http://dx.doi.org/10.5392/JKCA.2012.12.01.416

만성정신분열병 환자를 위한 회복지향의 통합재활프로그램의 효과

Effects on Recovery Oriented Integrated Rehabilitation Program for Chronic Schizophrenic Patients

봉은주, 시영화, 박명숙, 배경희, 정미진, 양미화, 김송자
국립나주병원 재활·정신건강연구소

Eun-ju Bong(b-e-j@hanmail.net), Youn-Hwa Si(jhsea1414@mw.go.kr),
Myung-Sook Park(park8775@korea.kr), Kyung-Hee Bae(bkh65@najumh.go.kr),
Mi-Jin Jung(jmj0513@korea.kr), Mi-Hwa Yang(mind120@najumh.go.kr),
Song-Ja Kim(ksj1214@korea.kr)

요약

본 연구는 회복지향의 통합재활프로그램이 만성정신분열병 환자의 증상, 인지·사회적 기능, 재활동기, 정신건강회복수준에 미치는 효과를 검증하고자 시도되었다. 이 프로그램은 인지분화, 정서관리, 직업재활, 가족교육으로 구성된 4개의 소프로그램과 함께 동기강화프로그램이 포함되어 있다. 연구대상은 지방소재의 일개 국립병원에 입원한 정신신분열증 환자로, 실험군 18명과 대조군 16명으로 구성된 비동등성 대조군 전후시차 설계를 사용하였다. 수집된 자료는 SPSS 12.0을 이용하여 통계 분석하였다. 프로그램의 효과를 검증한 결과, 인지·사회적 기능에 별다른 효과를 나타내지 못했으나, 재활동기수준(유지단계에서 p=.027)과 정신건강회복수준(p=.039)에서만 실험군과 대조군에서 유의한 차이를 나타내어 제한적인 효과를 나타내었다. 입원세팅에서 단기간의 회복지향의 통합재활프로그램은 증상감소나 기능향상보다는 재활 동기나 정신건강회복수준을 향상시키는데 보다 효과적으로 활용될 수 있는 가능성이 있는 것으로 보인다. 임상세팅에서 보다 회복지향적인 서비스를 제공하기 위한 노력이 필요하다.

■ 중심어 : | 인지·사회적 기능 | 재활준비도 | 정신건강회복 | 통합재활프로그램 | 만성 정신분열병 |

Abstract

This study was to assess the effects of a recovery oriented integrated rehabilitation program on cognitive·social function, rehabilitation motivation, and mental health recovery. This program is involved motivation enhancement program with 4 subprograms composed of cognitive rehabilitation, emotion management, vocational rehabilitation, family education program. The subjects were 34 patirents with schizophrenia who had been hospitalized at National Mental Hospital on local area. The study was a non-equivalent control group non-synchronized design with two groups, an experimental group(18 patients) and a control group(16 patients). The collected data were analyzed using SPSS 12. 0. The results of the data show that there was not a significant increase in the symptom, cognitive and social function. But there was a significant increase in readiness of rehabilitation(maintenance, p=.027) and mental health recovery (p=.039). Short term recovery oriented integrated rehabilitation programs in inpatient settings are more available for motivation of rehabilitation and mental health recovery than symptom reduction or functional improvement. Therefore there should be more efforts to create more recovery oriented service provision in clinical settings.

■ keyword : | Cognitive·Social Function | Readness of Rehabilitation | Mental Health Recovery | Integrated Rehabilitation Program | Chronic Schizophrenia |

접수번호 : #111005-017
접수일자 : 2011년 10월 05일
심사완료일 : 2011년 01월 05일
교신저자 : 봉은주, e-mail : b-e-j@hanmail.net

Ⅰ. 서론

통합재활프로그램은 Brenner 등[1]이 개발한 통합심리치료(IPT, Integrated Psychological Therapy)를 이만홍 등[2]이 번안하여 입원한 정신분열증 환자들에게 적용하면서 국내에 알려지게 된 프로그램이다. Brenner 등[1]이 제시한 통합심리치료(IPT)는 정신분열증 환자를 대상으로 정신사회재활과 함께 신경인지와 사회 인지치료를 통합한 집단 형태의 인지행동치료(CBT) 프로그램이다. 통합심리치료(IPT)는 신경 인지기능에서의 기본적인 결손이 사회기술과 독립기능을 포함한 높은 수준의 행동적인 조직화에 파급적인 영향을 준다는 가설(파급모델, Model of Pervasiveness)에 근거 한다[3]. 통합심리치료(IPT)는 만성 정신장애인을 위해 가장 기초적인 인지 기술의 교정에서부터 보다 복잡한 문제해결 수준에 이르기까지 단계별로 인지분화, 사회지각, 의사소통, 사회기술, 문제해결의 5단계로 구성된 통합적이고, 체계화된 최초의 프로그램으로 알려져 있다. 이미 서구 유럽에서는 임상에서 널리 사용하고 있으며 입원, 외래(지역사회)등 다양한 임상세팅에서 그 효과가 검증되고 있다[4].

통합심리치료(IPT)는 입원 중이거나 퇴원한 정신분열병 환자의 인지기능[1][2]과 사회적 기능 향상에 효과가 있는 것으로 보고되고 있다[6]. 그러나 장선영[7][8]은 이러한 효과가 퇴원 후 지역사회에서 생활하면서 지속될지에 대한 의문을 품고, 우리나라 지역사회 정신보건 체계에 맞도록 수정, 보완하여 지역사회에서 생활하고 있는 정신장애인들에게 적용하여 그 효과를 검증한 결과 인지적 기능 향상에서는 효과가 나타나지 않았으나 사회 적응을 위한 기능 향상에 더욱 효과가 나타났고, 6개월 후의 사후 효과가 인지기능의 일부와 재활동기 부분에서만 향상을 보인다고 보고하였다. 또한 통합재활프로그램은 사회기술훈련, 인지치료 등 기존의 단일 프로그램들과 비교했을 때, 증상, 신경 인지기능, 정신 사회적 기능의 모든 영역에서 보다 효과적이고, 이 효과는 사후 기간(평균 8.1개월)에도 지속된다고 보고하였다[5]. 또한 Briand 등[9]은 통합심리치료가 젊은 성인에서 장기간 정신장애를 갖고 있는 만성 정신장애인에 이르기까지 광범위하게 적용 가능하며, 정신분열병 환자의 재활을 위해 임상 세팅에서 표준적인 의학적 치료의 한 부분으로써 성공적으로 수행이 가능하다고 제안하였다.

이런 통합재활프로그램의 효과성에도 불구하고, 최근까지 국내의 연구와 임상에서의 활용은 매우 저조한 것으로 보인다. 이는 정신재활프로그램이 만성 정신장애인들에게 효과적인 것으로 검증되고 있지만, 프로그램에 참여한 사람들의 동기 부족으로 조기 탈락률이 높아, 재활성과를 내지 못한다는 보고들[10-13]과 관련이 있다. 특히 만성 정신장애인의 경우 발병기간이 10년 이상으로 매우 길며, 수많은 입·퇴원의 경험으로 변화를 위한 동기가 매우 낮은 특성을 보인다. 그럼에도 불구하고 현재 만성 정신장애인들에게 적용되고 있는 대부분의 정신재활프로그램은 증상이나 인지적·사회적 기능 향상에만 초점이 맞춰져 왔다. 그러나 최근의 몇몇 연구들은 이런 증상과 기능 외에도 재활동기[14]와 회복에 대한 태도가 매우 중요한 변수임을 강조하고 있다[16-18]. Yamada 등[14]은 재활에 대한 내적 동기가 증상과 기능을 중재하는 효과가 있어, 회복지향의 정신사회재활프로그램을 제공하는 과정에서 핵심적인 요인으로 고려되어야 한다고 제안하였다

최근의 이런 연구결과들은 심각한 정신질환을 앓고 있는 사람들의 재활 성과를 높이기 위해서는 증상이나 기능에 초점을 두는 것에서 벗어나 재활에 대한 동기나 회복 태도를 고려할 필요가 있음을 시사해준다. 결국 이것은 전문가적인 관점에서 증상과 기능 향상에 초점을 맞추는 정신재활모형에서 정신질환의 만성성 보다는 회복 가능성에 초점을 두고, 정신과적 증상이 있더라도 보다 더 의미 있는 활동을 통해 회복할 수 있다는 신념과 희망을 강조하는 회복모형으로의 패러다임이[19-21] 보다 설득력을 갖는 것과 일치한다.

국내의 경우 아직 회복과 관련된 연구가 초기단계에 머물러 있고[17], 실무에서 회복지향 서비스에 대한 근거도 마련되어 있지 않다. 그럼에도 불구하고 최근의 국내외의 정신재활관련 연구 결과들은 만성 정신장애인의 재활 성과를 높이기 위해서 회복지향의 정신재활프로그램의 필요성을 제기하고 있다[22][23].

이에 본 연구자는 증상과 기능 향상에 초점을 둔 정신재활프로그램에서 보다 회복지향의 통합재활프로그램을 구성하여 그 효과를 검증하고자 한다. 따라서 본 연구는 이만홍 등[2]이 개발한 통합재활프로그램의 4개 소프로그램인 인지분화, 정서관리, 직업재활, 가족교육과 함께 이경진, 송순인(2008)과 강덕규(2007)에서 사용한 정신장애인을 위한 동기향상 프로그램 내용을 바탕으로 회복을 촉진하는 내용을 추가로 구성하여 그 효과를 검증하고, 임상세팅에서의 활용 가능성을 논의하고자 한다.

II. 연구대상 및 방법

1. 연구설계

본 연구는 회복지향의 통합재활프로그램이 만성 정신분열병 환자의 증상, 인지·사회적 기능, 재활동기, 정신건강회복 수준에 미치는 효과를 확인하기 위해 시도된 비동등성 대조군 전후시차 설계이다.

2. 연구대상

2010년 3월부터 9월까지 지방소재 일개 국립병원에 입원 중인 환자로 DSM-Ⅳ의 정신분열병 진단기준에 맞고 60세 이하이며 지능지수가 80이상으로 최소한 읽고 쓰기가 가능하며 프로그램 참여에 서면으로 동의한 사람으로 하였다. 현재 심한 정신병적 증상이나 뇌손상 병력이 있거나 물질 및 알코올의존, 정신지체가 있는 경우는 연구대상에서 제외시켰다. 연구 대상자들은 모두 항정신병약물을 복용하였고, 프로그램을 참여하는데 방해가 될 정도의 심각한 부작용을 보이는 경우는 제외시켰다.

연구대상자는 기관장에게 연구계획에 대해 승인을 받은 후 병동 수간호사들에게 연구에 대한 전반적인 내용과 연구 대상자 기준을 설명하였다. 연구에 참여하기로 한 대상자들에게 연구 참여 동의서를 받고, 본인이 원하면 언제든지 프로그램을 그만둘 수 있음을 설명하였다. 본 연구의 대상자 수를 결정하기 위해 G* Power 3.0 프로그램으로 분석한 결과, 유의수준 .05, 검정력(1-β)= .70, d=.7의 효과크기로 2개의 독립된 집단에 필요한 표본 수는 각각 20명으로 계산되었다.

연구대상자는 탈락자를 고려하여 실험군, 대조군 모두 2차에 걸쳐 모집하였고, 실험군을 먼저 모집하여 6주간의 통합재활프로그램을 실시 후, 실험효과의 확산을 막기 위해 대조군을 다시 모집하여 사후 평가를 실시하였다. 실험군은 31명이 모집되었으나 19명이 프로그램을 마쳤고, 대조군은 30명이 모집되었으나 16명이 사후평가를 받았다. 실험군중 1명이 사후 조사를 거부하여 최종 실험군 18명, 대조군 16명을 분석하였다. 실험군은 병원의 기존 다른 재활프로그램을 받지 않고 통합재활프로그램만을 6주간 참여하게 하였고, 대조군은 6주간 병원의 기존 재활프로그램들을 받게 하고(직업재활과 중.고등학교 검정고시반에 참여하는 대상자 제외), 통합재활프로그램은 실시하지 않았다.

3. 연구도구

연구도구는 증상영역에서는 전반적인 기능평가 척도(GAF), 인지적 기능에서는 K-WAIS를, 사회적 기능 영역에서는 한국정서표현 척도, 구직활동의 적극성 정도 평가(AJHS) 도구를 사용하였다. 재활동기 수준은 재활준비도(CAQ-SPMI) 단축형을, 회복에 대한 태도는 정신건강회복척도(MHRM)를 사용하였다.

1) 증상영역 전반적 기능평가 척도 (Global Assessment of Functioning; GAF)

기능평가척도는 치료계획, 효과 평가, 그리고 결과 예견에 유용하며, 단일척도를 사용함으로써 개인의 임상적 경과를 관망하는데 특히 유용하다. 이 척도는 심리, 사회, 직업적 기능의 측면에서만 평가되는데, 0점에서 100점까지의 점수로 기록되고 점수가 높을수록 기능이 좋음을 나타낸다.

2) 인지적 기능

인지적 기능에 대한 척도는 염태호 등[25]이 개발한 K-WAIS(Korea Weschsler Adults Intelligence Scale)를 사용하였으며, 산수(arithmetic), 어휘(vocabulary), 공통점찾기(similarity), 빠진곳찾기(picture completion),

숫자외우기(Digit span) 소검사를 실시하였다. 산수 소검사와 숫자외우기는 청각적 주의력을 측정하기 위해, 빠진곳 찾기 소검사는 시각적 주의력을 측정하는 검사도구로 삼았으며, 어휘 소검사 및 공통점찾기 소검사는 단어의 정의를 내릴 수 있는 능력, 추상적 사고능력 등 개념화 능력을 측정하는 검사도구로 삼았다.

3) 사회적 기능

① 한국정서표현성 척도

정서표현의 개인차를 측정하기 위한 것으로 홍창희[26]가 개발한 도구를 사용하였다. 도구는 5점 척도로 활동성, 연민과 인정, 표현성의 3개의 하위영역이며, 총 16문항으로 구성되어 있고, 점수가 높을수록 정서표현성의 정도가 많음을 의미한다. 도구의 Cronbach's α는 .84이며, 본 연구에서는 Cronbach's α가 .87이었다.

② 구직활동의 적극성 정도 평가(AJHS)

구직활동의 적극성은 구직상황에서 다양한 구직활동을 적극적으로 수행하려는 의지를 말하는 것으로 Becker[27]가 개발한 Assertive Job Hunting Survey (AJHS)를 서진환[30]이 번안하여 우리나라의 상황에 맞는 문항으로 수정·보완한 것을 사용하였다. 도구의 Cronbach's α는 .78이며, 본 연구에서는 Cronbach's α가 .71이었다.

4) 재활동기 수준과 정신건강회복수준

① 재활준비도(Readness of rehabilitation)

재활준비도는 Hilberger[29]가 개발한 CAQ-SPMI (Change Assessment Questionnaire Severe and Persistent Mental Iillness)를 박미애[12]가 번안하여 타당도를 검증하고 단축형으로 만든 16개의 문항으로 된 자기보고식 설문지이다. 이 척도는 재활에 대한 숙고 전단계, 숙고단계, 행동단계, 유지단계의 4개 하위척도로 구성되어 있고 이 하위척도는 정신 장애인이 재활준비를 위한 어떤 단계에 있는지 그 경향성을 알아보도록 구성되어 있다. 신뢰도는 박미애[12]의 연구에서 보고되지 않았고, 장선영[7]의 연구에서는 Cronbach's α가 .85로 나타났다. 본 연구에서는 Cronbach's α가 .66이었다.

② 정신건강회복척도(Mental Health Recovery Measure, MHRM)

Young과 Bullock[30]이 정신분열병 등의 심각한 정신질환을 지닌 개인들의 정신건강회복과정을 종합적으로 평가하고자 개발한 것으로 배안, 홍창희[30]가 타당화 연구를 한 것이다. 총 20문항으로 구성되고 전혀 그렇지 않다(1)에서 매우 그렇다(5)의 자기 보고형 5점 척도이며, 점수가 높을수록 주관적으로 지각하는 정신건강회복수준이 높음을 의미한다. 희망과 자기-재정의, 영성, 기본기능, 지지와 옹호, 자기권한부여, 안녕감과 자기 주도적 활동 요인으로 구성되어 있으며, 도구의 신뢰도는 Cronbach α .93이다. 본 연구에서는 Cronbach α .90이었다.

4. 회복지향의 통합재활프로그램의 구성내용

본 연구에서 실시한 통합재활프로그램은 Brenner 등[1]이 개발한 통합심리치료(IPT)와 이만홍 등[2]개발한 통합재활프로그램에 근거하여 4개의 소 프로그램인 인지분화, 정서관리, 직업재활, 가족교육과 함께 개별상담과 동기강화 프로그램을 함께 추가로 구성하였다. 동기강화 프로그램은 이경진, 송순인(2008)과 강덕규(2008)에서 사용한 정신장애인을 위한 동기향상프로그램 내용을 바탕으로 구성하였다. 정신장애 극복수기와 정신장애로부터 회복중인 회복자의 경험담은 정신장애로 인한 고통을 서로 공감하며 회복의 과정을 이해하여 변화를 위한 동기를 향상시키도록 프로그램에 포함시켰다. 회복지향의 통합재활프로그램의 구체적인 구성내용과 담당 진행자는 [표 1]에 다음과 같이 제시하였다.

5. 회복지향의 통합재활프로그램의 진행과정

통합재활프로그램 운영팀은 2010년 1월에 정신간호학 박사학위자 1인, 임상심리학자 1인, 정신보건간호사 4인, 정신보건사회복지사 3인, 작업치료사 1인으로 구성되어 총 5회 회의를 거쳐 프로그램 내용을 구성하고 연구진행 계획을 세웠다. 전체적인 연구계획과 프로그램 진행은 정신간호학 박사학위자 1인과 임상심리학자

표 1. 통합재활프로그램 구성내용

프로그램 명	운 영 목 적	프로그램 내용	
인지재활 프로그램	주의력 · 집중력 · 기억력 · 판단능력 등의 향상을 위한 지속적 훈련을 통해 정신병의 경과에 따라 발생할 수 있는 인지적 능력을 증진시키기 위함	1회기 훈련의 목적 설명, 인사하기, 카드분류훈련	
		2회기 카드분류훈련	
		3회기 카드분류훈련	
		4회기 시각적 주의력 훈련	
		5회기 시각적 주의력 훈련	
		6회기 십자말풀이 훈련	
		7회기 십자말풀이 훈련	
		8회기 개념위계훈련	
		9회기 개념위계훈련	
		10회기 대상추측훈련	
		11회기 대상추측훈련	
		12회기 정리 및 평가	
정서관리 프로그램	다양한 감정 표현 방법에 대해 배우고, 화나거나 슬프거나 짜증나거나 실망스러운 것과 같은 부정적 감정을 적절하게 조절하도록 도움	정서인식 훈련	1회기 집단원 및 프로그램 소개하기, 감정단어 학습하기
			2회기 얼굴표정, 감정단어를 이용한 감정 인식하기
			3회기 상황사진을 통한 감정 인식하기, 나와 타인의 감정 인식하기
		정서표현 훈련	4회기 얼굴표정을 이용한 감정 표현하기, 심상을 통한 감정 표현하기
			5회기 글을 통한 감정 표현하기, 지시문을 통한 감정 표현하기
			6회기 감정의 기차타기
		정서활용 훈련	7회기 함께 느껴 봐요 – 공감 연습, 기분 가면 만들기
			8회기 유사한 경험들 간의 관계 이해하기
			9회기 상황카드를 통해 복합적인 정서의 의미 이해하기
		정서조절 훈련	10회기 정서의 전환 능력과 행복 찾기
			11회기 자기 도식 – 나를 알아보기, 생각과 감정 연결하기
			12회기 우울한 기분과 분노감, 불안, 두려움과 관련된 생각을 인식하고 대처하기
직업재활 프로그램	직업생활 영역에서 적응능력과 문제해결기술의 향상	사전평가	1회기 사전평가와 프로그램 소개
		직업선택과정	2회기 일과 자신감
			3회기 내가 원하는 직업 찾기
			4회기 나의 직업가치관, 적성 찾기
			5회기 나의 직업능력 찾기
			6회기 장단기 직업목표 세우기
			7회기 원내 직업재활 체험하기
		구직활동 과정	8회기 구인정보 구하기 (전화문의 연습) 이력서 작성하기
			9회기 채용면접 연습하기
		직장적응 과정	10회기 문제해결 방법 배우기
			11회기 취업알선기관 방문
			12회기 직장인으로서의 마음가짐 사후평가
가족교육 프로그램	가족의 정신분열증에 대한 이해와 문제해결능력의 향상	정신건강교육	1회기 사전평가 정신분열병의 약물치료
			2회기 정신분열병의 원인, 증상, 재발경고징후
		의사소통훈련	3회기 적극적인 경청, 부정적인 강정표현하기
		문제해결훈련	4회기 가족의 문제에 대한 해결과정을 role-play를 통한 훈련
동기강화프로그램	프로그램 참여자들에 대한 동기강화상담 제공(주 1회 개별상담 병행)	1회기 프로그램 소개 및 자기소개	
		2회기 회복을 위한 목표 나누기	
		3회기 정신장애인 극복수기를 읽고 나누기	
		4회기 정신장애인 극복수기를 읽고 나누기	
		5회기 성공적인 회복자*의 정신장애 극복 경험담 듣기 (회복자*: 현재 2년 이상 재입원하지 않고 지역사회에서 성공적으로 회복 중에 있는 사람)	
		6회기 성공적인 회복을 위한 전략세우기	

(박사수료) 1인이 정신과 전문의 1인의 자문을 얻어 최종적인 결정을 내렸다. 인지재활프로그램은 임상경력 10년의 작업치료사 1인과 임상경력 20년 이상된 정신보건간호사 1인이 진행하였고, 정서관리 프로그램은 임상경력 20년 이상된 정신보건간호사 2인이, 직업재활프로그램은 임상경력 20년 이상된 정신보건사회복지사 2

인이, 가족교육은 임상경력 20년 이상된 정신보건사회복지사 1인이, 동기강화프로그램은 임상경력 10년된 정신보건간호사 1인이 진행하였다. 통합재활프로그램은 총 2기가 진행되었는데 1기는 2010년 3월 15일부터 4월 25일까지 16명이 시작하여 10명이 프로그램을 마쳤고, 2기는 2010년 8월 2일부터 9월 10일까지 15명이 시작하여 9명이 프로그램을 종료하여 총 19명이 6주간의 통합재활프로그램을 수료하였다. 프로그램을 수료한 19명에게는 수료증을 수여하고 병원 내에 있는 카페를 이용할 수 있는 상품권을 제공하였다. 실험군 31명 중 12명이 탈락하여 37.1%의 탈락률을 나타냈는데, 탈락자중 7명은 프로그램 1~3회기 이내에 프로그램 참여를 거절하였고, 6명은 퇴원이나 증상악화로 중도 탈락하였다.

프로그램 운영방식은 첫 3주 동안은 인지분화와 정서관리 프로그램을 각각 오전 1시간, 오후 1시간 씩, 주 4일 운영하였고, 이후 3주 동안은 직업재활프로그램을 오전 1시간, 주 4일 운영하였다.

가족교육은 교통상의 어려움으로 참여자가 너무 적어 2-3주에 한 번 실시하여 총 2-3회기(2, 3회기의 내용은 정신분열병의 증상과 대처법에 대한 전반적인 교육중심)를 운영하였는데, 가족들은 총 5명이 참석하여 매우 낮은 참석률을 보여 추후 분석에서는 제외시켰다. 동기강화상담 프로그램은 개별상담과 동기강화집단을 각각 주 1회씩, 총 6회기를 운영하였다. 정신과 환자들 특성상 증상이나 동기부족으로 프로그램 탈락률이 높아 개별상담으로 환자들에게 회복에 대한 동기를 부여하고 정서적 지지를 제공하였다. 6주의 통합재활프로그램을 마친 연구 참여자들은 총 42(44회기, 가족교육 참여자의 경우)회기의 집단프로그램과 6회의 개별상담을 제공받았다.

4. 분석방법

SPSS 12.0을 이용하여 통계처리하였다.

- 연구대상자의 일반적 특성은 빈도, 백분율, 평균, 표준편차로 분석하였다.
- 연구대상자의 인구학적 특성, 질병관련 특성 및 종속변수에 대한 동질성 검증은 Fisher's exact test, Mann-Whitney U test로 분석하였다.
- 통합재활프로그램 실시 후 실험군과 대조군의 종속변수에 대한 점수 차이는 정규분포를 이루지 못하고 있어 비모수 검증(Mann-Whitney U test, Wilcoxon signed rank test)하였다.

Ⅲ. 연구결과

1. 연구 대상자의 일반적 특성 및 종속변수 동질성 검증

연구 대상자의 일반적 특성을 보면 연령은 40대 이상이 47.1%으로, 남·여 구성비율이 같고, 67.1%가 결혼상태이며, 47.1%가 고졸이거나 대학중퇴이며, 58.8%가 입원 전 직업 없이 지냈으며, 68.8%가 3회 이상 입원 경험이 있으며, 61.8%가 11년 이상의 발병기간을 가지고 있다. 연령, 성별, 결혼상태, 교육수준, 종교, 직업상태, 첫 발병 시기, 유병기간, 입원횟수에서 실험군과 대조군에서 유의한 차이가 없어 일반적 특성에서는 동질한 것으로 나타났다[표 2]. 사전 종속변수 중 전반적인 기능평가(GAF)를 제외하고(U=74, p=.015), 인지기능(숫자외우기, 어휘문제, 산수문제, 공통성 찾기, 바꿔쓰기), 사회적 기능, 정서표현, 구직활동의 적극성, 재활준비도, 정신건강회복에서 실험군과 대조군 간 유의한 차이를 보이지 않았다[표 3].

표 2. Homogeneity Test of General and Illness Characteristics between Experimental and Control Group

(N=34)

Characteristics		Exp. (n=18) N(%)	Cont. (n= 16) N(%)	Total N(%)	χ^2	p
Age(yrs)	20 - 29	1(5.6)	3(18.8)	4(11.8)	1.958	.343†
	30 - 39	9(50.0)	5(31.3)	14(41.2)		
	40 - 59	8(44.4)	8(50.0)	16(47.1)		
Sex	Male	9(50.0)	8(50.0)	17(50.0)	.000	1.000†
	Female	9(50.0)	8(50.0)	17(50.0)		
Marital status	Married	13(72.2)	10(62.5)	23(67.6)	1.406	.513†
	Unmarried	4(22.2)	3(18.8)	7(20.6)		
	Divorce, Separation	1(5.6)	3(18.8)	4(11.8)		

Education level	≤high school drop out	6(33.3)	3(18.8)	9(26.5)	1.266	.561†
	high school graduate, college drop out	7(38.9)	9(56.3)	16(47.1)		
	college graduate	5(27.8)	4(25.0)	9(26.5)		
Employment status	Unemployed	11(61.1)	9(56.3)	20(58.8)	.267	1.000†
	Part time	5(27.8)	5(31.3)	10(29.4)		
	Employed	2(11.1)	2(11.1)	4(11.8)		
Income resource	Family support	10(55.6)	9(56.3)	19(55.9)	.925	1.000†
	Government subsidies	7(38.9)	7(43.8)	14(41.2)		
	Job income	1(2.9)	0(0.0)	1(2.9)		
First illness occurrence tim	≤20 yrs	4(23.5)	4(25.0)	8(24.2)	.243	1.000†
	21 – 29 yrs	9(52.9)	9(56.3)	18(54.5)		
	≥30 yrs	4(23.5)	3(18.8)	7(21.2)		
Number of admission	≤3	6(37.5)	4(25.0)	10(31.3)	1.712	.531†
	3-10	8(50.0)	7(43.8)	15(46.9)		
	≥11-20	2(12.5)	5(31.3)	7(21.9)		
Duration of mental illness	≤10 yrs	9(50.0)	4(25.0)	13(38.2)	2.746	.288†
	11-20 yrs	6(33.3)	6(37.5)	12(35.3)		
	≥ 21 yrs	3(16.7)	6(37.5)	9(26.5)		
Religion	yes	12(70.6)	14(87.5)	26(78.8)	1.411	.398†
	no	5(29.4)	2(12.5)	7(21.2)		

Exp. : Experimental group Cont. : Control group, †Fisher's exact test

2. 통합재활프로그램의 효과

1) 통합재활프로그램이 인지기능에 미치는 효과

통합재활프로그램 전후에 실험군과 대조군의 K-WAIS 검사상 산수, 숫자외우기, 어휘, 공통점 찾기 및 빠진곳 찾기의 환산점수는 [표 3]에 제시하였다. 통합재활프로그램이 시간에 따른 환산점수의 변화를 보면, 숫자외우기 소검사의 환산점수는 다소 상승하였으나, 제반 소검사의 환산점수의 변화에 유의한 영향을 미치지 않았다[표 4].

2) 통합재활프로그램이 전반적인 기능수준(GAF)과 사회적 기능에 미치는 효과

통합재활프로그램 전・후의 실험군과 대조군의 전반적인 기능수준(GAF)과 사회적 기능에서의 차이는 유의한 차이가 없었다[표 5].

3) 통합재활프로그램이 사회적 기능 및 구직활동 적극성에 미치는 효과

통합재활프로그램 전・후에 구직활동의 적극성의 점수가 실험군내에서는 유의한 차이가(Z=-2.565, p=.010) 있었으나 대조군은 집단 내에서 유의한 차이가 없었다. 그러나 두 군 간에는 유의한 차이가 없었다[표 6].

4) 통합재활프로그램에 재활준비도에 미치는 효과

통합재활프로그램 전・후의 실험군과 대조군의 재활준비도 점수의 차이는 숙고전단계, 숙고단계, 활동단계에서는 유의한 차이가 없었으나 유지단계(U=85.50, p=.027)에서만 유의한 차이를 나타냈다[표 7].

5) 통합재활프로그램이 정신건강회복에 미치는 효과

통합재활프로그램 전・후의 실험군과 대조군의 정신건강회복 점수 차이는 유의한 차이를 나타냈다(U=84.50, p=.039). 정신건강회복척도의 하위영역에서는 자기권한부여에서만 유의한 차이를 나타냈다(U=85, p=.042). 희망과 자기-재정의, 영성, 기본기능, 지지와 옹호, 안녕감과 자기 주도적 활동에서는 실험군과 대조군 모두 사후에 점수가 증가하는 경향을 보였으나 두 군 간에 유의한 차이는 없었다[표 8].

표 3. Homogeneity Test of Dependent Variables between Experimental and Control Group

Variables	Exp. (n = 18) M(SD)	Cont. (n = 16) M(SD)	U	p
K-WAIS IQ	92.33(8.48)	88.50(10.62)	122.00	.463
digit span	8.39(1.97)	8.38(2.44)	140.50	.905
vocabulary	10.06(1.73)	8.94(2.95)	116.50	.336
arithmetic	7.94(2.53)	6.81(2.85)	119.50	.392
similarity	9.11(2.02)	9.06(2.62)	142.50	.958
picture completion	8.00(1.60))	7.81(2.14)	132.50	.686
GAF	36.94(6.49)	44.06(8.85)	74.00	.015*
Social function	29.50(7.96)	31.00(8.26)	132.00	.695
Assertive Job Hunting Survey	55.22(8.80)	52.63(10.19)	118.50	.384
Readiness of rehabilitation precontemplation	13.39(3.38)	14.50(1.67)	121.50	.443
contemplation	14.50(1.42)	14.75(2.01)	133.50	.721
action	15.16(2.33)	14.50(2.68)	130.00	.646
maintenence	11.72(1.99)	12.62(3.05)	122.50	.463
MHRM	66.39(10.77)	67.00(10.65)	140.50	.905

* p <.05

표 4. Comparisons of cognitive function between experimental and control group

Variables	Groups	Pre-test M(SD)	Post-test M(SD)	U	p
K-WAIS(IQ)	E(n=18)	92.33(8.48)	93.94(10.32)	116.50	.347
	C(n=16)	88.50(10.62)	92.38(11.35)		
digit span	E(n=18)	8.39(1.97)	9.28(2.24	95.50	.095
	C(n=16)	8.38(2.44)	8.56(2.22)		
vocabulary	E(n=18)	10.06(1.73)	9.83(1.79)	115.00	.330
	C(n=16)	8.94(2.95)	9.00(2.92)		
arithmetic	E(n=18)	7.94(2.53)	6.89(2.05)	111.50	.266
	C(n=16)	6.81(2.85)	6.88(3.66)		
similarity	E(n=18)	9.11(2.02)	9.83(1.38)	127.00	.574
	C(n=16)	9.06(2.62)	9.94(1.81)		
picture completion	E(n=18)	8.00(1.60)	8.89(1.83)	136.50	.798
	C(n=16)	7.81(2.14)	9.69(2.89)		

표 5. Comparisons of GAF and social function between experimental and control group

Variables	Groups	Pre-test M(SD)	Post-test M(SD)	U	p
GAF	E(n=18)	36.94(6.49)	43.17(7.40)	117.50	.365
	C(n=16)	44.06(8.85)	49.19(8.77)		
Social f unction	E(n=18)	29.50(7.96)	30.50(9.60)	127.00	.574
	C(n=16)	31.00(8.26)	30.81(8.07)		

표 6. Comparisons of emotion expression and assertive job hunting survey between experimental and control group

Variables	Groups	Pre-test M(SD)	Post-test M(SD)	U	p
Emotion expression	E(n=17)	47.72(8.45)	50.00(9.35)	120.50	.780
	C(n=16)	49.19(11.61)	47.62(5.81)		
activity	E(n=17)	25.76(6.31)	27.41(6.61)	102.50	.341
	C(n=16)	27.81(7.24)	26.25(3.87)		
sympathy	E(n=17)	12.82(2.67)	13.41(2.78)	105.00	.402
	C(n=16)	13.18(3.69)	12.50(2.22)		
expression	E(n=17)	9.17(1.97)	9.17(2.06)	93.50	.196
	C(n=16)	8.18(2.53)	8.88(1.31)		
Assertive Job Hunting Survey	E(n=18)	55.22(8.80)	59.00(9.81)	116.50	.347
	C(n=16)	52.62(10.19)	53.00(5.92)		

표 7. Comparisons of Readiness of rehabilitation between experimental and control group

Variables	Groups	Pre-test M(SD)	Post-test M(SD)	U	p
Precontemplation	E(n=18)	13.38(3.38)	14.16(2.22)	90.00	.064
	C(n=16)	14.50(1.67)	12.93(2.97)		
Contemplation	E(n=18)	14.50(1.42)	14.94(1.25)	109.50	.237
	C(n=16)	14.75(2.01)	14.68(1.70)		
Action	E(n=18)	15.16(2.33)	14.55(2.68)	114.00	.313
	C(n=16)	14.50(2.68)	14.68(1.25)		
Maintenence	E(n=18)	11.72(1.99)	15.44(2.28)	85.50	.027*
	C(n=16)	12.63(3.05)	14.00(1.06)		

* $p < .05$

표 8. Comparisons of MHRM between experimental and control group

Variables	Groups	Pre-test M(SD)	Post-test M(SD)	U	p
MHRM total	E(n=18)	66.39(10.77)	69.50(10.20)	84.50	.039*
	C(n=16)	67.00(10.64)	67.62(9.40)		
Hope & Self-redefinition	E(n=18)	21.67(3.93)	21.94(3.50)	144.00	1.000
	C(n=16)	21.06(4.86)	21.43(4.87)		
Basic function	E(n=18)	5.83(1.42)	6.33(1.46)	129.50	.621
	C(n=16)	6.81(2.04)	6.93(1.73)		
Spirituality	E(n=18)	6.94(1.43)	7.17(1.72)	126.50	.551
	C(n=16)	6.68(1.45)	7.25(1.81)		
Self-empowerment	E(n=18)	10.28(2.19)	11.11(1.87)	85.00	.042*
	C(n=16)	10.75(2.40)	10.31(2.72)		
Well-being & Self-managed activity	E(n=18)	12.78(2.44)	13.61(1.88)	131.00	.670
	C(n=16)	12.50(3.31)	13.06(2.08)		
Support & Advocacy	E(n=18)	9.27(2.44)	10.39(2.17)	103.00	.164
	C(n=16)	10.00(2.39)	10.75(1.98)		

* $p < .05$

Ⅳ. 논 의

본 연구는 만성 정신장애인의 회복을 촉진하기 위해 회복지향의 통합재활프로그램을 새롭게 구성하여 그 효과를 검증하였다. 구성된 통합재활프로그램은 Brenner 등[1]이 개발한 통합심리치료(IPT, Integrated Psychological Therapy)에 근거하여 이만홍 등[2]이 개발한 통합재활프로그램의 4개 소프로그램인 인지분화, 정서관리, 직

업재활, 가족교육 내용과 함께 회복을 촉진하기 위한 동기강화상담 프로그램이 포함되어 있다. 본 연구결과를 토대로 회복지향의 통합재활프로그램의 효과와 함께 임상세팅에서의 활용가능성에 대해 논의하고자 한다.

■ 통합재활프로그램이 인지기능에 미치는 효과

통합재활프로그램이 인지기능에 미치는 효과를 살펴보면, 숫자외우기 소검사의 환산점수는 다소 상승하였으나, 제반 소검사의 환산점수의 변화는 유의하지 않은 바, 입원환자를 대상으로 한 기존 연구[6]과 비슷한 양상이다. 다만 숫자외우기의 상승으로, 단순 청각적 주의력의 호전 가능성은 있을 수 있으나, 이러한 기능은 비전형적인 증상에 의해 영향을 받는데다, 좀 더 고도화된 주의가 필요한 산수 소검사의 환산점수는 낮아진 바, 인지분화훈련이 입원치료 중인 만성 정신분열병 환자의 청각적 주의력을 호전시킬 가능성도 그리 높지 않은 것으로 나타났다. 이러한 연구결과는, 본 연구 대상이 모두 입원치료 중인 정신분열병 환자임을 감안할 때, 병의 진행과정이 좀 더 불안정할 가능성, 그리고 집단의 표본크기는 상대적으로 적고, 집단 내 표준편차는 비교적 크게 나타나, 실제로는 개인적 편차가 클 수 있다는 점을 감안해야 할 것 같다. 본 연구는 지역사회 정신보건센터를 다니는 만성 정신장애인을 대상으로 한 장선영의[7][8] 연구와도 비슷한 결과로 본 연구와 같이 발병기간이 10년 이상된 만성 정신 장애인에게는 단기간의 통합재활프로그램이 인지기능의 향상을 기대하기에는 한계가 있는 것으로 보인다. 그러나 서구사회에서 실시했던 통합재활프로그램의 경우 보다 오랜 기간(최소 3개월에서 12개월 이상) 운영했을 때, 발병기간이나 치료세팅에 상관없이 효과적이었다는 선행연구결과[5][9]를 볼 때, 통합재활프로그램이 인지기능의 향상을 나타내기 위해서는 보다 장기간 운영하여 효과를 검증하는 것이 필요할 것으로 보인다.

■ 통합재활프로그램이 전반적인 기능수준(GAF)에 미치는 효과

통합재활프로그램이 전반적인 기능수준(GAF)에 미치는 효과를 살펴보면, 실험군과 대조군 모두 집단 내에서는 유의한 변화를 보였지만, 두 군 간에 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다. 사전 GAF에서 실험군이 36.94(6.49)점 과 대조군이 44.06(8.85)점으로 실험군이 대조군에 비해 유의하게 낮게 나타난 점과 통합재활프그램 실시 후 실험군이 집단 내에서 유의한 변화를 보였지만, 대조군도 기존의 단일 프로그램이나 약물치료를 받고 있어 유의한 차이를 나타낸 점에 주의할 필요가 있을 것으로 보인다. 사전 전반적인 기능수준(GAF)의 두 군간의 유의한 차이가 나타난 것은 공변수의 측정오차로 기인한 결과로 보인다. 사후 평가에서 실험군과 대조군 모두 유의한 차이를 나타낸 것은 통합재활프로그램이나 기존의 병원치료(약물치료와 단일 프로그램) 받고 있는 대상자가 모두 증상이 완화되고 전반적인 기능이 향상된 것으로 보인다. 이는 6주간의 단기간의 통합재활프로그램이 기존의 재활프로그램과 차별화되어 충분하게 효과를 발휘하지 못한 것으로 보인다.

한편 기존 연구[31]에서 GAF와 정신건강회복척도간 유의한 상관을 보이고, 본 연구에서도 실험군과 대조군의 훈련 전 GAF의 평균점수가 통계적으로 유의한 수준을 보인 바, 공변량 분석을 시행한 결과, 사전 GAF의 평균점수와 정신건강회복척도는 유의미하게 관련되어 있지 않으며, 집단의 주효과도 유의하지 않은 것으로 나타났다. 이는 본 연구에서 GAF 평균점수와 정신건강회복척도의 상관이 유의하지 않은 점, 그리고 분산의 큰 편차 등에 기인한 것으로 생각된다.

■ 통합재활프로그램이 정서표현성과 구직활동 적극성에 미치는 효과

통합재활프로그램이 정서표현성에 미치는 효과는 실험군이 대조군에 비해 사후 점수가 상승하는 경향은 보였으나 유의한 차이를 나타내지 못했다. 이는 통합재활프로그램의 소 프로그램인 정서관리 프로그램이 3주(12회기)의 단기간 진행되었고, 연구 대상자의 대부분이 질병이 10년 이상 진행되어 만성화된 입원환자들로 심각하게 사회적 기능이 손상되어 있어 효과를 나타내기에는 제한점이 있는 것으로 보인다. 차선경[32]은 통합재활프로그램에서 정서관리 프로그램이 정서를 주요 변수로 다루고 있지 않으며, 부정적인 감정에만 초점을

맞추고 있으며, 훈련을 통해 실제적으로 적용하는데 한계가 있다며 정서인식, 표현, 조절을 위한 체계적인 정서관리프로그램 필요함을 제안하였다.

통합재활프로그램이 구직활동 적극성에 미치는 효과를 살펴보면 실험군이 통합재활프로그램 실시 후 유의한 변화를 나타냈지만, 두 간의 유의한 차이가 없었다. 서진환과 이만홍[33]의 연구에서는 낮병동에 다니고 있는 환자를 대상으로 매주 2회씩 총 21회기(3개월)에 걸쳐 직업재활프로그램을 실시한 후 구직활동의 적극성에서 실험군(n=27)이 사후 3. 48점 향상되었고 대조군(n=29)이 .48점 감소되어 통계적으로 유의한 차이를 나타내어 효과적인 것으로 나타났다. 서진환과 이만홍[33]의 연구결과와 본 연구결과를 비교했을 때, 실험군과 대조군의 사후 점수 차이는 유사하나 본 연구에서 두 군 간의 유의한 차이를 보이지 못한 것은 충분한 수의 표본이 확보되지 못한 것에 기인한 것으로 보인다. 본 연구에서 6주의 통합재활프로그램의 마지막 3주인 직업재활프로그램을 마친 종료자들의 52.6%(총 19명 중 10명)가 실제로 원내에서 실시하고 있는 직업재활과 검정고시반(원내 학력증진 프로그램)에 참여하였다. 통합재활프로그램을 종료한 이후 직업재활과 검정고시반에 참여할 기회를 제공하고 있어 직업재활과 검정고시반 참여를 직업재활 프로그램 참여 이후의 변화로 보았다. 본 연구결과는 체험위주의 직업재활 프로그램이 연구 참여자들의 직업재활에 대한 동기를 향상시키는데 효과적으로 사용될 가능성이 있음을 시사해 준다.

■ 통합재활프로그램이 재활준비도와 정신건강회복에 미치는 효과

통합재활프로그램 실시 후 재활준비도의 변화는 숙고전단계, 숙고단계, 행동단계에서는 유의한 차이를 나타내지 못했고, 유지단계에서만 유의한 차이를 나타냈다. 이는 사전 재활준비도 수준이 실험군은 행동단계가 가장 높았고, 대조군은 숙고단계가 높은 점수를 나타낸 점으로 미루어 볼 때, 실험군에서 통합재활프로그램을 통해 재활동기 수준이 유지단계로 보다 향상된 것으로 볼 수 있다. 이는 통합재활프로그램 실시 후 재활준비도가 모든 단계에서 실험군에서 유의한 차이를 보였다는 장선영[7]의 연구결과와는 차이가 있지만, 3개월간 지역정신보건센터 이용자들에게 적용한 장선영[7]의 연구와 달리 6주의 단기간의 프로그램 적용 후 변화로써는 의미 있는 것이라고 여겨진다. 본 연구에서 연구참여자들이 재활동기가 유지단계에서 유의한 차이를 보인 것은 연구 참여자들 대부분이 만성화되면서 재발을 많이 경험하면서 실패감을 갖고 있었으나, 회복지향의 통합재활프로그램에 참여 후 퇴원이후에도 지역사회 정신보건센터나 낮병동 이용과 꾸준한 약물복용, 직업재활 참여를 통해 회복을 유지하고자 하는 동기가 향상된 것으로 볼 수 있다.

이러한 연구 참여자들의 반응은 정신건강회복 수준의 향상에서 유의한 차이를 나타낸 것과 일치한다. 정신건강회복척도(MHRM)의 6개의 하위영역인 희망과 자기-재정의, 영성, 기본기능, 지지와 옹호, 자기권한부여, 안녕감과 자기 주도적 활동 중에서 자기권한부여에서만 두 군 간의 유의한 차이를 나타내어 통합재활프로그램이 정신건강회복수준을 증진시키는데 제한적인 효과를 나타낸 것으로 보인다.

통합재활프로그램에 참여한 대상자 중 가족교육에 참여하기를 동의한 가족에게 2-3회기의 가족교육을 실시하였다. 그러나 가족들 대부분은 연구 참여자가 장기간 질병을 앓고 입·퇴원을 반복하면서 치료에 적극성이 떨어지고 병원의 교통상의 어려움 등으로 소수만(총 5가족)이 참여하였다. 본 연구에서는 참여 가족 수가 적어 자료를 분석에 포함시키지 않았다. 이는 연구 참여 대상자들 대부분이 발병기간이 10년 이상으로 길고, 가족들의 노령화와 함께 본원에 직접 찾아와 교육을 받는 것에 대한 부담감으로 인해 참석률이 저조한 것으로 보인다. 보다 많은 가족들을 교육에 참여시키기 위해서는 대상자 선정 시보다 발병기간이 짧고 가족교육에 참여가 가능한 대상자를 일차적으로 선별하는 것이 필요할 것으로 보인다.

이와 같은 제한적인 연구결과에도 불구하고, 6주의 단기간 중재기간임을 감안할 때, 본 연구결과는 기존의 4개의 소프로그램으로 구성된 통합재활프로그램에 추가로 구성되어 실시되었던 동기강화프로그램이 보다 효과적으로 적용될 수 있는 가능성이 있음을 나타내주

고 있다. 동기강화프로그램은 개인의 회복목표를 설정하고 점검하기 위한 개인 상담과 동기강화집단을 주 1회 제공하였는데, 특히 동기강화집단은 정신장애에서 성공적으로 재활을 하고 있는 사람들의 스토리인 「정신장애 극복수기」를 읽도록 격려하였고, 본원에서 치료받은 후 성공적으로 재활을 하고 있는 사람들을 참여시켜 그들의 극복경험담을 듣게 한 것이 도움이 된 것으로 보인다. 이는 정신장애인 회복수기를 이용하여 동기향상프로그램을 적용한 결과 정신장애인의 자기권한부여에 보다 효과적이었다는 강덕규[36]의 연구와 유사한 결이다.

또한 통합재활프로그램 종료 후 다수의 연구 참여자들이 '프로그램을 통해 뭔가 할 수 있을 것 같은 자신감을 얻었다'고 기술하였다. 고문희[37]는 만성정신분열증 환자의 희망체험을 질적 분석하였는데 병을 가진 몸의 한계를 초월하여 무엇인가 해낼 수 있다는 몸의 체험이 회복의 첫 단계이며 희망을 체험하는 중요한 계기라고 하였다. 이것은 본 연구의 참여자들이 통합재활프로그램을 통해 얻은 자신감은 회복과정의 중요한 첫 단계가 될 수 있으며 잠재적으로 정신건강회복수준을 향상시킬 수 있는 가능성이 있음을 의미한다.

본 연구결과를 종합해볼 때, 입원한 만성 정신장애인을 대상으로 6주간의 통합재활프로그램을 적용한 결과 인지·사회적 기능향상에는 효과를 보이지 않았으며, 단지 재활동기 향상과 정신건강회복 수준의 향상에 제한적인 효과만을 보였다. 그러나 본 연구결과는 임상세팅에서 보다 회복지향의 통합재활프로그램이 효과적으로 활용될 수 있는 가능성을 제시해 주고 있다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 회복지향의 통합재활프로그램을 입원한 만성 정신장애인들에게 적용하여 효과를 검증한 결과, 인지·사회적 기능에 별다른 효과를 나타내지 못했으나 재활동기수준과 정신건강회복 수준을 향상시키는데 제한적인 효과만을 나타내었다. 본 연구결과를 토대로 다음과 같이 제안한다.

첫째, 본 연구의 제한점을 극복하기 위해서 추후 연구는 보다 유병기간이 짧은 최소 10년 이하의 유병기간을 갖고 있는 대상자들에게 보다 장기간 프로그램을 적용하고 많은 표본을 확보하여 효과를 검증할 것을 제안한다.

둘째, 입원세팅에서 환자 개개인의 장기적인 회복을 촉진하기 위해서는 다양한 영역의 치료자가 개입되어 통합적인 서비스를 제공할 수 있도록 하는 다학제적인 팀 접근을 적극적으로 활용할 것을 제안한다. 본 연구는 정신보건간호사, 정신보건사회복지사, 작업치료사, 임상심리전문가가 함께 개입되어 프로그램을 진행하여 프로그램 참여자들의 변화를 촉진한 것으로 볼 수 있다. 이는 단순히 재활프로그램의 하나로 통합재활프로그램을 수행하기보다는 환자의 개별적인 재활치료계획을 세울 수 있도록 치료적 시스템 속으로 통합되어야 함을 의미한다.

셋째, 본 연구에서는 기존의 통합재활프로그램에 동기강화 프로그램을 함께 구성하여 적용하였는데, 임상세팅에서 회복지향성 정도에 근거하여 보다 체계적으로 회복지향의 정신재활프로그램을 개발하여 효과를 검증할 것을 제안한다. 최근 서구사회에서는 회복운동의 일환으로 임상세팅에서 회복지향 서비스를 제공하는 것을 촉진하고자 실무에서 회복패러다임으로 전환시키는데 활용할 수 있도록 회복지향서비스 지침을 개발하여 제공하고 있다[38]. 정신장애인 개인의 회복을 평가하기 위한 노력도 중요하지만, 서비스를 제공하고 있는 임상세팅에서의 회복지향성에 대한 평가가 우선적으로 필요할 것으로 보인다.

참 고 문 헌

[1] H. D. Brenner, V. Roder, B. Hodel, N. Kienzle, D. Reed, and R. P. Liberman, *"Integrated Psychological Therapy for Schizophrenic Patients,"* Germany, Hogrefe & Huber Publishers, pp.13-34, pp.35-41, pp.60-66, pp.101-108, 1994.

[2] 이만홍, 이희상, 조현상, 현명호, 안석균, “정신분열병 환자에 대한 통합심리치료의 효과”, 신경정신의학, Vol.37, No.6, pp.1074-1085, 1998.

[3] H. D. Brenner, B. Hodel, and R. Genner, "Biological and cognitive vulnerability factors schizophrenia : implication for treatment," British Journal of Psychiatry Vol.161, pp.154-163, 1992.

[4] V. Roder, D. R. Mueller, K. T. Mueser, and H. D. Brenner, "Intergrated psychological therapy (IPT) for schizophrenia: Is it effective?," Schizophrenia Bulletin, Vol.32, No.S1, pp.S81-S93, 2006.

[5] A. Roder, B. Jenull, and H. D. Brenner, "Teaching schizophrenic patients recreational, residential and vocational skills," International Review of Psychiatry, pp.35-41, 1998.

[6] 이만홍, 이희상, 조현상, 안석균, 현명호, 김태용, 김장우, 최충식, 이연희, 송선미, 유계준, “정신분열병 환자를 위한 인지재활훈련 프로그램의 개발;한국형 인지분화훈련 프로그램”, 대한신경정신의학회, Vol.38, No.2, pp.375-388, 1999.

[7] 장선영, “*지역사회 정신장애인을 위한 통합재활 프로그램의 개발과 효과에 관한 연구*”, 이화여자대학교 박사학위논문, 2000.

[8] 장선영, “지역사회 정신장애인을 위한 통합재활 프로그램의 효과성에 관한 연구”, 정신보건과 사회사업, Vol.14, pp.127-163, 2002.

[9] C. Briand, H. M. Vasiliadis, A. Lesage, P. Lalonde, E. Stip, L. Nicole, D. Reinharz, A. Prouteau, V. Hamel, and K. Villeneuve, "Including integrated psychological treatment as part of standard medical therapy for patients with schizophrenia clinical outcomes," Journal of Nervous and Mental Disease, Vol.194, No.7, pp.463-470, 2006.

[10] A. Hatfield, "Serving the unserved in community rehabilitation programs," Psychosocial Rehabilitation Journal, Vol.3, No.2, pp.71-82, 1989.

[11] 김철권, 강동호, 조진석, 심경순, 하준선, 변원탄, 이부영, “지역사회 복지관을 이용한 정신분열병의 정신사회재활 효과”, 정신보건, Vol.2, No.1, pp.52-66, 1997.

[12] 박미애, “*만성정신질환자의 재활준비도 측정을 위한 척도 개발*”, 계명대학교 박사학위논문, 1998.

[13] 김이영, “정신장애인의 재활동기와 재활성과에 관한 연구”, 한국심리학회지: 임상, Vol.25, No.3, pp.623-637, 2006.

[14] A. M. Yamada, K. K. Lee, T. Q. Dinh, C. Barrio, and J. S. Brekke, “Intrinsic motivation as a mediator of relationships between symptoms and functioning among individuals with schizophrenia spectrum disorders in a diverse urban community," Journal of Nervous and Mental Disease, Vol.198, No.1, pp.28-34, 2010.

[15] 허만세, “지역사회 정신사회재활프로그램에 참여한 정신장애인의 증상 및 사회기능의 변화”, 정신보건과 사회사업, Vol.29, pp.94-121, 2008.

[16] 최윤정, 최송식, “정신장애인의 회복태도와 이에 영향을 미치는 요인에 관한 연구”, 정신보건과 사회사업, Vol.26, pp.111-143, 2007.

[17] 배정규, 손명자, 이종구, “정신장애인의 재기태도가 삶의 질에 미치는 영향: 모형검증을 중심으로”, 한국심리학회지: 임상, Vol.28, No.3, pp.811-831, 2009.

[18] 신정이, “*정신장애인의 정신보건 성과에 관한 구조모형 비교 연구: 회복과 사회적응의 관계를 중심으로*” 중앙대학교 박사학위논문, 2010.

[19] P. E. Deggan, “Recovery: The lived experience of rehabilitation," Psychosocial Rehabilitation Journal, Vol.11, No.4, pp.11-19, 1988.

[20] W. A. Anthony, "Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health services system in the 1990s," Psychosocial Rehabilitation

Journal, Vol.16, No.4, pp.11-23, 1993.
[21] W. A. Anthony, "A Recovery-oriented service system: level standard," Psychosocial Rehabilitation Journal, Vol.23, No.4, pp.59-168, 2000.
[22] M. P. Sayler, J. Tsai, and T. A. Stultz, "Measuring recovery orientation in a hospital setting," Psychiatric Rehabilitation Journal, Vol.31, No.2, pp.131-7, 2007.
[23] 최윤정, "*지역사회통합을 통한 정신장애인의 회복전략*", 부산대학교 박사학위논문, 2010.
[24] American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed,* American Psychiatric Association, Washington DC.; 1994.
[25] 염태호, 박영숙, 오경자, 김정규, 이영호, *K-WAIS 실시요강,* 한국가이던스, 1992.
[26] 홍창희, "한국 정서표현성척도의 개발 및 타당화 연구", 한국심리학회지: 사회 및 성격, Vol.21, No.4, pp.133-148, 2007.
[27] H. A. Becker, Assertive Job-Hunting Survey(AJHS). In : Measures for clinical practice: A Sourcebook 2nd ed, Ed by Fischer J, Corcoran K(197), The Free Press, 1980.
[28] 서진환, "*정신분열증환자를 위한 직업재활 프로그램의 개발과 효과성에 관한 연구*", 연세대학교 대학원 박사논문, 1999.
[29] J. J. Hilberger, *"Stages of change in readiness for rehabilitation services among people with severe and persistent mental illness.* unpublished doctoral dissertation," Illinois Institute of Technology, Chicago, Illinois, 1995.
[30] S. L. Young and W. A. Bullock, The Mental Health Recovery Measure(MHRM). Presented at the 111th annual meeting of the American Psychological Association Meeting, Toronto, Canada; 2003.
[31] 배안, 홍창희, "정신건강회복 척도의 타당화 연구", 신경정신의학, Vol.49, No.6, pp.593-603, 2010.
[32] 차선경, "*만성정신분열병 환자를 위한 정서관리 프로그램 개발 효과*", 고려대학교 박사학위논문, 2009.
[33] 서진환, 이만홍, "정신분열병 환자를 위해 개발된 직업재활 프로그램의 효과", 신경정신의학, Vol.39, No.1, pp.89-99, 1999.
[34] 송경옥, "한국어판 정신건강회복척도(MHRM-K)의 신뢰도 타당도 평가", 정신보건과 사회사업, Vol.34, pp.154-188, 2010.
[35] 이경진, 송순인, "정신장애인을 위한 회복프로그램", 정신보건과 사회사업, Vol.30, pp.451-466, 2008.
[36] 강덕규, "*정신장애인의 변화동기 분석과 동기향상프로그램의 효과*", 경북대학교 박사학위논문, 2007.
[37] 고문희, "만성정신분열증환자의 희망체험에 대한 현상학적 이해", 대한간호학회지, Vol.35, No.3, pp.555-564, 2005.
[38] W. Sowers, Transforming systems of care: The American Association of Community Psychiatrists guidelines for recovery oriented services. Community Mental Health Journal, Vol.41, No.6, pp.757-774, 2005.

저 자 소 개

봉 은 주(Eun-Ju Bong) 정회원

- 1998년 2월 : 조선대학교 간호학과(간호학사)
- 2001년 8월 : 조선대학교 대학원 간호학과(간호학석사)
- 2009년 8월 : 전남대학교 대학원 간호학과(간호학박사)
- 2009년 11월 ~ 2012년 현재 : 국립나주병원 정신재활치료과 정신전문간호사

<관심분야> : 알코올중독, 정신재활프로그램 개발

시 영 화(Youn-Hwa Si) 정회원

- 1990년 2월 : 전남대학교 의학과 졸업
- 2003년 : 전남대학교 대학원 의학과 졸업(의학석사)
- 2007년 2월 : 전남대학교 대학원 의학과 박사수료
- 2001년 ~ 2008년 : 국립나주병원 정신과전문의
- 2009년 ~ 현재 : 정신재활치료과장,
- 2010년 3월 ~ 2012년 현재 : 재활. 정신건강연구소장

<관심분야> : 정신분열증 치료, 지역정신보건, 정신재활프로그램

박 명 숙(Moung-Sug Park) 정회원

- 1986년 2월 : 광주보건대 간호학과(간호학)
- 2009년 3월 : 원광대학교 예술심리학(무용연극치료학 석사)
- 1993년 6월 ~ 2012년 현재 : 국립나주병원 정신보건간호사, 정신재활치료과 팀장

<관심분야> : 분석심리, 정신사회재활, 예술심리학,

배 경 희(Kyung-Hee Bae) 정회원

- 2005년 2월 : 동신대 대학원 간호학과(간호학석사)
- 2009년 2월 : 동신대 간호학과(간호학박사 수료)
- 1990년 6월 ~ 2012년 현재 : 국립나주병원 정신보건간호사

<관심분야> : 정신사회재활, 사례관리

정 미 진(Mi-jin Jung) 정회원

- 1989년 2월 : 국립의료원간호대학 졸업
- 2010년 2월 : 동신대학교 상담심리학 석사
- 1989년 ~ 현재 : 국립나주병원 정신재활치료과 정신보건간호사

<관심분야> : 비폭력대화, 가족치료, 사례관리

양 미 화(Mi-Hwa Yang) 정회원

- 2008년 8월 : 전남대학교 간호학과 석사 졸업
- 2009년 1월 ~ 2012년 현재 : 국립나주병원 정신재활치료과 정신보건간호사

<관심분야> : 지역사회정신보건, 청소년 정신건강, 정신재활

김 송 자(Song-Ja Kim) 정회원

- 1998년 8월 : 광주대학교 대학원 사회복지학과(문학석사)
- 1996년 8월 ~ 2012년 현재 : 국립나주병원 의료사회사업과 정신보건사회복지사

<관심분야> : 정신사회재활, 가족치료, 약물중독 회복프로그램