한국심리학회지 : 임 상
The Korean Journal of Clinical Psychology
2004. Vol. 23, No. 4, 851-871

정신장애인을 위한 약물 · 증상 관리교육 프로그램의 효과연구*

손 명 자†

계명대학교 심리학과

본 연구는 약물/증상관리교육 프로그램이 만성정신장애인들에게 어떤 영향을 미치는지에 대해 알아보았다. 참여자는 모두 21명(실험집단 10명, 통제집단 11명)이었다. 프로그램은 실험집단을 대상으로 일주일에 두 번,총 19회기를 진행하였으며, 6개월 후 추수검사를 하였다. 결과 첫째, 교육이 지식척도의 전체점수 및 병의 특징, 증상, 약물관리에 대한 지식에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 둘째, 간이정신진단검사에서 실험집단이 통제집단에 비해 증상이 감소하는 경향을 보였고, 특히 강박증상과 불안증상, 공포증상이 유의하게 감소하였다. 셋째, 변화에 대한 개인의 준비도를 알아본 결과, 교육이 숙고단계와 유지단계 수준을 상승시켜 주었다. 또한 통제집단은 시간이 지남에 따라 숙고전 단계에 속하는 인원수가 많아진 반면 실험집단은 행동단계에 속하는 인원수가 증가되었다. 이 결과는 교육이 변화준비도를 상승시키며, 더하여 준비도가 부정적으로 진행되는 것을 막아준다는 것을 시사한다. 끝으로 임상현장에서 제공되어야 할 약물/증상 교육 서비스에 대해 제언하였다.

주요어 : 약물 · 증상관리 교육, 약물순응, 변화준비도

---

* 본 연구는 2002년도 계명대학교 비사연구기금으로 이루어졌음

† 교신저자(Corresponding Author) : 손 명 자 / 계명대학교 심리학과 / 대구시 달서구 신당동 1000번지
FAX : 053-580-5313 / E-mail : mjs285@kmu.ac.kr

정신장애에 대한 이론은 많지만 병적 소인-스트레스 모델(diathesis-stress model), 혹은 취약성-스트레스-대응능력모형(vulnerability-stress-coping competence model)이 지금으로서는 최선의 설명 체계인 것 같다(Anthony, & Liberman, 1986; Neuchterlein, & Dawson, 1984; Zubin, & Spring, 1977). 이 이론에 따르면 정신장애는 생물학적 취약성에 뿌리를 두고 있으며, 여기에 심리사회적 요인이 작용하면서 발현되고 그 진행과정 그리고 결과가 좌우된다는 것이다. 즉 정신질환에는 질병자체 때문만이 아니라 그 질병을 가진 사람이 어떤 환경자극 속에 살며, 이것을 극복할 수 있는 어떤 사회적 기술을 가졌는가가 중요한 요인으로 작용한다(Anthony, 1992).

따라서 이 모형은 정신장애를 가진 사람이 개인적 회복을 위해 필요로 하는 것이 무엇인지, 그리고 전문가나 가족이 해야 할 일이 무엇인지를 분명하게 말해주고 있다. 즉 환자가 지역사회 속에서 적응하며 살아갈 수 있기 위해서는 약물복용이 중요하고, 더하여 스트레스의 감소, 그리고 스트레스를 이길 수 있는 사회적 기술 습득이 필요하다. 우리는 이러한 조건들이 최선의 상태가 되도록 해주어야 하는 것이다.

먼저 정신약물은 정신질환의 신체적 취약성을 완화시키는 일차적인 치료 개입법이다. 그러므로 환자가 약물을 규칙적으로 복용해야 한다. Cramer와 Rosenheck(1998)는 정신장애를 가진 사람들의 항정신병 약물에 대한 순응도(compliance)가 58%(범위, 24%-90%) 밖에 되지 않는다고 하였다. 또한 정신분열병환자의 경우 11% 만이 중단없이 약물치료를 받는다고 보고되고 있다(McCombs, Nichol, & Stimmel(1999). 그 결과 9.7개월 추수검사에서 약물을 계속 복용하는 정신분열병환자의 재발율이 16%이지만, 비복용자는 53%의 재발율을 나타냈다(Gilbert, Harris, & McAdams (1995). 그리고 정신장애를 가진 사람들이 약물을 복용하지 않을 때 1년 내에 재발할 가능성은 40%, 5년 내에 80%에 이르며, 또한 약물복용을 하지 않는 상황에서는 다른 치료법이 효과를 보지 못한다(Carkhuff, 1983; Olfson, Mechanic, Hansell, Boyer, Walkup, & Weiden, 2000; Paul, & Lentz, 1977). 결론적으로 항정신병 약물복용을 준수하지 않는 것은 재입원의 주된 이유이며, 규칙적으로 복용하는 것은 재발을 막는 효과적 단일치료이다. 따라서 약물은 재발의 중요한 예언지표가 된다(Ayuso-Gutierrez, & del Rio, 1997; Rittmannsberger, Pachinger, Keppelmuller, & Wancata, 2004).

이처럼 약물치료가 정신장애의 증상을 완화시키고 재발을 막는데 강력한 효과를 가지고 있지만, 정신장애를 가진 사람들은 약물에 대한 오해와 편견, 정신장애인임을 거부하는 심리적 방어, 통찰결핍, 무력화된 느낌, 그리고 부작용으로 인하여 약물복용을 중단하거나, 처방된 약물을 임의적으로 조절하여 재발과 재입원을 반복하고 있다(Bartko, Herczeg, & Zador, 1988; Hatfield, 1994; Ruscher, de Wit, & Mazmanian, 1997). 이러한 문제들은 약을 복용해야 하는 이유에 대한 이해에 영향을 주는 정보출처가 광범위하고 이들이 불행히도 부정적 방향의 정보를 주고 있기 때문에 더욱 강화된다(Warner, Silk, Yeaton, Bargal, Janssen, & Hill, 1994).

한편 정신질환의 증상 자체는 질병의 표현이지만 증상에 대해 환자가 겪는 경험은 본인에게 일어나는 가장 큰 스트레스에 속한다. 증상은 본인의 의지 밖에서 일어나는 것이기 때문에 외부로부터의 스트레스 요인과 같은 작용을 하는 것이다. 그러므로 약물복용을 준수하는 중이라도 남아있는 증상이나 혹은 생활상의 자극 때문에 고양될 수 있는 증상에 대하여 환자가 효과적으로 대처하지 못하면 결국 재발하게 된다. 따라서

환자개인이 자신의 증상을 스스로 관리통제할 수 있는 기술을 가지는 것은 정신장애로부터 회복하기 위해서 습득해야 할 중요한 스트레스 대처기술인 것이다.

이상과 같이 일차적으로 약물순응이나 증상관리가 환자에게 정신장애를 극복하는데 필수적인 요인들이기 때문에 약물교육과 증상관리교육의 필요성이 대두되었으며, 여기에 취약성-스트레스-대응능력 모형이 교육적 접근법의 이론적 지지를 제공하고 있다. 역사적으로 정신과 환자에 대한 교육 서비스 프로그램은 일반적 건강교육이나 당뇨병, 심장질환, 신장질환, 호흡기계통 질환에 대한 교육보다 늦게 나타나, 1970년 대 중반에야 하나의 운동으로서 서서히 생겨났다(Bisbee, 1991). 여기에 더하여 80년대에 들어와 새로운 정신사회재활 접근법이 대두되면서 그 동안 질병자체를 없애는 약물치료에 초점을 두었던 기존의 의학적 접근법과 달리 정신장애를 가진 사람들에 대한 약물과 증상관리 및 사회기술에 대한 교육과 훈련에 관심이 집중되었다. 그 결과 그들이 겪고 있는 정신장애에 대한 지식 그리고 약물복용의 필요성과 올바른 약물지식, 약물 부작용의 이해, 또한 증상에 대한 지식과 이해, 증상의 대처법에 관련된 교육은 이제 의료현장에서는 필수적인 서비스에 포함되고 있다. 우리나라의 경우에도 비중의 차이는 있으나 지금은 대부분의 현장에서 이것을 중요한 서비스로 취급하고 있다.

정신질환 중에서도 알코올과 우울증을 대상으로 한 교육이 먼저 시작되었으며 그후 심한 정신장애인에 대한 교육이 뒤따랐다(Batey, & Ledbetter, 1982; O'Brien, 1979; Osmond, Mullaly & Bisbee, 1978). 그 외 정신분열병환자를 대상으로는 Ascher-Svanum(1989)의 심리교육 프로그램이 개발되었고 치료자가 사용하는 요강이 만들어 졌다(Ascher-Svanum, & Krause, 1991). 그러나 정신사회재활접근법을 강조하는 사람들이 본격적으로 교육 및 훈련프로그램을 만들어 보급하기 전 까지는 교육이 환자에게 제공할 수 있는 주된 서비스가 되지 못하였다고 할 수 있다.

정신재활을 주도한 집단들이 개발한 것 중 대표적인 것으로, 우선 입원병동에서 실시하는 것으로 Paul과 Lentz(1977)가 개발한 사회학습프로그램이 있으며, 보다 보편적으로 많이 사용되고 있는 것으로는 Liberman(1986-1995)이 주도하여 개발한 사회기술훈련 모듈(Social and Independent Living Skills Module)이 있다. 특히 사회기술모듈에는 약물관리와 증상관리에 대한 체계적인 교육과 훈련이 있으며, 그 외 환자가 사회생활을 위해 익혀야 할 여러 가지 기술영역들이 포함되어 있다.

약물과 증상관리를 포함한 사회기술훈련 프로그램은 단순히 정보를 제공하여 가르쳐주는 교육을 넘어, 정신장애의 특성에 맞추어 배운 것을 몸에 익히도록 하는 전략을 사용하고 있다. 정신장애는 환자인생의 결정적 시기에 발병하므로 그들은 학습상황에 노출되어 배울 수 있는 기회를 빼앗긴다. 따라서 그들에 대한 교수방법에서는 보통사람들의 것과 달리 설명과 자료제시나 실행에서 단순하고 체계적인 교수법이 필요하다. 예를 들면, 주의집중력의 결함을 막기 위해서는 학습자료가 천천히, 반복적이고 일관되게 제시되어야 한다. 기억손상을 극복하기 위해서는 기억자료를 가시적이며 작은 단위로 하여 여러 번 종합 해준다. 또한 추상적 사고의 결핍에는 자료를 개인 생활 속의 구체적 과제로 사용하고 실제 생활에서 연습하도록 하고 있다. 그리고 학습의 동기를 높이기 위해 강화를 자주 사용한다.

약물과 증상관리 교육의 연구결과를 살펴보면, 단 한번의 정보전달 교육에도 약물부작용에 대한 지식이 증가되었고 6개월후의 조사에서도 유

지되었고, 더하여 임상적 악화와 약물 비준수를 막았다(Kleinman, Schachtar, Jeffries, & Goldhammer, 1993; Kleinman, Schachter & Koritar, 1989) 그리고 회기의 교육이 지식의 증가와 증상의 감소, 약물 순응의 향상, 입원기간 또는 재입원율의 감소, 생활만족감을 높였다고 보고되었다(Ascher-Svanum, 1989; Eckman, Liberman, Blair, & Phipps, 1990; Hornung, Klingberg, & Feldman, 1998; Liberman, & Evans, 1985). 약물과 증상관리 교육이 외모관리, 여가활동, 개인위생 등의 교육과 함께 제공되었는데, 그 결과는 교육훈련집단이 통제집단이나 지지적 집단심리치료집단 보다 약물과 증상관리 기술이 다른 영역의 기술과 마찬가지로 상승되었으며, 약물순응과 증상관리가 다른 영역의 사회기술들과 상호작용이 있어 약물순응이 여러 다른 사회기술훈련에 의해서도 촉진되었다. 또한 추후검사에서도 다른 집단과 비교할 때 기술상실이 전반적으로 적게 일어났으며 자연상황에서의 일반화도 높았다(Eckman, Wirshing, Marder, Liberman, Johnston-Cronk, Zimmerman, & Mintz, 1992; Halford, Harrison, Kalyansundaram, Moutrey, & Simpson, 1995; Wallace, Liberman, Mackain, Blakwell, & Eckman, 1992).

이상과 같이 국외에서는 환자를 대상으로 약물과 증상관리 교육 프로그램들이 임상현장에서 상례적으로 실시되고 그 효과가 입증되어 왔지만 국내에서는 그 효과성에 관한 연구가 부족한 실정이다. 그 이유는 첫째로, 우리나라에는 체계적으로 개발된 프로그램이 적으며 그나마 이들에 대한 전문가 훈련제도가 미흡하다(손명자, 1994,; 유숙자, 1991; 전석균, 1994). 국내에서 개발된 몇 가지 프로그램들(김철권, 변원탄, 1995,; 새미래정신재활연구소, 1999; 오병훈, 1996)이 있으나, 대부분의 기관에서는 교육 제공자들이 제대로 훈련을 받지 않아 체계적인 교육이 아닌 일시적인 약물·증상교육을 실시하고 있는 실정이다. 두 번째로, 사용되고 있는 대부분의 프로그램이 그 구성요소가 덜 구조화되어 있고 모호하며 임의적이고, 더하여 정보제공차원의 경우가 많다. 이러한 프로그램으로는 구체적인 효과를 입증하기 어렵다. 셋째로, 약물과 증상관리 교육이 하나의 독립적인 프로그램이 되지 못하고 여러가지 프로그램 중 일부로 포함되어 있어 그 비중이 낮다. 예로서 흔히 사용되고 있는 일상생활관리 프로그램을 보면 그 구성이 약물관리, 증상관리, 개인위생관리, 여가시간관리, 스트레스 다루기, 자기 주장훈련, 장점 찾기, 취업지도에 관한 내용 등을 포함하고 있어 너무 포괄적인 특성을 가지고 있다(문혜신, 문경주, 송현주, 오경자, 1996). 또한 재가방문교육에서 사용하는 서비스에서도 약물과 증상관리교육이 주가 되기는 하나 환자의 다른 생활측면 관리와 동시에 제공되고 있기 때문에 그 효과가 분명하지 않다(김정숙, 1999).

따라서 본 연구에서는 장기적이고 체계적인 약물·증상교육 프로그램이 환자들에게 어떤 영향을 미치는지를 검증해 보고자 한다. 구체적인 연구의 목적은 우선 약물과 증상교육이 정신장애에 대한 지식과 약물 그리고 증상에 대한 지식에 변화를 가져오는지를 밝혀보는 것이다. 정신장애를 가진 사람들이 자신의 병의 대한 지식을 많이 가질수록 자신의 병을 수용할 수 있으며, 자신의 병을 수용할수록 약물복용을 철저히 한다(Kemp, Kirow, & Everitt, 1998; Lin, Spiga, & Fortsch, 1979; Marder, Mebane, & Chien, 1983; Schwartz, Cohen, & Grubaugh, 1997). 그러므로 정신장애에 대한 교육은 병의 회복을 위해 일차적인 개입법이라 할 수 있다.

두 번째의 목적은 약물과 증상관리 교육 프로그램이 정신장애인의 증상에 어떤 영향을 미치

는지를 알아보고자 한다. 약물준수는 정신질환을 가진 것을 알거나 진단명을 아는 것 보다 임상적 증상을 인식할 수 있는 능력과 관계된다(Olfson, et al., 2000). 이는 증상을 인지하지 못하면 약물복용 유지에 대한 필요성을 덜 느낄 것이고, 따라서 정신약물이 주는 이득을 알아차리기 어렵기 때문이다. 따라서 만일 교육을 통해 환자 스스로 약물과 증상에 대해 주관적 평가를 보다 정확히 하게 되고 능동적인 대처를 할 수 있다면, 증상이 감소하게 될 것이라는 기대를 할 수 있다.

세 번째 목적은 약물과 증상관리 교육을 통하여 치료나 재활에 대한 개인적 준비도(personal readiness)가 변화될 수 있는가를 알아보는 것이다. 준비도란 환자가 참여하고 있는 재활프로그램을 완수할 수 있는 능력의 여부를 말하는 것이 아니다. 이것은 자신의 치료와 재활에 대한 관심과 자신감을 의미한다(Cohen, Anthony, & Farkas, 1997). 즉 이것은 치료나 재활활동의 어느 시점에든지 그 활동에 참여하는 환자의 열성의 수준이라고 할 수 있다. Prochasca, DiClemente, & Norcross(1992)는 치료와 병식에 대한 태도가 시간적으로 달라지고, 그 변화의 단계마다 개인이 보이는 치료행동(예, 약물순응과 치료시간참석)이 좌우된다고 하였다. 그들은 5단계 변화모형(stages of change model)을 제시하면서 개인이 처한 변화준비도 단계에 따라 개입의 수준에 차별을 두어야 한다고 주장했다. 병식의 부족과 치료에 대한 낮은 순응도는 정신장애를 가진 사람들의 공통적인 특성이며 이것은 치료의 경과, 그 결과에 영향을 주는 주된 요인이 되고 있다(Rittmannsberger, et al., 2004). 따라서 약물과 증상교육이 개인의 변화준비도 단계를 상승시킬 수 있다면 약물과 증상교육은 더욱 큰 의미를 가지게 될 것이다.

본 연구에서 실시하는 약물과 증상관리 교육은 본 연구자와 동료들(새미래정신재활연구소, 1999)이 개발한 '스스로 관리하는 약물.증상' 프로그램이다. 이 프로그램의 특성은 기존의 사회기술훈련의 약물과 증상관리 프로그램과 다루는 영역은 비슷하나 차이가 있다. 즉 약물 ·증상에 대한 지식을 전달하고, 증상대처법 등의 기술을 가르치는데 초점을 두는 것은 같으나, 정보전달과 기술습득을 위해서 사용한 방법에서는 기존의 프로그램과 다르다. 다른 프로그램이 학습이론에 기초를 두고 있는 점에 비해 본 프로그램은 여기에 더하여 인본주의적이고 내적 동기를 고양시키는 측면이 강조되고 있다.

정신장애인들이 경험하는 약물과 증상은 그들에게 있어 아주 민감한 문제이므로 먼저 약물과 증상교육이 효과적이기 위해서는 그들의 입장과 고통을 이해해야 할 것이다. Bisbee(1991)는 자신의 병에 대한 원인-결과적 설명을 알고자 하는 환자의 욕구를 충족시키는 것이 중요하며 교육은 환자의 내면적 변화동기를 높인다고 하였다.

이러한 이유로 먼저 본 프로그램에서는 정신장애를 가진 사람들의 약물과 증상에 대한 입장과 고통에 대해 충분히 이야기하고 공감할 수 있는 토론의 기회를 많이 가지도록 구성되었다. 또한 약물과 증상관리의 중요성을 정신장애인들이 쓴 회복수기를 통해 전달하였다. 회복수기를 통해 교육함으로써 교육의 흥미를 높일 수 있을 뿐 아니라, 약물과 증상관리의 중요성을 더욱 잘 받아들일 수 있도록 하였다. 그리고 다른 프로그램 보다 구조화와 상세화 정도를 높여서 프로그램 실시자가 오랜 수련을 하지 않고도 내용을 충분히 전달할 수 있게 하였다.

연구 대상자는 병원이 아닌 지역사회복귀기관에서 서비스를 받고 있는 환자들이었다. 현재 모든 사회복귀시설에서는 퇴원한 정신장애인들을

위해 공통적으로 사회기술을 가르치는 프로그램과 기타 재활활동 서비스들이 제공되고 있다. 따라서 일반적인 서비스를 받는 집단과 약물과 증상교육을 체계적으로 받는 집단을 비교하여 교육의 효과를 검증해보고자 하였다.

방 법

참여자

참여자는 대구 지역의 OO재활센터에 등록된 환자로 30명이었다. 그 중 사후검사와 추수검사를 거부한 피험자와 반응에 있어 신뢰롭지 못하다고 판단된 환자 6명과 집단의 동질성 확보를 위해 조울증과 우울증 3명을 제외한 정신분열병 환자 21명을 분석대상으로 하였다.

프로그램

본 연구에 사용된 약물 증상관리 프로그램은 새미래정신재활연구소(1999)에서 개발한 「스스로 관리하는 약물·증상」프로그램을 이용하였다. 교육의 실시는 두 번으로 나누어서 실시되었는데, 첫 번째 시행은 2002년 5월 2일부터 7월 11일까지 실시하였고, 두 번째 시행은 2003년 4월 15일부터 6월 24일까지 실시되었다. 이렇게 교육이 두 번으로 나누어 실시된 까닭은 교육의 질을 높이기 위해 교육의 인원수를 7~8명 정도로 제한하였기 때문이다.

본 연구에서 사용된 프로그램은 크게 3부(1부 정신장애란 무엇인가, 2부 스스로 관리하는 약물, 3부 스스로 관리하는 증상)로 총 19회기로 구성되어 있다. 본 연구에서 사용된 프로그램의 각 회기의 주제 및 내용은 <부록 1>과 같다. 본 프로그램의 진행순서는 재미있는 이야기 나누기, 지난 시간에 배운 내용 정리하기, 교육, 배운 내용 정리하기, 마무리하기로 되어 있었지만 센터에서의 교육시간이 60분으로 제한되어 있는 관계로 재미있는 이야기를 생략하고 그 대신 짧게 인사를 나누고 교육을 실시하였다. 프로그램의 진행은 「스스로 관리하는 약물·증상」프로그램을 개발하였고, 본 프로그램을 진행해 본 경험이 있는 사람이 담당하였다.

측정도구

지식평가척도

본 연구에서 사용된 지식평가 척도는 교육을 통해 참여자의 약물·증상의 지식변화 정도를 측정하기 위한 것으로 새미래정신재활연구소(1999)에서 개발한 것을 이용하였다. 지식평가척도는 총 3개의 영역을 측정하는 것으로 구성되었는데, 병의 특징, 약물관리, 증상관리에 관한 지식이다. 병의 특징에 관한 문항은 9문항, 약물에 관한 문항은 38문항, 증상관리에 관한 문항은 19문항으로 총 66문항으로 구성되어 있다. 문항은 병의 특징과 약물, 증상에 대해 기술해 놓은 것이 맞으면 O, 틀리면 X로 대답하게 되어 있다. 맞으면 1점, 틀리면 0점을 주었다.

간이정신진단검사(SCL-90-R)

Derogatis(1977)가 만든 Symptom Checkist-90-Revision (SCL-90-R)을 김광일, 김재환, 원호택(1984)이 우리나라 말로 번안하여 표준화한 것을 사용하였다. SCL-90-R은 자기보고식 다차원 증상목록 검사로서 비교적 적은 문항수로 단시간 내에 측정할 수 있는 장점이 있다. 그동안 여러 국내 연구에서 높은 신뢰도 및 타당도가 보고되었다. 이는 총 90문항, 9개의 증상차원으로 구성되어 있다.

변화준비도 척도

Hilberger(1995)가 만선정신질환자를 위한 변화준비도 척도(Change Assessment Questionnaire-Severe and Persistent Mental Illnesss: CAQ-SPMI)를 박미애(1998)가 번안하여 연구한 척도를 사용하였다. CAQ-SPMI는 4개의 구성개념, 즉 숙고전단계, 숙고단계, 행동단계, 유지단계[1] 를 측정하는 것으로 총 32문항으로 이루어져 있다. 이 척도는 피검사자들이 자신이 가지고 있는 정신질환에 관해 본인의 느낌이나 생각, 행동을 5점 평정척도상에서 평정하도록 되어있다. 이 도구의 각 하위척도별 Chronbach's Alpha 값은 숙고전 .72, 숙고 .76, 행동 .85, 유지단계는 .74 였다

절차

본 연구는 프로그램이 실시되기 일주일 전부터 환자들에게 약물 증상교육의 목적과 진행에 대해 공고하여 신청을 받았다. 신청한 사람들을 실험집단에 배치하였고, 센터를 이용하고 있지만 교육을 듣지 않는 환자들을 통제집단으로 배치시켰다. 본 연구의 프로그램은 일주일에 2회씩(1회 60분), 총 19회기 실시하였다. 프로그램의 효과를 알아보기 위하여 사전검사는 1회기 오리엔테이션 시간에 실시하였으며, 사후검사는 19회기 약물·증상교육 마무리 시간에 실시하였다. 그리고 추수검사는 프로그램을 마치고 6개월 뒤에 실시하였다.

1) 숙고전단계: 자신에게 정신장애의 문제가 있다는 것을 아주 강하게 부인하고 있으며, 변화의 필요성을 느끼지 못하는 있는 단계이다.
숙고단계: 자신에게 정신장애의 문제가 있다는 것을 자각하고 변화에 대한 바램과 필요성을 느끼지만, 아직까지 행동변화를 위한 구체적인 실천을 하지 못하고 있는 단계이다.
행동단계: 자신에게 정신장애가 있다는 것을 인정하고, 변화에 대해 깊이 고려하며 행동변화를 이루기 위해 적극적인 외적노력을 하는 단계이다.
유지단계: 자신이 정신장애의 문제를 어느정도 극복했다고 느끼며, 계속적으로 변화를 고려하고 행동을 취하는 단계이다.

결 과

본 연구의 결과를 처치전 집단간의 동질성, 지식평가, 간이정신검사, 변화준비도 순으로 제시하였다.

처치전 집단간 동질성 검증

연구에 참여한 피험자의 인구통계학적 특성과 지식평가척도, 간이정신진단검사, 변화준비도척도의 사전검사 점수에서 동질성을 검증하기 위하여 인구통계학적 특성에 대해서는 t검증을 실시하였고, 각 척도에 대해서는 Mann-Whitney U검증을 실시하였다(부록 2).

두집단에서 인구통계학적으로 차이가 나는지를 알아본 결과, 나이 ($t(19)=-1.12$, $p > .05$), 교육 ($t(19)=.19$, $p > .05$), 그리고 유병기간($t(18)=-.19$, $p > .05$)에서 통계적으로 유의한 차이가 없는 것으로 나타났으며, 지식평가 척도, 간이정신진단검사, 변화준비도 척도 모두 사전검사에서 집단간에 차이가 없는 것으로 나타났다.

지식평가 척도

지식평가 척도에 대한 사전검사와 사후검사, 추수검사를 이용하여 각 집단별, 검사시기별 지식척도의 평균점수 및 표준편차, 사전검사와 사후검사 차이를 알아보기 위해 Wilcoxon Test를 실시한 결과는 표 3-1과 같다.

표 3-1. 실험집단과 통제집단의 지식평가 하위점수와 전체점수 평균과 표준편차 및 Wilcoxon Test

		실험집단	Wilcoxon Test (사전-사후)	통제집단	Wilcoxon Test (사전-사후)
병의특징	사전	6.40(1.71)	-2.429*	7.27(1.19)	-.363
	사후	8.30(.95)		6.72(2.61)	
	추수	8.00(1.05)		5.82(2.75)	
약물관리	사전	28.60(6.54)	-2.539*	29.90(5.24)	-.777
	사후	32.40(3.34)		30.36(5.54)	
	추수	32.00(3.94)		29.91(5.74)	
증상관리	사전	13.40(3.89)	-2.304*	16.36(2.50)	-.513
	사후	17.40(.84)		16.00(2.57)	
	추수	16.10(2.08)		15.91(2.39)	
전체점수	사전	48.40(11.05)	-2.304*	53.54(8.36)	-1.265
	사후	58.10(4.28)		53.09(9.84)	
	추수	56.10(6.71)		51.64(9.25)	

(　)은 표준편차

*p<.05

표 3-1에 제시된 것과 같이 지식평가에 있어 실험집단은 교육을 실시하기전보다 실시하고 난 후, 점수가 향상되는 경향을 나타냈지만 통제집단의 경우 점수에 차이가 없거나 떨어지는 경향을 보였다. 집단별 사전검사와 사후검사의 지식 변화의 차이가 유의한지를 알아보기 위해 자료

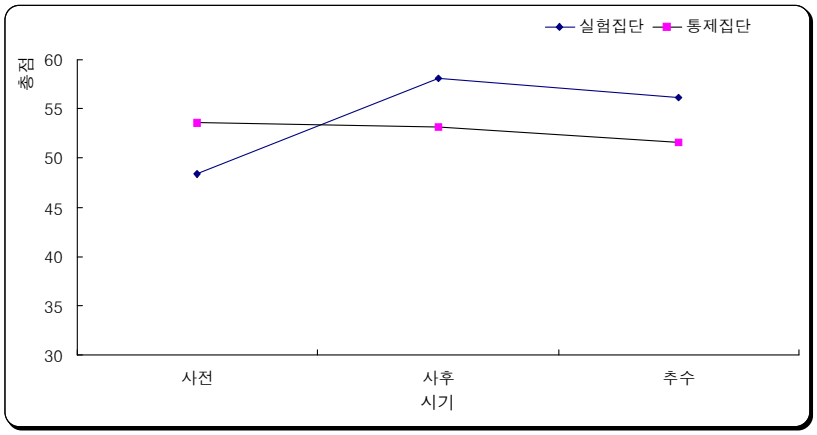

그림 3-1. 지식평가척도 전체점수의 집단별, 시기별 비교

표 3-2. 간이정신진단검사의 T점수 및 Wilcoxon Test

	시기	실험집단	Wilcoxon Test (사전-사후)	통제집단	Wilcoxon Test (사전-사후)
신체화	사전	50.60(14.59)	-.980	46.64(7.16)	-.712
	사후	45.75(7.97)		44.70(5.84)	
	추수	46.00(10.80)		47.73(7.85)	
강박	사전	51.60(13.95)	-1.955*	50.64(10.99)	-.358
	사후	42.63.(4.94)		51.54(10.10)	
	추수	47.00(9.33)		52.64(8.12)	
대인예민성	사전	56.50(13.90)	-1.601	50.27(10.02)	-.090
	사후	48.00(6.93)		50.70(8.62)	
	추수	50.70(11.34)		52.00(11.86)	
우울증	사전	54.30(12.02)	-1.836	49.91(9.92)	-.133
	사후	45.38(5.94)		50.21(5.34)	
	추수	49.80(11.10)		51.18(8.23)	
불안	사전	52.40(14.94)	-2.077*	51.27(10.53)	-.764
	사후	44.50(5.19)		48.94(5.12)	
	추수	49.80(11.03)		50.82(9.67)	
적대감	사전	52.30(10.57)	-1.599	45.91(7.20)	-.296
	사후	46.25(5.16)		45.15(3.96)	
	추수	44.40(16.83)		47.18(6.35)	
공포	사전	59.30(16.31)	-2.431*	56.00(9.73)	-.562
	사후	48.00(7.04)		52.61(7.56)	
	추수	53.00(11.69)		54.55(10.26)	
편집증	사전	54.80(11.62)	-1.304	48.45(7.76)	-1.531
	사후	50.38(7.19)		44.76(5.11)	
	추수	46.20(7.38)		47.55(10.58)	
정신증	사전	59.10(13.45)	-1.009	52.00(9.51)	-.612
	사후	53.25(8.79)		53.55(7.08)	
	추수	54.30(13.06)		53.45(9.86)	
전체심도지표	사전	54.30(14.99)	-1.836	48.27(7.47)	.000
	사후	45.75(6.25)		48.61(6.02)	
	추수	49.30(12.00)		50.27(8.59)	
표출증상심도지수	사전	54.50(13.12)	-2.111*	48.73(6.05)	-.281
	사후	47.00(7.23)		48.97(6.45)	
	추수	51.80(13.19)		48.91(7.34)	
표출증상합계	사전	53.00(14.66)	-1.429	50.09(10.25)	-.044
	사후	46.00(9.84)		50.61(9.74)	
	추수	47.40(13.78)		52.18(9.95)	

(　)은 표준편차

*p <.05

를 Wilcoxon 검증을 실시하였다. 결과, 실험집단의 경우는 지식척도의 전체점수와 하위척도 모두에서 통계적으로 유의한 결과를 나타냈지만 통제집단의 경우는 전체점수와 하위척도 모두에서 통계적으로 유의한 차이를 나타내지 않는 것으로 나타났다.

검사실시 시기별 차이를 알아보기 위하여 사전, 사후, 추수검사의 점수변화는 그림 3-1에 제시하였다. 그림에서 보여주는 바와 같이 실험집단은 사전검사보다 사후검사에서 향상되었고, 추수검사에서 유지되는 경향을 나타내고 있는 반면, 통제집단에서는 검사시기에 따라 점수의 변화가 없는 것으로 나타나고 있다.

간이정신진단검사(SCL-90-R)

간이정신진단검사에 대한 사전검사와 사후검사, 추수검사를 이용하여 각 집단별, 검사시기별 T점수와 사전검사와 사후검사 차이를 알아보기 위해 Wilcoxon 검증을 실시한 결과는 표 3-2와 같다.

표 3-2에서와 같이 실험집단에서는 사전점수에 비하여 사후점수가 낮아지는 경향을 나타내고 있으며, 통제집단에서는 사전검사와 사후검사에서의 점수차가 거의 없는 것을 보여주고 있다. 이를 검증하기 위하여 Wilcoxon 검증을 실시하였다. 결과, 실험집단의 경우 강박, 불안, 공포, 표출증상심도지수에서 통계적으로 유의한 차이를 나타냈지만 통제집단의 경우 모든 증상에서 유의한 차이를 보이지 않았다.

사전, 사후, 추수검사의 시기별 차이를 그림 3-2와 그림 3-3에 나타내었다. 그림 3-2의 실험집단 사전, 사후, 추수검사의 시기별 차이에서는 사전검사보다 사후검사에서 점수가 낮아졌으며 추수검사에서는 사후검사시기보다는 다소 점수가 높아지는 경향이 있으나 큰 차이를 나타내고 있지 않았다. 그림 3-3의 통제집단은 시기에 따라 점수차이가 없음을 보여주고 있다.

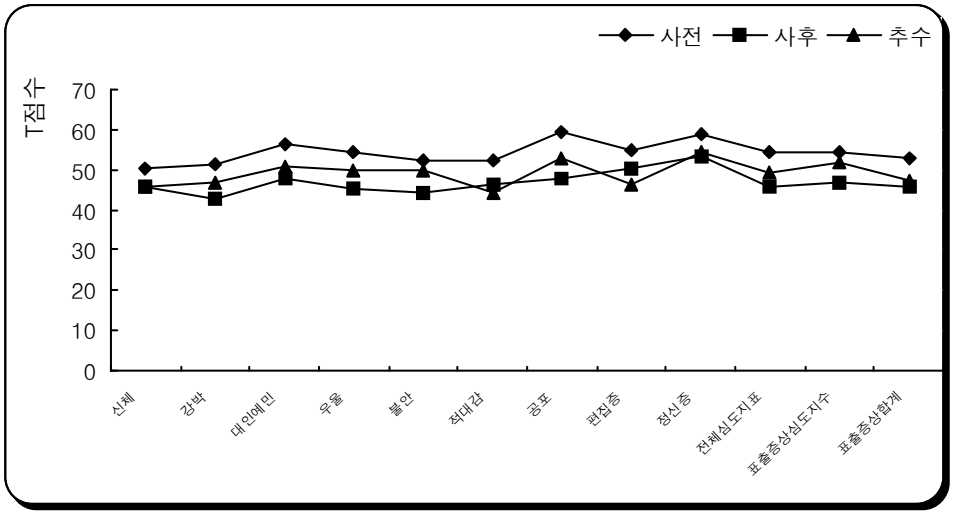

그림 3-2. 실험집단의 간이정신검사의 시기별 비교

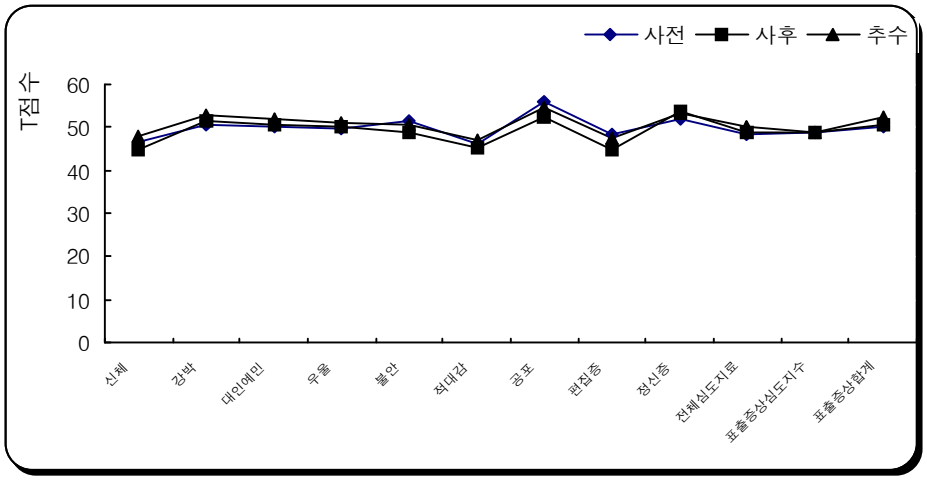

그림 3-3. 통제집단 간이정신검사의 시기별 비교

변화준비도

변화준비도에 대한 사전검사와 사후검사, 추수검사를 이용하여 각 집단별, 검사시기별 지식척도의 평균점수 및 표준편차, 사전검사와 사후검사 차이를 알아보기 위해 Wilcoxon 검증을 실시

〈표 3-3〉 변화준비도 검사의 평균과 표준편차 및 Wilcoxon Test

		실험집단	Wilcoxon Test (사전-사후)	통제집단	Wilcoxon Test (사전-사후)
숙고전	사전	18.81(4.53)	-1.023	18.92(6.58)	-.767
	사후	20.10(5.04)		17.83(7.53)	
	추수	21.99(5.54)		28.57(4.26)	
숙 고	사전	16.60(12.61)	-2.257*	19.84(10.40)	-1.246
	사후	21.48(11.29)		20.73(11.11)	
	추수	17.87(1.66)		17.13(2.02)	
행 동	사전	15.70(11.92)	-1.730	18.65(10.35)	-.656
	사후	22.10(10.85)		17.91(10.11)	
	추수	18.58(2.16)		18.28(2.75)	
유 지	사전	17.21(12.07)	-2.041*	19.82(10.05)	-.341
	사후	22.11(9.82)		19.92(10.50)	
	추수	18.16(2.47)		19.22(3.43)	

( )은 표준편차

*p<.05

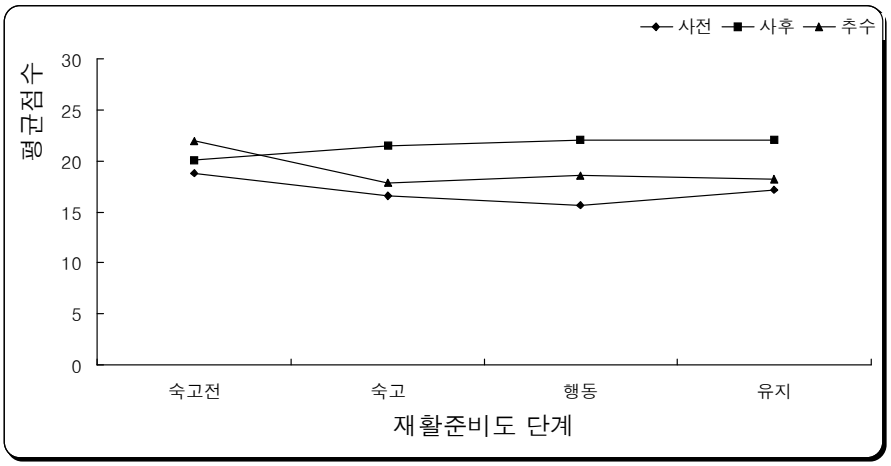

그림 3-4. 실험집단의 변화준비도 단계의 시기별 비교

한 결과는 표 3-3과 같다.

표 3-3에서 보는 것과 같이 변화준비도 척도에서 실험집단과 통제집단의 사전, 사후점수를 비교해 볼 때, 실험집단에서는 사전점수보다 사후점수가 대체로 높아지는 양상이 나타나지만 통제집단에서는 각 단계별로 점수차가 없는 것을 볼 수 있다. Wilcoxon 검증 결과, 실험집단의 경우 숙고단계와 유지단계의 점수가 유의하게 상승하였으며, 통제집단의 경우 모든 영역에서 유의한 차이가 나타나지 않았다.

추수검사 시기의 준비도 변화를 그림 3-4와 그림 3-5에 제시하였다. 그림 3-4의 실험집단에서는 사후검사시기보다 전반적으로 점수가 떨어지고 숙고전 점수가 약간 올라가는 양상을 보인다. 한편 그림 3-5의 통제집단의 경우에는 숙고전 단계의 상승폭이 실험집단보다 더 크다는 것을 알 수 있다. 나머지 단계들은 교육전 수준보다 낮아졌다.

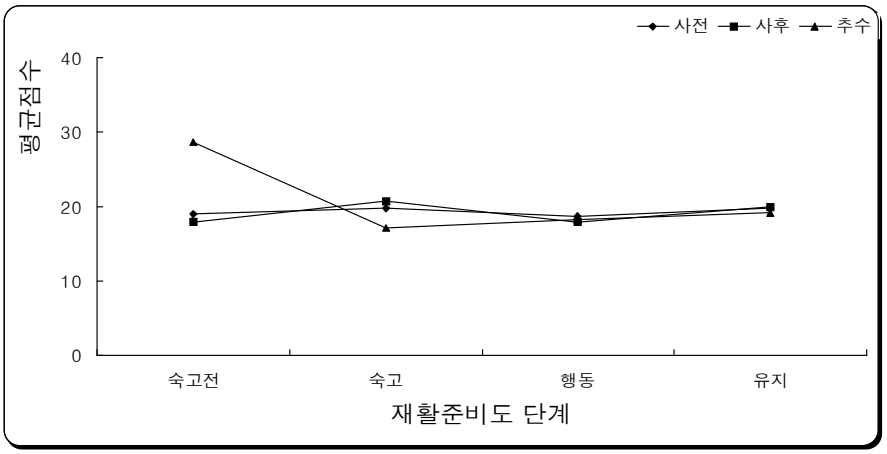

그림 3-5. 통제집단의 변화준비도 단계의 시기별 비교

표 3-4. 시기에 따른 변화준비도 단계에 속한 인원수의 변화

		숙고전	숙고	행동	유지	χ^2
사전검사	실험집단	6(60)	2(20)	1(10)	1(10)	3.36
	통제집단	4(36.4)	6(54.5)	0(0)	1(9.1)	
사후검사	실험집단	5(50)	2(20)	2(20)	1(10)	2.716
	통제집단	6(54.5)	4(36.4)	0(0)	1(9.1)	
추수검사	실험집단	2(20)	1(10)	5(50)	2(20)	9.762**
	통제집단	9(81.8)	1(9.1)	0(0)	1(9.1))	

(　)은 %
**p<.01

다음으로 변화준비도 4개의 하위척도들 중에서 가장 높은 점수를 획득한 하위척도가 각 개인의 특정한 변화준비도 단계로 간주하여, 집단별 시기별로 인원이 어떻게 변화하는지에 대해 살펴보았다. 척도에서 각 단계에 속한 사람들의 시기별 인원수 변화는 표 3-4와 같다.

표 3-4에서 보는 바와 같이 두 집단간에 검사시기에 따라 단계별 인원수에 변화가 있었다. 이러한 차이가 통계적으로 유의한지 알아본 결과, 추수검사에서 유의한 차이가 있었다. 즉 사전검사와 사후검사에서는 집단간의 인원수 변화에 차이가 없었지만, 추수검사에서 실험집단은 숙고전 단계에 속한 사람이 감소되고 행동단계 속하는 사람이 증가하였지만 통제집단의 경우는 숙고전 단계에 속하는 사람들이 많아졌다.

논 의

본 연구는 장기적이고 체계적인 약물 ·증상관리 교육 프로그램이 환자들에게 어떤 영향을 미치는지를 검증해 보고자 하였다. 구체적으로, 약물과 증상교육이 정신장애 및 약물과 증상에 대한 지식에 변화를 가져오는지, 증상에는 어떤 영향을 미치는지, 마지막으로 약물과 증상교육이 개인의 변화에 대한 준비도에 어떤 영향을 주는지를 알아보았다.

먼저 교육을 통해 병에 대한 지식과 약물 및 증상에 대한 지식의 변화가 있었는지를 알아보면, 교육을 받은 집단이 통제집단에 비해 병의 특징, 증상관리, 약물관리에 대한 지식이 증가하였는데 이것은 선행연구들(Ascher-Svanum, 1989; Kleinman et al, 1993)의 보고와 일치한다. 정신장애에 대한 지식과 병식 그리고 약물복용의 준수간에 상관이 있으므로(Kemp, et al., 1998; Schwartz, et al., 1997), 이 결과는 교육 프로그램이 약물치료에 기여할 수 있음을 나타내며, 또한 증상관리에 대한 지식에 변화가 보인다는 것은 교육이 증상이 주는 스트레스적 경험을 완화시키고 통제력을 높일 수 있을 것으로 예상된다.

둘째 약물·증상교육 프로그램이 증상에 미치는 효과에 있어서, 교육이 증상을 감소시키는 경향을 보였으며, 그 중 강박증, 불안, 공포증상이 유의하게 낮아졌다. 이 결과도 선행연구들(Eckman, et al., 1990; Hornung, et al., 1998)의 보고와 유사하다. 이것은 교육을 받은 사람들의 경우 약물을

보다 규칙적으로 복용하며, 자신의 증상을 적극적으로 관찰하여 인식하고, 또한 스트레스 상황을 조절하는 능력이 증가된 결과라고 볼 수 있다.

셋째, 변화에 대한 개인적 준비도에 있어 교육을 받은 집단의 경우는 숙고단계와 유지단계에 사전보다 사후에 수준의 상승적 변화가 있었다. 그러나 교육을 받지 않은 집단의 경우에는 변화준비도에 아무런 변동이 없었다. 이러한 결과를 분석해보면, 우선 숙고단계의 상승은 교육을 받은 결과 자신에게 정신장애의 문제가 있다는 것을 강하게 부인하고 변화의 필요성을 느끼지 못하던 수준에서 정신장애의 문제가 있다는 것을 자각하고 변화에 대한 바램과 필요성을 느끼지만 아직까지 행동변화를 위한 구체적인 실천을 하지 못하고 있는 수준으로 올라갔다는 것을 말해준다. 그리고 유지단계의 상승은 이미 행동적 노력을 하는 수준에서 더 진전되어 정신장애의 문제를 어느 정도 극복했다고 느끼며 계속적으로 변화를 고려하고 행동을 취하는 수준에 이르렀다는 것을 말해준다. 한편 행동단계로의 변화가 드러나지 않은 것은 교육기간 동안 정신장애를 인정하고 변화를 깊이 고려하지만 적극적인 외적 노력을 해볼 여유가 아직 없었을 것이기 때문이다. 또한 6개월 추수검사에서 교육을 받지 못한 집단은 오히려 숙고전 단계의 점수가 높아지는 것을 볼 때, 교육을 받지 못하면 시간이 지나면서 환자들은 자신에게 정신장애의 문제가 없으며 변화의 필요성을 느끼지 못한다고 생각하는 정도가 높아진다는 것을 보여주고 있다. 이러한 결과는 각 단계에 속하는 인원수의 변화에서도 드러나는데, 실험집단의 경우 사전검사 시기에는 숙고전 단계에 6명이었으나 추수검사시에는 2명으로 감소되었고, 행동단계는 사전검사에서 1명이었으나 추수에서 5명으로 증가하였다. 하지만 통제집단에 있어서는 오히려 숙고전 단계가 사전검사에서 4명이던 것이 추수검사에서는 9명으로 증가하였다. 따라서 결론적으로 약물과 증상교육이 변화준비도에 긍정적 영향을 주었다고 할 수 있으며, 또한 교육이 변화준비도가 부정적으로 전환되는 것을 막아주는데 기여했다는 것을 시사한다. 그러나 본 연구의 제한점을 언급하면 다음과 같다.

첫째, 실험집단과 통제집단을 엄격하게 통제하지 못했다는 점을 들 수 있다. 프로그램을 실시한 기관의 특성상 실험집단과 통제집단은 약물과 증상관리 교육에 대해서만 통제를 했지만 다른 교육에 대해서는 통제를 하지 못했다. 구체적으로, 연구를 실시한 기관은 사회복귀시설이므로 약물과 증상교육 외 다른 사회기술을 가르치는 프로그램과 기타 재활활동 서비스들이 제공되고 있다. 그러므로 본 연구에서 약물·증상관리 교육 외 다른 프로그램이 실험집단과 통제집단 양자에게 영향을 미쳤을 가능성이 있다.

둘째, 본 연구에서 사용한 종속치의 제한성이다. 본 연구에서는 약물·증상관리 교육의 효과를 지식척도, 간이정신진단검사, 변화준비도 척도를 통해 알아보았다. 그러나 구체적인 효과를 알아보기 위해서는 환자들이 교육 후 달라진 실제적 증상 대응행동, 약물에 대한 순응도를 측정하는 것이 필요하다.

본 연구의 결과에 따라 몇 가지 제언을 하고자 한다.

첫째, 이제 모든 의료현장에서 설명 후 동의권(informed consent)이 보장되고 있다. 즉 환자가 자신이 받을 치료에 대해 선택 할 권리가 있다는 사실이 수용되었다는 것이다. 이것은 정신과 환자의 경우에도 해당되므로 약물치료나 재활개입 프로그램에 대한 아무런 정보를 제공하지 않고 따르기만을 강요할 수는 없을 것이다.

정신장애를 가진 사람들에게 인지능력이 저하되어 있고 병식이 결핍되어 있다는 이유로 정보를 받을 권리를 과소평가해서는 안된다(Macpherson, Double, Rowlands, & Harrison, 1993). 교육적 서비스를 통하여 정신장애의 본질과 회복방법에 대한 지식을 제공할 때 병식을 높이고, 약물복용뿐 아니라 다른 개입법들이 자신에게 좋은 치료적 성과를 내기 위한 것임을 확신시킬 수 있으며 따라서 자신이 할 일을 선택하는 삶의 통제감을 인식하게 할 수 있다(Hornung, et al., 1998). Hatfield(1994)는 환자가 약물을 복용하지 않는 이유 중 한가지는 약물을 거부하는 것이 유일하게 자율성을 가지고 통제할 수 있는 영역이기 때문이라고 하였다. 특히 퇴원 후 첫 2, 3주가 자신의 생활에 대한 자율성과 통제감을 강하게 경험하게 되는 시기이므로 약물복용을 중단할 위험이 높아진다. 따라서 이 시기가 병의 회복과정에 결정적 기간이다. 그러므로 입원기간 혹은 퇴원 후 초기에 약물과 증상교육이 반드시 제공되어야 할 것이다(Olfson, et al., 2000).

둘째, 앞으로의 정신장애인을 위한 교육은 증상대처법에 보다 비중을 두어야 할 것이다. 왜냐하면 항정신성 약물을 계속 복용한다해도 많은 환자들이 지속되는 증상으로 고통받고 있다. 그러나 증상을 가지고 있음에도 불구하고 증상에 대한 대처법을 효과적으로 사용하여 사회활동을 하며 잘 살아가는 사람들이 많으며, 이와 반대로 적절한 대처법을 찾지 못해 계속 증상으로 고통받고 있는 사람도 있다. 그러므로 증상을 대응하는 전략을 교육하는 것은 병에 대한 자기 통제력을 회복하는데 도움이 될 것이다.

셋째, 제공된 정보의 이해는 정신장애를 가진 사람들의 능력과 제공되는 정보 양자에 달려 있다. 따라서 그들의 결여된 조건을 고려하여 전달한 지식이 보다 잘 수용될 수 있는 교육전략이 계속 탐색되어야 할 것이다.

끝으로 약물복용을 준수하거나 준수하지 않는 문제는 정신장애의 치료적 가치 뿐 아니라 경제적 이득과도 관계가 된다(Thieda, Beard, Richter, & Kane, 2003). 재발율의 감소는 개인적으로나 국가적으로 의료비 절감의 효과를 가져온다.

결론적으로, 약물과 증상에 대한 지식만으로 정신장애로부터 회복 될 수 있는 것은 아니다. 그러나 정신장애를 가진 사람들 자신이 정신장애로부터 회복하는데 필수적인 개입법이 약물과 증상관리라는 것을 인지할 수 있다면, 그들은 예후에 대한 희망을 가지고 약물치료와 재활활동에 보다 적극적으로 참여하게 될 것이다. 따라서 임상가들은 이러한 교육을 실시할 수 있는 전문성을 갖추어야 하며 또한 현장에서 이 서비스를 제공해야 할 것이다.

참고문헌

김광일, 김재환, 원호택 (1984). 간이정신진단검사 실시요강, 중앙적성출판사.

김정숙 (1999). 가정방문교육이 재가 정신분열병 환자의 지식, 실천 및 증상에 미치는 영향. 정신간호학회지. 8(1), 27-43.

김철권, 변원탄 (1995). 정신분열병을 극복하는 방법. 신한.

문혜신, 문경주, 송현주, 오경자 (1996). 만성 정신장애자를 위한 일상생활관리 프로그램. 임상심리학회 하계학술대회 발표논문.

박미애 (1998). 만성정신질환자의 재활준비도 측정을 위한 척도개발연구-척도의 요인구조와 타당화 중심으로-. 계명대학교 대학원, 석사학위논문.

새미래정신재활연구소 (1999). 스스로 관리하는 약

물. 증상 I, II. 도서출판 정신재활.

손명자 (1994). 정신분열병 환자의 가족교육 프로그램 개발연구. 한국심리학회: 임상, 13(1). 170-186.

오병훈 (1996). 알기 쉽게 보는 정신분열병. 중앙문화진수출판사.

유숙자 (1991). 정신분열병 환자 퇴원교육이 퇴원 후 자가간호수행에 미치는 효과. 서울대학교 대학원, 박사학위논문

전석균 (1994). 정신분열병 환자의 재활을 위한 사회기술훈련프로그램의 효과성에 관한 연구. 숭실대학교 대학원, 박사학위논문.

Anthony, W. A. (1992). Psychiatric rehabilitation: Key issues and future policy. *Health Affairs*, *11*(3), 164-171.

Anthony, W. A., & Liberman, R. P. (1986). The practice of psychiatric rehabilitation, *Schizophrenia Bulletin, 12,* 542-559.

Ascher-Svanum, H. (1989). A Psychoeducational intervention for schizophrenic patients. *Patient Education and Counseling, 14,* 81-87.

Ascher-Svanumm, H., & Krause, A. (1991). *Psychoeducational groups for patients with schizophrenia: A guide for practitioners. Gaithersburg*, MD: Aspen Publishers, Inc.

Ayuso-Gutierrez, J. K., & del Rio Vega, J. (1997). Factors influencing relapse in the long-term coures of schizophrenia. *Schizophrenia Research, 28,* 199-206.

Bartko, G. Herczeg, I. & Zador, G. (1988). Clinical symptomatology and drug compliance in schizophrenic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavia, 78,* 74-76.

Batey, S. R., & Ledbetter, J. E. (1982). Medication education for patients in a partial hospitalization program. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 20* (7), 7-10.

Bisbee, C. (1991). *Education Patients and Families about mental illness: A practical guide*. Gaithersburg, MD: Aspen Publishers, Inc

Carkhuff, R. R. (1983). *Interpersonal skills and human productivity.* Amherst, MA: Human Resource Development Press.

Cohen, M. R., Anthony, W. A., & Farkas, M. D. (1997). Assessing and developing readiness for psychiatric rehabilitation. *Psychiatric Services, 48*(5), 644-646.

Cramer J. A., & Rosenheck, R. (1998). Compliance with medication regimens for mental and physical disorders. *Psychiatric Services, 49(2)*, 196-201.

Derogatis, (1977). *SCL-90 Revised Manual I.* Clinical Psychometrics Research Unit, Baltimore: University of Medicine.

Eckman, T. A., Liberman, R. P., Blair, K., & Phipps, C. C. (1990). Teaching medication management skills to schizophrenic patients. *Journal of Clinical Psychopharmacology, 10,* 33-38.

Eckman, T. A., Wirshing, W. C., Marder, S. R., Liberman, R. P., Johnston-Cronk, K., Zimmerman, K., & Mintz, J. (1992). Technique for training for schizophrenic patients illness self-management: A controlled trial. *American Journal of Psychiatry, 149,* 1549-1555.

Gilbert P. L., Harris, M. J., & McAdams, L. A. (1995). Neuroleptic withdrawal in schizophrenic patients: A review of the literature. *Archives of General Psychiatry, 52,* 173-188.

Halford, Harrison, Kalyansundaram, Moutrey, & Simpson. (1995). Preliminary results from a

psychoeducational program to rehabilitate chronic patients. *Psychiatric Services, 46*(11), 1189-1191.

Hatfield, A. B. (1994). *Medication compliance.* NAMI.

Hillberger, J. J. (1995). *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.

Hornung, W. P., Klingberg, S., & Feldman, R. (1998). Collaboration with drug treatment by patients with and without psychoeducational training: Results of a 1-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavia, 97,* 213-219.

Kemp, R., Kirow, G., & Everitt, B. (1998). Randomised controlled trial of compliance therapy. *British Journal of Psychiatry, 172,* 413-419.

Kleinman, I., Schachtar, D., Jeffries, J., & Goldhammer, P. (1993). Effectiveness of two methods for informing schizophrenic patients about neuroleptic medication. *Hospital and Commuity Psychiatry, 44*(12), 1189-1191.

Kleinman, I., Schachter, D., & Koritar, E. (1989). Informed consent and tardive dyskinesia. *American Journal of Psychiatry, 146,* 902-904.

Liberman, R, P (1986-1995). *Social & Independent Iiving Skills Module series*. LA: Rehabilitation Research & Training Center in Mental Illness.

Liberman, R. P., & Evans, C. C. (1985). Behavioral rehabilitation for chronic mental patients. *Journal of Clinical Psychopharmacology, 5,* 8S-14S.

Lin, I. F., Spiga, R., & Fortsch, W. (1979). Insight adherence to medication in schizophrenics. *Journal of Clinical Psychiatry, 40,* 430-432.

Marder, S. R., Mebane, A., & Chien. (1983). A comparison of patients who refuse and consent to neuroleptic treatment. *American Journal of Psychiatry, 140,* 470-472.

McCombs, J. S., Nichol, M. B., & Stimmel, G. L. (1999). A typical antipsychotic medications in medicaid patients with schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry, 60* (suppl 19), 5-11.

Macpherson, R., Double, D. B., Rowlands, R. P., & Harrison, D. M. (1993). Long -term psychiatric patients' understanding of neuroleptic medication. *Hospital and community psychiatry, 44(1),* 71-73.

Neuchterlein, K. H., & Dawson, M. E. (1984). A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophrenia Bulletin, 10,* 300-312.

O'Brien, (1979). Teaching psychiatric inpatients about their medication. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, October,* 30-32.

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

Osmond, H., Mullaly, R., & Bisbee, C. (1978). The medical model and the responsible patient. *Hospital and Community Psychiatry, 29*(8), 522-524.

Paul, G. L., & Lentz, R. J. (1977). *Psychosocial treatment of chronic mental patients: Milieu vs. social-learning programs*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.

Prochasca, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist, 47,* 1102-1114.

Rittmannsberger, H., Pachinger T., Keppelmuller, P.,

& Wancata, J. (2004). Medication adherence among psychotic patients before admission to inpatient treatment. *Psychiatric Services, 55(2),* 107-208.

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

Schwartz, R. C., Cohen, B. N., & Grubaugh, A. (1997). Does insight affect long-term inpatient treatment outcome in chronic schizophrenia? *Comprehensive Psychiatry, 38,* 283-288.

Thieda, P., Beard, S., Richter, A., & Kane, J. (2003). An economic review of compliance with medication therapy in the treatment of schizophrenia. *Psychiatric Services, 54*(4), 508-516.

Wallace, C. J., Liberman, R. P., Mackain, S. J., Blakwell, G., & Eckman, T. A. (1992). Effectiveness and replicability of modules for teaching social and instrumental skills to the severely mantally ill. *American Journal of Psychiatry, 149,* 654-658.

Warner, Silk, Yeaton, Bargal Janssen, & Hill. (1994). Psychiatrist's and patient's views on drug information sources and medication compliance. *Hospital and Community Psychiatry, 45*(12), 1235-1237.

Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability-a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology, 86,* 103-126.

원고접수일 : 2004. 8. 16
게재결정일 : 2004. 11. 2

한국심리학회지 : 임 상
The Korean Journal of Clinical Psychology
2004. Vol. 23, No. 4, 851-871

The efficacy of medication and symptom management education for persons with mental disorder

Myung-Ja Son

Department of Psychology, The Keimyung University

This study investigated the impacts of medication/symptom management education program on persons with psychiatric disorder. Participants for the study were 21 clients with chronic mental illness(the experimental group 10, a control group with no treatment 11). Psychoeducation program were administered two times weekly, total 19 sessions and tested pre, post, and 6 months after. The results showed that first, clients assigned to psychoeducation program had more favorable knowledge scores than controls in feature of mental illness, medication and symptom management test. Second, the experimental group also showed lowered tendency on total SCL 90-R scores than the control group, significantly being reduced in obsessive-compulsiveness, anxiety and phobic symptom. Third, the monitoring change readiness revealed that education gained both contemplation stage and maintenance stage scores. And in the number of person in stages over time, while the number of person within a precontemplation stage increased in controls, persons within a action stage increased in experimentals. It implies that psychoeducation program develops change readiness and also keeps clients from retrogressing themselves into lower stages of change readiness. Finally suggestions about medication/symptom education service delivered in clinical practice were discussed.

Keywords : medication/symptom management education, medication compliance, change readiness

부록 1. 약물증상관리 프로그램의 각회기별 주제 및 내용

회기	회기별 주제	내 용
1회기	오리엔테이션	- 교육의 목적 - 프로그램 진행방식 소개 - 서약서 작성하기 - 앞으로 배우게 될 내용 - 규칙정하기 - 사전검사
2회기	정신장애의 종류와 특징	- 정신장애의 종류와 진단기준 - 정신분열병과 조울증의 일반적인 특징
3회기	정신장애의 발병원인	- 정신장애의 발병원인 - 정신장애의 발병유형
4회기	정신장애를 극복하는 길	- 정신장애의 발병원인(물과 댐과 수문의 비유) - 정신장애를 극복하는 길
5회기	약물에 관하여	- 약을 먹는 이유 - 약을 먹지 않으려는 일반적인 이유 - 약에 대한 오해
6회기	약의 효과와 특성	- 약에 관한 일반적인 사실 - 항정신병 약물의 특성 - 마음가짐과 약의 효과와의 관계 - 항정신병 약물의 효과 - 적절한 약물복용 방법
7회기	약물부작용의 특징과 종류	- 약물부작용의 일반적인 특징 - 자신의 약물부작용 파악하기 - 약물부작용의 종류
8회기	약물부작용의 관리방법	- 약물부작용 관리방법
9회기	커피, 술, 담배, 한약 기타 불법 약물의 영향	- 커피 - 담배 - 기타불법약물 - 술 - 한약
10회기	스스로 관리하는 약물 마무리	- 배운내용정리 - 배운 것을 어떻게 일상생활에 적용할 것인지에 대한 토의
11회기	개인적 증상 파악하기	- 개인적 증상 파악하기 - 정신분열병과 조울증의 증상
12회기	정신분열병의 양성증상	- 양성증상 - 자신의 양성증상 파악하기
13회기	정신분열병의 음성증상	- 음성증상 - 자신의 음성증상 파악하기
14회기	조울증의 조증증상과 우울증 증상	- 조울증 증상 - 자신의 조울증 증상 파악하기 - 우울증 증상
15회기	증상반응행동과 증상평계행동	- 증상반응행동과 증상평계행동 구분하기
16회기	남아있는 증상관리방법	- 남아있는 증상을 관리해야 하는 이유 - 남아있는 증상을 관리하는 방법
17회기	남아있는 증상 대처법 실습	- 증상대처법 획득단계 - 증상대처법 실습
18회기	재발경고신호와 관리방법	- 재발이란 무엇인가? - 자신의 재발경고신호 파악하기 - 재발경고신호 대처법 실습 - 재발경고신호란? - 재발경고신호 관리방법
19회기	스스로 관리하는 약물·증상 마무리	- 배운내용정리 - 배운 것을 어떻게 일상생활에 실천할 것인지에 대한 토의 - 사후평가 - 교육에 대한 평가와 개선점 알아보기 - 수료증전달 및 다과의 시간

부록 2. 처지전 집단간의 피험자 특성 및 종속치의 평균과 표준편차 및 동질성 검증

	구분	집단	평균 및 표준편차	t/Mann-Whitney U
참여자 특성	나이(년)	실험집단	31.70(5.93)	-1.124
		통제집단	35.09(7.67)	
	교육연한(년)	실험집단	12.80(1.99)	.192
		통제집단	12.64(1.91)	
	유병기간(년)	실험집단	14.20(6.12)	.520
		통제집단	14.80(8.04)	
지식평가	병의 특징	실험집단	6.40(1.71)	37.00
		통제집단	7.27(1.19)	
	약물관리	실험집단	28.60(6.54)	50.00
		통제집단	29.90(5.24)	
	증상관리	실험집단	13.40(3.89)	28.50
		통제집단	16.36(2.50)	
	전체점수	실험집단	48.40(11.05)	39.00
		통제집단	53.54(8.36)	
간이정신진단검사	신체화	실험집단	50.60(14.59)	53.00
		통제집단	46.64(7.16)	
	강박	실험집단	51.60(13.95)	55.00
		통제집단	50.64(10.99)	
	대인예민성	실험집단	56.50(13.90)	42.00
		통제집단	50.27(10.02)	
	우울증	실험집단	54.30(12.02)	44.50
		통제집단	49.91(9.92)	
	불안	실험집단	52.40(14.94)	50.50
		통제집단	51.27(10.53)	
	적대감	실험집단	52.30(10.57)	33.00
		통제집단	45.91(7.20)	
	공포	실험집단	59.30(16.31)	52.00
		통제집단	56.00(9.73)	
	편집증	실험집단	54.80(11.62)	37.00
		통제집단	48.45(7.76)	
	정신증	실험집단	59.10(13.45)	37.50
		통제집단	52.00(9.51)	
	GSI	실험집단	54.30(14.99)	45.50
		통제집단	48.27(7.47)	
	PSDI	실험집단	54.50(13.12)	43.00
		통제집단	48.73(6.05)	
	PST	실험집단	53.00(14.66)	49.50
		통제집단	50.09(10.25)	
변화준비도	숙고전	실험집단	18.81(4.53)	47.50
		통제집단	18.92(6.58)	
	숙고	실험집단	16.60(12.61)	42.00
		통제집단	19.84(10.40)	
	행동	실험집단	15.70(11.92)	47.50
		통제집단	18.65(10.35)	
	유지	실험집단	17.21(12.07)	48.00
		통제집단	19.82(10.05)	

( )안은 표준편차, *p<.05, **p<.01