

Lazarus와 Folkman의 스트레스 평가-대처 모델에 근거한 입원 스트레스 관리 프로그램이 조현병 환자의 스트레스, 문제해결능력 및 삶의 질에 미치는 영향

박순아¹ · 성경미²

¹문경대학교 간호학과, ²경상대학교 간호대학·건강과학연구원

Effects on Stress, Problem Solving Ability and Quality of Life of as a Stress Management Program for Hospitalized Schizophrenic Patients: Based on the Stress, Appraisal-Coping Model of Lazarus & Folkman

Park, Sun Ah¹ · Sung, Kyung Mi²

¹Nursing Department, Munkyeong College, Munkyeong

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

Purpose: The study was done to evaluate the effects a Stress Management Program (SMP) on stress, problem solving skills, and quality of life for hospitalized patients with Schizophrenia. **Methods:** A mixed method design was used: a combination of a repeated-measure design with a non-equivalent control group and qualitative data collection. The participants were 40 patients with schizophrenia admitted in three psychiatric hospitals. The experimental group (n=20) received the SMP twice a week for a total of 8 weeks. **Results:** Study results revealed that the SMP was effective for stress ($F=321.02, p<.001$), problem solving ability ($F=246.28, p<.001$), and quality of life ($F=63.35, p<.001$) for hospitalized persons with schizophrenia. **Conclusion:** The results suggest that a SMP can be an effective strategy to reduce patients' hospitalization stress, and improve problem solving skills and quality of life. Therefore, it is recommended that mental health nurses use this stress management program in clinical practice to assist adaptation to hospitalization for persons with schizophrenia.

Key words: Hospitalization; Schizophrenia; Stress; Problem solving; Quality of life

서 론

1. 연구의 필요성

조현병은 반복적인 재발로 만성화되는 경향이 있어서 다른 정신 질환에 비해 상대적으로 입원 기간이 길다[1]. 국내 22개 정신보건

시설을 대상으로 정신장애 발생 후 입원한 기간을 조사한 결과 조현병 이외 정신질환자의 평균 재원일수가 704일인 것에 비해 조현병 환자의 경우는 평균 1,655일이나되었다[2]. 또한 초발 조현병 환자를 대상으로 한 일 연구에서 이들이 퇴원 후 2년 이내 33.3%, 5년 이내 73.3%가 재입원하고 있음을 보고한 바 있다[3]. 즉, 조현병 환자의 경우 잦은 재발과 재입원으로 입원생활이 삶의 중요한 부분이

주요어: 입원, 조현병, 스트레스, 문제해결, 삶의 질

*이 논문은 제1저자 박순아의 박사학위논문 일부 발췌한 것임.

*This manuscript is based on a part of the first author's doctoral dissertation from Gyeongsang National University.

Address reprint requests to : Sung, Kyung Mi

College of Nursing, Gyeongsang National University, 816-15, Jinju-Daero, Jinju, 52727, Korea

Tel: +82-55-772-8246 Fax: +82-55-772-8222 E-mail: sung@gnu.ac.kr

Received: January 27, 2016 Revised: April 11, 2016 Accepted: May 24, 2016

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution NoDerivs License. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0>) If the original work is properly cited and retained without any modification or reproduction, it can be used and re-distributed in any format and medium.

되고 있음을 알 수 있다.

누구에게나 입원은 일상생활에 제약이 따르고 불편감이 유발되는 상황이다. 특히, 엄격한 병동규칙으로 행동의 제약을 받으며 주로 병동 내에서만 생활하는 정신과 폐쇄병동의 조현병 환자들은 입원과 관련하여 다양한 스트레스를 경험하게 된다[4]. 일 연구에서 정신과 폐쇄병동과 개방병동을 비교한 결과 폐쇄병동에 입원한 조현병 환자들은 직원의 통제 하에 병동활동에 억지로 참여하고 있으며, 직원의 통제로 인해 분노와 적개심을 느끼지만 이를 잘 표현하지 못하는 것으로 나타났다[5]. 우리나라 정신보건시설 실태조사에서도 조현병 환자들은 대부분 타의로 입원하고 있으며 퇴원 또한 어려워 장기입원을 하는 경우가 흔하다[1].

우리나라 조현병 환자의 입원 경험은 대부분 부정적인 내용으로 낮은 환경과 사람들에 대한 불편감, 폐쇄 병동의 답답함, 대인관계의 문제, 혹은 가족과의 단절감 등이 있으며 부당한 인권침해나 낙인감을 경험하기도 한다[4,6]. 영국에서 조현병 환자를 대상으로 실시한 연구에서도 대부분의 환자들이 강제입원으로 인해 자신의 독립성이 지속적으로 위협받고 자율성이 통제된다고 느끼고 있었으며, 치료진이 이는 고려하지 않는 것으로 나타났다[7]. 그 외에도 조현병 환자들은 입원으로 인해 가족과 떨어짐으로써 소외감이나 희망이 사라지는 것 같은 경험을 하며 스트레스를 경험하고 있다[6]. 특히, 입원기간 동안 충분한 설명이나 동의 없이 격리되거나 신체를 억제당하는 등의 부당한 치료 행위를 받는 경우도 있어 인권침해와 관련된 스트레스를 경험하기도 하는데[1], 정신과 보호실에서의 억제 경험에 연구를 보면 환자가 억제대로 온몸이 일그러지는 듯한 느낌과 존엄성이 상실되는 상처를 받고 있는 것으로 나타났다[8].

여러 문헌에 나타난 바와 같이 조현병 환자들은 자신의 발병과 재입원[1], 사회적 대인관계 문제[4], 경제적 요인[1], 가족이 면회를 오지 않는 것 등으로 고통 받고 있으며[1,4], 성인 환자의 경우 가족 문제[1,4,6], 등으로 높은 스트레스를 경험하고 있다. 그러나 자신의 사고를 뒷받침해주는 현실적인 증거를 찾고 이를 분석하는 능력이 부족하여 비합리적인 사고를 하게 되고 이로 인해 스트레스에 더욱 민감해진다[9]. 조현병 환자들은 스트레스 상황에 문제중심 대처보다는 정서적 고통을 조절하는 정서중심 대처를 많이 사용하는 경향을 보이는데 이는 일상생활의 다양한 문제에 효과적으로 대처할 수 있는 문제해결능력이 부족한 것을 의미한다[10]. 따라서, 조현병 환자의 문제중심대처 능력을 향상시키는 것이 필요한데 이는 우울과 스트레스를 감소시키고[11] 대인관계나 일상생활에도 긍정적인 영향을 미치기 때문이다[12]. 또한 폐쇄병동에 입원한 조현병 환자는 자율성이 제한되고 가족과 치료진으로 부터 적절한 지지를 제공받지 못하기 때문에 입원상황을 강압적이고 비치료적인 환경으로 지각하게 되어 삶의 질이 낮아지고 있다[5].

한편, 조현병 환자의 스트레스 관리를 위해 지금까지 시도된 국내 연구는 소수이며 이 연구들도 일반인을 위해 개발된 외국의 스트레스 관리법을 번역하여 적용한 것이 대부분이며[13-16], 외국의 선행 연구들도 조현병 환자의 스트레스 감소를 위해 인지행동이나 근육이완법을 사용하였다[17,18]. 그러나 조현병 환자의 스트레스에 영향을 미치는 요인은 가족의 지지부족[1,4,7], 치료진의 지지 부족[1,4,6-8], 대인관계의 어려움[4], 낙인감[4,6] 등 다양하므로 이들의 스트레스 관리를 돕기 위해서는 이러한 요인들을 중재에 포함하고, 조현병 환자의 질병특성도 반영해야 한다[13-16]. 더 나아가 조현병 환자의 삶의 질 향상을 위해서는 이러한 스트레스 요인을 환자의 질병 특성에 맞게 체계적으로 중재하는 방안이 필요한데 Lazarus와 Folkman [19]의 스트레스 평가-대처 모델은 조현병 환자가 스트레스 상황에 적응하도록 돕는 이론적 근거가 될 수 있다. 왜냐하면 Lazarus와 Folkman [19]의 이론에서 스트레스는 긴장된 상황이나 당면한 개인의 인지적 평가에 의해 그 수준이 결정되고, 이 스트레스에 대한 대처결과로 적응과 부적응이 일어나는데 이러한 스트레스의 평가와 대처과정을 중재하여 적응을 유도할 수 있기 때문이다. 예를 들면 입원이라는 스트레스 상황에 직면한 조현병 환자를 대상으로 입원에 대한 인지적 평가를 중재하여 대상자가 입원으로 인한 스트레스 상황에 적응적으로 대처하도록 돕는 것이다. 이 이론은 개인이 자신에게 부과된 상황에 대응하기 위해 자신의 자원을 동원하고, 이 자원과 상황에 대해 인지적 평가와 반응을 보이고, 상황 해결을 위한 대처 과정을 거쳐 마지막으로 이 모든 요인들의 상호작용 결과로 적응이나 부적응이 나타난다고 본다. 여기서 적응의 결과는 단기적으로는 부정적 또는 긍정적 감정이며 장기적으로는 사회적 기능, 삶의 질 그리고 신체 건강이다[19]. 이 이론에서 강조하고 있는 개인의 자원, 인지적 평가, 대처는 폐쇄 병동 입원으로 스트레스가 발생한 조현병 환자들에게 부족한 대처 자원인 가족과 치료진의 지지를 강화시키고, 입원상황에 대한 인지적 평가를 긍정적으로 변화시킨 후 입원 스트레스 원에 대한 비합리적인 사고를 합리적인 사고로 전환시켜 대처 방법에 대해 교육과 훈련을 시도할 수 있는 중요한 근거가 될 수 있다. 따라서, 본 연구자는 Lazarus와 Folkman [19]의 이론을 조현병 환자의 입원 스트레스, 문제해결능력, 그리고 삶의 질을 변화시킬 수 있는 중재방안에 적용해보고자 한다.

이에 본 연구는 Lazarus와 Folkman [19]의 스트레스 평가-대처 모델을 바탕으로 조현병 환자의 입원 스트레스 관리 프로그램을 개발하여 적용하고 이들의 입원 스트레스, 문제해결능력 그리고 삶의 질에 미치는 효과를 양적자료와 질적 자료를 통해 심도있게 파악하였다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 입원 스트레스 관리 프로그램이 조현병 환자의 스트레스, 문제해결능력 및 삶의 질에 미치는 효과를 규명하는 것으로 먼저, Lazarus와 Folkman [19]의 스트레스 대처 이론을 근거로 조현병 환자를 위한 입원 스트레스 관리 프로그램을 개발한 후 연구 변수에 대한 양적 변화를 파악하고 프로그램 참여경험으로 질적 변화를 탐색하였다.

3. 연구의 가설

본 연구의 목적을 위해 설정된 연구가설은 다음과 같다.

가설 1. 입원 스트레스 관리 프로그램에 참여한 실험군과 참여하지 않은 대조군은 시간경과에 따른 스트레스 정도에 차이가 있을 것이다.

가설 2. 입원 스트레스 관리 프로그램에 참여한 실험군과 참여하지 않은 대조군은 시간경과에 따른 문제해결능력 정도에 차이가 있을 것이다.

가설 3. 입원 스트레스 관리 프로그램에 참여한 실험군과 참여하지 않은 대조군은 시간경과에 따른 삶의 질 정도에 차이가 있을 것이다.

연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 조현병 환자를 대상으로 입원 스트레스 관리 프로그램을 개발 및 적용 한 후 그 효과를 검증하기 위해 비동등성 대조군 전후 실험설계를 이용한 유사 실험연구로, 프로그램의 효과를 심도 있게 파악하기 위해 전·후 설문조사 자료 및 참여 후 경험에 대한 질적 자료를 모두 이용한 혼합방법설계(mixed method design)이다.

2. 연구 대상

본 연구는 중소 도시에 소재한 100병상 이상 규모의 3개 정신전문 병원에 입원한 만 20세 이상의 만성 조현병 환자로 조현병 외에 기질적 장애, 약물 및 알코올 의존 및 정신지체의 병력이 없고 연구기간 동안 임상적으로 안정되어 프로그램의 내용을 이해하고 참여할 수 있는 자들로 하였다. 연구 대상자는 주치의가 자신의 자동적 사고 점검이 가능하다고 판단한 환자로 본인과 보호자 모두 연구 참여에 서면으로 동의한 자들이다. 대상자 수는 조현병 환자를 대상으로

한 유사한 주제의 실험연구[20]에서 효과크기를 중간크기로 적용 한 것에 근거하여 G*power 3.1 프로그램에서 반복측정 분산분석시 검정력 .80, 유의수준 .05, 효과크기는 중간크기인 .25, 집단 수 2, 시점 수 3으로 하고, 연구변수의 시점 간 관계성의 정도나 강도가 작지 않다는 가정 하에 시점 간 상관을 중간크기인 0.3으로 하였을 때 총 38명이 필요하였으나 연구기간 중 외출이나 퇴원, 질병악화 등으로 인한 탈락률은 높아질 수 있어 30%의 대상자를 추가하여 [13-18] 총 50명(실험군 25명, 대조군 25명)을 선정하였다. 연구의 내적타당도를 위협하는 실험처치의 확산 효과를 막기 위해 치료 프로그램, 병동환경, 치료진 구성 등이 유사한 병원 3개 중 2개 병원에서 실험군, 1개 병원에서 대조군을 각각 선정하였으며, 프로그램 진행 중 증상 악화, 참여 거부, 외출, 조기퇴원 등의 이유로 15회기 이상 프로그램에 참여하지 못한 실험군 5명과 사후 조사 시점에 퇴원한 대조군 5명이 탈락하여 최종 대상자는 실험군 20명, 대조군 20명이었다.

3. 연구 도구

1) 스트레스

본 연구에서는 Park과 Sung [4]이 조현병 환자의 입원 스트레스를 측정하기 위해 개발한 척도를 저자의 승인을 받아 사용하였다. 이 도구는 자가보고형 28문항의 4점 척도로 점수가 높을수록 입원 스트레스가 높음을 의미하며 개발 시 신뢰도는 Cronbach's α 값 .93, 본 연구의 Cronbach's α 값은 .70이었다.

2) 문제해결능력

문제해결능력 측정도구는 Heppner와 Petersen [21]의 도구를 토대로 Lee 등[22]이 조현병 환자가 이해하기 쉬운 문항으로 수정하여 5~6점 척도로 재구성한 한국어 도구를 원저자의 승인을 받아 사용하였다. 이 도구는 문제해결에 대한 자신감, 접근 회피 양식, 개인 통제력의 3개 하위 영역으로 구성된 총 34문항의 척도로 점수가 높을수록 문제해결 능력이 높음을 의미한다. Lee 등[22]의 연구에서 Cronbach's α 값은 .90, 본 연구의 Cronbach's α 값은 .80이었다.

3) 삶의 질

삶의 질 평가 도구는 세계보건기구[23]의 WHO Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF)를 한국판 삶의 질 척도로 개발한 Min 등[24]의 승인을 받아 사용하였다. 이 도구는 최근 2주간의 기간 동안 주관적으로 느낀 삶의 질을 자가 평가하는 도구로 전반적인 삶의 질, 신체적, 심리적, 사회적, 환경적 영역으로 구성된 총 26문항의 5점 척도로 점수가 높을수록 삶의 질이 높음을 의미한다. 본 연구

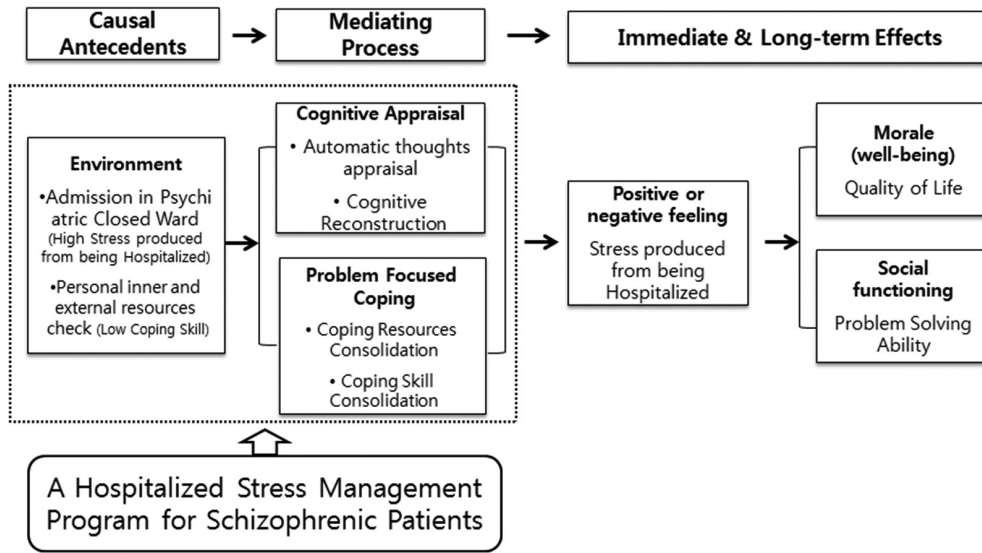


Figure 1. Conceptual framework of the study.

에서는 입원 생활과 맞지 않는 성 생활과 교통수단 관련 2문항과 조현병 환자의 입원 환경에 맞도록 일부 재구성한 4개의 문항에 대해 전문가로부터 내용 타당도 검증을 받았다. 그 결과 성생활 및 교통수단과 관련된 2문항은 CVI 0.37로 탈락되었고, 재구성한 4문항은 CVI 0.87 이상으로 채택되어 최종 도구는 24문항으로 구성되었다. Min 등[24]의 한국판 척도 개발 당시 신뢰도는 Cronbach's α 값 .94였고, 본 연구에서는 Cronbach's α 값 .89였다.

4. 입원 스트레스 관리 프로그램 개발

입원 스트레스 관리 프로그램 개발은 Lazarus와 Folkman [19]의 스트레스 평가-대처 모델을 토대로 하였다. Lazarus와 Folkman [19]의 스트레스 평가-대처 모델에서 스트레스는 환경적 요구들이 개인이 가진 자원을 능가하여 개인의 안녕을 위협한다고 평가되는 상황이며 이에 대응하기 위해 개인이 자원을 동원하고 이에 대한 개인의 인지적 평가를 통해 대처 전략을 사용하여 적응 또는 부적응에 이른다고 가정하고 있다. 그리고 적응의 결과로 생리적 변화나 부정적 또는 긍정적 감정, 장기적으로는 사회적 기능, 신체적 건강, 자기 등을 제시하고 있다[19].

정신과 폐쇄 병동 입원은 병동 내에서만 생활하며 엄격한 규칙과 행동의 제약을 받게 되므로 조현병 환자들은 입원과 관련하여 다양한 스트레스 상황에 놓이게 된다. 조현병 환자의 대처자원은 조현병 환자에게 부족한 개인내적 자원과 개인외적 자원으로 구분하여 개

인외적자원은 가족지지, 치료진의 지지, 개인 내적 자원은 의사소통 능력, 문제해결능력을 확인하고 이를 향상시키기 위한 중재 요소를 포함하였다. 인지적 평가 단계는 정신과 폐쇄병동 입원 스트레스 원과 관련된 자동적 사고 중 비합리적인 사고를 점검하고 비합리적인 사고를 합리적인 사고로 전환할 수 있도록 하는 인지적 재구성을 포함하였다. 대처로는 문제중심 대처를 강화하기 위해 가족 및 치료진의 지지 부족에 대해서는 대처 자원 강화를, 그 외 입원 스트레스 경험에서 나타 난 대인관계의 어려움, 낙인감, 재발과 사회적응 불안에 대해서는 대처기술을 강화 할 수 있는 내용으로 구성하였다. 마지막으로 이러한 중재 과정을 통해 나타나는 효과로 입원 스트레스의 변화, 문제해결 능력 및 삶의 질의 변화를 보고자 하였다(Figure 1).

입원 스트레스 관련 요인들은 Park과 Sung [4]이 조현병 환자를 대상으로 입원 스트레스 측정도구를 개발하기 위해 도출한 입원 스트레스 경험과 포괄적인 문헌고찰을 토대로 하였다[1-8]. 입원 스트레스 경험의 범주는 가족의 지지 부족, 치료진의 지지 부족, 낙인감, 퇴원 후 적응 불안, 대인관계의 어려움 다섯 가지를 포함하였다. 이 다섯 가지 입원 스트레스 요인들을 고려하여 크게 인지적 재구성과 대처 자원 강화 및 대처 기술을 강화하는 입원 스트레스 관리 프로그램을 개발하였다. 프로그램 단계별 중재내용은 5명의 전문가에게 내용 타당도 검증을 받았으며 '매우 타당하다'부터 '전혀 타당하지 않다'의 4점 척도로 평가하고 선정기준은 0.75로 하여 의견을 수렴한 후 최종 수정 및 보완하였다.

본 연구자는 입원 스트레스 관리 프로그램을 매회 50분간 주 2회씩 총 16회로 구성하였는데 이는 입원 중인 조현병 환자를 대상으로 스트레스 관리 프로그램을 적용한 선행 연구의 프로그램이 평균 50분씩 12회 정도였던 것에 비해 중재가 강화된 것이다[13-18]. 본 연구에서는 선행 연구에서 시도하지 않은 환자 외의 가족과 치료진을 대치 자원 강화를 위한 대상으로 포함하였고, 대처기술을 향상시키기 위해 3회기에 걸쳐 집중적으로 훈련을 시도하였다.

프로그램 내용은 크게 네 단계로 프로그램의 목표인 입원 스트레스 감소, 문제해결 능력 증진과 삶의 질 향상을 이룰 수 있도록 구성하였다. 입원 중인 조현병 환자를 대상으로 스트레스 관리 프로그램을 적용한 선행 연구에서 1단계인 1회기는 조현병 환자에게 부족한 대처 자원을 확인하는 단계이다. 2단계는 인지적 평가를 중재하는 단계로 2~5회기이다. 2회기는 입원 스트레스원에 대한 비합리적인 자동적 사고를 점검하고 3~5회기는 구체적으로 비합리적인 사고를 합리적인 사고로 전환할 수 있도록 연습하는 단계이다. 1~5회기는 입원 스트레스 감소를 목표로 하였다. 3단계인 6~8단계는 대처 자원을 강화하는 단계이다. 삶의 질에 영향을 미치는 요인들이 가족의 지지, 치료진의 지지, 대인관계, 낙인감, 희망감 들로[25] 6~7회기의 가족지지 강화, 8회기 치료진의 지지 강화는 입원 스트레스 감소와 더불어 삶의 질 향상을 목표로 하였다. 4단계인 9~16회기는 입원 스트레스 요인 별로 대처 기술을 강화하는 단계이다. 9회기의 사회적 자원 찾기, 10~11회기의 자기주장훈련, 12~14회기의 문제해결방법에 대한 집중적인 훈련, 15~16회기의 낙인 극복은 입원 스트레스 감소와 더불어 문제해결능력 증진과 삶의 질 향상을 목표로 하였다. 구체적인 입원 스트레스 관리 프로그램 내용은 다음과 같다 (Table 1).

1회기에는 프로그램의 전체적인 내용, 절차, 구성원 소개, 프로그램 참여 규칙 정하기와 프로그램의 목적을 제시하였다. 또한 입원 스트레스에 대한 이해를 돕고자 스트레스에 대한 정의 및 스트레스 증상 등을 교육하고 대처자원 중 가족의 지지와 치료진의 지지 정도, 그리고 의사소통능력, 문제해결 능력 등을 확인하였다. 가족의 지지를 알아보기 위해서 가족과의 의사소통 정도, 가족의 면회, 경제적 지원, 정서적 지원 등에 대해 솔직히 표현하고, 관계 개선을 위해서 가족과 함께 노력해야 할 일과 가족에게 요청하고 싶은 것들을 찾아보는 시간을 가졌다. 치료진의 지지는 치료진의 도움으로 힘든 상황을 극복했던 경험에 대해 이야기하도록 하고 마지막으로 진행자가 대처 자원이 스트레스 평가에 미치는 영향에 대해 설명하였다.

2회기는 입원 스트레스 원에 대한 인지적 평가를 점검하기 위해 관련 스트레스 원에 대한 자동적 사고를 평가하고 비합리적인 사고와 스트레스와의 관계에 대해 설명하고 요약해서 기록해보는 시간을 가졌다.

3회기에는 구체적인 인지적 재구성을 시작하는 회기로 인지적 평가에 대해 설명한 후 입원 당시의 기분, 신체적 증상, 자동적 사고를 회상한 후 대상자가 직접 역기능적 사고 기록지에 기록하도록 하였다.

비합리적인 사고의 종류에 대해 설명하고 합리적인 사고와 비합리적인 사고에 대해 사례를 가지고 구분하는 연습을 하였다. 그리고 자신의 자동적 사고 중 비합리적인 사고를 찾아보는 시간을 가졌다.

5회기에는 합리적인 사고를 찾는 Q&A 시간을 갖고 이를 이용하여 비합리적인 사고를 합리적인 사고로 전환하여 역기능적 사고 기록지에 작성하도록 반복적인 연습을 하였다.

6~7회기는 가족의 지지를 강화하기 위해 가족 교육을 실시하였다. 교육의 내용은 '조현병에 대한 이해', '환자의 입원 스트레스 알기', 가족과 환자의 단절감 해소를 위한 '나 전달법을 이용한 의사소통 훈련'이었으며 동영상을 통해 교육하였다. 또한 심화과정으로 역할극을 통해 연습하고 대상자가 가족에게 요청하고 싶은 내용, 가족이 대상자에게 요청하고 싶은 내용을 서로 표현해 보는 시간을 가졌다.

8회기는 치료진을 대상으로 인권 교육을 실시하였다. 먼저 환자의 입원과 관련된 스트레스 내용과 정신장애인의 인권에 대해 교육한 뒤 병원의 치료과정을 포함한 치료 환경을 인권의 눈으로 들여다보며 문제점과 해결책을 토론하였다. 그리고 대상자가 치료진 인권 교육 내용을 열람하고 질문하도록 하였다.

9회기는 퇴원 후 적응에 대한 불안을 중재하기 위해 '재발 경고 증상과 대처 방법 배우기', '인터넷 검색 방법 배우기'와 '지역사회 자원 방문하기' 등을 교육하고 실습하였다.

10회기는 입원 스트레스 요인인 대인관계의 어려움을 감소하기 위해 자기주장 훈련으로 의사소통 능력을 강화하였다.

11회기는 주장 행동 방법의 요소에 대해 설명하고 주장적, 소극적, 공격적 행동의 사례를 가지고 Role play를 반복적으로 연습하였다.

12~13회기는 문제해결방법에 대해 교육하였다. 입원 중 경험하는 여러 스트레스 사건에 대한 해결책을 찾는 훈련을 실시하였다. 이를 위해 먼저 자신의 문제 해결 능력에 대해 긍정적인 태도와 자신감을 갖도록 격려하고 입원과 관련된 스트레스 사건에 대한 다양한 해결책을 모색하고 각각에 대한 긍정적 결과와 부정적 결과를 생각해보고 이중 최선의 방법을 선택해서 실행해보도록 하였다. 실패한 경우 다시 해결방법을 찾도록 기회를 제공하였다.

15회기는 낙인감을 극복하기 위해 사회적 편견과 낙인의 개념, 개인의 경험에 대해 나누기, 내재된 낙인과 관련된 비합리적인 사고를 파악하고, 비합리적인 사고를 합리적인 사고로 전환하는 연습을 하였다.

16회기는 전 회기에서 배웠던 문제해결법을 이용하여 내재된 낙인과 관련된 문제에 대해 해결책을 찾아보았다. 낙인감에 대한 이해를 돕기 위하여 정신과 병원 앞에서 친구를 오랜만에 만난 상황을 만화로 제시하였다. 또한 자신의 긍정적인 변화에 대해 소감을 나누며 프로그램을 종료하였다.

5. 연구진행절차

본 연구의 프로그램은 예비연구 실시 후인 2014년 2월 9일부터 4월 3일까지 8주간 실시되었으며, 참여경험에 대한 심층면담은 사후 조사가 끝난 직후인 5월 4일부터 5월 10일까지 실시하였다. 본 연구는 연구보조원 훈련, 예비연구, 사전 조사, 실험처치, 사후 조사 1과 2의 순으로 진행되었다.

1) 연구보조원 훈련

연구보조원은 연구를 진행할 병원에서 정신보건간호사와 정신보건 사회복지사를 각 한명씩 선정하여 3개병원에 총 6명의 연구보조원에게 프로그램의 내용과 목적에 대해 설명하고, 프로그램 매뉴얼을 책자로 제작하여 인지적 재구성 및 자기주장훈련, 문제해결방법 등이 숙달되도록 2시간씩 2회의 보조원 훈련을 실시하였다.

2) 예비연구

본 연구자는 예비연구를 위해 폐쇄 병동에 입원중인 조현병 환자들 중 대상자 선정기준에 맞고 주치의, 환자, 그리고 보호자에게 동의서를 받은 5명의 환자를 대상으로 설문조사와 인지적 재구성 및 문제해결기술에 대한 교육을 중심으로 프로그램 내용을 요약하여 2주간 주 3회의 총 6회 프로그램을 제공하였다. 프로그램 실시 후 대상자와 일대일 면담을 실시하여 프로그램에 대한 요구 사항을 수렴하고 흥미와 이해 정도를 파악하였다. 예비 연구 대상자들은 프로그램이 병원의 개방 시설인 산책과 휴식이 가능한 공간에서 이루어질 것임이 필요하여 일부 프로그램 운영 장소로 활용하였으며, 이해에 어려움이 있는 프로그램 내용은 쉽게 설명하도록 교재를 수정하였다.

3) 사전 조사

사전 조사는 본 연구의 실험처치인 입원 스트레스 관리 프로그램을 실시하기 전 실험군과 대조군을 대상으로 일반적 특성, 질병 관련 특성, 스트레스, 문제해결능력 및 삶의 질 정도를 조사하였다. 조사자는 실험군과 대조군을 구별하지 못하도록 하였으며 사전에 설문조사를 위한 교육을 실시한 후 대상자에게 직접 설문지의 내용을 읽어주고 작성하도록 하였다.

4) 실험처치

입원 스트레스 관리 프로그램은 2015년 2월 9일부터 4월 3일까지 2개 병원에서 실시하였다. 프로그램은 연구 대상 병원의 집단 치료실에서 실시하였으며, 실험처치의 동질성을 유지하기 위해 책으로 제작된 프로그램 매뉴얼을 사용하고 연구자가 사전에 훈련시킨 병원의 정신보건 사회복지사 1인, 정신보건간호사 1인을 보조 진행자로 두고 프로그램을 운영하였다. 또한 프로그램의 일관성과 효율적 운영을 위해 매 회기마다 사전과 사후에 연구자 모임을 갖고 토의하는 시간을 가졌다. 프로그램 진행은 먼저 참여자 모두 인사를 나누며 위명업의 시간을 갖고 각 회기 별로 프로그램 내용에 대해 설명한 뒤 매회 30분씩 교육을 실시하였다. 프로그램 내용을 교육한 후에는 토의, 시범 및 훈련, 지지, 상담, 역할극, 피드백 등 다양한 방법을 통해 중재의 효과를 높였으며, 매 회기마다 질의 및 응답과 소감을 나누며 지속적인 참여를 격려했다.

5) 사후 조사

본 연구에서는 실험군을 대상으로 8주간 총 16회의 입원 스트레스 관리 프로그램을 실시한 후에 실험군과 대조군의 스트레스, 문제해결능력 및 삶의 질 정도를 조사하였다. 그리고 입원 스트레스 관리 프로그램의 효과가 지속되는지 여부를 확인하기 위해서 1차 사후 조사를 실시한 지 4주 후에 스트레스, 문제해결능력 및 삶의 질 정도를 사전 조사를 실시한 동일한 조사원이 조사하였다.

6) 심층면담

본 연구에서는 프로그램 효과에 대한 질적자료를 얻기 위해 사후 조사 직후 실험군 20명 중 심층면담에 동의한 15명을 대상으로 심층면담을 통해 참여자의 경험을 탐색하였다. 면담은 개인 면담실에서 일대일로 이루어졌으며, 면담초기에 환자와 관계형성의 시간을 가진 후 개인면담은 2회 이상 실시하였으며 1회 면담 시간은 약 40분에서 60분 정도 소요되었다. 연구자는 대상자의 입원 스트레스 관리 프로그램 참여 경험에 대해 1차면담을 실시한 직후 바로 자료를 필사하고 분석한 후에 1차면담에서 누락된 정보와 충분한 경험을 유도해내기 위해 2차 면담을 실시하였다. 심층 면담에서 사용한 질문은 “입원 스트레스 관리 프로그램에 참여 후 개인적으로 일어난 변화는 무엇입니까?”, “입원 스트레스 관리 프로그램 참여 후 가족과 치료진에 대해 어떤 변화를 경험하셨습니다가?”이었다. 연구 대상자의 경험 내용은 질적 내용 분석(qualitative content analysis)에서 귀납적 방법(inductive approach)을 이용하여 분석하였다[26]. 내용분석 단위는 한 문장에서 한 문단으로 하여 전후맥락을 포함시켰으며, 내용 단위는 두 어절 이상부터 한 문장으로 하였다. 내용단위 별로 연구주제에 적합한 의미 있는 표현을 확인하고 경험내용 중 유사한

것끼리 모아 주제를 도출하였다. 분석된 결과는 질적 연구 전문가 2인에게 각 각 타당성을 검증받고 연구자가 종합하여 정리하였다.

5. 윤리적 고려

본 연구는 기관의 임상윤리심의위원회의 승인(IRB No. SCH 2014-072)을 받은 후 연구의 목적과 과정을 자세히 설명한 후 환자, 보호자, 치료팀으로부터 연구 참여의 동의를 받은 후에 실시하였다. 연구자는 모든 자료는 연구목적으로만 사용되고 연구 종료 후 3년 동안 보관 후 소각됨을 설명하였다. 또한 면담 과정이 대상자의 치료에 도움이 되도록 긍정적 관계형성과 정서적 이득을 제공하고자 노력하였다. 입원 스트레스 관리 프로그램에 참여하지 않은 대조군은 본 연구가 끝난 뒤 입원 스트레스 관리 프로그램을 제공하였다.

6. 자료 분석 방법

수집된 자료는 SPSS/WIN 21.0을 이용하여 대상자의 일반적 특성과 질병특성은 실수와 백분율, 평균과 표준 편차로 분석할 것이며 실험군과 대조군의 일반적 특성과 연구 변수에 대한 동질성 검증은 χ^2 -test, Independent Samples t-test를 실시하였다. 연구 변수에 대한 정규성 검증은 Shapiro-Wilk 검증 결과 모든 변수가 정규 분포를 따르는 것으로 나타났다($W = .91 \sim .98, p = .054 \sim .900$). 프로그램의 효과를 검증하기 위하여 Repeated measure ANOVA를 실시하였으며, 시점 간 비교를 위하여 대응표본 t-검증을 실시하였다. 프로그램의 주관적 경험을 탐색하기 위한 심층면담은 수집된 자료를 보다 폭 넓게 이해하기 위해 질적 내용분석 방법을 이용하여 분석하였다.

연구 결과

1. 연구 대상자의 특성 및 동질성 검증

연구 대상자의 평균 연령은 37.38 ± 7.69 세였고 남자가 35.0%로 여자 65.0%보다 많았으며 미혼자가 52.5%, 기혼자 12.5%였고 기타 이혼이 35.0%였다. 의료급여형태는 대부분 의료보호자(72.5%)였다. 경제적 지원자는 부모님이 67.5%로 가장 많았고, 형제 17.5%, 배우자 15.0%였다. 질병 관련 특성은 현재 병원 입원기간이 5년 미만인 55.0%로 가장 많았고 발병 후 전체 정신과 입원기간은 10년 미만과 10~20년 미만이 각각 37.5%였으며 20년 이상도 25.0%였다. 실험군과 대조군의 일반적 특성과 질병 관련 특성의 동질성 검증 결과는 모두 동질한 것으로 나타났다(Table 2).

2. 연구 변수에 대한 동질성 검증

본 연구의 변수인 입원 스트레스, 문제해결능력, 삶의 질의 실험군과 대조군 간 동질성 검증에서는 먼저, 실험 전 입원 스트레스 정도는 실험군 65.15 ± 5.30 점, 대조군 66.55 ± 3.17 점($t = -1.01, p = .317$), 문제해결능력 정도는 실험군 53.35 ± 6.61 점, 대조군 54.85 ± 9.55 점($t = -0.58, p = .567$), 그리고 삶의 질 정도는 실험군 46.35 ± 7.94 점, 대조군 43.40 ± 9.89 점($t = 1.04, p = .305$)으로 두 군 간에 모두 유의한 차이가 없었다(Table 2).

3. 입원 스트레스 관리 프로그램의 효과

입원 스트레스 관리 프로그램의 효과를 규명하기 전에 먼저 구형성 검증을 실시한 결과 삶의 질은 구형성 가정을 만족하였으나($\chi^2 = 3.06, p = .217$), 스트레스($\chi^2 = 13.10, p = .001$)와 문제해결능력($\chi^2 = 45.12, p < .001$)은 구형성 가정에 위배되어 Greenhouse-Geisser로 자유도를 보정한 후 반복측정분산분석을 실시하였다. 프로그램 효과를 검증한 결과는 다음과 같다(Table 3).

제1가설: “입원 스트레스 관리 프로그램에 참여한 실험군과 참여하지 않은 대조군은 시간경과에 따른 스트레스 정도에 차이가 있을 것이다.”는 검증결과 시기와 집단 간의 상호작용이 유의한 것으로 나타났다($F = 321.02, p < .001$). 즉, 실험군은 시간 경과에 따라 대조군보다 스트레스 정도가 유의하게 낮아졌으므로 제 1가설은 지지되었다. 먼저 실험군은 사전 65.15 ± 5.30 점에서 중재 직후 41.40 ± 6.97 점으로 스트레스 정도가 유의하게 낮아졌다($t = -32.12, p < .001$). 중재 4주 후에도 41.35 ± 3.42 점으로 사전보다 유의하게 스트레스가 낮았으며($t = -22.71, p < .001$), 중재직후와 비교하였을 때는 유의한 차이가 없었다($t = -0.05, p = .964$). 대조군은 중재 전 66.55 ± 3.17 점에서 중재 직후 시점에는 68.90 ± 2.77 점($t = 7.19, p < .001$), 중재 4주 후 69.30 ± 3.53 점($t = 3.23, p = .004$)으로 모두 사전보다 스트레스 정도가 유의하게 높아졌다. 그리고 중재직후 시점과 중재 4주 후 시점 비교에서는 유의한 차이가 없었다($t = 0.51, p = .620$).

제2가설: “입원 스트레스 관리 프로그램에 참여한 실험군과 참여하지 않은 대조군은 시간경과에 따른 문제해결능력 정도에 차이가 있을 것이다.”는 검증결과 시기와 집단 간의 상호작용은 유의한 것으로 나타났다($F = 246.28, p < .001$). 즉, 실험군은 시간 경과에 따라 대조군보다 문제해결능력 정도가 유의하게 높아졌으므로 제 2가설은 지지되었다. 먼저 실험군은 사전 53.35 ± 6.61 점에서 중재 직후 86.90 ± 6.94 으로 문제해결능력 정도가 유의하게 높아졌다($t = 63.24, p < .001$). 중재 4주 후에도 85.80 ± 4.03 점으로 사전보

Table 1. Hospitalized Stress Management program

Session	Hospitalization stress management program	Program operation methods (minutes)
Topic: Checking coping resources		
1	<ul style="list-style-type: none"> · Condition of family support (degree of communication with family, economic support, frequency of visit) · Condition of support by treatment staff (cases of help by treatment team) · Sharing experiences of overcoming difficult situations by support of family and treatment staff · Understanding one's own communication and problem-solving competence (by prior questionnaire before program) · Explanation about importance of coping resources for stress coping 	Small group for sharing experience, education with using PPT (60)
Topic: Cognitive Evaluation (Examination on automatic thought)		
2	<ul style="list-style-type: none"> · Sharing experience of stress related to one's own hospitalization · Explanation about automatic thought and examination on one's own automatic thought regarding stress incident · Explanation about relationship between irrational thought and stress 	Small group for sharing experience, self-recording education (50)
Topic: Cognitive evaluation (cognitive restructuring)		
3	<ul style="list-style-type: none"> · Introduction and explanation of cognitive therapy · Introduction of dysfunctional thought record form 	Small group education (50)
4	<ul style="list-style-type: none"> · Explanation about types of irrational thoughts and practice to tell rational thought from irrational thought · Finding irrational thoughts among one's own automatic thoughts 	Individual education & practice (50)
5	<ul style="list-style-type: none"> · Searching counter-evidence to distorted irrational thought · Practice to make questions to find rational thought · Practice to write record form for dysfunctional thought 	Individual practice & feedback (50)
Topic: Problem-focused coping (reinforcement of coping resource): Reinforced family support		
6	<ul style="list-style-type: none"> · Family education: understanding of schizophrenia, understanding patient's hospitalization stress 	Family education (60)
7	<ul style="list-style-type: none"> · Learning I-Message technique (watching video) · Presentation of situation and practice of communication with I-Message · Writing what to request from family and treatment staff and execution of Role play using I-Message 	Education with video, role play (100)
Topic: Problem-focused coping (reinforcement of coping resource): Reinforced treatment staff support		
8	<ul style="list-style-type: none"> · Understanding patient's hospitalization stress · Explanation about human rights of mentally disabled people and looking into hospital through view point of human rights (treatment process, engagement in patient program, strict regulation, limit on autonomy, etc.) Identifying problems and solutions 	Small group education & discussion (120)
Topic: Problem-focused coping (reinforcement of coping technique): Finding social resources		
9	<ul style="list-style-type: none"> · Learning recurrence warning signal and coping method · Visiting resources in community (mental health center, social rehabilitation service, community service center) · Learning how to search on Internet 	Small group education & visiting community (60)
Topic: Problem-focused coping (reinforcement of coping technique): Practice of self-assertion		
10	<ul style="list-style-type: none"> · Understanding of assertive behavior and explanation about assertive behavior and unassertive behavior · Comparison of assertive, passive, and aggressive behaviors(demonstrative performance) 	Small group education & demonstration (60)
11	<ul style="list-style-type: none"> · Explanation about elements in methods of assertive behavior · Distinguishing passive, assertive, and aggressive behaviors (case presentation) · Performing role play about assertive behavior 	Individual education Role play (60)
Topic: Problem-focused coping (reinforcement of coping technique): Problem-solving competence		
12	<ul style="list-style-type: none"> · Explanation of 5 stages for problem solving, problem confirmation · Having confidence and positive attitude toward problem 	Small group for education (60)
13	<ul style="list-style-type: none"> · Presentation of stress cases related to hospitalization and search for various solutions for problems · Thinking and sharing positive/negative results about solutions (Task: Execution of selected solution) 	Individual practice (60)
14	<ul style="list-style-type: none"> · After evaluation of executed solution, searching for more effective solution if negative result is found 	Individual practice (50)
Topic: Problem-focused coping (reinforcement of coping technique): Stigma overcoming		
15	<ul style="list-style-type: none"> · Concept of social prejudice and stigma, sharing personal experience · Figuring out irrational thought related to internalized stigma · Conversion from irrational thought to rational thought 	Small group for sharing experience, education individual practice (60)
16	<ul style="list-style-type: none"> · Presenting a situation of meeting a friend near a mental hospital · Practice of solving problems related to stigma · Termination of program (sharing one's own positive changes, etc.) 	Small group for sharing experience & education individual practice (60)

Table 2. Homogeneity Test of Participants' Characteristics

(N=40)

Characteristics	Categories	Total	Exp. (n=20)	Cont. (n=20)	χ^2 or t	p
		n (%) or M±SD	n (%) or M±SD	n (%) or M±SD		
Gender	Male	14 (35.0)	7 (35.0)	7 (35.0)	0.00	1000
	Female	26 (65.0)	13 (65.0)	13 (65.0)		
Age (year)	≤30	11 (27.5)	6 (30.0)	5 (25.0)	0.16	.924
	31~40	14 (35.0)	7 (35.0)	7 (35.0)		
	≥41	15 (37.5)	7 (35.0)	8 (40.0)		
		37.38±7.69	37.45±7.47	37.30±8.01		
Marital status*	Single	21 (52.5)	11 (55.0)	10 (50.0)	0.25*	1000
	Married	5 (12.5)	2 (10.0)	3 (15.0)		
	Divorce/separation	14 (35.0)	7 (35.0)	7 (35.0)		
Education*	≤Middle school	4 (10.0)	2 (10.0)	2 (10.0)	0.00*	1000
	≥High school	36 (90.0)	18 (90.0)	18 (90.0)		
Medical aid type	Medical insurance	11 (27.5)	6 (30.0)	5 (25.0)	0.13	1000
	Medical aid, 1st grade	25 (62.5)	12 (60.0)	13 (65.0)		
	Medical aid, 2nd grade	4 (10.0)	2 (10.0)	2 (10.0)		
Religion	Yes	7 (17.5)	3 (15.0)	4 (20.0)	0.00*	1000
	No	33 (82.5)	17 (85.0)	16 (80.0)		
Financial support	Spouse	6 (15.0)	3 (15.0)	3 (15.0)	0.18	1000
	Parents	27 (67.5)	14 (70.0)	13 (65.0)		
	Siblings	7 (17.5)	3 (15.0)	4 (20.0)		
Current period of hospitalization (year)	<5	22 (55.0)	10 (50.0)	12 (60.0)	0.40	.525
	≥5	18 (45.0)	10 (50.0)	8 (40.0)		
		4.80±2.69	5.00±2.43	4.60±2.98		
Total hospitalization period (year)	<10	15 (37.5)	7 (35.0)	8 (40.0)	0.13	.936
	10~ <20	15 (37.5)	8 (40.0)	7 (35.0)		
	≥20	10 (25.0)	5 (25.0)	5 (25.0)		
		12.55±7.49	12.55±7.76	12.55±7.42		
Stress			65.15±5.30	66.55±3.17	-1.01	.317
Problem solving ability			53.35±6.61	54.85±9.55	-0.58	.567
Quality of life			46.35±7.94	43.40±9.89	1.04	.305

Exp.=Experimental group; Cont.=Control group; M=Mean; SD=Standard Deviation; *Fisher's exact test

다 유의하게 문제해결능력이 높아졌으며($t=11.56, p<.001$), 중재직 후와 비교하였을 때는 유의한 차이가 없었다($t= -0.67, p=.512$). 대조군은 중재 전 54.85 ± 9.55 점에서 중재 직후 시점에 54.40 ± 10.81 점으로 문제해결능력에 유의한 차이가 없었다($t= -0.80, p=.431$). 그러나 중재 4주 후 시점은 50.55 ± 9.13 점으로 사전 ($t= -6.28, p<.001$)과 중재직후 시점($t= -2.41, p=.026$)과 비교했을 때 유의하게 문제해결능력이 낮아졌다.

제 3가설: “입원 스트레스 관리 프로그램에 참여한 실험군과 참여하지 않은 대조군은 시간경과에 따른 삶의 질 정도에 차이가 있을 것이다.”는 검증 결과 시기와 집단 간의 상호작용은 유의하였다 ($F=63.35, p<.001$). 즉, 실험군은 시간 경과에 따라 대조군보다 삶의 질 정도가 유의하게 높아졌으므로 제 3가설도 지지되었다. 먼저 실험군은 사전 46.35 ± 7.94 점에서 중재 직후 74.00 ± 12.56 점으로 삶의 질 정도가 유의하게 높아졌다($t=12.05, p<.001$). 중재 4

주 후에도 72.80 ± 3.96 점으로 사전보다 유의하게 삶의 질이 높아졌으며($t=20.73, p<.001$), 중재직후와 비교했을 때는 유의한 차이가 없었다($t= -0.39, p=.704$). 대조군은 중재 전 43.40 ± 9.89 점에서 중재 직후 시점에 43.15 ± 11.90 점으로 삶의 질에 유의한 차이가 없었다($t= -0.09, p=.932$). 그러나 중재 4주 후 시점에는 29.65 ± 3.79 점으로 삶의 질 정도가 사전($t= -3.12, p=.006$)과 중재 직후 시점($t= -5.14, p<.001$) 보다 유의하게 낮아졌다.

5. 입원 스트레스 관리 프로그램 참여 경험

본 연구에서는 입원 스트레스 관리 프로그램 종료 후 심층면담에 동의한 15명을 대상으로 프로그램 참여 경험을 탐색하였다. 심층면담 자료는 질적 내용분석법을 통해 먼저 59개의 의미있는 진술을 추출한 후 공통속성에 따라 분류한 후 최종 12개의 주제를 도출하였

Table 3. Effects of Stress Management Program on Stress, Problem Solving Ability, and Quality of Life (N=40)

Variables	Groups				Differences			Sources	F or t	p	Test of sphericity	
		Pretest	Posttest 1	Posttest 2	Post 1-Pre	Post 2-Post 1	Post 2-Pre				Approx. χ^2 *	p
		M±SD	M±SD	M±SD	t (p)	t (p)	t (p)					
Stress [†]	Exp.	65.15±5.30	41.40±6.97	41.35±3.42	-32.12(<.001)	-0.05(.964)	-22.71(<.001)	Group Time G×T	239.98 208.68 321.02	<.001 <.001 <.001	13.10	<.001
	Cont.	66.55±3.17	68.90±2.77	69.30±3.53	7.19(<.001)	0.51(.620)	3.23(.004)					
Problem solving ability [†]	Exp.	53.35±6.61	86.90±6.94	85.80±4.03	63.24(<.001)	-0.67(.512)	11.56(<.001)	Group Time G×T	88.29 187.34 246.28	<.001 <.001 <.001	45.12	<.001
	Cont.	54.85±9.55	54.40±10.81	50.55±9.13	-0.80(.431)	-2.42(.026)	-6.28(<.001)					
Quality of life	Exp.	46.35±7.94	74.00±12.56	72.80±3.96	12.05(<.001)	-0.39(.704)	20.73(<.001)	Group Time G×T	177.48 28.08 63.35	<.001 <.001 <.001	3.06	.217
	Cont.	43.40±9.89	43.15±11.90	29.65±3.79	-0.09(.932)	-5.14(<.001)	-3.12(.006)					

*Approx. χ^2 : Approximately Chi-square; [†]One-way ANOVA with repeated measures using the Greenhouse-Geisser adjustment; Exp.=Experimental group (n=20); Cont.=Control group (n=20); G×T=Group×Time.

다. 주제는 ‘생각하려고 노력하게 됨’, ‘대처 방법을 배움’, ‘자신감이 생김’, ‘문제해결을 생각하게 됨’, ‘치료진에 대한 느낌이 변화됨’, ‘의사소통 능력이 향상 됨’, ‘가족관계의 변화를 경험함’, ‘가족의 지지를 경험 함’, ‘정신사회 재활에 관심을 갖게 됨’, ‘치료적 동맹이 형성 됨’, ‘희망감이 생김’, ‘긍정적인 치료 경험을 함’ 등으로 구체적인 내용은 다음과 같다.

1) 생각하려고 노력하게 됨

참여자들은 프로그램 참여 전에는 스트레스라고 느껴지는 상황에 대해 생각자체를 하려고 하지 않았으나 참여 후에는 자신의 생각이 비합리적인 생각이 아닌지를 생각해 보려는 의지를 보였다.

내가 병원에만 있으니 생각을 하지 않게 되고 바보가 되어 가는 것 같아요. 생각하는 것 자체가 싫고 힘들었지만 이전 생각을 하려고 노력해요.(참여자 6)

내 생각이 틀리다는 생각을 해 본 적이 없어요. 힘든 상황이 생기면 그냥 무기력했죠, 생각 자체를 하지 않았어요. 이제는 내 생각이 틀리지 않았나 생각을 하게 되요.(참여자 2)

간호사의 쌀쌀한 말들 때문에 기분이 나빠졌을 때 내가 맞는지 생각해보게 되면 보면 처음에 스트레스라고 생각했던 부분이 좀 편해져요.(참여자 12)

2) 대처 방법을 습득 함

본 프로그램을 통해 참여자들은 역기능적 사고기록지를 적어보며 비합리적인 사고에 대한 근거를 찾아보고 합리적인 사고를 해보려고 노력하였다. 예를 들면 대상자들은 일반인의 편견보다 스스로 낙인감을 만들고 있음에 대해 생각하게 되었다.

누가 나를 정신병자라고 대놓고 차별한 적은 없어요. 오히려 다

른 사람이 저를 그렇게 보지 않나 하고 생각했던 적이 더 많았던 것 같아요.(참여자 3)

하루에 제일 힘들었던 일을 기록지에 적다 보면 수치스럽던 일들이 별일이 아니었다는 생각이 듭니다.(참여자 15)

이제 화가 나는 상황이 오면 일단 제방으로 가서 심호흡을 한 다음에 종이에 적어 봅니다. 정말 화가 날 수밖에 없는 지 근거를 찾아보려고 해요.(참여자 5)

3) 자신감이 생김

참여자들은 프로그램 참여 전에는 문제에 직면하는 것이 두렵고 힘들었으나 자신의 생각을 적고 정리하는 등의 반복적인 연습을 통해 문제해결에 대한 자신감이 생겼다고 표현했다.

걱정하는 스타일이예요. 해결 방법을 생각해 보지 않았어요. 이전 걱정보다는 부딪혀보려고 해요.(참여자 1)

이제 어려운 일이 생기면 부딪혀 보자는 마음이 생겨요. 어느 정도 자신감이 생긴 것 같아요.(참여자 11)

문제가 생기면 배운대로 해결 방법을 찾아보려고 해요. 연습하다보면 할 수 있을 것 같아요.(참여자 7)

4) 문제해결을 생각하게 됨

참여자들은 스트레스에 대해 정확한 이유도 모르고 불안을 느꼈으며 문제가 생기면 걱정하거나 생각하지 않고 피하려고만 했으나 프로그램 참여 후 문제에 대해 부딪혀 보고, 문제가 발생한 이유나 결과에 대해 생각하거나 인터넷을 검색하는 등의 해결방법을 찾고 있다.

불안하고 우울하면 왜 그런지 무엇이 문제인지 몰랐어요. 하지만 생각하게 되요. 무엇이 문제일까? 왜 이렇게 불안할까?(참여자 9)

인터넷 검색하는 법을 가르쳐 주셔서 좋아요. 제가 궁금해 했던 것을 찾아보게 됩니다. 너무 고마워요.(참여자 3)

전엔 생각 없이 그냥 저질렀는데 이젠 내가 이렇게 하면 어떤 결과가 올까하는 생각이 듭니다.(참여자 6)

문제가 생기면 생각하려고 하지 않고 그냥 피하려고만 한 것 같아요. 이젠 방법들을 생각해 봅니다.(참여자 7)

5) 치료진에 대한 느낌이 변화됨

프로그램 참여 후 치료진이 자신의 말을 끝까지 들어주고 치료과정에 대해 설명해주며 친절히 대하는 것으로 느끼게 되었고, 자신의 힘든 것을 말할 수 있는 시간이 늘면서 치료진과 긍정적인 관계를 만들어가고 있다. 또한 식사 메뉴에 자신의 의견이 반영된 것에 고마움을 표현하였다.

간호사 선생님들과 보호사 선생님들이 바빠도 내 말을 끝까지 들어줘요.(참여자 4)

내가 힘든 것들을 말할 수 있는 시간이 많아졌어요.(참여자 10)

계속입원 심사서류에 대해 잘 이해하진 못했지만 의사 선생님이 설명을 잘해주어 고마워요.(참여자 3)

영양사 선생님이 먹고 싶은 거 물어보고 가세요. 일주일에 한번 특식이 나와 좋아요.(참여자 7)

6) 의사소통능력이 향상됨

프로그램 참여 전에는 자기표현을 제대로 못하고 부당한 상황에서도 자기주장을 못했지만 의사소통 훈련을 통해 생각한 것을 표현하려고 노력하게 되었다. 전화 할 때도 가족을 자극하지 않고 가족의 기분을 생각하며 말을 끝까지 듣게 되었고, 의사소통에 대해 배운 것을 같은 방 환자와 연습하면서 대화가 늘고 병실 분위기가 좋아졌다고 느꼈다.

전화 할 때 배운 대로 하려고 말을 조심해서 하게 되요.(참여자 4)

내가 원하는 것을 말하지 못할 때가 많았어요. 부당한 것도 잘 말하지 못했는데 이젠 조금씩 표현해요.(참여자 2)

예전에는 다른 사람 말을 듣지 않고 내 말만 했어요. 이젠 다른 사람 말을 잘 듣고 나서 말하려고 해요(참여자 7)

의사소통법을 배우고 같은 방 환자들끼리 해보고 웃었어요. 내 수건을 말도 없이 써서 배운 대로 했더니 웃고 난리예요. 환자들이 하고 말하니까 좋아요.(참여자 12)

7) 가족관계의 변화를 경험함

참여자들은 가족들이 자신을 병원에 버리고 면회도 자주 오지 않

는다고 원망하였으나 가족교육 시간을 통해 서로 힘든 점을 나누며 이해하게 되었다고 했다. 또한 가족과 함께하지 못하는 외로움에서 다소 벗어날 수 있었으며, 이젠 가족에게 감사하고 미안한 마음을 피력하고 자신도 빨리 나아가서 가족의 부담을 덜어주고 싶다고 하였다.

빨리 나아가서 가족들 부담을 덜어주고 싶어요. 나한테 시간을 뺏기고 돈도 많이 들어가요. 부모님도 일하느라 힘든데 면회 안 온다고 화를 낸 것이 후회돼요.(참여자 13)

가족 교육 시간이 참 좋았어요. 엄마랑 표현하지 못한 것들을 한 가지만 말하라고 하셔서 말 할 수 있었어요. 나 전달법으로 하니 서로 화내지 않고 말할 수 있었어요.(참여자 8)

퇴원하고 싶은데 가족하고 대화가 안됐어요. 의사 선생님 처방에 맡긴다고만 하니 나 혼자 외롭고 지쳤어요. 그런데 지금은 내 말을 들어라도 주니 안심이 되어요.(참여자 5)

8) 가족의 지지를 경험함

참여자들은 가족이 면회 오는 날을 소풍가는 날처럼 즐거워하였으며 면회 횟수나 외박 횟수가 늘어나면서 가족에게서 버려진 느낌에서 벗어나 가족의 사랑을 느낄 수 있었다고 한다.

부모님과 대화도 못하고 얼굴도 못보니 힘들었는데 요즘은 면회를 자주 오세요.(참여자 3)

저 혼자 버려진 거 같았는데 지금은 외박도 자주하게 되고 그런 기분이 덜 들어요.(참여자 12)

가족이 면회 오는 날은 소풍가는 느낌이에요. 맛있는 것도 먹을 수 있고.(참여자 14)

9) 정신 재활에 관심을 갖게 됨

참여자들은 주민센터, 정신보건센터, 사회복지시설, 장애인종합복지관 등을 직접 방문하고 하는 일에 대한 설명을 들은 후 인터넷을 통해 재활 시설 사이트를 직접 들어가 보는 등 자신이 도움을 받을 수 있는 시설과 재활에 관심을 보였으며 퇴원 후 생활에 대한 막막함이 줄었다고 하였다.

퇴원 하면 동사무소 가서 내가 경제적으로 도움 받을 수 있는 것이 있는지 물어보고 장애인종합복지관도 가서 내가 할 수 있는 일이 있는 지 찾아 볼거예요. 살길이 막막했는데 답답한 마음이 덜 하네요.(참여자 13)

정신보건센터나 사회복지 시설이 있는 걸 처음 알았어요. 갈수 있는 주거시설도 있으니 마음이 놓여요.(참여자 6)

인터넷 검색 하는 방법을 배워서 좋아요. 재활 시설 사이트를

찾아볼 수 있어서요.(참여자 4)

10) 치료적 동맹이 형성됨

참여자들은 병원에 오는 것 자체를 싫어했으나 퇴원 후에 증상이 나빠질 것 같을 때는 빨리 재입원하는 것이 입원 기간을 오히려 줄 인다는 것을 인지하게 되면서 자발적으로 병원에 입원할 의사를 표현하였다. 또한 가족의 지지와 치료진의 지지를 느끼며 자신도 재활의 의지를 보였다.

그전엔 병원이 싫었어요. 이젠 교육을 받다보니 퇴원 후에 내가 안좋아 질 것 같을 때는 병원으로 와서 짧게 치료받고 가는 것이 병원에 입원하는 기간이 더 짧을 거 같아요.(참여자 1)

병원에 있는 것이 그 전보단 조금은 나아졌어요. 가족도 간호사 선생님도 나한테 잘해주려고 해요. 나도 빨리 나아야 된다는 생각을 해요.(참여자 3)

11) 희망감이 생김

참여자들은 생각하는 시간이 많아졌으며 생각을 하다보면 무기력함이 없어지고 시간이 잘 간다고 했으며, 절망스러웠는데 긍정적으로 생각하려고 노력하고 여러 가지를 배우니 퇴원 후에 삶에 대해서도 희망이 생긴다고 하였다.

무기력하게 하루를 보냈는데 생각을 하는 시간이 많아져서 시간도 잘가요.(참여자 6)

긍정적으로 생각하려고 하니 우울한 기분도 좋아졌어요.(참여자 4)

우울하고 절망스러운 생각들이 방법을 찾아보려고 하니 희망이 생겼어요.(참여자 3)

살 이유가 없다고 생각했어요. 퇴원 후에 혼자 살 걸 생각하면 불안했는데 생각이 바뀌었습니다. 저도 좋아 질 수 있고 여러 가지를 배우다 보니 퇴원 후에도 혼자 살 수 있을 것 같다는 생각이 들었습니다.(참여자 13)

12) 긍정적인 치료경험을 함

참여자들은 본 연구의 프로그램에 참여하면서 하루 중에 역기능적 사고기록지와 문제해결방법 등을 노트에 기록하며 보내는 시간이 많아졌고, 병원 밖에서의 프로그램은 기분이 전환되고 새로운 경험도 하게 되어 즐거웠다고 한다.

이 프로그램만 일주일에 두 번 씩 이잖아요. 프로그램이 많아서 시간이 잘 가는 거 같아요.(참여자 7)

프로그램을 주로 밖에서 하니 너무 좋아요. 답답하지 않고 속이 뻥 뚫리고 너무 좋아요.(참여자 10)

맨날 했던 프로그램이 아니라 새로운 것을 해보니 어려웠지만 재미있었습니다.(참여자 12)

프로그램에서 선생님, 가족과 이야기하는 시간이 있어서 좋아요. 내 생각을 말하고 적는 것도 좋아요.(참여자 9)

논 의

본 연구는 입원 중인 조현병 환자의 입원 스트레스를 감소시키고 문제해결 능력 및 삶의 질을 향상시키기 위해 Lazarus와 Folkman [19]의 스트레스 대처 이론에 근거하여 입원 스트레스 관리 프로그램을 개발 및 적용하였으며 그 결과 연구 대상자의 입원 스트레스는 감소하고 문제해결능력과 삶의 질은 향상되었다. 본 연구 대상자의 입원 스트레스는 150점 만점에 65.15점으로 동일한 입원 스트레스 척도를 사용한 Park과 Sung [4]의 연구에서 나타난 51.53점보다 스트레스 정도가 더 높았다. 이는 선행 연구에서 입원기간이 길수록 자신의 안녕감에 위협을 받으며 입원 스트레스가 높아진다고 보고한 것처럼 본 연구 대상자의 현재 입원기간이 상대적으로 더 긴 것과 관련이 있을 수 있다[27]. 하지만 입원기간에 따른 입원 스트레스의 변화 여부에 관한 선행 연구는 아직 미비하여 그 관련성을 확인해 볼 필요가 있다. 연구 대상자의 문제해결 능력 점수는 53.35점(평량 평균 1.57점)으로 입원 중인 조현병 환자를 포함한 정신장애인을 대상으로 한 연구에서 문제해결능력 점수가 평량 평균 1.87점인 것과 비교하면 본 연구의 대상자의 문제해결능력이 낮음을 알 수 있다[28]. 또한 일반인을 대상으로 한 Kang과 Yoo [29]의 연구에서 문제해결능력 정도는 3.29점으로 본 연구 대상자인 조현병 환자나 정신장애인의 문제해결능력 정도가 상대적으로 크게 낮아 문제해결능력 향상을 위한 중재가 더욱 필요함을 알 수 있다. 폐쇄 병동에 입원 중인 본 연구 대상자의 삶의 질 정도는 46.35점(평량 평균 1.93점)으로 정신보건센터에 등록된 조현병 환자의 삶의 질 점수가 평량 평균 4.15점[15]인 것에 비해 삶의 질이 상당히 저하되어 있음을 알 수 있다. 이는 본 연구 대상자가 외래 치료를 받는 만성질환자와 달리 폐쇄 병동에 입원한 것과 관련이 있는 것으로 생각된다.

본 연구 대상자에게 입원 스트레스 프로그램을 적용한 결과 실험군의 입원 스트레스는 중재 전보다 중재 후에 유의하게 낮아졌으며 중재 4주후에도 효과가 지속되었다. 이와 같이 프로그램 적용 후 스트레스 감소에 효과가 있었던 연구로는 Lee 등[13]이 일반적인 심상법, 운동법, 수면 관리 및 영양관리 등의 내용으로 구성된 스트레스 관리 프로그램을 입원 중인 정신장애인에게 적용하여 스트레스 감소 효과를 본 것으로 본 연구와 유사한 결과였다. 외국의 선행 연구

에서도 Roder와 Müller [17]도 입원중인 조현병 환자를 대상으로 인지행동과 근육이완으로 구성된 스트레스 관리 프로그램을 적용하여 스트레스가 감소되었다고 보고하고 있다. 그러나 본 연구에서는 환자의 입원 스트레스 경험을 토대로 입원 상황에 대한 일차 평가 과정을 중재하고, 입원 스트레스 요인별로는 대처기술의 강화를 시도한 프로그램으로 일차 평가 과정의 중재는 입원 스트레스 원인을 위협이 아닌 긍정적인 도전으로 지각하도록 인지적 재구성을 시도하였다. 이 과정을 통해 대상자들은 스트레스에 대한 부정적 측면이 줄어들었고, 질병에 대한 낙인감이 타인보다 자신의 편견에 의해 형성되는 심리적인 불편감임을 생각하게 되어 참여경험에 나타난 바와 같이 낙인감 해결에 일부 도움이 되었다. 이는 외국의 일 연구에서 정신장애인을 대상으로 스트레스관리 프로그램 내용으로 생각 바꾸기 등을 시도한 결과 스트레스가 감소한 것과 일부 유사한 결과이다 [18]. 또한 본 연구에서 입원 스트레스 요인인 가족의 지지 부족 [1,4,7], 치료진의 지지 부족 [1,4,6-8], 대인관계의 어려움 [4], 퇴원 후 적응과 재발에 대한 불안 [4], 낙인감 [4,6]에 대한 대처를 강화한 결과 프로그램 참여 경험에서도 긍정적인 변화가 나타났다. 본 연구 대상자는 의미있는 관계를 유지하고 특히, 가족 및 치료진의 지지를 경험하며 이를 표현하는 것이 입원 중에 경험하는 스트레스를 감소시키고 병원생활에 적응하는데 도움을 주어 치료진과 가족의 지지가 입원 스트레스를 완화시키는 중요한 대처자원임을 강조한 일부 선행 연구 결과를 지지하였다 [4]. 본 연구에서 대인관계의 어려움, 낙인감, 퇴원 후 적응 불안 등에 대한 대처를 강화하기 위해 자기주장훈련과 문제해결법 등을 교육한 결과 자신의 마음속에 있는 것들을 표현하려고 노력하고 상대방의 말을 끝까지 경청하거나 대화가 늘어났는데 이는 Norman 등 [30]이 조현병 환자에게 대인간 상호작용 대처방법을 포함한 스트레스 관리 프로그램을 적용하여 이들의 대인관계를 향상시킨 것과 유사한 결과로 추후 이에 대한 평가를 시도해 볼 필요가 있다.

지금까지 조현병 환자의 문제해결능력 향상을 위해 입원 스트레스 관리 프로그램을 적용한 연구를 살펴보면, 먼저 Lee [31]는 사회복지시설에 등록된 조현병 환자에게 문제해결 훈련을 실시한 결과 사회적 문제해결이 유의하게 향상되었다고 하였다. 그러나 입원 중인 정신장애인을 대상으로 스트레스 관리 프로그램을 적용한 Kim [28]의 연구에서는 사회적 문제해결능력이 유의하게 향상되지 않았으며 제언에서 집중적인 문제해결을 포함한 체계적인 훈련이 필요함을 강조하였다. 이에 본 연구에서는 문제해결능력을 향상시키기 위해 문제해결 5단계 모델을 적용하여 대상자가 정보를 탐색하고, 문제에 직면하는 습관을 갖게 하였다. 그 결과 입원 스트레스 관리 프로그램을 제공받은 실험군은 중재전보다 중재직후에 유의하게 문제해결능력이 향상되었고 4주후에도 중재 효과가 지속되었음을 알 수 있다. 반면

대조군은 중재직후 시점과 중재 4주후 시점에 점점 문제해결능력이 감소되었다. 참여경험에서도 문제가 발생된 이유나 결과에 대해 생각해보고 해결방법을 찾으려면서 자신감이 생겼다고 하였다. 따라서, 조현병 환자의 문제해결능력이 훈련을 통해 향상될 수 있음을 보여주었으며 본 연구에서 개발된 입원 스트레스 관리 프로그램이 조현병 환자의 문제해결능력을 향상시키는 데 효과적임을 알 수 있다. 그러나 실험군의 문제해결 능력 정도가 유의한 차이는 아니지만 프로그램을 마치고 4주가 지난 후 감소한 결과는 문제해결 능력을 높이기 위해서는 향상된 문제해결능력의 효과가 얼마나 지속될 수 있고 재교육이 필요한 시점이 언제인지 장기연구를 통해서 평가하고 입원 스트레스 관리 프로그램의 운영 방안을 보완할 필요가 있다.

마지막으로 입원 스트레스 관리 프로그램의 삶의 질에 대한 효과를 살펴보면 실험군의 삶의 질은 중재전보다 중재직후에 유의하게 향상되었으며 4주후에도 중재 효과가 지속되었다. 반면 대조군은 사후 1과 사후 2 시점에 모두 유의한 차이로 삶의 질이 떨어졌다. 이는 입원기간 동안의 간호중재가 조현병 환자의 삶의 질에 중요한 영향을 미칠 수 있음을 시사하고 있으며, 삶의 질 또한 효과의 지속기간 등 장기적인 연구가 필요하다고 사료된다. 본 연구 결과와 선행 연구를 비교해 보면 입원 중인 정신장애인 [14]이나 정신보건센터의 주간 재활 프로그램에 참여하는 조현병 환자 [15]를 대상으로 다양한 내용의 스트레스 관리 프로그램을 적용한 결과 이들의 삶의 질이 유의하게 향상된 것으로 나타난 바 있다. 그러나 Hyun 등 [16]이 조현병 환자를 대상으로 인지행동 프로그램을 적용한 연구에서는 불안만 감소되고 삶의 질은 유의한 변화가 없는 것으로 나타나 삶의 질을 높이기 위해서는 단일 중재보다는 포괄적인 중재방안이 더 유용함을 알 수 있다. 더욱이 정신장애인의 삶의 질에 영향을 미치는 요인들인 자아존중감, 사회적 지지, 대인관계, 낙인, 희망감 등 [25]은 입원 스트레스 요인인 가족이나 치료진의 지지부족, 대인관계의 어려움, 낙인감 등과 일치하는 것으로 입원 스트레스가 삶의 질의 중요한 요인이 됨을 알 수 있다. 대상자의 삶의 질의 변화는 참여경험에서도 확인할 수 있었는데 프로그램 참여 후 이들은 가족의 지지를 경험하고 치료진에 대해 긍정적으로 생각하게 되었으며, 문제해결에 대한 자신감이 생기고 퇴원 후의 삶에 대해 긍정적인 기대를 하는 등 희망감을 표현하였다.

이상과 같이 본 연구의 입원 스트레스 관리 프로그램은 조현병 환자의 입원 스트레스를 감소시키고 문제해결능력과 삶의 질을 향상시키는 등 긍정적인 영향을 미쳤으며, 이들 효과는 중재 4주 후에도 모두 유지되었다. 이러한 연구 결과는 대상자가 임상적으로 안정된 회복기 환자로 퇴원과 재활에 대한 동기가 강하고, 프로그램이 선행 연구의 평균 8~12회의 중재횟수보다 많은 16회기로 구성되어 효과 유지가 보다 잘된 것으로 보인다 [13-18]. 입원 스트레스 관리 프로

그럼의 효과를 질적 연구를 통해 탐색한 결과 입원 상황에 대한 일차적 평가의 중재와 치료진과 가족의 지지와 노력으로 대상자의 입원 스트레스가 감소하였음을 경험 탐색에서 확인하였다. 그리고 자기주장과 문제해결에 대한 반복적인 연습은 대상자가 스스로 문제를 해결하도록 자신감을 주었고 이는 문제해결능력 향상에 영향을 미친 것으로 나타났다. 또한 대상자들은 프로그램을 통해 정신재활에 대한 관심과 의지가 생기고 퇴원 후 삶에 대한 희망을 갖게 되었으며, 대화를 통해 대인관계가 향상되고 낙인감이 감소되어 삶의 질 향상에 도움이 되었음이 경험에서도 나타났다. 이상과 같이 본 연구에서는 양적 자료로 나타난 프로그램의 긍정적 효과를 질적 자료를 통해 보다 구체적으로 설명하고 경험의 맥락을 제공할 수 있었다. 따라서, 추후 조현병 환자의 회복을 돕는 중재 프로그램 개발에 이러한 자료들은 보다 풍부한 기초자료가 되리라 본다.

결론

본 연구에서는 Lazarus와 Folkman [19]의 스트레스 평가-대처 모델을 근거로 인지적 재구성, 대처 자원과 대처 능력의 강화를 위한 입원 스트레스 관리 프로그램을 개발하여 적용한 결과 입원한 조현병 환자의 스트레스, 문제해결 능력 및 삶의 질에 유의한 긍정적 효과가 있음을 확인하였다. 또한 대상자들의 프로그램에 대한 참여 경험을 탐색한 결과 긍정적인 변화에 대한 질적자료를 도출함으로써 본 연구에서 개발한 입원 스트레스 관리 프로그램이 입원 중인 조현병 환자의 입원생활과 삶의 질 향상에 구체적으로 어떤 변화를 유발하였는지 확인하였다. 이러한 결과는 임상 정신간호사가 조현병 환자의 입원생활에 적극 개입하여 적응을 돕고 회복을 증진시키는데 입원 스트레스 관리 프로그램이 유용한 중재방안이 될 수 있음을 보여준 것이다. 그러나 본 연구는 병원급 정신과 병원의 폐쇄 병동 환자를 대상으로 실시한 것이므로 임상 실무에 도입하기 전에 보다 다양한 환경의 정신병원에 적용할 수 있도록 연구 대상자를 선정하여 반복 연구를 시도하는 것이 필요하다. 또한 본 연구의 프로그램을 효율적으로 운영하기 위해 프로그램 효과의 발생시기와 중재 이후 감소시기를 평가하여 임상에서의 활용 가능성을 높이는 것이 필요하다. 이러한 노력은 다양한 치료 모델에서 프로그램을 유연하게 운영하도록 도울 것이며 궁극적으로 만성 조현병 환자의 조기회복과 재활에 긍정적인 영향을 미칠 것이다.

CONFLICTS OF INTEREST

The authors declared no conflict of interest.

REFERENCES

1. Chung IW, Hyun MH, Kim JY, Bae JN, Jang HS, Na DS. Survey on clients and facilities of mental health institutions. Seoul: National Human Rights Commission of Korea; 2009.
2. Suh TW. Length of stay of psychiatric inpatients by sociodemographic and clinical characteristics, and type of facilities. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*. 2002;41(6):1174-1184.
3. Kim CY, Hong JP, Choi JW, Hong TY, Han OS. Outcome in first admission schizophrenia: I. two and five year follow-up. *Mental Health Services*. 1997;2(1):78-86.
4. Park SA, Sung KM. Development of a measurement of stress for hospitalized schizophrenic patient. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2014;44(3):339-349. <http://dx.doi.org/10.4040/jkan.2014.44.3.339>
5. Bae A, Kim JH, Park SH, Kim MK, Kim JW. The quality of life of chronic mental patients according to therapeutic environment. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*. 1999;38(6):1273-1281.
6. Jung JE. The hospital experience of psychiatric patient: A phenomenological approach. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2000;9(2):156-169.
7. Katsakou C, Rose B, Amos T, Bowers L, McCabe R, Oliver D, et al. Psychiatric patients' views on why their involuntary hospitalisation was right or wrong: A qualitative study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2012;47(7):1169-1179. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-011-0427-z>
8. Jin J, Yoo JH. Psychiatric patients' experiences of being restrained: A phenomenological study. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2013;22(4):349-358. <http://dx.doi.org/10.12934/jkpmhn.2013.22.4.349>
9. Alford BA, Correia CJ. Cognitive therapy of schizophrenia: Theory and empirical status. *Behavior Therapy*. 1994;25(1):17-33. [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80143-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80143-1)
10. Ko SH. A comparative study on stress and coping method of psychiatric patients and non-psychiatric peoples. *The Journal of Nurses Academic Society*. 1979;9(1):23-30.
11. Eom TW, Lee KY. The relationship among social problem solving capability, social support and depression of North Korean defectors. *Mental Health and Social Work*. 2004;18:5-32.
12. Kim YY, Baek YM, Park HS. The effect of self-efficacy and problem solving capacity on rehabilitation outcomes in patients with schizophrenia. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2008;17(3):322-331.
13. Lee KS, Jung YR, Ha EH. The effect of stress management program on patient with psychotic disorder. *Journal of Korean Clinical Nursing Research*. 2002;8(1):37-57.
14. Kim EJ, Gwon ES, Lee HS, Lee SY, Park IH, Jung DN, et al. Effects of a stress-management program on stress coping methods, interpersonal relations, and quality of life in patients with chronic

- mental illness. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2011;20(4):423-433.
<http://dx.doi.org/10.12934/jkpmhn.2011.20.4.423>
15. Park HK, Koo JW, Roh YM, Lee KS, Park CY. The effectiveness of the stress-management programs on the symptoms and quality of life in the chronic schizophrenics. *Korean Journal of Occupational Health*. 2003;42(1):21-27.
 16. Hyun MY, Yu SJ, Lee JE. Effects of cognitive-behavioral program on the anxiety and quality of life in schizophrenic patients. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2004;13(3):315-322.
 17. Roder V, Müller D. Stress management programme may reduce hospital admissions among people with schizophrenia. *Evidence-Based Mental Health*. 2003;6(2):52. <http://dx.doi.org/10.1136/ebmh.6.2.52>
 18. Stein F, Nikolic S. Teaching stress management techniques to a schizophrenic patient. *The American Journal of Occupational Therapy*. 1989;43(3):162-169. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.43.3.162>
 19. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York, NY: Springer Publishing Company; 1984.
 20. Han KS, Park YH, Lee EM, Bae MH, Kang HC. Effects of stress management program on patients with chronic schizophrenia in community. *The Korean Journal of Stress Research*. 2009;17(4):333-340.
 21. Heppner PP, Petersen CH. The development and implications of a personal problem-solving inventory. *Journal of Counseling Psychology*. 1982;29(1):66-75. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.29.1.66>
 22. Lee CS, Kim SJ, Kim AK, Kweon YR. The effect of integrated mental health care program on knowledge and practice related to drug and symptom management, and problem solving ability for schizophrenic patients and their families. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2007;16(3):276-287.
 23. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*. 1998;28(3):551-558.
 24. Min SK, Lee CI, Kim KI, Suh SY, Kim DK. Development of Korean version of WHO quality of life scale abbreviated version (WHOQOL-BREF). *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*. 2000;39(3):571-579.
 25. Park BS, Lim SO, Bae SW. A meta-analysis on the variables related with quality of life among persons with severe mental illness. *Mental Health and Social Work*. 2013;41(3):63-92.
 26. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*. 2008;62(1):107-115.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
 27. Lee OS, Chung SH. A study on the hospitalization stress of surgical inpatients. *The Chonbuk University Medical Journal*. 1994;37:257-266.
 28. Kim SY. A study on the effect of stress management program for persons with chronic mental disability [master's thesis]. Daegu: Kyungpook National University; 2011. p. 1-101.
 29. Kang HK, Yoo JS. The influence of stress in families of children with disabilities upon problem-solving ability: Centering on the buffering effect of family resilience. *The Korean Journal of Elementary Counseling*. 2012;11(3):427-446.
 30. Norman RM, Malla AK, McLean TS, McIntosh EM, Neufeld RW, Voruganti LP, et al. An evaluation of a stress management program for individuals with schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 2002;58(2-3):293-303.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0920-9964\(01\)00371-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0920-9964(01)00371-1)
 31. Lee OH. A study on the developing a program of problem solving training and its skill for schizophrenic patients [master's thesis]. Daegu: Taegu University; 2006. p. 1-73.