는 것은 병의 재발 가능성을 높인다고 생각한다.	____	____	____	____	____
■ 재발하면 일상생활(청소하기, 옷입기등) 수행에 어려움이 생길 것이다	____	____	____	____	____
■ 재발하면 모든일에 의욕을 상실할 것이다	____	____	____	____	____
■ 재발하면 좌절감을 느낄것이다.	____	____	____	____	____
■ 재발하면 사회생활(직장, 모임참석, 교회등) 하는데 어려움이 있을것이다	____	____	____	____	____
■ 재발하는 경우 가족과 불화가 생길것이다	____	____	____	____	____
■ 병이 재발하면 폐쇄병동에 입원하게 될 것이다	____	____	____	____	____
■ 병이 재발하면 대인관계에 지장을 받게 될 것이다	____	____	____	____	____

< 유익성 >

※ 다음은 약을 복용함으로써 기대할 수 있는 장점에 관한 사항들입니다. 귀하의 생각과 일치하는 곳에 ∨표해 주십시오

	매 우 그렇다	대 체 로 그렇다	그렇다	대체로 그렇지 않다	전혀 그렇지 않다
■ 정신질환으로 인한 여러 증상들이 좋아진다(예: 환청이 들리지 않는다, 불안하지 않다, 잠을 잘잔다, 등).	____	____	____	____	____
■ 정신 질환의 재발 가능성을 줄인다고 믿는다.	____	____	____	____	____
■ 대인 관계를 잘 할수 있다(가족,이웃등).	____	____	____	____	____
■ 일상 생활(청소하기, 옷입기등)을 잘할수 있다.	____	____	____	____	____
■ 가족간에 원만한 관계가 유지될 수 있다.	____	____	____	____	____
■ 기분이 편안해진다	____	____	____	____	____

<장애성>

※ 다음은 약을 복용할 때 느끼는 불편감 입니다. 귀하의 생각과 일치하는 곳에 ∨표해 주십시오.

	매우 그렇다	대체로 그렇다	그렇다	대 체 로 그 렇 지 않다	전혀 그 렇 지 않다
■ 약의 부작용이 있다(졸리움, 입마름등)	____	____	____	____	____
■ 약 값이 부담스럽다	____	____	____	____	____
■ 약 먹는 것에 대해 주위의 시선에 대한 부담감이 있다	____	____	____	____	____
■ 약을 처방받기 위해 정기적으로 병원을 방문하는 일이 부담스럽다.	____	____	____	____	____
■ 약 복용 시간을 잊지 않기 위해 신경을 써야한다	____	____	____	____	____

<사회적지지>

다음은 사회적 지지에 관한 문항들입니다. 질문에 답해주십시오.

1. **당신이 누군가에게 당신의 문제를 말하고 싶을 때 가장 믿고 말할 수 있는 사람은 누구입니까?**

■가족과 친척 :①없음 ②있음 (있다면 누구입니까?①____ ②____ ③____ ④____⑤____)

☞이들에 대한 만족정도는?

아주 불만족 꽤 불만족 조금 불만족 조금 만족 꽤 만족 아주 만족

■ 친구나 동료: ①없음 ②있음 (있다면 누구입니까?①____ ②____ ③____ ④____⑤____)

☞이들에 대한 만족정도는?

아주 불만족 꽤 불만족 조금 불만족 조금 만족 꽤 만족 아주 만족

■ 의료진: ①없음 ② 있음 (있다면 누구입니까?①____ ②____ ③____ ④____⑤____)

☞이들에 대한 만족정도는?

아주 불만족 꽤불만족 조금 불만족 조금 만족 꽤 만족 아주 만족

2. **당신을 진정으로 아낀다고 생각되는 사람은 누구입니까?**

■ 가족과 친척 : ①없음 ②있음(있다면 누구입니까?①____ ②____ ③____ ④____⑤____)

☞이들에 대한 만족정도는?

아주불만족 꽤불만족 조금불만족 조금만족 꽤만족 아주만족

■ 친구나 동료 : ①없음 ②있음(있다면 누구입니까?①____ ②____ ③____ ④____⑤____)

☞이들에 대한 만족정도는?

아주불만족 꽤불만족 조금불만족 조금만족 꽤만족 아주만족

■ 의료진 : ①없음 ② 있음(있다면 누구입니까?①____ ②____ ③____ ④____⑤____)

☞이들에 대한 만족정도는?

아주불만족 꽤불만족 조금불만족 조금만족 꽤만족 아주만족

3. 위기상황에서 당신을 가장 잘 도울 수 있는 사람은 누구입니까?

■ 가족과 친척 : ①없음 ②있음(있다면 누구입니까?①____ ②____ ③____ ④____⑤____)

☞이들에 대한 만족정도는?

아주불만족 꽤불만족 조금불만족 조금만족 꽤만족 아주만족

■ 친구나 동료 :①없음 ② 있음(있다면 누구입니까?①____ ②____ ③____ ④____⑤____)

☞이들에 대한 만족정도는?

아주불만족 꽤불만족 조금불만족 조금만족 꽤만족 아주만족

■ 의료진 :①없음 ② 있음 (있다면 누구입니까?①____ ②____ ③____ ④____⑤____)

☞이들에 대한 만족정도는?

아주불만족 꽤불만족 조금불만족 조금만족 꽤만족 아주만족

4. 당신이 도움이 필요한 경우 진실로 믿고 의지할 수 있는 사람은 누구입니까?

■ 가족과 친척 :①없음 ②있음(있다면 누구입니까?①____ ②____ ③____ ④____⑤____)

☞이들에 대한 만족정도는?

아주불만족 꽤불만족 조금불만족 조금만족 꽤만족 아주만족

■ 친구나 동료 :①없음 ②있음(있다면 누구입니까?①____ ②____ ③____ ④____⑤____)

☞이들에 대한 만족정도는?

아주불만족 꽤불만족 조금불만족 조금만족 꽤만족 아주만족

■ 의료진 : ①없음 ②있음(있다면 누구입니까?①____ ②____ ③____ ④____⑤____)

☞이들에 대한 만족정도는?

아주불만족 꽤불만족 조금불만족 조금만족 꽤만족 아주만족

5. 당신이 스트레스가 심할 때 좀 편안해지도록 도움을 주는 사람은 누구입니까?

■ 가족과 친척 :①없음 ②있음(있다면 누구입니까?①____ ②____ ③____ ④____⑤____)

☞이들에 대한 만족정도는?

아주불만족 꽤불만족 조금불만족 조금만족 꽤만족 아주만족

■ 친구나 동료 : ①없음 ②있음(있다면 누구입니까?①____ ②____ ③____ ④____⑤____)

☞이들에 대한 만족정도는?

아주불만족 꽤불만족 금불만족 조금만족 꽤만족 아주만족

■ 의료진 :①없음 ②있음 (있다면 누구입니까?①____ ②____ ③____ ④____⑤____)

☞이들에 대한 만족정도는?

아주 불만족 꽤불만족 조금불만족 조금만족 꽤만족 아주만족

6. 무슨일이 있든지 당신에 대해서 신경쓰는 사람은 누구입니까?

■ 가족과 친척 : ①없음 ②있음(있다면 누구입니까?①____ ②____ ③____ ④____⑤____)

☞이들에 대한 만족정도는?

아주 불만족 꽤불만족 조금불만족 조금만족 꽤만족 아주만족

■ 친구나 동료 :①없음 ②있음(있다면 누구입니까? ①____ ②____ ③____ ④____⑤____)

☞이들에 대한 만족정도는?

아주 불만족 꽤불만족 조금불만족 조금만족 꽤만족 아주만족

■ 의료진 : ①없음 ②있음(있다면 누구입니까? ①____ ②____ ③____ ④____⑤____)

☞이들에 대한 만족정도는?

아주불만족 꽤불만족 조금불만족 조금만족 꽤만족 아주만족

7. 당신이 내린 결정을 믿고 지지해주는 사람은 누구입니까?

■ 가족과 친척 : ①없음 ②있음(있다면 누구입니까?(①___ ②____ ③____ ④____⑤___)

☞이들에 대한 만족정도는?

아주불만족 꽤불만족 조금불만족 조금만족 꽤만족 아주만족

■ 친구나 동료: ①없음 ②있음(있다면 누구입니까?①____ ②____ ③____ ④____⑤____)

☞이들에 대한 만족정도는?

아주불만족 꽤불만족 조금불만족 조금만족 꽤만족 아주만족

■ 의료진 : ①없음 ②있음(있다면 누구입니까?①____ ②____ ③____ ④____⑤____)

☞이들에 대한 만족정도는?

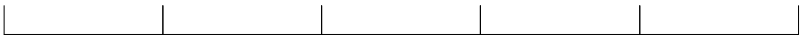
아주불만족 꽤불만족 조금불만족 조금만족 꽤만족 아주만족

8. 당신이 불안하고 화가 날 때 또는 우울할 때 기분이 좀 나아지도록 도움을 주는 사람은 누구입니까?

■ 가족과 친척 : ①없음 ②있음(있다면 누구입니까?①____ ②____ ③____ ④____⑤____)

☞이들에 대한 만족정도는?

아주불만족 꽤불만족 조금불만족 조금만족 꽤만족 아주만족



■ 친구나 동료 : ①없음 ②있음(있다면 누구입니까?①____ ②____ ③____ ④____⑤____)

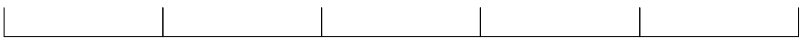
☞이들에 대한 만족정도는?

아주불만족 꽤불만족 조금불만족 조금만족 꽤만족 아주만족

■ 의료진 : ①없음 ②있음(있다면 누구입니까?①____ ②____ ③____ ④____⑤____

☞이들에 대한 만족정도는?

아주불만족 꽤불만족 조금불만족 조금만족 꽤만족 아주만족



<<물질남용>>

다음은 귀하의 물질사용에 관한 질문입니다. 질문에 솔직하게 응답해주시기 바랍니다.

1. 지난 한달동안 술을 마신적이 있읍니까? ①예 ②아니오

☞ 마신다면 술의종류는? ①소주 ②맥주 ③소주와 맥주 ④기타 _____

☞ 한달에 몇번정도 마십니까? _____회

☞ 일회에 마시는 양은 어느정도 입니까? 소주 _____ 맥주 _____ 기타____

2. 지난 1년동안 담배를 피우셨읍니까? ①예 ②아니오 ③기타

☞ 피우신다면 하루에 몇 개피 피우십니까? _____

3. 지난 한달 동안 의사의 처방 없이 습관적으로 사용하는 약물이 있으십니까?

①예 ②아니오 ③기타

☞ 있는 경우 무슨 약을 사용하십니까? _____

4. 마약을 사용해본 경험이 있으십니까? ①예 ②아니오 ③기타

☞ 예라고 답하신 경우 어떤 종류의 마약을 사용해 보셨습니까? _____

<약물 이행>

다음은 약물 복용에 관한 질문입니다.

1. 대상자에게:

지난 한달 동안 처방된 약물을 모두 복용하는 경우를 100%라고 했을 때, 귀하는 몇 % 의 약물을 복용하십니까?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

2. 가족에게:(가족원과 대상자와의 관계:)

지난 한달동안 귀하의 가족 _____씨에게 처방된 약물을 한번도 빼 놓지 않고 모두 복용하는 경우를 100%라고 했을 때 ____씨는 몇 %의 약물을 복용하셨다고 생각하십니까?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

<남은 약 개수 세기(pill count)>

3. 지난 한달 동안 귀하의 가족 _____ 씨의 약 복용에 관한 질문입니다.

지난번에 약을 받아온 날짜는 언제입니까? _____

몇주분을 처방 받았습니까? _____

다음 예약 일은 언제입니까? _____

현재 남은 약의 개수는 몇 개입니까?

아침약 _____

점심약 _____

저녁약 _____

자기전 약 _____

<증상의 심각성>

Patient _____		Not Present	Very Mild	Mild	Moderate	Mod. Severe	Severe	Extremly Severe
1	SOMATIC CONCERN - preoccupation with physical health, fear of physical illness, hypochondriases	1	2	3	4	5	6	7
2	ANXIETY- worry, fear, over-concern for present	1	2	3	4	5	6	7
3	EMOTIONAL WITHDRAWAL - lack of spontaneous interaction, isolation, deficiency in relating to others	1	2	3	4	5	6	7
4	CONCEPTUAL DISORGANIZATION - thought processes confused, disconnected, disorganized, disrupted	1	2	3	4	5	6	7
5	GUILT FEELINGS - self-blame, shame, remorse for past behavior	1	2	3	4	5	6	7
6	TENSION - physical and motor manifestation or nervousness, over-activation, tension	1	2	3	4	5	6	7
7	MANNERISMS AND POSTURING - peculiar, bizzare unnatural motor behavior(not including tic)	1	2	3	4	5	6	7
8	GRANDIOSITY-exaggerated self-opinion, arrogance, conviction of unusual power or abilities	1	2	3	4	5	6	7
9	DEPRESSIVE MOOD - sorrow, sadness, despondency, pessimism	1	2	3	4	5	6	7
10	HOSTILITY - animosity, contempt, belligerence, disdain for others	1	2	3	4	5	6	7
11	SUSPICIOUSNESS - mistrust, belief others harbour malicious or discriminatory intent	1	2	3	4	5	6	7
12	HALLUCINATORY BEHAVIOR - perceptions without normal external stimulus correspondence	1	2	3	4	5	6	7
13	MOTOR RETARDATION - slowed weakened movements or spech, reduced body tone	1	2	3	4	5	6	7
14	UNCOOPERATIVENESS - resistance, guardedness, rejection of authority	1	2	3	4	5	6	7
15	UNUSUAL THOUGHT CONTENT - unusual, odd, strange, bizzare thought content	1	2	3	4	5	6	7
16	BLUNTED AFFECT - reduced emotional tone, reduction in normal intensity of feelings, flatness	1	2	3	4	5	6	7
17	EXCITEMENT - heightened emotional tone, agitation, increased reactivity	1	2	3	4	5	6	7
18	DISORIENTATION - confusion or lack of proper association for person, place, or time	1	2	3	4	5	6	7

<부록 2> 각 연구 변수의 문항별 기술 통계

■지식

문 항	정답빈도	빈도비율(%)
■ 현재 복용하고 있는 약의 이름을 안다. 아는 경우 이름은?	97	46.6
■ 현재 복용하고 있는 약이 어떤 효과를 가진 약인지 안다.	110	52.9
■ 현재 복용하고 있는 약의 부작용을 안다.	94	45.2
■ 부작용이 나타나는 경우 어떻게 해야 하는지 안다(예: 의사에게 말하기, 의사, 간호사에게 전화 상담하기등)	174	83.7
■ 약을 처방된 시간에 복용하지 못한 경우 다음 시간에 2회분의 용량을 복용해야 한다. (예: 아침약을 먹지 못한 경우 저녁에 먹지 못한 아침 약을 저녁 약과 같이 먹어야 한다)	155	74.5
■ 처방된 약을 복용하고 있는 경우 술을 마시지 않아야 한다	167	80.3
■ 약을 규칙적으로 복용하는 것은 재발의 가능성을 줄이는 일이다.	185	88.9
■ 약을 복용한 후 몇 분동안은 졸리울 수 있기 때문에 위험한 물건을 만지지 말아야 한다(칼, 바늘등)	110	52.9
■ 만약 다른 건강 문제(당뇨병, 심장병, 알러지등)로 인해 약을 복용해야 하는 경우에는 현재 정신과 약을 복용하고 있음을 이야기해야 한다.	161	77.4
■ 정신질환으로 인한 병의 증상이 좋아진다 해도 처방된 약을 계속 복용해야 한다.	178	85.6
■ 나는 치료를 필요로 하는 정신 질환을 가지고 있다.	160	76.9
■ 정신 분열병의 증상은 약물을 복용함으로써 좋아질 수 있다.	201	96.6
■ 병을 관리하기 위해서 규칙적인 병원 방문이 필요하다.	189	90.9
■ 환청이나 망상등이 있어서 약물 복용이 필요하다.	140	67.3

▮지각된 위협감

문 항	평균±표준편차
■ 나는 평소에 정신질환의 증상이 재발할까봐 두렵다.	3.14±1.30
■ 약을 먹지 않아서 증상이 재발한 동료들을 보고 나도 증상이 재발할 수 있다고 생각한다.	3.38±1.28
■ 나는 약을 규칙적으로 복용하기 때문에 재발하지 않을 것이라고 생각한다.	3.50±1.13
■ TV, 책등을 통해 정신질환의 재발에 대해서 들을때 나도 증상이 재발할 수 있다고 생각한다.	3.01±1.33
■ 나는 다른 사람에 비해 증상이 재발할 가능성이 많다고 생각한다.	2.32±1.15
■ 나는 살아가는동안 나도 모르게 병이 재발할 수 있다고 생각한다.	2.91±1.25
■ 일상생활의 스트레스가 심하면 병이 재발할 수 있다고 생각한다.	3.56±1.30
■ 술이나 기타 약물을 습관적으로 많이 하는 것은 병의 재발 가능성을 높인다고 생각한다.	3.80±1.45
▮증상이 재발한다면 일상 생활 수행에 어려움이 있을 것이다.	3.72±1.12
▮증상이 재발한다면 모든 일에 의욕을 상실할 것이다.	3.64±1.28
▮증상이 재발하는 경우 좌절감을 느낄 것이다.	3.75±1.28
▮증상이 재발한다면 사회생활 하는데 어려움이 있을 것이다.	3.91±1.05
▮증상이 재발한다면 가족과 불화가 생길 것이다.	3.51±1.26
▮증상이 재발한다면 폐쇄병동에 입원하게 될 것이다.	3.39±1.38
▮증상이 재발한다면 대인관계에 지장을 받게 될 것이다.	3.77±1.16

■지각된 유익성

문 항	평균±표준편차
■ 정신질환으로 인한 여러 증상들이 좋아진다(예: 환청이 들리지 않는다, 불안하지 않다, 잠을 잘 잔다, 등).	3.98±1.00
■ 정신 질환의 재발 가능성을 줄인다고 믿는다.	4.00±0.98
■ 대인 관계를 잘 할 수 있다(가족, 이웃등)	3.48±1.26
■ 일상 생활(청소하기, 옷 입기등)을 잘 할 수 있다.	3.61±1.08
■ 가족과 원만한 관계가 유지될 수 있다.	3.71±1.15
■ 기분이 편안해진다	3.40±1.35

■ 지각된 장애성

문 항	평균±표준편차
■ 약의 부작용이 있다(졸리움, 입마름등)	3.10±1.32
■ 약 값이 부담스럽다	2.93±1.41
■ 약 먹는 것에 대해 주위의 시선에 대한 부담감이 있다	2.80±1.44
■ 약을 처방받기 위해 정기적으로 병원을 방문하는 일이 부담스럽다.	2.66±1.29
■ 약 복용 시간을 잊지 않기 위해 신경을 써야한다	3.14±1.32

■증상 심각성

	Items	Mean±S.D.
1	SOMATIC CONCERN - preoccupation with physical health, fear of physical illness, hypochondriases	1.47±1.02
2	ANXIETY- worry, fear, over-concern for present	1.83±1.14
3	EMOTIONAL WITHDRAWAL - lack of spontaneous interaction, isolation, deficiency in relating to others	1.83±1.21
4	CONCEPTUAL DISORGANIZATION - thought processes confused, disconnected, disorganized, disrupted	1.46±0.90
5	GUILT FEELINGS - self-blame, shame, remorse for past behavior	1.63±1.10
6	TENSION - physical and motor manifestation or nervousness, over-activation, tension	1.58±1.06
7	MANNERISMS AND POSTURING - peculiar, bizarre unnatural motor behavior(not including tic)	1.27±0.89
8	GRANDIOSITY-exaggerated self-opinion, arrogance, conviction of unusual power or abilities	1.37±0.87
9	DEPRESSIVE MOOD - sorrow, sadness, despondency, pessimism	1.76±0.99
10	HOSTILITY - animosity, contempt, belligerence, disdain for others	1.43±0.90
11	SUSPICIOUSNESS - mistrust, belief others harbour malicious or discriminatory intent	1.59±1.07
12	HALLUCINATORY BEHAVIOR - perceptions without normal external stimulus correspondence	1.74±1.28
13	MOTOR RETARDATION - slowed weakened movements or spech, reduced body tone	1.51±1.04
14	UNCOOPERATIVENESS - resistance, guardedness, rejection of authority	1.21±0.74
15	UNUSUAL THOUGHT CONTENT - unusual, odd, strange, bizarre thought content	1.60±1.04
16	BLUNTED AFFECT - reduced emotional tone, reduction in normal intensity of feelings, flatness	1.69±1.04
17	EXCITEMENT - heightened emotional tone, agitation, increased reactivity	1.26±0.80
18	DISORIENTATION - confusion or lack of proper association for person, place, or time	1.21±0.81

▮ 사회적지지

문 항	구 분	평균±표준편차
▮ 당신이 누군가에게 당신의 문제를 말하고 싶을 때 가장 믿고 말할 수 있는 사람은 누구입니까?	가족과 친척	3.80±1.99
	친구나 동료	1.92±2.26
	의료인	3.38±2.34
▮ 당신을 진정으로 아낀다고 생각되는 사람은 누구입니까?	가족과 친척	4.46±1.86
	친구나 동료	2.25±2.43
	의료인	2.85±2.43
▮ 위기상황에서 당신을 가장 잘 도울 수 있는 사람은 누구입니까?	가족과 친척	4.04±2.06
	친구나 동료	1.67±2.28
	의료인	2.48±2.46
▮ 당신이 도움이 필요한 경우 진실로 믿고 의지할 수 있는 사람은 누구입니까?	가족과 친척	4.11±2.01
	친구나 동료	1.75±2.28
	의료인	2.70±2.39
▮ 당신이 스트레스가 심할 때 좀 편안해지도록 도움을 주는 사람은 누구입니까?	가족과 친척	3.01±2.49
	친구나 동료	1.78±2.29
	의료인	2.16±2.45
▮ 무슨일이 있든지 당신에 대해서 신경쓰는 사람은 누구입니까?	가족과 친척	4.08±2.02
	친구나 동료	1.76±2.24
	의료인	2.48±2.41
▮ 당신이 내린 결정을 믿고 지지해주는 사람은 누구입니까?	가족과 친척	3.38±2.36
	친구나 동료	1.72±2.31
	의료인	2.13±2.41
▮ 당신이 불안하고 화가 날 때 또는 우울할 때 기분이 나아지도록 도움을 주는 사람은 누구입니까?	가족과 친척	2.68±2.51
	친구나 동료	1.69±1.04
	의료인	1.95±2.39

▮물질사용

문 항	평균 ± 표준편차
▮한달동안의 알코올 섭취에 따른 에탄올 농도	619.97±1237.98
▮한달동안의 흡연량	426.28±302.95

▮약물이행

문 항	평균±표준편차
▮귀하의 약물 복용을 100점 만점으로 한 경우 귀하는 지난 한달동안 약물 이행을 어느정도 했는지 말씀해 주십시오.	86.72± 17.26
▮귀하의 가족이 정신질환으로 인해 처방 받은 약을 지난 한달동안 어느정도 복용했는지 말씀해주십시오.	94.27± 14.04
▮지금 현재 남아있는 약의 개수에 따른 약물 이행정도	92.47± 16.18

ABSTRACT

A Structural Equation Model Explaining

Medication Compliance of Schizophrenia

Seo, Mi A
Dept. of Nursing
The Graduate School
Yonsei University

The purpose of this study was to test and develop the structural model that explains medication compliance of schizophrenia.

A hypothetical model was developed based on the through literature review and the health belief model. The exogenous variables were medication knowledge, perceived threat, severity of psychiatric symptoms, and social support. The endogenous variables were perceived benefits, perceived barriers, substance use and medication compliance.

Data was collected from March 14 to May 26, 2001 at eight various mental health facilities including psychiatric outpatient clinics of general hospital and community mental health centers. Structured questionnaire was used to collect data using one to one interview with 208 schizophrenia patients. Well-established measurement instruments with confirmed reliability were used to assess each variable of the model.

As a result of a covariance structural analysis, the hypothetical model was not fit well to the empirical data. Thus, the model was modified and parsimonious model was adopted. The final model could explain the 33% of medication compliance. Medication knowledge, social support, and perceived

benefits had significant effects on medication compliance and the social support had the strongest direct effect on medication compliance.

The findings of this study addressed the importance of medication education and social support to promote the medication compliance. And it also suggests that various education programs and support groups are needed for this study population.

Key Words : structural equation model, schizophrenia, medication compliance, knowledge, severity of symptoms, social support, health beliefs, substance use