

# 퇴원한 정신분열병 환자와 가족에 대한 지역사회복지관에서의 단기가족교육 프로그램의 효과\*

설진화

(동국대학교)

[요약]

본 연구에서는 퇴원한 정신분열병 환자와 가족에 대한 지역사회복지관에서의 단기가족교육 프로그램의 효과를 알아보기 위하여 전형적인 실험연구인 전-후 시험 통제집단설계를 이용하여 그 개입효과를 검증하였다. 본 연구의 결과, 지역사회복지관에서의 단기가족교육 프로그램이 정신분열병 환자 가족의 정신분열병에 대한 병적 지식, 가족의 정신분열병 환자에 대한 거부감과 불안 그리고 정신분열병 환자가 인지하는 가족의 정서적 지지에서 긍정적인 개입효과가 있는 것으로 검증되었다. 이러한 연구결과들을 볼 때, 지역사회복지관에서의 단기가족교육 프로그램이 정신분열병 환자의 치료와 재활 그리고 환자 가족의 안정에 긍정적인 영향을 미치는 지역사회 자원으로서 적극 활용될 수 있을 것이다. 이에 본 연구에서는 전문 인력의 확보, 보다 다양한 프로그램 내용의 개발, 프로그램 종료 후의 가족모임에 대한 지원 등을 지속적인 연구와 함께 제안하였다.

주제어: 전-후 시험 통제집단설계, 지역사회복지관, 단기가족교육 프로그램, 정신분열병에 대한 병적 지식, 정신분열병 환자에 대한 가족의 거부감과 불안, 가족의 정서적 지지

## 1. 서론

### 1) 연구의 필요성 및 목적

정신분열병은 전체 정신질환의 71.3%를 차지하며, 비교적 이른 나이에 발병하여 지각·정서·행동·사고 등에서 과장이나 왜곡이 나타나는 양성증상과 정서적 표현·언어적 표현·목적 지향적 행동

\* 본 연구는 2002년도 동국대학교 신입교수연구비 지원으로 이루어졌음.

등에서 기능의 감소와 상실과 같은 음성증상을 수반하는 대표적인 정신질환이며, 또한 이로 인해 사회적·직업적 기능의 장애가 일어나고 악화와 호전을 반복하며 완치율이 낮아 만성화되는 경향을 보인다(Hales, Yudofsky, and Talbott, 1999: 425-427). 따라서 정신분열병 환자가 퇴원하여 가정으로 돌아왔을 때에 그들의 기본적인 일상생활과 독립적인 사회인으로서의 생활을 유지하기 위해서는 가족과 주변사람들의 지속적인 보호와 지역사회에서의 재활 프로그램이 필요하게 된다.

또한 정신분열병 환자의 가족은 최초의 진단자이자 치료 경로를 선택하는 결정자이고 환자를 보호하는 정서적·경제적 지원자라는 점에서 조기발견, 조기치료 그리고 재활에 있어서 중요한 역할을 수행해야 하는 기본 단위(이정식·김광일·오동렬, 1991: 1-3)이지만, 가족의 구성원이 정신분열병과 같이 사회적인 편견이나 낙인이 심하여 장기간의 치료와 보호를 요하는 질병에 노출되었을 때, 환자에 대한 죄의식과 수치심, 보호책임의 심리적 부담, 가족 구성원의 역할 혼란 등으로 정서적, 경제적, 사회적인 고통과 위협을 받게 된다.

특히 정신분열병 환자 가족들의 불안, 부정, 퇴행, 우울 및 적개심, 죄책감, 공포, 수치, 분노 등의 정서적 반응은 가족구성원들에게 만성적인 스트레스로 작용하여 다시 환자에게 영향을 미치는 악순환의 과정을 갖게 된다. 이러한 정서적 반응은 병에 대한 올바른 지식(=병적 지식)이 없기 때문에 생기게 되며, 가족의 고통과 위협을 가중시킬 뿐 아니라 환자의 예후에도 부정적인 영향을 미쳐 재발 및 재입원을 초래하는 것으로 나타났다(Kaplan, Sadock, and Grebb, 1994; Lloyd, 1991: 25-27; Leff and Vaughn, 1981: 102-104).

그러므로 퇴원한 정신분열병 환자의 가족들을 대상으로 질병에 대한 올바른 지식과 대처방법을 인식하게 하여 정서적 고통을 덜어주고 안정을 되찾게 해야 할 것이며, 가족의 제반 보호능력을 향상시켜 환자의 재발을 감소시켜야 할 것이다. 따라서 이러한 목적에 적합하고 효과적이라고 알려져 있는 가족교육과 같은 프로그램(Wallace, Liberman, MacKain, Blackwell, and Eckman, 1992)이 지역사회 의 자원으로 제공되어야 할 것이다.

그러나 우리나라에서는 퇴원한 정신분열병환자가 지역사회에서 제대로 된 치료, 보호와 서비스를 받기에는 열악한 실정이다. 실제로 2001년을 기준으로 정신분열병 환자가 17만 명에 이르며, 이들의 65%가 극빈자이며, 정신과 치료를 받는 비율은 30%에 불과한 것으로 나타났다(보건복지부, 2002). 따라서 입원치료가 필요한 정신분열병 환자들에게도 적절한 치료가 이루어지지 않고 있으며, 퇴원한 정신분열병 환자들이 지역사회에서 적절한 보호와 재활서비스를 제공받아야 하는 정신보건센터와 사회복지시설도 2003년 6월말 기준으로 살펴보다라도 전국 174개소에 불과한 실정(보건복지부, 2004)이어서 퇴원한 정신분열병 환자들의 일차적인 보호와 책임을 대부분 환자가족이 전담하고 있다.

우리나라에서도 최근 몇 년간 정신과 병원을 중심으로 입원한 정신분열병 환자의 가족을 대상으로 한 가족교육이 이루어지고 있으나 실제로 정신분열병 환자 뿐만 아니라 전체 약 500만 명 이상으로 추산되는(보건복지부, 2002) 정신질환자의 수에 비하여 볼 때 절대적으로 부족한 실정이며, 정신분열병환자와 가족들도 낙인을 두려워하여 퇴원 후에는 병원이나 정신보건기관을 회피하는 경향(한국정신건강복지연구소, 1994: 151; 설진화, 2000)이 있어 가족의 부담은 더욱 가중되고 있다.

이와 같이 지역사회 정신보건 전문기관이 퇴원한 정신분열병 환자와 가족의 부담을 덜어주기에는

그 수에 있어서 절대적으로 부족한 우리나라의 실정을 고려한다면, 지역주민의 복지욕구를 충족시키기 위해 설립·운영하고 있는 전국 363개의 지역사회복지관(사회복지관협회, 2003)이 그 대안이 될 수 있을 것이다.

따라서 본 연구에서는 지역사회복지관에서의 단기가족교육 프로그램이 퇴원한 정신분열병 환자와 가족에게 긍정적인 영향을 미칠 것으로 보고 그 효과를 검증해 보고자 한다. 또한 본 연구를 통해 도출된 결과들을 정신분열병 환자의 치료와 재활 그리고 환자 가족의 안정에 긍정적인 영향을 미치는 자원으로써 지역사회복지관에서의 단기가족교육 프로그램의 필요성을 제시하는 기초 자료로 삼고자 한다.

## 2. 이론적 배경

### 1) 지역사회복지관에서의 정신보건 프로그램 제공의 필요성

정신분열병 환자의 가족은 다양한 보호부담을 가지고 다양한 서비스에 대한 욕구를 가지게 된다. 우선 환자 가족이 도움을 받고자 하는 사항에 대해서 보면, 환자가족들은 환자의 치료와 관리를 위한 의료적인 정보뿐만 아니라 일상생활에서 어려움을 극복할 수 있는 새로운 방법들 즉, 의사소통기술이나 약물관리 등과 같은 실질적인 기술 그리고 환자의 장기적인 거주를 위한 자원의 연결, 권리에 대한 접근방법, 가까운 곳에 있는 자조집단과의 연결, 환자의 행동을 통제하고 관리하는 방법, 가족에 대한 환자의 적개심을 감소시키는 방법 등을 배우기를 원하고 있다(Hatfield, Fierstein, and Johnson, 1982: 32).

우리나라 정신분열병 환자 가족의 욕구도 이와 유사하게 나타났는데, 어명진(1992: 71)의 연구에 따르면, 환자의 행동에 대한 이해 및 대처방법, 정신건강에 대한 일반적인 교육, 환자로 인한 스트레스 감소 훈련, 약물교육, 가족의 권익모임, 가족 모임을 통한 상호지지 및 정보교환, 지역사회와의 연결기회제공의 순으로 가족의 욕구가 나타났다. 또한 양옥경(1995: 815)의 연구에서는 환자가족의 불안감 감소를 위한 상담과 지역사회에서 활용가능 한 자원의 정보를 얻는 것에 가장 우선순위를 두고 있으며, 정신분열병에 대한 교육, 환자의 독자적인 주거생활을 위한 원조 등에 대한 욕구가 있는 것으로 나타났으며, 송승은(1993: 71)의 연구에서는 가족의 욕구를 정신분열병에 대한 정보 제공, 치료에 사용되는 약물에 대한 정보제공, 환자의 행동 이해 및 관리 방안, 의사소통에 대한 기술훈련, 지역사회자원에 대한 정보 및 이용방법 등인 것으로 보고하고 있다.

이와 같은 결과를 종합하면 정신분열병 환자의 가족들은 정신분열병에 대한 이해, 환자의 돌발적인 행동에 대처하는 기술, 유사한 경험을 가진 가족들과의 유대, 지역사회자원에 대한 구체적인 도움과 같은 욕구를 가지고 있음을 알 수 있다.

따라서 정신분열병 환자의 가족에 대한 가족교육에 대한 욕구와 지역사회 자원의 도움에 대한 욕

구 또한 크다는 것을 알 수 있다. 그러나 현재 우리나라에서는 정신보건에 관련된 지역사회원이 절대적으로 부족한 실정이므로, 그 대안으로서 지역사회복지관에서의 정신보건 프로그램의 제공을 생각해 볼 수 있다.

지역사회복지관은 지역사회 내에서 일정한 시설과 전문인력을 갖추고 지역사회의 인적·물적 자원을 동원하여 지역사회문제를 해결하고 주민의 복지욕구를 충족시키기 위한 종합적인 사회복지사업을 수행하는 사회복지시설이라고 정의한다(보건복지부, 2002: 1). 따라서 지역사회복지관은 관내의 생활보호대상자 등 저소득층과 심신장애, 노인 등 특수문제 주민, 직업, 부업훈련 및 알선의 필요성이 있는 주민 그리고 유아보호 및 교육이 필요한 주민들에게 보호서비스의 제공, 자립능력의 배양을 위한 교육훈련의 기회제공 등 그들이 필요로 하는 복지서비스를 제공하고, 가정기능 강화 및 주민 상호간 연대감 조성을 통한 각종 지역사회문제를 예방·치료하는 자원으로써 주민의 복지증진을 위한 종합복지센터의 역할을 수행하는 데 목표를 두고 있다.

따라서 지역사회복지관에서 정신보건 프로그램을 제공한다는 것은 정신분열병 환자 가족들의 욕구와 지역사회복지관의 운영 목표 및 기능에 부합하는 것이라 볼 수 있으나 시설, 전문인력 확보, 기존 이용자들의 거부감 등으로 인하여 지역사회복지관에서의 정신보건 프로그램 제공은 열악한 실정이다. 류수현(2001: 39-43)의 연구에 의하면 지역사회복지관에서 정신장애인의 사회복지권을 도모하기 위한 재활프로그램을 실시하는 16개 기관이 있고, 정신건강 일반프로그램은 5개 기관이, 정신장애인 가족을 위한 프로그램은 4개 기관이 실시하고 있는 것으로 나타났으나, 이 또한 서울, 경기도와 광역시 등 대부분이 대도시에 밀집되어 있다. 그러나 2000년부터는 장애인복지법에 정신장애인이 장애인으로 등록이 가능하게 되었고(보건복지부a, 2000), 2000년 8월 10일에 개정된 정신보건법(보건복지부b, 2000) 시행규칙 제10조의 규정에 의하면 지역사회복지관에서도 사업의 규모와 목적에 따라 필요한 공간을 확보한 후 정신보건 전문요원과 보조원을 배치하여 관련 부처에 신고만 하면 정신장애인 사회복지시설을 설치·운영할 수 있게 되었다.

따라서 지역사회복지관에서의 정신보건 프로그램의 제공은 첫째, 시설과 공간의 활용을 극대화할 수 있으며, 인력의 지원이 용이하다는 점, 둘째, 지역사회복지관 프로그램의 전문화가 이루어져 직원의 전문훈련의 기회를 제공한다는 점, 셋째, 사회적 편견이나 낙인의 문제를 줄이면서 정신장애인을 사회복지훈련에 참여시킬 수 있다는 점, 넷째, 가족이나 지역사회주민들을 지지적으로 조직화할 수 있다는 점 등의 장점(류수현, 2001: 44)과 함께 부족한 지역사회 정신보건 기관의 서비스를 보완하고 점차 늘어나는 정신장애인과 가족들의 욕구에 대처할 수 있다는 점에서 그 필요성이 점차 증대되고 있어 전문 인력만 확보된다면 정신분열병 환자와 가족들을 대상으로 한 단기가족교육과 같은 정신보건 프로그램을 제공하는 지역사회복지관은 점차 늘어날 것으로 볼 수 있다.

## 2) 정신분열병 환자와 가족에 대한 단기가족교육 프로그램

정신분열병은 오래 전부터 난치병으로 인식되어 왔으나, 의학의 발전으로 점차 좋은 성과를 기대할 수 있게 되었다. 그러나 병전 수준의 사회적 활동을 완전히 수행할 정도로 회복될 수 있는 비율은 아

직 높지 않다. 또한 정신분열병 환자는 정상인에 비해 스트레스에 취약하므로 적절한 치료에도 불구하고 재발, 재입원하는 경우가 많다. 이 때문에 정신분열병 환자의 가족은 갑자기 자기만의 세계로 빠져드는 환자의 모습과 행동, 심한 증상은 호전되었지만 달라진 환자의 의사소통 방식, 잦아진 충동적 행동 때문에 자주 놀라게 되어 감당하기 힘든 정서적 부담감(Rose, 1996)을 갖게 된다. 이러한 정서적 부담이 반복되면서 환자와 가족 사이의 불신이 생기게 되고 결국 환자에게 부정적인 영향을 미치게 된다.

이러한 정서적 부담은 존슨(Johnson, 1990)이 객관적 부담, 주관적 부담, 경제적 부담으로 분류한 가족들의 부담 중에서 주관적 부담에 해당되며, 환자로 인해 각 가족 구성원들이 개인적으로 경험할 수 있는 충격, 고통 및 죄책감, 비통, 좌절, 수치, 분노, 절망, 불안 등의 여러 감정들을 의미한다(Spaniol, Jung, and Zipple, 1984; McCreddie, Wiles, Moore, and Grant, 1987). 이러한 감정들 중에서 환자의 사회적 적응과 재입원에 가장 강한 영향을 미칠 수 있는 것으로 환자에 대한 거부감을 들 수 있다(Kreisman, Simmer, and Joy, 1979; Watzl, Rist, and Cohen, 1986).

그러나 1950년대 이후에 탈시설화가 진행되면서 정신분열병 환자에 대한 치료가 병원 중심에서 지역사회중심으로 바뀌게 되면서 정신분열병 환자의 가족을 발병의 한 원인으로 보았던 전통적인 시각이 서서히 바뀌면서 환자의 사회복귀 과정에서 일차적인 보호제공자로서 가족의 협조를 중요시하게 되었다(양옥경, 1996).

최근의 여러 연구보고에서도 정신분열병 환자의 치료에서 가족의 역할을 강조하고 있는데 그 이유로서는 첫째, 환자가 퇴원한 후에는 사회로 복귀해야 하기 때문에 환자를 보호하는 가족의 올바른 태도가 중요하며, 둘째, 가족이 질병에 대해서 잘 알고 있어야 환자의 재발률과 재입원을 현저히 낮출 수 있으며, 셋째, 24시간 환자와 함께 지내면서 야기되는 가족 내의 갈등과 부담을 보다 현실적으로 해결함으로써 환자와 가족구성원 모두의 생활을 보호할 수 있으며, 넷째, 가족이 올바른 교육을 받을 경우 환자의 경과 및 예후가 훨씬 좋아지며, 다섯째, 사회에 팽배해 있는 정신질환에 대한 편견과 낙인 등을 극복하기 위한 것이다(서혜향, 2003: 13).

또한 정신분열병 환자의 치료에서 중요한 가족의 역할을 강화시키기 위한 방법으로서 교육적 요소를 포함하는 정신교육적 접근(pschoeducational approach)인 가족교육이 강조되고 있다. 이러한 가족교육은 가족의 스트레스 등 정서적 부담을 감소시키고 환자의 보호제공자로서 효과성을 증대시키기 위한 것으로서 공통적인 내용은 병에 대한 교육, 즉 가족 내의 인간관계에 초점을 맞추어 환자와 가족에게 정신분열병의 원인, 증상, 치료, 약물 및 재발 등(McGill, Falloon, Boyed, and Wood-Siverio, 1983)의 실질적인 지식에 바탕을 두는 조언, 의사소통과 극복기술, 가족의 지지와 상담, 사회적 지지망의 확충, 위기관리 등이다.

정신분열병 환자의 가족교육에서의 목표는 가족과 치료자간의 협조적인 관계를 형성하고, 정신분열병에 대한 정보를 전달하고 동시에 가족을 격려하며, 이를 통해 앞으로의 환자치료와 함께 환자와 가족의 가정생활이 고도로 구조화되고 가정의 미래에 대해서도 어느 정도 예측할 수 있도록 해주는 것이다(Goldstein, 1991). 또한 가족들에게 정신분열병에 대한 올바른 지식과 특정상황에 대한 대처 기술을 가르침으로써 자신의 정서적 부담을 극복하고 그들의 힘과 노력을 환자의 재화에 보다 효과적으

로 사용하도록 도와주는 것이 가족교육의 목표이며 정신분열병의 포괄적인 치료 방법 중 경비, 효과 면에서 가장 뛰어나며 중요한 요소라고 밝히고 있다(Wallace, et al., 1992; 김철권, 1996).

이러한 정신분열병 환자의 가족교육은 앤드선(Anderson)과 호가티(Hogarty)의 정신교육적 가족치료 모형과 팔룬(Falloon)과 리버만(Liberman)의 행동적 가족관리 모형이 널리 알려져 있으며, 앤드선과 호가티의 정신교육적 가족치료 모형은 크게 두 가지 형태로 나눌 수 있다(손정우·권준수·하규섭·신민섭·이부영, 1996). 첫 번째는 단기가족교육 프로그램(brief program of family education)으로서 정신분열병의 정의, 주요증상, 원인에 대한 그동안의 연구결과, 예후, 치료방법 및 가족의 대처방식 등을 가르치는 방법이며, 보통 4-6회 정도의 교육시간을 통해 이루어지기 때문에 단기라는 용어를 사용하게 되었다. 두 번째는 확장된 가족중재(extended family intervention)로서 보통 몇 개월 이상이 소요되는 방법이며, 일반적으로 환자와 가족이 같이 참여한다. 단기가족교육 프로그램에서와 마찬가지로 가족 모두에 대한 격려와 병에 대한 정보 전달 등도 다루지만 더 나아가 가족 상호간의 의사소통 및 환자가족 구성원들 사이에서 생길 수 있는 문제들의 해결방법을 연습한다거나 혹은 가족구성원들 사이에서도 각자의 생활권의 경계(boundary)가 필요함을 강조하거나 환자에게 가족의 일원으로서의 책임감을 점차적으로 획득하게 하는 등 좀더 적극적인 중재를 통하여 가족구조를 새롭게 형성하고 문제에 대한 대처방안 등을 마련하는 것을 목표로 한다.

### 3) 선행연구

먼저 지역사회복지관에서의 정신보건 프로그램제공에 대한 연구들을 살펴보면, 김철권·강동호·조진석·심경순·하준선·변원탄·이부영(1997)의 연구에서 지역사회복지관에서 정신보건 프로그램을 제공하였으나, 실제로는 장소만을 지역사회복지관을 이용한 것이었다. 그 외 신후경(2001), 유수현(2001), 김태연(2002) 등의 연구가 있으나, 대부분 지역사회복지관에서의 정신보건 프로그램 제공의 필요성, 실태 및 욕구조사에 불과하다.

다음으로 정신분열병 환자와 가족에 대한 단기가족교육 프로그램의 효과성에 대한 연구에서는 외국의 경우 주로 프로그램 시행 후 정신분열병에 대한 가족의 병적 지식변화, 가족들의 불안과 우울감 등의 변화, 환자를 대하는 가족들의 태도변화, 치료진으로부터 심리적 지지를 받는 느낌의 변화 등이 긍정적으로 평가, 보고되었다(Berkowitz, Eberlein-fries, Kuipers, and Leff, 1984; Cozolino, Goldstein, Nuechterlein, West, and Snyder, 1988; McGill, et al., 1983; Smith and Birchwood, 1987).

우리나라에서는 1955년 한국정신사회재활협회가 발족되면서 정신분열병 환자의 가족을 대상으로 대대적인 교육을 실시한 바 있으며, 1990년대부터 병원 단위에서 시작하여 정신보건센터나 사회복지시설 등 다양한 형태의 기관에서 여러 가지 모형을 활용한 가족교육 프로그램을 실시하기도 하였으나, 아직까지 정신과 병원을 중심으로 단기가족교육 프로그램의 형태인 질병에 대한 지식과 정보제공이 주를 이루고 있는 실정이다(이영호·심주철·이상경·서영수·김용관·김규수·김영훈, 2000).

서수경·김철권·변원탄(1995)은 가족교육 프로그램을 개발하기 위한 준비작업으로 정신분열병 환자의 주보호자 121명을 대상으로 정신분열병에 대한 병적 지식과 견해에 대한 조사를 실시한 결과 정

신분열병은 성격이 나누어져 두 개 이상의 다른 성격이 된다고 응답한 사람이 64%, 스트레스 때문에 발병한다고 응답한 사람이 80%, 심리치료가 중요하다고 응답한 사람이 78%, 약화와 호전을 반복할 것이라고 응답한 사람이 51%로서 정신분열병에 대한 잘못된 병적 지식을 가지고 있었다.

따라서 이와 같이 정신분열병에 대해 잘못 알고 있는 내용들을 교정하기 위해 가족교육 프로그램을 적용한 다양한 연구들이 시도되었는데, 대부분의 연구에서 가족교육 프로그램의 실시 후, 가족들의 질병에 대한 병적 지식과 인식에 긍정적인 변화가 있으며, 불안과 우울 그리고 스트레스와 같은 정서적 부담이 감소되었다고 보고하였다(박귀서, 1997; 정승희, 1997; 서혜향, 2003).

그러나 손정우 외(1996)의 연구에서는 가족교육 후 정신분열병에 대한 병적 지식, 환자에 대한 격정과 거부감에서 유의한 차이가 있었으나, 불안감은 유의한 차이가 없었으며, 정신분열병에 대한 병적 지식이 증가하여도 가족교육을 통하여 병적 지식이 증가하였을 때 불안감이 감소하고, 가족교육을 통하지 않고 병적 지식이 증가한다고 해서 불안감이 감소하지는 않는다고 보고하여 가족교육의 중요성과 필요성을 강조하였다. 장미희(1998)의 연구에서는 가족교육 후, 정신분열병에 대한 병적 지식, 약물관리에서 통계적으로 유의한 차이를 보였으나, 증상관리에 대한 지식은 유의한 차이를 보이지 않았으므로 질병의 대처에 대해서는 강의식 교육보다는 이차적 치료자의 역할을 제대로 배울 수 있는 교육방법이 필요하다고 제안하였다.

또한 박미선(1988)의 입원환자가족 대상의 연구에서는 가족교육 후 가족의 부담감과 우울감은 유의하게 낮아졌으나, 삶의 질은 유의한 차이가 없다고 보고하였다. 송영선(2000)의 연구에서는 정신분열병에 대한 병적 지식과 환자에 대한 거부감이 유의미한 차이가 있었다고 보고하였다.

이러한 연구결과들은 부분적으로 차이가 있으나, 단기가족교육 프로그램이 가족의 병적 지식을 높이고, 정서적 부담을 경감시키는 데 있어서 효과적이라고 보고하고 있다. 그러나 대부분 정신과 병원과 같은 정신보건기관에서 입원환자와 가족들을 대상으로 한 연구들이었으며, 퇴원한 정신분열병 환자와 가족을 대상으로 지역사회복지관에서 단기가족교육 프로그램을 실시하고 연구·보고한 경우는 절대적으로 부족한 실정이다.

또한 대부분의 연구보고들은 주로 정신과 의사가 주도한 것이었고, 사회복지사가 주도한 경우는 1-2개의 학위논문을 제외하고는 거의 없는 실정이다. 이는 지금까지의 가족교육이 의료기관을 중심으로 이루어져 왔고, 정신보건센터나 사회복지시설도 정신과 병·의원이 부설기관으로 개설하는 경우가 많아 정신과의사들이 주도한 것으로 볼 수 있다. 그러나 지역사회복지관에서도 필요한 공간과 정신보건 사회복지사와 같은 전문 인력을 확보하여 사회복지시설 등을 개설·운영할 수 있게 되었으므로 지역사회에 기반을 둔 정신보건 프로그램을 사회복지사가 주도할 수 있는 법적·제도적 여건이 형성되었다.

따라서 지역사회복지관에서 단기가족교육과 같은 정신보건 프로그램을 제공한다면, 무엇보다도 사회적 편견이나 낙인의 문제를 줄이면서 정신분열병 환자와 같은 정신장애인을 사회복지훈련에 참여시킬 수 있으며, 정신과 환자와 가족들이 복지관 내의 다른 프로그램을 보다 쉽게 이용할 수 있도록 접근성을 높여주어 지역사회 주민들과의 접촉의 기회를 많이 제공할 수 있기 때문에 의료기관에서 실행되는 정신보건 프로그램과는 달리 지역사회에 적응하는 데에 보다 긍정적인 영향을 미칠 수 있을 것

으로 보인다.

### 3. 연구 방법

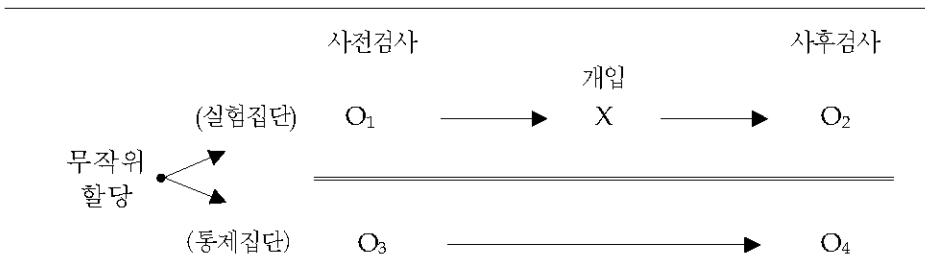
#### 1) 연구 대상 및 수행절차

본 연구의 대상은 경북 G시와 인근에 소재한 3개의 종합병원 정신과와 5개의 신경정신과 병원에서 정신분열병으로 입원치료 후 최근 3개월 이내에 퇴원하고 외래치료 중인 54명의 환자와 주보호자를 대상으로 동질성을 검증한 후, 가족들 중 협조가 가능한 33명을 실험집단 17명과 통제집단 16명으로 무작위 할당하여 2003년 11월 3일부터 20일까지 매주 월요일과 목요일에 G시종합사회복지관의 집단 프로그램실에서 2시간씩 총 6회에 걸쳐 실시하였다. 이들 중 2회 이상 프로그램에 결석한 실험집단의 2명을 제외하고, 실험집단 15명, 통제집단 16명 등 최종 31명과 해당 가족의 환자 31명을 연구대상으로 하였다.

본 연구자와 G시종합사회복지관의 정신보건 담당 사회복지사 그리고 자원봉사자 등 3명이 프로그램을 진행하였으며, 지역사회의 자원을 적극 활용하고 가족들의 프로그램에 대한 신뢰성을 높이기 위해서 G시종합사회복지관의 정신보건 프로그램 자문위원이며 협력병원인 K병원의 정신과의사가 총 4회 프로그램에 참여하였다. 또한 통제집단에 속한 가족들도 향후 2차 단기가족교육과 가족모임에 참여할 수 있도록 하였다.

#### 2) 연구 설계

본 연구는 <그림 1>과 같이 전형적인 실험 설계인 전-후 시험 통제집단설계(pre test-post test control group design)를 사용하였다.



<그림 1> 전-후 시험 통제집단설계

따라서 본 연구에서 사용한 퇴원한 정신분열병 환자와 가족에 대한 지역사회복지관에서의 단기가족교육 프로그램의 효과 즉, 순수한 개입 효과는 실험집단의 사전-사후 점수변화( $O_2 - O_1$ )에서 테스트



효과인 통제집단의 사전-사후 점수변화( $O_4 - O_3$ )를 제한 점수로 볼 수 있다.

또한 지역사회복지관에서의 단기가족교육 프로그램이 정신분열병 환자 가족의 정신분열병에 대한 병적 지식에 미치는 개입효과를 알아보고, 환자에 대한 거부감과 불안, 정신분열병 환자가 인지하는 가족의 정서적 지지로 나누어서 각각의 개입효과를 알아보았다.

### 3) 연구 가설

본 연구의 가설은 다음과 같다.

가설 1. 지역사회복지관에서의 단기가족교육을 받은 실험집단은 통제집단에 비해 정신분열병에 대한 병적 지식의 점수가 높아질 것이다.

가설 2. 지역사회복지관에서의 단기가족교육을 받은 실험집단은 통제집단에 비해 환자에 대한 거부감과 불안 점수가 낮아질 것이다.

가설 3. 지역사회복지관에서의 단기가족교육을 받은 실험집단의 환자가 인지하는 가족의 정서적 지지의 점수가 통제집단에 비해 높아질 것이다.

### 4) 지역사회복지관에서의 단기가족교육 프로그램의 구성과 평가 척도

본 연구에서 사용한 정신분열병 환자의 가족을 위한 단기가족교육은 의료기관이 아닌 지역사회복지관에서 이루어진다는 점 때문에 정신분열병 환자와 가족의 거부감과 주민들의 편견과 선입관을 어느 정도 줄일 수 있으며, 복지관을 이용하는 다른 지역사회주민들과의 접촉의 기회가 많아진다는 점 때문에 사회적응에 긍정적인 영향을 미칠 것으로 판단된다. 또한 지역의 자원을 연계하는 중심으로서 정신분열병 환자의 가족들에게 지지적인 서비스를 적극 제공한다면 지역사회복지관의 역할과 위상을 더 높이 정립할 수 있을 것이다.

#### (1) 정신분열병 환자 가족에 대한 단기가족교육 프로그램

##### ① 프로그램의 목적

본 연구의 목적을 달성하기 위한 프로그램의 목적은 다음과 같다.

가. 지역사회복지관에서의 단기가족교육을 통하여 정신분열병 환자 가족의 정신분열병에 대한 병적 지식을 향상시킨다.

나. 지역사회복지관에서의 단기가족교육을 통하여 정신분열병 환자 가족의 환자에 대한 거부감과 불안을 감소시키고 정신분열병 환자가 인지하는 가족의 정서적 지지를 향상시킨다.

다. 단기가족교육을 통하여 가족들의 자조모임 결성을 지원함으로써 정신분열병 환자 가족들에 대한 지속적인 지지를 하는 지역사회자원으로서 지역사회복지관의 역할을 정립한다.

## ② 프로그램의 내용

본 연구에서는 앤드선과 호가티의 정신교육적 가족치료 모형 중에서 단기가족교육 프로그램을 모델로 하여 손정우 외(1996), 송영선(2000) 등의 연구에서 정신분열병 환자의 가족교육을 위해 개발하였던 프로그램을 <표 1>과 같이 본 연구자가 수정·보완하여 재구성하였다.

&lt;표 1&gt; 단기가족교육 프로그램

회수	제 목	내 용	준비 사항
1회	오리엔테이션	· 모임의 의미 및 목적 설명 · 치료자 및 참가자 자기소개 · 프로그램의 내용 및 일정소개 · 사전 검사 · 모임의 내용정리	· 자료물 · 평가 척도
2회	정신분열병의 이해	· 정신질환의 분류 · 정신분열병의 유형 · 정신분열병의 원인 및 증상 · 정신분열병에 대한 오해 · 모임의 내용정리	· 자료물
3회	정신분열병의 치료와 재활	· 입원치료 · 약물치료 · 정신치료 · 정신사회재활 · 직업재활 · 모임의 내용정리	· 자료물
4회	정신분열병의 증상과 대처	· 양성증상의 이해 · 음성증상의 이해 · 흔히 경험하는 어려운 상황과 대처방법 · 재발 경고 증상에 대한 대처방법 · 모임의 내용정리	· 자료물 · 역할극
5회	정신분열병의 약물 및 일상생활 관리	· 약물의 작용과 부작용에 대한 대처 · 약물의 관리 및 복용방법 · 재발 방지를 위한 일상생활(운동, 건강, 외모, 대인관계, 스트레스 등) 관리 · 모임의 내용정리	· 자료물 · 역할극
6회	가족의 올바른 역할	· 치료동반자로서의 가족의 어려움과 중요성 · 가족의 마음가짐 · 정신보건법 및 정신보건 가족협회 소개 · 추후 모임에 대한 토론 · 종결 및 평가	· 자료물 · 평가 척도

1회 프로그램에서는 본 연구자와 복지관의 사회복지사가 프로그램에 대한 전반적인 오리엔테이션과 이 모임을 통해서 알게 된 다른 가족의 정보에 대한 비밀보장을 당부하고 실험집단 참가자들의 자기소개, 가족관계 소개, 본 프로그램에 대한 기대감 등에 대해서 의견을 교환했으며, 사전 검사를 실

시하였다. 또한 동시에 통제집단의 가족들도 별도의 방에서 사전 검사를 실시하였다.

2회, 3회 프로그램에서는 가족들의 프로그램에 대한 신뢰성을 높이고, 지역사회의 자원을 적극 활용한다는 취지에서 복지관의 정신보건 프로그램의 자문위원인 정신과 의사가 정신분열병에 대한 전반적인 이해, 치료와 재활에 대한 가족들의 이해와 병적 지식을 높이기 위해 교육을 하였다. 가족들은 정신분열병에 대한 자신들의 오해가 많았음을 인정하면서 가족교육에 대한 필요성을 이해하였다.

4회, 5회 프로그램에서는 전반부에서는 정신과 의사가 정신분열병의 증상과 약물, 일상생활에 대해서 강의를 하였고, 후반부에서는 본 연구자가 G시중합사회복지관의 사회복지사 그리고 자원봉사자와 함께 주로 역할극을 통하여 어려운 상황과 재발 경고 증상에 대한 대처 방법 및 약물과 일상생활의 관리방법에 대한 교육을 하였다. 가족들은 역할극을 진행하는 동안 자신만의 독특한 상황과 의문점을 역할극에 반영시키는 등 적극적인 참여를 하였으며, 자신들의 경험을 공유함으로써 강의식의 교육 방법보다는 이차적인 치료자 또는 정신분열병 환자의 정서적·경제적 지원자로서의 역할을 제대로 배울 수 있는 역할극을 통한 교육의 효과성을 인정하였다. 또한 단기가족교육이 끝난 이후의 지속적인 가족모임의 필요성을 인식하였다. 특히 대부분의 가족들이 약물복용을 지속적으로 하지 않을 경우 재발하는 경우가 많다는 것을 인지하고 약물관리의 중요성을 알게 되었다고 하였다.

6회 프로그램에서는 정신분열병 환자의 치료에 있어서 중요한 자원인 가족의 올바른 역할과 지역사회 자원과의 연계방법에 대해서 본 연구자가 교육을 하였고, 가족들이 추후 모임으로서 가족자조집단을 결성하여 지속적인 유대관계를 유지할 것을 약속하였다. 또한 이번 연구에서 통제집단으로 분류되어 단기가족교육 프로그램에 참여하지 못한 정신분열병 환자와 가족들도 2차 단기가족교육이 끝나면 가족자조집단에 같이 합류하기로 결정하였다. 실험집단에 참가한 가족들의 사후검사를 실시하였으며, 동시에 통제집단의 가족들도 별도의 방에서 사후 검사를 실시하였다.

## (2) 평가 척도

### ① 정신분열병에 대한 병적 지식 척도

정신분열병에 대한 전반적인 병적 지식을 알아보기 위해 손정우 등(1996)이 개발한 척도를 사용하였다. 총 15문항으로 이루어졌으며, 각 문항은 정신분열병의 증상, 원인, 진단, 치료 등에 대한 내용이며 한 문장으로 이루어져 있다. 각 문항을 읽고 난 뒤 ‘그렇다’, ‘아니다’, ‘잘 모르겠다’를 선택하게 한 후, 정답은 1점, 오답과 ‘잘 모르겠다’는 0점을 부과한다. 점수는 최저 0점에서 최고 15점까지로서 총점이 높을수록 정신분열병에 대한 병적 지식의 정도가 높음을 뜻한다. 본 연구에서의 신뢰도는 Chronbach's  $\alpha=.8183$ 이었다.

### ② 정신분열병 환자 가족의 환자에 대한 거부감과 불안 척도

먼저 정신분열병 환자 가족의 환자에 대한 거부감의 정도를 알아보기 위하여 크리스만 등(1979)이 개발하고, 강동호·김철권·변원탄(1995), 손정우 외(1996), 송영선(2000)의 연구에서 사용했던 PRS(Patients Rejection Scale)를 사용하였다. PRS는 3점 척도로 총 11개 문항으로 구성되어 있으며, 점수는 최저 0점에서 최고 22점까지로서 총점이 높을수록 환자에 대한 가족의 거부감이 심하다는 것을 나타낸다. 본 연구에서의 신뢰도는 Chronbach's  $\alpha=.8415$ 이었다.

다음으로 정신분열병 환자 가족의 불안의 정도를 알아보기 위해 중(Zung, 1971)이 개발하고, 손정우 외(1996), 박귀서(1997)의 연구에서 사용했던 SAS(The Self Rating Anxiety Scale)을 사용하였다. SAS는 4점 척도로 총 20개의 문항으로 구성되어 있으며, 점수는 최저 0점에서 최고 60점까지로서 총점이 높을수록 가족의 불안이 심하다는 것을 나타낸다. 본 연구에서의 신뢰도는 Chronbach's  $\alpha$  =.8601이었다.

### ③ 정신분열병 환자가 인지하는 가족의 정서적 지지 척도

정신분열병 환자가 인지하는 가족의 정서적 지지의 정도를 알아보기 위하여 슈메어(Suurmeur, 1995)가 개발하고 이영호 외(2000)의 연구에서 사용했던 FESQT(Family Emotional Support Questionnaire for Transactions)를 사용하였다. FESQT는 일상적 정서적 지지와 문제중심적 정서적 지지 등 4점 척도로 총 11문항으로 구성되어 있으며, 점수는 최저 0점에서 최고 33점까지로서 총점이 높을수록 환자가 인지한 가족의 정서적지지 정도가 높다는 것을 나타낸다. 본 연구에서의 신뢰도는 Chronbach's  $\alpha$  =.8807이었다.

## 5) 자료분석 방법

본 연구에서 수집된 자료의 분석은 SPSS 10.0을 이용하여 다음과 같이 분석하였다.

- (1) 실험집단과 통제집단의 일반적 특성은 빈도분석으로, 동질성 검증은  $\chi^2$ -test로 분석하였다.
- (2) 가족교육 실시 전, 후의 정신분열병 환자 가족의 정신분열병에 대한 병적 지식, 거부감과 불안, 환자가 인지하는 가족의 정서적지지 정도에 미치는 영향은 paired t-test로 분석하였다.

## 6) 연구의 제한점

본 연구는 대상자가 중소도시와 농촌지역에 거주하고 있으며 퇴원한 정신분열병 환자의 가족전체가 아니라 후보호자만을 대상으로 하였기 때문에 연구결과를 일반화하기에 제한점이 있다.

# 4. 연구결과 및 논의

## 1) 연구대상자의 일반적 속성 및 동질성 검증

본 연구의 대상자인 정신분열병 환자와 가족의 일반적 속성과 동질성을 검증한 결과는 <표 2>, <표 3>과 같다.

먼저 정신분열병 환자의 일반적 속성을 살펴보면, 성별은 실험집단이 남자 9명(60.00%), 여자 6명(40.00%), 통제집단은 남자 9명(56.25%), 여자 7명(43.75%)으로 구성되어 있으며, 두 집단 간에 통계

학적으로 유의미한 차이는 없었다.

연령을 살펴보면 실험집단은 20세 이하가 2명(13.33%), 21-30세가 6명(40.00%), 31-40세가 4명(26.67%), 40세 이상이 3명(20.00%)으로, 통제집단은 20세 이하가 2명(12.50%), 21-30세가 6명(37.50%), 31-40세가 5명(31.25%), 40세 이상이 3명(18.75%)으로 구성되어 있으며, 두 집단 간에 통계학적으로 유의미한 차이는 없었다.

<표 2> 정신분열병 환자의 일반적 속성과 동질성 검증

구분		빈도(%)			$\chi^2$	p
		실험집단 (n=15)	통제집단 (n=16)	전체 (n=31)		
성별	남	9(60.00)	9(56.25)	18(58.07)	0.162	0.872
	여	6(40.00)	7(43.75)	13(41.93)		
연령	20세 이하	2(13.33)	2(12.50)	4(12.91)	1.331	0.475
	21-30세	6(40.00)	6(37.50)	12(38.71)		
	31-40세	4(26.67)	5(31.25)	9(29.03)		
	40세 이상	3(20.00)	3(18.75)	6(19.35)		
교육수준	초등 졸	2(13.33)	3(18.75)	5(16.13)	3.265	0.347
	중 졸	4(26.67)	3(18.75)	7(22.58)		
	고 졸	7(46.67)	7(43.75)	14(45.16)		
	대졸 이상	2(13.33)	3(18.75)	5(16.13)		
결혼상태	기 혼	3(20.00)	2(12.50)	5(16.13)	1.776	0.544
	미 혼	3(20.00)	4(25.00)	7(22.57)		
	기 타	9(60.00)	10(62.50)	19(61.30)		
입원횟수	1회	1(6.66)	1(6.25)	2(6.46)	4.879	0.472
	3회	4(26.67)	6(37.50)	10(32.26)		
	4회	6(40.00)	5(31.25)	11(35.48)		
	4회 이상	4(26.67)	4(25.00)	8(25.80)		
직업	농업	5(33.33)	6(37.50)	11(35.48)	3.213	0.397
	자영업	2(13.33)	2(12.50)	4(12.91)		
	무직/기타	8(53.34)	8(50.00)	16(51.61)		

교육수준은 실험집단이 초등졸 2명(13.33%), 중졸 4명(26.67%), 고졸 7명(46.67%), 대졸 이상이 2명(13.33%)으로, 통제집단은 초등졸 3명(18.75%), 중졸 3명(18.75%), 고졸 7명(43.75%), 대졸 이상이 3명(18.75%)으로 구성되어 있으며, 두 집단 간에 통계학적으로 유의미한 차이는 없었다.

결혼상태는 실험집단이 기혼 3명(20.00%), 미혼3명(20.00%), 기타 9명(60.00%)으로, 통제집단은 기혼이 2명(12.50%), 미혼이 4명(25.00%), 기타 10명(62.50%)으로 구성되어 있으며, 두 집단 간에 통계학적으로 유의미한 차이는 없었다.

입원횟수는 실험집단이 1회가 1명(6.66%), 3회가 4명(26.67%), 4회가 6명(40.00%), 4회 이상이 4명(26.67%)으로, 통제집단에서는 1회가 1명(6.25%), 3회가 6명(37.50%), 4회가 5명(31.25%), 4회 이상이 4명(25.50%)으로 구성되어 있으며, 두 집단 간에 통계학적으로 유의미한 차이는 없었다.

직업은 실험집단이 농업이 5명(33.33%), 자영업이 2명(13.33%), 무직 및 기타가 8명(53.34%)으로, 통제집단에서는 농업이 6명(37.50%), 자영업이 2명(12.50%), 무직 및 기타가 8명(50.00%)으로 구성되어 있으며, 두 집단 간에 통계학적으로 유의미한 차이는 없었다.

<표 3> 정신분열병 환자 가족의 일반적 속성과 동질성 검증

구분		빈도(%)			$\chi^2$	p
		실험집단 (n=15)	통제집단 (n=16)	전체 (n=31)		
성별	남	5(33.33)	7(43.75)	12(38.71)	2.449	0.211
	여	10(66.67)	9(56.25)	19(61.29)		
환자와의 관계	배우자	3(20.00)	1(6.25)	4(12.91)	3.256	0.329
	아버지	4(26.67)	5(31.25)	9(29.03)		
	어머니	5(33.33)	5(31.25)	10(32.25)		
	형제자매	2(13.33)	3(18.75)	5(16.13)		
	기타	1(6.67)	2(12.50)	3(9.68)		
연령	31-40세	3(20.00)	2(12.50)	5(16.13)	4.553	0.098
	41-50세	3(20.00)	3(18.75)	6(19.35)		
	51-60세	7(46.67)	9(56.25)	16(51.61)		
	60세 이상	2(13.33)	2(12.50)	4(12.91)		
교육수준	초등 졸	2(13.33)	3(18.75)	5(16.13)	7.862	0.437
	중 졸	4(26.67)	5(31.25)	9(29.03)		
	고 졸	8(53.34)	7(43.75)	15(48.39)		
	대졸 이상	1(6.66)	1(6.25)	2(6.45)		
소득수준 (단위:만원)	100이하	4(26.67)	6(37.50)	10(32.25)	4.022	0.571
	101-150	6(40.00)	5(31.25)	11(35.48)		
	151-200	2(13.33)	2(12.50)	4(12.91)		
	201-250	2(13.33)	1(6.25)	3(9.68)		
	250이상	1(6.67)	2(12.50)	3(9.68)		
직업	농업	6(40.00)	8(50.00)	14(45.17)	1.219	0.324
	자영업	2(13.33)	4(25.00)	6(19.35)		
	회사원	6(40.00)	2(12.50)	8(25.80)		
	무직/기타	1(6.67)	2(12.50)	3(9.68)		

다음으로 정신분열병 환자 가족의 일반적 속성을 살펴보면, 성별은 실험집단이 남자 5명(33.33%), 여자 10명(66.67%)으로, 통제집단은 남자 7명(43.75%), 여자 9명(56.25%)으로 구성되어 있으며, 두 집단 간에 통계학적으로 유의미한 차이는 없었다.

환자와의 관계는 실험집단이 배우자가 3명(20.00%), 아버지가 4명(26.67%), 어머니가 5명(33.33%), 형제자매가 2명(13.33%), 기타가 1명(6.67%)으로, 통제집단은 배우자가 1명(6.25%), 아버지가 5명(31.25%), 어머니가 5명(31.25%), 형제자매가 3명(18.75%), 기타가 2명(9.68%)으로 구성되어 있으며, 두 집단 간에 통계학적으로 유의미한 차이는 없었다.

연령은 실험집단은 31-40세가 3명(20.00%), 41-50세가 3명(20.00%), 51-60세가 7명(46.67%), 60세

이상이 2명(13.33%)으로, 통제집단은 31-40세가 2명(12.50%), 41-50세가 3명(18.75%), 51-60세가 9명(56.25%), 60세 이상이 2명(12.50%)으로 구성되어 있으며, 두 집단 간에 통계학적으로 유의미한 차이는 없었다.

교육수준은 실험집단이 초등졸 2명(13.33%), 중졸 4명(26.67%), 고졸 8명(53.34%), 대졸 이상이 1명(6.67%)으로, 통제집단은 초등졸 3명(18.75%), 중졸 5명(31.25%), 고졸 7명(43.75%), 대졸 이상이 1명(6.25%)으로 구성되어 있으며, 두 집단 간에 통계학적으로 유의미한 차이는 없었다.

소득수준은 실험집단이 100만원 이하가 4명(26.67%), 101-150만원이 6명(40.00%), 151-200만원이 2명(13.33%), 201-250만원이 2명(13.33%), 250만원 이상이 1명(6.67%)으로, 통제집단은 100만원 이하가 6명(37.50%), 101-150만원이 5명(31.25%), 151-200만원이 2명(12.50%), 201-250만원이 1명(6.25%), 250만원 이상이 2명(12.59%)으로 구성되어 있으며, 두 집단 간에 통계학적으로 유의미한 차이는 없었다.

직업은 실험집단이 농업이 6명(40.00%), 자영업이 2명(13.33%), 회사원이 6명(40.00%), 무직 및 기타가 1명(6.67%)으로, 통제집단에서는 농업이 8명(50.00%), 자영업이 4명(25.00%), 회사원이 2명(12.50%), 무직 및 기타가 3명(9.68%)으로 구성되어 있으며, 두 집단 간에 통계학적으로 유의미한 차이는 없었다.

이상에서 살펴본 것처럼 실험집단과 통제집단의 일반적 속성에서는 통계학적으로 유의미한 차이가 없어 집단의 동질성이 확보되었다고 볼 수 있다.

이러한 결과는 본 연구에서 사용한 연구 설계인 전-후 시험 통제집단설계의 특성상 사전에 동질성 검사를 실시한 후, 동질성이 확보된 31명을 대상으로 실험집단과 통제집단으로 무작위 할당된 결과로 보인다. 그러나 연구대상자의 거주지가 주로 중소도시이고 농촌지역이라는 점과 비교적 이른 나이에 발병한다는 정신분열병의 특성으로 학력에 있어서 대졸자가 환자의 경우 전체 5명(6.13%)으로, 가족의 경우 전체 2명(6.45%)으로 상대적으로 낮았다.

직업에 있어서도 환자의 경우 무직/기타가 전체 16명(51.61%)으로, 그리고 농업이 전체 11명(36.48%)으로 대다수를 차지하고 있었다. 그러나 농업의 경우 부모의 농사를 같이 하고 있는 경우가 대부분이기 때문에 실제로는 전체 환자 중 27명(87.09%)이 독립적인 경제활동을 하지 못하고 있어 이미 경제적 능력을 상실한 것으로 볼 수 있다. 또한 이러한 경제적 능력의 상실로 인해 정신분열병 환자의 결혼상태도 이혼 및 사별을 뜻하는 기타가 전체 19명(61.30%)을 차지하고 있으며, 기혼으로 나타난 전체 5명(16.13%)도 주거를 같이하고 있으나 사실상 가정해체의 위기에 처해 있는 경우가 대부분이었다. 이는 서수경 외(1995)의 연구결과와 일치하는 것으로 대부분의 대상자들이 속해 있는 시기는 인생 중 가장 활동적인 시기이지만 정신분열병으로 인해 사회·경제적 활동에 막대한 지장을 받고 있는 것이며 경제활동인구의 감소로 인한 사회·경제적 손실 또한 엄청나다고 볼 수 있다. 따라서 퇴원한 정신분열병 환자의 재활을 위해서는 직업재활이 우선되어야 한다는 것을 알 수 있다.

또한 본 연구에 참여한 후보호자인 가족도 부모형제가 전체 24명(77.41%)으로서 가족 중에서도 원가족의 부담이 큰 것으로 나타났으며, 후보호자의 평균연령도 51세-60세가 전체 16명(51.61%)으로 가장 많았으며, 60세 이상도 전체 4명(12.91%)이었다. 뿐만 아니라 소득수준도 100만원 이하가 전체 10

명(32.25%)으로, 101만원에서 150만원 이하가 전체 11명(35.48%)이었으며, 직업도 농업이 전체 14명(45.17%)으로, 무직 및 기타가 전체 3명(9.68%)을 차지하고 있어 경제적으로 환자를 부담할 능력이 부족하다고 볼 수 있다. 이는 손정우 외(1996), 박귀서(1997), 서혜향(2002) 등의 연구 결과와 일치하는 것으로서 정신분열병 환자의 가족은 환자에 대한 지속적인 책임과 역할 변화 등으로 인한 신체적, 사회적, 경제적으로 상당한 부담을 안고 있다는 것을 알 수 있다. 따라서 단기가족교육 프로그램은 가족의 정서적 안정과 지역사회 자원을 활용할 수 있는 내용을 포함해야 하며, 장기적으로는 가족들만의 어려움을 공유하고 지지할 수 있는 자조모임을 결성할 수 있도록 지원해야 할 것이다.

## 2) 가설검증

### (1) 제1가설의 검증

제1가설인 “지역사회복지관에서의 단기가족교육을 받은 실험집단은 통제집단에 비해 정신분열병에 대한 병적 지식의 점수가 높아질 것이다”의 검증 결과는 <표 4>와 같다.

단기가족교육 프로그램 실시 전, 사전검사에 의한 정신분열병에 대한 병적 지식의 점수는 실험집단이 평균 5.42점, 통제집단이 평균 5.38점이었다. 그러나 프로그램 실시 후 사후검사에 의한 병적 지식의 점수는 실험집단이 평균 10.86점으로 높아졌으며, 통계적으로 유의하였다. 그러나 통제집단의 병적 지식의 점수는 평균 5.41점으로 약간 높아졌으나 통계적으로 유의하지 않았다.

<표 4> 정신분열병에 대한 병적 지식의 변화

	집단	사전검사 (Mean ± SD)	사후검사 (Mean ± SD)	점수변화	t
정신분열병에 관한 병적 지식	실험집단 (n=15)	5.42±3.83	10.86±3.91	+5.44	1.81*
	통제집단 (n=16)	5.38±3.72	5.41±3.21	+0.03	0.99

\*p<0.05

따라서 정신분열병에 대한 병적 지식에 대한 단기가족교육 프로그램의 개입효과는 실험집단의 개입효과인 +5.44점에서 테스트 효과를 배제하기 위하여 통제집단의 점수변화 폭인 +0.03을 제한 +5.41점으로 볼 수 있으며, 점수가 높아졌으므로 본 가설은 지지되었다.

이러한 결과는 강동호 외(1995), 손정우 외(1996), 서혜향(2002) 등의 연구결과와 일치하는 것으로 통제집단에서 정신분열병에 대한 병적 지식의 점수가 약간 높아진 것은 테스트 효과 또는 환자가 외래치료 중이므로 환자의 담당의사와 같은 의료진, 주위사람들의 정보 등을 통하여 경미한 지식의 증가가 가능했던 것으로 볼 수 있으나, 통계적으로 유의하지는 않았다. 따라서 가족이 정신분열병을 이해하는 데에는 본 연구에서 사용한 단기가족교육 프로그램이 효과적임을 알 수 있다. 특히 최근 들어 정신분열병 환자들의 빠른 퇴원과 사회복귀를 촉진시키는 방법으로서 낮병원과 같은 부분입원제도에



대한 관심이 높고 많은 병원에서 활용하고 있는 경우도 있어, 정신의료기관을 부분적으로 대신하는 병원과 가정, 지역사회를 이어주는 매개체로서 지역사회복지관의 역할도 고려해 보는 것이 필요한 시기라는 것을 알 수 있다.

(2) 제2가설의 검증

제2가설인 “지역사회복지관에서의 단기가족교육을 받은 실험집단은 통제집단에 비해 환자에 대한 거부감과 불안 점수가 낮아질 것이다”의 검증 결과는 <표 5>와 같다.

먼저 단기가족교육 프로그램 실시 전, 사전검사에 의한 정신분열병 환자 가족의 환자에 대한 거부감의 점수는 실험집단이 평균 15.32점, 통제집단이 평균 14.59점이었다. 그러나 프로그램 실시 후 사후검사에 의한 거부감의 점수는 실험집단이 평균 9.80점으로 낮아졌으며 통계적으로 유의하였다. 그러나 통제집단의 환자에 대한 거부감의 점수는 평균 14.79점으로 약간 증가하였으나, 통계적으로 유의하지 않았다.

다음으로 단기가족교육 프로그램 실시 전, 사전검사에 의한 정신분열병 환자 가족의 불안의 점수는 실험집단이 평균 38.80점, 통제집단이 평균 37.74점이었다. 그러나 프로그램 실시 후 사후검사에 의한 불안의 점수는 실험집단이 평균 36.54점으로 낮아졌으며 통계적으로 유의하였다. 그러나 통제집단의 불안의 점수는 평균 38.12점으로 오히려 약간 증가하였으나, 통계적으로 유의하지 않았다.

<표 5> 가족의 환자에 대한 거부감과 불안의 변화

	집단	사전검사 (Mean ± SD)	사후검사 (Mean ± SD)	점수변화	t
거부감	실험집단 (n=15)	15.32±4.71	9.80±4.77	-5.52	2.21**
	통제집단 (n=16)	14.59±7.47	14.79±8.47	+0.2	0.02
불안	실험집단 (n=15)	38.80±10.33	36.54±9.39	-2.26	3.03**
	통제집단 (n=16)	37.74±9.84	38.12±9.92	+0.38	-0.19

\*\*p<0.01

따라서 정신분열병 환자 가족의 거부감에 대한 단기가족교육 프로그램의 개입효과는 실험집단의 개입효과인 5.52점에서 테스트 효과를 배제하기 위하여 통제집단의 점수변화 폭인 +0.2를 제한 5.32점으로 볼 수 있으며, 정신분열병 환자 가족의 불안에 대한 단기가족교육 프로그램의 개입효과는 실험집단의 개입효과인 2.26점에서 테스트 효과를 배제하기 위하여 통제집단의 점수변화폭인 +0.38을 제한 2.64점으로 볼 수 있다. 이상과 같이 단기가족교육 프로그램의 실시 후, 정신분열병 환자 가족의 환자에 대한 거부감과 불안의 점수가 낮아졌으므로 본 가설은 지지되었다.

이러한 결과는 먼저 정신분열병 환자 가족의 환자에 대한 거부감의 경우 통계적으로 유의한 수준에서 낮아졌는데, 이는 강동호 외(1995), 손정우 외(1996), 송영선(2000) 등의 연구 결과와 일치하는

것으로 정신분열병 환자 가족들의 불안, 부정, 퇴행, 우울 및 적개심, 죄책감, 공포, 수치, 분노 등의 정서적 반응은 가족구성원들에게 만성적인 스트레스로 작용하여 다시 환자에게 영향을 미치는 악순환의 과정을 갖게 된다. 이러한 정서적 반응은 병에 대한 올바른 지식이 없기 때문에 생기게 되며, 가족의 고통과 위협을 가중시킬 뿐 아니라 환자의 예후에도 부정적인 영향을 미쳐 재발 및 재입원을 초래한다는 카플란 외(1994), 로이드(1991), 레프와 보흔(Leff and Vaughn, 1981)의 연구결과에 비추어 본다면 본 연구에서 사용된 단기가족교육 프로그램이 정신분열병 환자의 가족들에게 보다 정확한 지식을 제공하여 정신분열병과 환자를 보다 더 이해할 수 있게 되어 환자에 대한 거부감이 낮아진 것으로 볼 수 있다.

다음으로 정신분열병 환자 가족의 불안의 경우 통계적으로 유의한 수준에서 낮아졌지만, 개입효과가 2.64점으로 상대적으로 작았다. 이는 정신분열병에 대한 병적 지식이 높아져도 가족의 불안은 통계적으로 유의한 수준에서 변화하지 않는다는 손정우 외(1996)의 연구결과와 비슷한 결과로서, 단기가족교육 프로그램에 의한 정신분열병에 대한 병적 지식의 증가가 짧은 시간 내에 정신분열병 환자 가족의 불안에 많은 영향을 미치지 않는다고 볼 수 있다. 따라서 정신분열병 환자 가족의 불안의 보다 많은 감소를 위해서는 가족자조모임을 통한 지속적인 지원과 같은 보다 장기적인 차원에서의 지원이 고려되어야 할 것으로 보인다.

### (3) 제3가설의 검증

제3가설인 “지역사회복지관에서의 단기가족교육을 받은 실험집단의 환자가 인지하는 가족의 정서적 지지의 점수가 받지 않은 통제집단에 비해 높아질 것이다”의 검증 결과는 <표 6>과 같다.

<표 6> 환자가 인지하는 가족의 정서적 지지의 변화

	집단	사전검사 (Mean ± SD)	사후검사 (Mean ± SD)	점수변화	t
정서적 지지	실험집단 (n=15)	14.17±7.72	21.40±7.24	+7.23	2.51*
	통제집단 (n=16)	15.26±6.49	15.17±6.64	-0.09	3.24

\*p<0.05

단기가족교육 프로그램 실시 전, 사전검사에 의한 정신분열병 환자가 인지하는 가족의 정서적 지지의 점수는 실험집단이 평균 14.17점, 통제집단이 평균 15.26점이었다. 그러나 프로그램 실시 후 사후검사에 의한 정신분열병 환자가 인지하는 가족의 정서적 지지의 점수는 실험집단이 평균 21.40점으로 높아졌으며, 통계적으로 유의하였다. 그러나 통제집단의 정신분열병 환자가 인지하는 가족의 정서적 지지의 점수는 평균 15.17점으로 오히려 약간 낮아졌으나 통계적으로 유의하지 않았다.

따라서 정신분열병 환자가 인지하는 가족의 정서적 지지에 대한 단기가족교육 프로그램의 개입효과는 실험집단의 개입효과인 +7.23점에서 테스트 효과를 배제하기 위하여 통제집단의 점수변화 폭인 0.09를 제한 +7.32점으로 볼 수 있으며, 점수가 높아졌으므로 본 가설은 지지되었다.

이러한 결과는 가족이 정신분열병에 대한 병적 지식을 습득하여 정서적으로 안정되면, 환자에게도 정서적으로 지지해 줄 수 있는 여유가 생긴다는 이영호 외(2000)의 연구결과와 일치하며, 가족의 정서적 지지를 인지한 환자들은 자신의 질병과 관련한 우울을 이겨낼 수 있다는 점을 고려해 볼 때, 정신분열병 환자의 가족에 대한 단기가족교육 프로그램이 병적 지식제공과 함께 정서적 지지를 동시에 제공했을 경우가족이 환자에게 폭넓은 이해와 정서적 지지를 제공함으로써 환자의 치료와 재활에 더 많은 도움을 줄 수 있다는 것을 알 수 있다.

이상의 연구결과를 살펴보면, 지역사회복지관에서의 단기가족교육 프로그램이 정신분열병 환자의 가족들에게 정신분열병에 대한 병적 지식을 높이고 환자에 대한 거부감과 불안을 감소시켜, 정신분열병 환자에 대한 가족의 정서적 지지를 높인다는 것을 알 수 있다.

또한 이러한 결과는 지역사회복지관에서의 단기가족교육 프로그램이 퇴원한 정신분열병 환자와 가족들이 지역사회 내에서 거부감 없이 지속적으로 정신보건 프로그램을 제공받을 수 있는 사회의 유용한 자원이라는 것을 의미하기도 한다. 특히 지역사회 정신보건 전문기관이 퇴원한 정신분열병 환자와 가족의 부담을 덜어주기에는 그 수에 있어서 절대적으로 부족한 우리나라의 실정을 고려한다면, 지역사회복지관이 그 대안이 될 것이다.

## 5. 결론 및 제언

본 연구는 퇴원한 정신분열병 환자와 가족에 대한 지역사회복지관에서의 단기가족교육 프로그램의 효과를 알아보기 위하여 전-후 시험 통제집단설계를 이용하여 그 개입효과를 검증한 실험연구로서 도출된 연구결과는 다음과 같다.

### 1) 정신분열병에 대한 병적 지식의 변화

제1가설인 “지역사회복지관에서의 단기가족교육을 받은 실험집단은 통제집단에 비해 정신분열병에 대한 병적 지식의 점수가 높아질 것이다”는 개입효과가 +5.41점으로 점수가 높아졌으므로, 본 가설은 지지되었다.

### 2) 가족의 환자에 대한 거부감과 불안의 변화

제2가설인 “지역사회복지관에서의 단기가족교육을 받은 실험집단은 통제집단에 비해 환자에 대한 거부감과 불안 점수가 낮아질 것이다”는 환자에 대한 거부감에서는 개입효과가 -5.32점, 불안에 대해서는 개입효과가 -2.64점으로 점수가 낮아졌으므로 본 가설은 지지되었다.

### 3) 정신분열병 환자가 인지하는 가족의 정서적 지지의 변화

제3가설인 “지역사회복지관에서의 단기가족교육을 받은 실험집단의 환자가 인지하는 가족의 정서적 지지의 점수가 받지 않은 통제집단에 비해 높아질 것이다”는 개입효과가 +7.32점으로 점수가 높아졌으므로, 본 가설은 지지되었다.

이러한 연구결과들을 볼 때, 지역사회복지관에서의 단기가족교육 프로그램이 정신분열병 환자 가족의 정신분열병에 대한 병적 지식과, 환자에 대한 거부감과 불안, 정신분열병 환자가 인지하는 가족의 정서적 지지에 미치는 긍정적인 개입효과가 검증되었다. 또한 본 연구에 있어서 실천의 장이었던 G시 종합사회복지관도 정신과 의사와 같은 지역사회자원을 활용·연계하는 중심으로서의 위상을 정립하였으며, 프로그램을 담당한 사회복지사 또한 전문화된 프로그램을 통한 전문적인 훈련의 기회를 접함으로써 전문가로서의 역할을 확립하고 하는 계기가 되었다. 따라서 지역사회복지관에서의 단기가족교육 프로그램이 정신분열병 환자와 가족의 정서적 안정에 긍정적인 영향을 미치고, 정신분열병 환자의 치료와 재활에 긍정적인 영향을 미치는 지역사회 자원으로 적극 활용될 수 있을 것이다.

본 연구의 결과가 지역사회복지관에서의 정신보건 프로그램 제공과 그 효과성에 대한 연구보고가 절대적으로 부족한 실정에서, 의료기관과는 달리 정신분열병 환자와 같은 정신장애인에 대한 편견과 선입관, 낙인을 줄일 수 있는 장점을 지니고 있는 지역사회복지관에서 제공하는 정신보건 프로그램의 필요성을 제시하는 기초 자료로서 활용되기를 바라며, 지속적인 연구의 필요성과 함께 다음을 제언을 하고자 한다.

첫째, 지역사회복지관에서의 단기가족교육 프로그램과 같은 정신보건 프로그램을 제공하기 위해서는 정신보건 사회복지사와 같은 전문 인력의 확보가 우선되어야 하며, 둘째, 보다 다양한 프로그램 내용의 개발과 프로그램 종료 후의 가족모임에 대한 지원이 지속적으로 이루어져야 할 것이다.

## 참고문헌

- 강동호·김철권·변원탄. 1995. “정신분열병 환자 보호자의 객관적, 주관적 부담에 관한 연구”. 신경정신의학, 34: 193-203.
- 김철권. 1996. “정신분열병 환자 가족치료에 대한 고찰”. 부산정신의학, 5: 99-118.
- 김철권·강동호·조진석·심경순·하준선·변원탄·이부영. 1997. “지역사회복지관을 이용한 정신분열병의 정신사회재활 효과”. 정신보건, 2: 53-67.
- 김태연. 2002. “저소득층 정신장애인 가족의 지역사회복지관 서비스 욕구에 관한 연구”. 부산대학교 사회복지학과 석사학위논문(미간행).
- 류수현. 2001. “지역사회복지관에서의 정신장애인 재활프로그램의 개발 필요성”. 정신보건과 사회사업, 11: 30-52.
- 박귀서. 1997. “가족교육이 정신분열병환자 가족의 불안과 스트레스 감소에 미치는 영향”. 원광대학교 사회복지학과 석사학위논문(미간행).

- 박미선. 1998. "정신분열병 환자 가족 교육이 가족의 부담감, 우울 및 삶의 질에 미치는 효과". *정신간호학회지*, 1: 86-96.
- 보건복지부a. 2000. 장애인복지법. 보건복지부자료실(www.mohw.go.kr).
- 보건복지부b. 2000. 정신보건법. 보건복지부자료실(www.mohw.go.kr).
- 보건복지부. 2002. 정신질환실태역학조사 2001.
- 보건복지부. 2004. 2004년도 정신보건사업안내.
- 사회복지관협회. 2003. 사회복지관협회보 30.
- 서수경·김철권·변원탄. 1995. "정신분열병 환자 가족의 병에 대한 지식과 견해 조사". *신경정신의학*, 34: 204-215.
- 서혜향. 2003. "정신분열병환자의 가족을 위한 교육프로그램이 질병지식과 돌봄 경험 인식에 미치는 영향". 서울대학교 간호학과 석사학위논문(미간행).
- 설진화. 2000. "정신분열병 환자의 직업재활 프로그램 모형 개발에 관한 연구". 대구대학교 사회복지학과 박사학위논문(미간행).
- 손정우·권준수·하규섭·신민섭·이부영. 1996. "입원한 정신분열병 환자의 가족에 대한 가족교육 단기 프로그램의 효과". *신경정신의학*, 35: 1279-1297.
- 송승은. 1993. "정신분열증 환자 및 가족을 대상으로 한 심리교육 프로그램 개발에 관한 연구". 서울여자대학교 사회사업학과 석사학위논문(미간행).
- 송영선. 2000. "정신분열병환자의 가족에 대한 가족교육 단기프로그램의 효과". *간호과학*, 12: 52-60.
- 신후경. 2001. "지역사회복지관의 정신장애인을 위한 프로그램 운영실태와 방전방안에 관한 연구". 숭실대학교 사회사업학과 석사학위논문(미간행).
- 양옥경. 1995. "정신장애인 가족에 대한 연구-가족의 보호부담, 대처기제, 서비스 욕구를 중심으로-". *신경정신의학*, 34: 809-829.
- \_\_\_\_\_. 1996. *지역사회정신건강*. 서울: 나눔출판사.
- 어명진. 1992. "정신분열증 환자 가족의 서비스 프로그램 개발을 위한 기초 조사연구". 서울여자대학교 사회사업학과 석사학위논문(미간행).
- 이영호·심주철·이상경·서영수·김용관·김규수·김영훈. 2000. "정신분열병 환자를 위한 정신교육적 가족치료모형의 효과". *신경정신의학*, 37: 479-494.
- 이정식·김광일·오동렬. 1991. "정신병환자 가족의 걱정과 관련한 조사". *신경정신의학*, 30: 517-530.
- 장미희. 1998. "체계화된 가족교육이 입원 정신분열병 환자 가족의 정신질환에 대한 지식, 태도 및 불안에 미치는 영향". 경희대학교 간호학과 석사학위논문(미간행).
- 정승희. 1997. "낮병원 정신분열증 환자 가족에 대한 심리교육프로그램의 과정연구". 서울대학교 사회복지학과 석사학위논문(미간행).
- 한국정신건강복지연구소. 1994. *만성정신장애와 사회복지 서비스*. 서울: 인간과 복지.
- Berkowitz, R., R. Eberlein-Fries, L. Kuipers, and J. Leff. 1984. "Educating Relatives about Schizophrenia." *Schizophrenia Bulletin* 10: 418-428.
- Cozolino, L. J., M. J. Goldstein, K. H. Nuechterlein, K. L. West, and K. S. Snyder. 1988. "The Impact of Education about Schizophrenia on Relatives Varying in Expressed Emotion." *Schizophrenia Bulletin* 14: 675-687.
- Goldstein, M. J. 1991. "Psychosocial(nonpharmacological) Treatment for Schizophrenia" pp. 1169-1177. in *Review of Psychiatry* 10, edited by A., Tasman and S. M. Goldfinger, Washington, D.C.:

- American Psychiatric Press.
- Hales, R. E., S. C. Yudofsky, and J. A. Talbott. 1999. *Textbook of Psychiatry* (3rd ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Hatfield, A. B., R. Fierstein, and D. M. Johnson. 1982. "Meeting the Needs of Families of the Psychiatrically Disabled." *Psychosocial Rehabilitation Journal* VI: 27-40.
- Johnson, D. L. 1990. "The Family's Experience of Living with mental Illness." pp. 31-63. in *Families as Allies in Treatment of the Mentally Ill*, edited by H. P., Lefley and D. L., Johnson. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Kaplan, H. I., B. J. Sadock, and J. A. Grebb. 1994. *Synopsis of Psychiatry*(7th ed.). NY : Willams & Willkins.
- Kreisman, H. R., S. J. Simmer, and V. D. Joy. 1979. "Rejecting the Patient : Preliminary Validation of Self-Report Scale." *Schizophrenia Bulletin* 5: 220-222.
- Leff, J. P., and C. E. Vaughn. 1981. "The role of Maintenance Therapy and Relatives' Expressed Emotion in Relapse of Schizophrenia : A two years follow up." *British Journal of Psychiatry* 139: 102-104.
- Lloyd, G. G. 1991. *Textbook of General Hospital Psychiatry*. London : Churchill Livingston.
- McCreadie, R. G., D. H. Wiles, J. W. Moore, and S. M. Grant. 1987. "The Scottish First Episode Schizophrenia Study, IV: Psychiatric and Social Impact on Relatives." *British Journal of Psychiatry* 150: 340-344.
- McGill, C., I. Falloon, J. Boyed, and C., Wood-Siverio. 1983. "Family Education Intervention in the treatment of Schizophrenia." *Hospital and Community Psychiatry* 34: 934-938.
- Rose, L. E. 1996. "Families of Psychiatric Patients : A critical review and future research directions." *Archives of Psychiatric Nursing* 10(2): 67-76.
- Smith, J. V., and M. J. Birchwood. 1987. "Specific Effect of Educational Intervention with Families Living with Schizophrenic relatives." *British Journal of Psychiatry* 150: 645-652.
- Spaniol, L., H. Jung, and A. M. Zipple. 1984. "Families as a Central Resource in the Rehabilitation of the Severely Psychiatrically Disabled : Report of a National survey." Unpublished Manuscript, Boston University, Center for Rehabilitation Research and Training in Mental Health.
- Suurmeur, T. B. M. 1995. "The Measurement of Social Support in the European research on Incapacitating Disease and Social Support : The Development of the Social Support Questionnaire for Transactions." *Social Science and Medicine* 40: 1221-1229.
- Watzl, H., F. Rist, and R. Cohen. 1986. "The Patient Rejecting Scale : Cross-Cultural Consistency." *Schizophrenia Bulletin* 12: 236-238.
- Wallace, C. J., R. P. Liberman, S. J. MacKain, G. Blackwell, and T. A., Eckman. 1992. "Effectiveness and Replicability of Module for Teaching Social and Instrumental Skills to the Severely Mental Ill." *American Journal of Psychiatry* 149: 654-658.
- Zung, W. W. K. 1971. "A Rating Instrument of Anxiety Disorder." *Psychosomatics* 12: 317-379.

## The Effectiveness of Brief Family Education Programs for Schizophrenic Outpatients and their Families in a Community Social Welfare Center.

Seol, Jin-Hwa  
(Dongguk University)

This study verified the effectiveness of brief family education programs for schizophrenic outpatients and their families in a community social welfare center, using a pre - post test control group design.

The results of this study verified that the program was effective to improve knowledge about schizophrenia, reduce feelings of rejection and anxiety about patients, and help the patients to recognize their family emotional support.

Therefore, it was found in this study that the brief family education program in the community social welfare center had a positive impact on schizophrenic outpatients and their families' treatment and rehabilitation.

From the results of this study, it can be seen that this program positively effects the treatment and rehabilitation of schizophrenic patients and the stability of their families. The program can also be easily utilized as a community resource. Furthermore, the results of this study can be utilized as fundamental support to suggest the need for mental health programs in community social welfare centers.

This study suggested the importance of increasing the number of mental health professionals working in this arena. There is also a need to create additional supportive programs for schizophrenic outpatients and their families. Follow up care also needs to be provided to families after completing family education programs. Continuous study is needed in these areas.

Key words : pre - post test control group design, community social welfare center, brief family education program, knowledge about schizophrenia, family's rejection and anxiety about schizophrenia, family's emotional support

[접수일 2004. 3. 12 게재확정일 2004. 4. 30]