

병식-지향 간호프로그램이 정신분열병 환자의 병식, 양성·음성증상, 우울에 미치는 효과*

안 호 자¹⁾

서 론

연구의 필요성

정신분열병은 30대 이전에 주로 발병하며, 인지·지각·정동·행동 등의 다양한 정신기능에 이상을 초래하는 질환으로, 우리나라 입원환자의 60%와 지역사회정신보건시설 이용환자의 46%를 차지한다(Suh et al., 2005).

정신분열병 환자는 재발과 재입원을 반복하고 사회적 적응이 어려우나 그 이유를 알지 못하여 자발적이고 적극적인 치료가 안 되고 있다. 이는 입원환자의 90%가 강제입원(Suh, Lee, Kim, Im, & Kim, 1999)이며 60% 이상이 자신의 정신과 병명조차도 모른다는 사실로 알 수 있다(Jeon & Lee, 1999).

정신분열병 환자의 반복되는 강제입원과 흔하게 동반이환되는 사회공포증은 인격의 황폐화와 사회기능 전반에 장애를 초래하여 독립적인 생활과 자기관리를 더욱 어렵게 한다. 이러한 현상의 이면에는 자신의 독특한 경험이 병이 아니라고 부정하거나 알지 못하는 병식의 결여가 있다.

병식결여는 환자가 자신의 정신 상태에 문제가 있다는 것을 알지 못하고 나아가서 병의 성질을 구체적으로 파악할 수 있는 능력이 없는 것으로 정신분열병이 다른 정신질환에 비해 가장 흔하고 심하다(Weiler, Fleisher, & McArthur, 2000).

병식이 결여된 환자는 자연적으로 약물치료에 비순응적이고, 증상이 악화되어도 자발적인 관리가 안 되어 환자의 60~70%가 1년 이내에 재입원을 하고 있다(Droulout, Liraud, &

Verdoux, 2003). 또한 병식결여는 망상과 환각에 따라 행동하기 때문에 자해와 타해의 가능성이 높아 사회적인 편견과 낙인을 강화시키는 요인이 되기도 한다(Buckley et al., 2004).

그러므로 정신분열병 환자의 병식획득은 치료의 지속여부를 판단하는 결정적인 요인이며 자기관리의 초석이라고 할 수 있다(Weiler et al., 2000). 그러나 국내에서는 병식획득의 중요성에 비해 병식에 관한 연구와 병식획득을 위한 적극적인 개입이 매우 미미한 실정이라 할 수 있다.

정신분열병 환자의 병식은 환자가 경험하고 있는 증상을 인식하는 것으로 정신분열병의 대표적인 증상인 양성증상과 음성증상이 심할수록 병에 대한 인식도 어렵다(Carroll et al., 1999; Mintz, Dobson, & Romney, 2003). 그러나 환자가 증상에 대해 정확하게 인식하게 되면 증상에 몰두하지 않고 무시할 수 있어 증상의 호전도 가능하다(Kim, 2004). 따라서 정신분열병 환자가 자신의 양성증상과 음성증상을 분명하게 이해하고 인식하는 것은 병식의 획득뿐만 아니라 증상의 호전도 기대해 볼 수 있다.

그러나 정신분열병 환자가 자신의 정신병리를 인식하고 정신분열병을 인정하는 것은 정신질환에 대한 사회적 편견과 극복에 대한 무기력, 절망감, 우울 등을 초래할 수 있다(Carroll et al., 1999; Mintz et al., 2003; Rathod, Kingdon, Smith, & Turkington, 2005). 병식획득에 의해 야기되는 우울은 상실에 대한 정상적인 애도의 과정으로 볼 수도 있으나 자살과 같은 극단적인 위기상황을 초래할 가능성이 높다는 문제가 있다(Carroll, Pantelis, & Harvey, 2004). 그러므로 병식

주요어 : 정신분열병, 병식, 증상, 우울

* 본 연구는 2006학년도 경북대학교 박사학위 논문을 발췌한 것임.

1) 달성군정신보건센터 팀장, 대구산업정보대학 간호과 겸임교수

투고일: 2007년 3월 14일 심사완료일: 2007년 5월 8일

획득을 위한 프로그램은 병식획득에 따른 우울을 예방하기 위한 적극적인 중재안도 함께 이루어져야 할 것이다.

그러나 지금까지 이루어진 병식획득 프로그램인 자기관찰 비디오(An, 2001; Davidoff, Forester, Ghaemi, & Bodkin, 1998), 인지행동치료(Chung, Kim, Eun, & Hwang, 2001; Choi et al., 2001; Rathod et al., 2005), 정신교육(Droulout et al., 2003) 등은 우울에 대한 적절한 중재가 없었으며, 병식이 획득되는 동시에 우울도 증가하는 것을 볼 수 있었다(Rathod et al., 2005). 또한 프로그램의 대부분은 증상에 대한 인식보다는 증상에 대한 대처와 관리에 초점을 둬서 병식결여의 다양하고 복합적인 원인과 증상을 인식할 수 있도록 하는 체계화된 프로그램이라고 보기엔 다소 부족한 면이 있다.

따라서 본 연구에서는 정신분열병 환자가 양성증상과 음성증상을 효과적으로 인식하면서 동시에 우울을 예방할 수 있는 병식-지향 간호프로그램을 개발하여 적용함으로써 앞으로 정신분열병 환자의 간호중재로 제시하여 보고자 한다.

연구목적

본 연구의 목적은 정신분열병 환자를 대상으로 한 병식-지향 간호프로그램이 정신분열병 환자의 병식획득, 양성·음성증상 및 우울에 미치는 효과를 확인하는 것이다.

연구 가설

- 가설1. 병식-지향 간호프로그램에 참여한 실험군은 참여하지 않은 대조군보다 병식 점수가 더 낮을 것이다.
- 가설2. 병식-지향 간호프로그램에 참여한 실험군은 참여하지 않은 대조군보다 양성증상 점수가 더 낮을 것이다.
- 가설3. 병식-지향 간호프로그램에 참여한 실험군은 참여하지 않은 대조군보다 음성증상 점수가 더 낮을 것이다.
- 가설4. 병식-지향 간호프로그램에 참여한 실험군은 참여하지 않은 대조군보다 우울점수가 더 낮을 것이다.

용어의 정의

● 병식

병식(病 識, insight)은 현재 병에 걸려 있다는 깨달음으로 환자가 자신의 정신 상태에 문제가 있다는 것을 알고 나아가서 병의 성질을 구체적으로 파악할 수 있는 능력이다(Kaplan & Sadock, 1995). 본 연구에서는 Amador 등(1993)이 고안한 병식평가척도(Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder: SUMD)로 측정된 점수를 의미한다.

● 양성·음성증상

정신분열병에서 흔히 볼 수 있는 증상으로 양성증상은 망상, 환각, 형설수설, 이상행동이며, 음성증상은 감정표현의 결여, 언어의 빈곤, 둔화된 정서, 무쾌감증 및 주의집중 결함을 말한다(Kay, Fiszbein, & Opler, 1987). 본 연구에서는 Kay 등(1987)의 양성·음성 증상척도(Positive & Negative Syndrome Scale: PANSS)를 Lee 등(2001)이 번역한 도구로 측정된 점수를 의미한다.

● 우울

우울은 슬픔, 피로, 침울함, 흥미상실, 무력감, 무가치감, 자살사고 등을 나타내는 기분장애를 의미한다. 본 연구에서는 Beck(1967)의 우울척도를 Han 등(1986)이 번역한 도구로 측정된 점수를 말한다.

● 병식-지향 간호프로그램

병식-지향 간호프로그램은 인지행동치료(Kingdon & Turkington, 1994)를 기초로 정신분열병 환자가 병식을 획득할 수 있도록 본 연구자가 고안한 간호 중재로, 동기부여, 정신병리 인식, 우울예방, 평가 등 4단계 10회기로 구성되었다.

연구 방법

연구설계

본 연구는 유사실험연구로서 비동등성 대조군 전후 시차설계이다(Figure 1>).

독립변수는 병식-지향 간호프로그램이며, 종속변수는 병식,

	Pre-test	Post-test	Pre-test	Treatment	Post-test
Control	Y _{1C}	Y _{2C}			
Experimental			Y _{1E}	X	Y _{2E}

X : Insight-oriented nursing program

Y₁ : General characteristics, Disease related characteristics, Positive · Negative Syndrome, Depression, SUMD

Y₂ : Positive · Negative Syndrome, Depression, SUMD

<Figure 1> Research design

양성·음성증상 및 우울점수이다.

연구대상

연구 대상자는 D시 소재 200명상 이상인 일개 정신병원에 입원하고 있는 DSM-IV기준에 의한 정신분열병 진단을 받고 연구에 참여하기로 동의하고, 의사소통이 가능하며, 병식평가 척도에서 점수가 12점 이상으로 부분 또는 전혀 병식이 없는 환자를 의도표집 하였다.

대상자 수는 Cohen(1988)의 공식에 따라 $\alpha=.05$ 에서 power $1-\beta=.70$ 일 때 1개 집단이 최소 25명이다. 본 연구의 표본은 대조군 25명과 실험군 26명이 사전조사 되었으나, 대조군은 병식점수가 12점 이하로 병식이 있다고 보여 지는 4명, 중간에 퇴원한 2명, 처음보다 더 증상이 심해진 2명을 제외하여 총 17명이 사후조사 되었다. 실험군은 병식점수가 12점 이하로 병식이 있다고 보여 지는 2명, 캠퍼서 녹화를 거부한 3명, 중간에 퇴원한 2명, 실험을 반 이상 불참한 2명을 제외하고 17명이 사후조사 되었다. 따라서 본 연구에서는 실험군, 대조군 각 17명으로 총 34명이 분석에 포함되었다.

연구도구

● 병식평가척도

Amador 등(1993)에 의해 고안되고 Park과 Song(1997)이 번역한 병식평가 척도(Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder: 이하 SUMD)를 사용하였다. 환자와의 면담을 통하여 병식획득 정도를 측정하게 되어 있다. 전체 9문항으로 정신질환에 대한 인식 1문항, 약물효과에 대한 인식 1문항, 정신질환의 사회적 결과에 대한 인식 1문항, 양성증상에 대한 인식 3문항, 음성증상에 대한 인식 3문항으로 구성되어 있다. 각 항목은 0~3점으로 측정하도록 되어 있으며, 0점은 문항이 적절하지 않을 경우, 1점은 정신장애를 인식할 경우, 2점은 어느 정도 인식할 경우, 3점은 전혀 인식하지 못할 경우이다. 높은 점수는 질환에 대해 인식도가 낮다는 것을 의미한다. 척도 개발당시 검사자간의 신뢰도는 .94이었으며, 본 연구에서의 신뢰도 Cronbach $\alpha = .83$ 로 나왔다.

● 양성·음성 증상척도

Kay 등(1987)에 의해 고안되고 Lee 등(2001)가 번역한 양성

<Table 1> Contents of insight-oriented nursing program

Session	Object	Main therapy	Theme	Contents
1	Motivating	Acceptance & sympathy	Building trust stimulating participation	Sympathizing with and accepting the depression from being hospitalized by force Making a pre-survey and drawing up consents
2		Perceptual generalization cases/Socratic questioning	Embodying problems grasping syndromes	Collecting data for experiences before being hospitalized Grasping present experiences Classifying and videotaping patients' emotions, thoughts, and actions depending on syndromes
3		Hearing one's own voice	Questing syndromes	Hearing one's own voice recorded during 2nd session Grasping and writing down problems
4		Group mental therapy	Characterizing & generalizing syndromes	Sharing experiences for hospitalization among patients Grasping similar problems Talk over the characteristics of schizophrenia
5	Insight of mental pathology	Model observation I	Quest and cross-analysis of positive and negative syndromes	Watching educational videos Grasping actions depending on syndromes Writing down comparing one's own
6		Model observation II	Grasping overcoming process of syndromes and care timing	Watching educational videos Grasping the significance of the insight acquirement Recognizing ways of syndrome care Sharing recovery cases
7		Observing self-image on video	Questing positive and negative syndromes	Watching videos made during 2nd session Letting patients write down their syndromes
8		Syndrome education	Systematic understanding of positive and negative syndromes	Syndrome education through brochures based models and self-observations
9	Prevention of depression	Observing recovery cases	Inspiring confidence and hope for recovery	Image models and surviving models Sharing insight acquirement and experiences for recovery Collections of recovery cases
10	Evaluation	Discussion	General evaluation of the 9th session Building up positive experiences	Sharing changes and new feelings Talking over and writing down helpful programs and the reasons

· 음성 증상척도(Positive and Negative Syndrome Scale: 이하 PANSS)를 사용하였다. 전체 30개의 항목으로, 양성척도 7개 항목, 음성척도 7개 항목, 일반정신병리척도 16개 항목으로 구성되어 있으나 본 연구에서는 전문가 2인에 양성·음성척도만 측정하여 사용하였다. 각 문항은 증상 없음 1점에서 극도로 증상이 심한 7점까지로 양성·음성증상 총점은 각 0점~49점이다. 개발당시 신뢰도는 양성척도 .89, 음성척도 .82이었으며, 본 연구에서의 검사자간 신뢰도가 양성척도 .90, 음성척도 .97로 나왔다.

● Beck의 우울척도

Beck(1967)의 자기보고식 우울척도(Beck Depression Inventory: 이하 BDI)를 Han 등(1986)이 한국판으로 표준화시킨 것을 사용하였다. 이 척도는 우울증의 인지적, 정서적, 동기적, 신체적 증상 영역을 포함하는 21문항으로 이루어져 있다. 21개 문항은 0~3점으로 평가되어 전체 점수는 0~63점이다. 이 척도는 0-9점까지는 정상, 10-15점까지는 경한 우울, 16~23점까지는 중간우울, 24~63점까지는 심한 우울로 분류 된다. 이 도구의 개발 당시 신뢰도는 Cronbach $\alpha = .88$ 이었다.

● 병식-지향 간호프로그램

병식-지향 간호프로그램(Insight-oriented Nursing Program: 이하 INP)은 인지행동요법과 선행연구를 통한 병식획득 효과가 있었던 프로그램을 기초로 정신분열병 환자가 병식을 획득할

수 있도록 본 연구자가 고안한 간호 프로그램이다. 본 프로그램은 2차에 걸쳐 내용타당도를 보았으며, 전문가 3인의 자문을 받아 수정 보완하였다. 구성은 동기부여, 정신병리 인식, 우울예방, 평가 등 4단계의 10회기로 되어 있다.

본 프로그램에 대한 개념적 기틀 및 조작화의 도식은 다음과 같다(Figure 2).

본 프로그램에 대한 구체적 내용은 다음 표와 같다(Table 1).

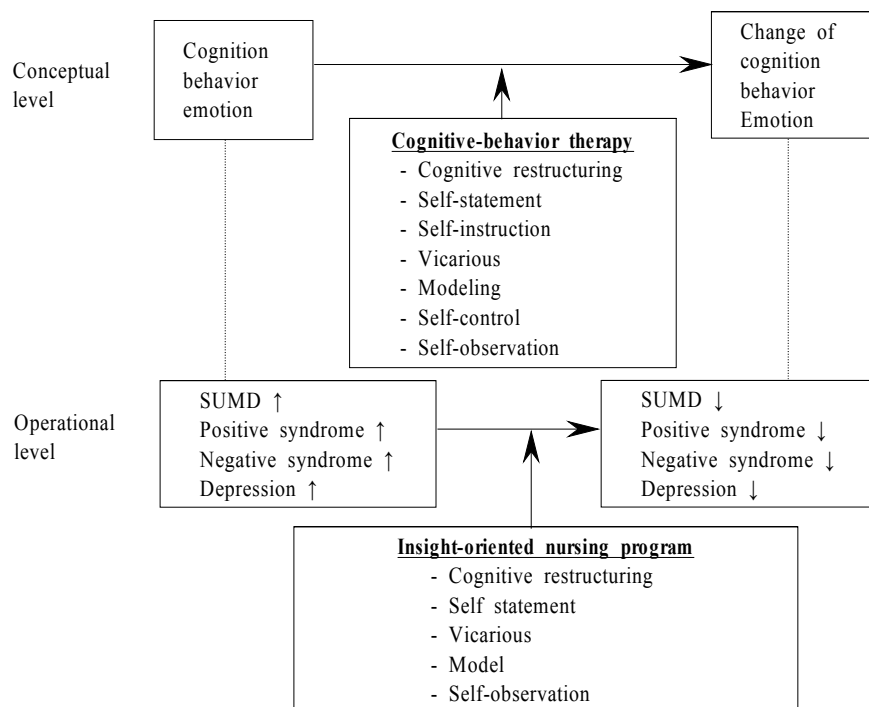
연구진행 절차

본 연구의 진행절차는 다음과 같다

● 1단계: 병식-지향 간호프로그램 개발

본 프로그램은 인지행동모델을 근거로 하였으며, Kingdon과 Turkington(1994)이 정신분열병환자에게 적용한 인지행동치료와 연구자의 10년 동안의 정신과 임상경험을 토대로 12회기 프로그램을 초고 하였다. 12회기 프로그램은 사례 인지개념화, 모델관찰, 자기관찰, 약물증상교육, 재기철학으로 구성되어 있다.

1차 내용타당도는 2004년 8월~10월에 정신과 교수 2인에게 평가를 받았다. 평가는 1점은 전혀 관련 없음, 2점은 관련 없음, 3점은 보통, 4점은 관련 있음, 5점은 매우 관련 있음으로 5점 척도와 피드백을 받는 것으로 하였다. 평가결과는 정신요법과 차별화시키고 음성증상에 대한 병식을 강화시키며



<Figure 2> Conceptual framework of this study

약물교육과 재기철학은 직접적으로 병식과 관련 없다는 피드백을 받았다.

2차 내용타당도는 2005년 2월~3월에 1차 평가를 토대로 수정 보완한 10회기 프로그램에 대해서 정신과 교수 2인과 심리학 교수 1인으로부터 평가를 받았다. 평가결과는 3명의 전문인 모두가 각 항목에 대해 4점 이상을 주어 인지재구성, 집단정신요법, 모델관찰, 자기관찰, 증상교육이 병식지향과 관련 있는 프로그램으로 나왔다.

2차의 내용 타당도를 토대로 임상에서 실시 가능하도록 프로그램을 조합, 순서와 시간을 조정하여 완료하였다.

● 2단계: 대상자 선정 및 사전검사

D시 소재 200병상 이상인 일개 정신병원에 입원하고 있는 정신분열병 환자를 대상으로 대조군과 실험군을 선정하여 연구목적을 설명하고, 병식, 양성·음성증상, 우울 검사 설문지를 이용한 사전조사를 하였으며, 대조군은 2005년 10월 1일부터 8일 사이에 실시하였고, 실험군은 동년 12월 5일부터 10일 사이에 실험처치 첫 시간에 실시하였다.

● 3단계: 실험처치

병식-지향 간호프로그램을 실시한 기간은 2005년 12월 5일부터 2006년 1월 26일까지로 약 2달이며, 본 프로그램은 개별 4회기와 집단 6회기로 총 10회기 프로그램이며 각 회기는 1시간에서 1시간 30분 소요되었다. 본 프로그램이 실시된 장소로는 대상자가 입원해 있는 병동, 프로그램실, 시청각실 등이다.

프로그램 진행은 프로그램 참여를 독려하기 위한 동기부여, 정신병리를 인식시키기 위한 사례 인지개념화, 소크라테스식 질문, 집단정신요법, 자기관찰, 모델관찰, 증상교육, 우울을 예

방위한 극복사례 그리고 프로그램 전반에 대한 평가로 마무리 되었다.

● 4단계 : 사후검사

대조군은 2005년 12월 5일부터 10일 사이에 실험군은 프로그램이 끝나고 1주일 뒤 2006년 2월 4일부터 11일 사이에 사후조사를 실시되었다.

자료 분석 방법

수집된 자료는 SPSS/WIN 11.5 program을 이용하여 다음과 같이 분석하였다.

- 일반적 특성과 병리적 특성에 대한 동질성 검증은 실수, 백분율, chi-square test로 분석하였다.
- 실험군과 대조군의 실험 전 종속변수에 대한 동질성 검증은 t-test로 분석하였다.
- 가설검정은 사전점수에 차이가 있었던 양성증상과 우울은 ANCOVA를 하였으며, 그 외 병식과 음성증상, 일반적인 증상은 t-test로 분석하였다.

연구의 제한점

연구대상자 선정에 있어, 병식-지향 프로그램인 만큼 병식을 획득하는 과정에서 대상자의 저항을 충분히 고려하지 못해 중도 탈락이 많았다는 점이다.

연구 결과

<Table 2> Homogeneity test of general characteristics

		Experimental N (%)	Control N (%)	χ^2	p
Sex	Male	8(47.1)	5(29.4)	1.12	.29
	Female	9(52.9)	12(70.6)		
Age	≤ 29	3(17.6)	3(17.6)	1.73	.63
	30-39	9(52.9)	7(41.2)		
	≥ 40	5(29.4)	7(41.2)		
Marital status	Married	9(52.9)	11(64.7)	1.40	.49
	Unmarried	6(35.3)	3(17.6)		
	Divorced, widowed	2(11.8)	3(17.6)		
Education	Below middle school	2(11.8)	4(23.5)	.95	.62
	High school	7(41.2)	7(41.2)		
	Over college	8(47.1)	6(35.3)		
Religion	Christian	8(47.1)	5(29.4)	1.27	.53
	Buddhism	3(17.6)	5(29.4)		
	other	6(35.3)	7(41.2)		
Occupation	Yes	7(41.2)	7(41.2)	0.00	1.00
	No	10(58.8)	10(58.8)		

<Table 3> Homogeneity test of disease related characteristics

		Experimental N (%)	Control N (%)	χ^2	p
Age of onset	≤ 29	7(41.2)	9(53.0)	1.21	.55
	30-39	7(41.2)	4(23.5)		
	≥ 40	3(17.6)	4(23.5)		
Duration of illness	≤ 5years	6(35.3)	3(17.6)	1.36	.51
	6-9years	3(17.6)	4(23.5)		
	≥ 10years	8(47.1)	10(58.8)		
Numbers of hospitalization	1	4(23.5)	4(23.5)	2.89	.24
	2-4	7(41.2)	11(64.7)		
	≥ 5	6(35.3)	2(11.8)		
Medication of anti-psychotics	Typical	4(23.5)	3(17.6)	.18	.67
	Atypical	13(76.5)	14(82.4)		

집단의 동질성 검증

일반적 특성, 질병관련 특성 및 종속변수의 사전검사 점수에 따른 실험군과 대조군의 동질성 검증에서는 유의한 차이가 없는 것으로 조사되었다<Table 2, 3, 4>.

<Table 4> Homogeneity test of dependent variables in pre-test

	Experimental		Control		t	p
	Mean	SD	Mean	SD		
SUMD	22.64	2.93	21.11	4.72	1.13	.266
Positive	27.29	6.09	23.71	4.34	1.98	.057
Negative	25.41	7.47	25.41	6.83	.00	1.000
Depression	20.35	8.66	17.53	9.47	.91	.371

가설검정

가설 1. 병식-지향 간호프로그램에 참여한 실험군은 참여하지 않은 대조군보다 병식 점수가 더 낮을 것이다.

병식-지향 간호 프로그램에 참여한 실험군의 병식에 대한 사후 점수는 13.94점, 참여하지 않은 대조군은 평균 18.64점으로 실험군이 대조군보다 유의하게 낮아($t=-4.52$, $p=.000$), 가설 1은 지지되었다<Table 5>.

<Table 5> Comparison of SUMD between experimental and control group

	Pre-test		Post-test		t	p
	Mean	SD	Mean	SD		
Experimental	22.64	2.93	13.94	2.72	-4.52	.000
Control	21.11	4.72	18.64	3.32		

가설 2. 병식-지향 간호프로그램에 참여한 실험군은 참여하지 않은 대조군보다 양성증상 점수가 더 낮을 것이다.

병식-지향 간호 프로그램에 참여한 실험군의 양성증상의 평

균점수는 20.53점, 참여하지 않은 대조군의 평균점수는 22.00점으로 실험군이 대조군보다 유의하게 낮아($F=6.97$, $p=.013$) 가설 2는 지지되었다<Table 6>.

<Table 6> Comparison of positive syndrome between experimental and control group

	Pre-test		Post-test		F	p
	Mean	SD	Mean	SD		
Experimental	27.29	6.09	20.53	3.85	6.97	.013
Control	23.71	4.34	22.00	4.19		

가설 3. 병식-지향 간호프로그램에 참여한 실험군은 참여하지 않은 대조군보다 음성증상 점수가 더 낮을 것이다.

음성증상은 실험군의 평균이 20.82점, 대조군의 평균이 24.41점으로 실험군이 더 낮았으나 유의한 차이가 없어($t=-1.81$, $p=.079$) 가설 3은 기각되었다<Table 7>.

<Table 7> Comparison of negative syndrome between experimental and control group

	Pre-test		Post-test		t	p
	Mean	SD	Mean	SD		
Experimental	25.41	7.47	20.82	6.80	-1.81	.079
Control	25.41	6.83	24.41	4.51		

가설 4. 병식-지향 간호프로그램에 참여한 실험군은 참여하지 않은 대조군보다 우울점수가 더 낮을 것이다.

병식-지향 간호프로그램에 참여한 실험군의 우울 점수 평균은 19.18점, 참여하지 않은 대조군의 평균은 14.24점으로 유의

<Table 8> Comparison of depression between experimental and control

	Pre-test		Post-test		F	p
	Mean	SD	Mean	SD		
Experimental	20.35	8.66	19.18	7.09	2.23	.145
Control	17.53	9.47	14.24	9.27		

한 차이가 없는 것($F=2.23$, $p=.145$)으로 가설 4는 기각되었다 <Table 8>.

논 의

정신분열병은 병식의 결여가 심한 대표적인 질환으로 환자는 정신병리를 부정하거나 인식하지 못하여 자발적이고 적극적인 치료와 자기관리가 부족한 대표적인 만성정신질환이다.

본 연구에서는 정신분열병 환자를 대상으로 병식지향 간호 프로그램이 병식, 양성·음성증상, 우울에 미치는 효과를 연구하였다.

연구결과 병식·지향 간호 프로그램에 참여한 실험군이 참여하지 않은 대조군보다 병식평가 척도 점수가 유의하게 낮아($t=-4.52$, $p=.000$), 병식·지향 간호프로그램은 정신분열병 환자의 병식획득에 효과가 있는 것으로 나타났다. 이는 사례 인지개념화, 소크라테스식 문답, 집단정신요법, 모델관찰, 자기관찰 및 극복사례 구성된 본 프로그램이 정신분열병 환자의 병식을 획득하는데 있어 매우 유용한 구성요소를 시사하는 것이라 하겠다.

또한 본 프로그램은 정신분열병 환자의 SUMD 사전 평균 점수가 22.64점으로 Choi 등(2001)의 SUMD 평균점수 16.9점의 정신분열병 입원환자나, Rathod 등(2005)의 45%가 지역사회에서 독립 거주를 하고 있는 정신분열병 환자보다도 병식결여가 심한상태의 환자를 대상으로 하여 병식획득의 효과를 확인하였음을 알 수 있다.

이러한 결과로 인지행동요법을 근간으로 한 병식·지향 간호 프로그램은 병식결여가 심한 정신분열병 환자의 양성·음성증상을 인식시키는데 효과가 있다고 볼 수 있다.

본 연구에서 병식·지향 간호프로그램에 참석한 실험군은 대조군보다 양성증상이 유의하게 호전된 것($F=6.97$, $p=.013$)으로 나타난 것은 정신분열병으로 나타나는 양성증상인 망상, 환각, 흥분, 적개심, 분노의 증상을 감소시킬 수 있을 것으로 해석할 수 있겠다. Kim(2004)은 정신분열병 환자에 대한 연구에서 정신분열병 환자가 양성증상을 인식하게 되면 증상에 대한 대응방식이 증상을 무시, 억압, 능동적 대처가 가능하여 양성증상 호전가능성을 시사하였다. Rathod 등(2005)도 인지행동치료가 병식의 획득과 함께 양성증상이 호전되는 것으로 보고하였고, Chung 등(2001)의 연구에서도 인지행동치료가 망상에 몰두하는 시간을 줄일 수 있음을 보고하여 본 연구의 결과를 뒷받침해 준다고 할 수 있다. 그러나 Carroll 등(1999)은 정신병에 대한 생물학적 원인과 약물유지를 강조한 내용으로 된 비디오와 소책자를 통해서 증상관리 프로그램을 했을 때 병식은 획득되었으나 양성증상에는 변화가 없다고 하여 증상관리만으로 증상의 호전을 기대하기는 다소 부족한 것으로

보여 진다.

반면 음성증상에 있어서는 실험군과 대조군의 유의한 차이가 없는 것($t=-1.81$, $p=.079$)으로 나타난 것은 본 프로그램이 언어의 빈곤, 둔화된 정서, 무쾌감증 등과 같은 음성증상을 호전시키는 데는 효과가 없음을 나타낸 것이라 할 수 있다. 이는 음성증상의 경우 주로 만성적이고 인지적인 손상(Shad, Muddasani, Prasad, Sweeney, & Keshavan, 2004)이 심한 것을 감안할 때 추후조사나 장기적인 프로그램 적용이 필요할 수도 있다 하겠다.

본 연구에서는 실험군과 대조군 간의 우울점수에 유의한 차이가 나타나지 않은 것($F=2.23$, $p=.145$)은 병식을 획득한 후 우울을 초래할 수 있다는 선행연구를 보완하기 위해 사용한 영상모델, 생존모델, 극복 시기 집의 프로그램이 우울증을 호전시키는데 효과가 없음을 나타내는 것이라 할 수 있다. 그러나 병식획득 후에도 우울증이 더 악화되지는 않았음을 알 수 있다.

이상의 연구결과에서 본 연구의 병식·지향 간호프로그램은 정신분열병 환자에게서 볼 수 있는 주증상인 양성증상과 음성증상을 인식시켜 병식획득에 효과가 있었으며, 양성증상에 있어서는 증상의 호전도 가져와 증상을 관리할 수 있는 프로그램으로도 활용할 수 있을 것이다.

따라서 본 연구에서 사용한 병식·지향 간호프로그램은 병식의 결여가 가장 심하고 치료에 순응도가 낮은 정신분열병 환자에게 병식을 획득할 수 있도록 함으로 치료의 순응도와 자기관리가 가능하게 도와 줄 수 있을 것이다. 이는 정신분열병 환자의 삶의 질을 향상시킬 수 있을 것으로 기대한다.

결론 및 제언

본 연구는 정신분열병 환자를 대상으로 병식·지향 간호프로그램을 개발 적용함으로써 병식획득, 양성·음성증상 및 우울에 미치는 효과를 확인하기 위하여 시도된 비동등성 대조군 전후시차설계인 유사실험설계이다. 실험기간은 2005년 10월 1일부터 2006년 2월 11일까지였으며, 연구 대상은 D시 일개 정신과 병원에 입원한 정신분열병 환자로 실험군 17명, 대조군 17명이었다.

수집된 자료는 SPSS/WIN 11.5 program을 이용하여 실수, 백분율, chi-square test, t-test, ANCOVA로 분석하였다. 본 연구의 결과는 다음과 같다.

- 병식·지향 간호 프로그램에 참여한 실험군은 참여하지 않은 대조군보다 병식평가 점수가 더 낮았다.
- 병식·지향 간호 프로그램에 참여한 실험군은 참여하지 않은 대조군보다 양성증상 점수가 더 낮았다.
- 병식·지향 간호 프로그램에 참여한 실험군은 참여하지 않은

대조군의 음성증상 점수가 더 낮지 않아 기각되었다.

- 병식-지향 간호프로그램에 참여한 실험군은 참여하지 않은 대조군보다 우울 점수가 더 낮지 않아 기각되었다.

본 연구결과 병식-지향 간호프로그램은 정신분열병 환자의 증상에 대한 인식을 증가시켜 병식의 획득과 양성증상의 호전을 가져오는 효과적인 프로그램임을 알 수 있다.

본 연구의 결과를 토대로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

- 병식-지향 간호프로그램은 정신분열병 환자의 병식의 획득과 양성증상의 호전에 효과가 있는 간호중재안으로 임상에서 적극적으로 활용할 것을 제언한다.
- 병식-지향 간호프로그램은 양성증상의 호전에는 효과가 있었지만 음성증상에는 효과가 없는 것으로 나타났으므로 음성증상을 호전시킬 수 있는 프로그램에 대한 재 연구를 제언한다.
- 정신분열병 환자를 위한 병식지향 간호사(Insight of Schizophrenia Nurse; ISN)를 양성할 필요가 있으며, 이를 위한 간호사 훈련 프로그램을 개발할 것을 제언한다.

References

- An, H. J. (2001). *The effects of videotaped self-observation on the development of insight among schizophrenic clients*. Unpublished master's thesis, Pusan National University, Pusan.
- Amador, X. F., Strauss, D. H., Yale, S. A., Flaum, M. M., Endicott, J., & Gorman, J. M. (1993). Assessment of insight in psychosis. *Am J Psychiatry*, 150(6), 873-879.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspect*. New York: Harper and Row.
- Buckley, P. F., Hrouda, D. R., Friedman, L., Noffsinger, S. G., Resnick, P. J., & Camlin, S. (2004). Insight and its relationship to violent behavior in patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 161(9), 1712-1714.
- Carroll, A., Fattah, S., Clyde, Z., Coffey, I., Owens, D. G., & Johnstone, E. C. (1999). Correlates of insight and insight change in schizophrenia. *Schizophr Res*, 35(3), 247-253.
- Carroll, A., Pantelis, C., & Harvey, C. (2004). Insight and hopelessness in forensic patients with schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry*, 38(3), 169-173.
- Choi, C. S., Woo, D. W., Choi, Y. H., Hahm, W., Lee, K. H., & Jang, M. H. (2001). Effects of brief symptom management module on inpatients with chronic schizophrenia: A preliminary study. *J Korean Neuropsychiatr Assoc*, 40(1), 72-80.
- Chung, Y. C., Kim, J. H., Eun, H. B., & Hwang, I. K. (2001). Effect of cognitive-behavioral therapy on the delusion in schizophrenic patients. *J Korean Neuropsychiatr Assoc*, 40(1), 63-71.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Association, Inc.
- Davidoff, S. A., Forester, B. P., Ghaemi, S. N., & Bodkin, J. A. (1998). Effect of video self-observation on development of insight in psychotic disorder. *J Ment Dis*, 186(11), 697-700.
- Droulout, T., Liraud, F., & Verdoux, H. (2003). Relationships between insight and medication adherence in subjects with psychosis. *Encephale*, 29(5), 430-437.
- Han, H. M., Yeom, T. J., Shin, Y. W., Kim, K. H., Yoon, D. K., Jung, K. J. (1986). The study of standard of beck depression inventory. *J Korean Neuropsychiatr Assoc*, 25(3), 487-500.
- Jeon, K. S., & Lee, J. I. (1999). Effects of Psychoeducation on relapse of schizophrenic patients. *J Korean Neuropsychiatr Assoc*, 38(6), 1421-1431.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1995). *Typical signs and symptoms of psychiatric illness*. In: Comprehensive textbook of psychiatry/VI, Baltimore; Williams & Wilkins Co, 535-544.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale(PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull*, 13, 261-275.
- Kim, H. Y. (2004). *The lived experience of auditory hallucination of the persons with schizophrenia*. Unpublished master's thesis, Chonnam National University, Gwangju.
- Kingdon, D. G., & Turkington, D. (1994). *Cognitive-behavioral therapy of schizophrenia, the guilford press*(Lee, S. D., Jung, S. Y., 1998), Schizophrenic Cognitive-Behavioral Therapy, Seoul: Hana Uihaksa.
- Lee, J. S., Ahn, Y. M., Shin, H. K., An, S. K., Joo, Y. H., Kim, S. H., Yoon, D. J., Jho, K. H., Koo, Y. J., Lee, J. Y., Cho, I. H., Park, Y. H., Kim, K. S., & Kim, Y. S. (2001). Reliability and validity of the Korean version of the positive and negative syndrome Scale. *J Korean Neuropsychiatr Assoc*, 40(6), 1090-1105.
- Mintz, A., Dobson, K., & Romney, D. (2003). Insight in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Res*, 61(1), 75-88.
- Park, J. D., & Song, J. Y. (1997). Personality characteristics and insight acquisition in schizophrenia. *J Korean Neuropsychiatr Assoc*, 36(5), 804-811.
- Rathod, S., Kingdon, D., Smith, P., & Turkington, D. (2005). Insight into schizophrenia: The effects of cognitive behavioural therapy on the components of insight and assoc with sociodemographics-data on a previously published randomised controlled trial. *Schizophr Res*, 74(2-3), July, 9-17.
- Shad, M. U., Muddasani, S., Prasad, K., Sweeney, J. A., & Keshavan, M. S. (2004). Insight and prefrontal cortex in first-episode schizophrenia. *Neuroimage*, 22(3), 1315-1320.
- Suh, D. W., Lee, Y. M., Kim, Y., Im, J. K., & Kim, D. J. (1999). *The mental health program of the nationwide mental health care facilities, and the survey on the inmates' mental health*. Report of Ministry of Health and Welfare.
- Suh, D. W., Cho, M. J., Kim, Y. H., Kim, J. H., Gwak, Y.

S., Kim, G. G., Mun, Y. H., Bae, A., Yang, S., Cho, H. S., Lee, S. Y., Lee, G. Y., & Kim, D. H. (2005). *Project report of central mental health care promoting corps*. Report of Ministry of Health and Welfare.

Weiler, M. A., Fleisher, M. H., & McArthur, C. D. (2000). Insight and symptom change in schizophrenia and other disorders. *Schizophr Res*, 45(1-2), 29-36.

The Effects of an Insight-oriented Nursing Program on Schizophrenic Patients' Insight, Positive and Negative Syndromes, and Depression

An, Hyo Ja¹⁾

1) Nurse, Dalseong-Gun Mental Health Center Daegu

Purpose: This study examined the effects of an insight-oriented nursing program on schizophrenic patients' insight, positive and negative syndromes, and depression. **Method:** A non-equivalent control group non-synchronized design was utilized. For this research, a total of 34 subjects were selected at a psychiatric hospital in Daegu during the period ranging from Oct. 1st, 2005 to Feb. 11th, 2006 (experimental group=17, control group=17). **Result:** After the treatment, between the experimental and control groups, there was a significant difference in the level of SUMD($t=-4.52$, $p=.000$) and positive syndrome($t=6.97$, $p=.013$), but no significant difference in the negative syndrome($t=-1.81$, $p=.079$) and depression($t=2.23$, $p=.145$). **Conclusion:** The results of this study show that the insight-oriented nursing program works well for schizophrenic patients. Therefore, it is recommended that this program should be used in clinical practice as an effective nursing intervention for schizophrenic patients.

Key words : Schizophrenia, Insight, Syndrome, Depression

• Address reprint requests to : An, Hyo-Ja

Dalseong-Gun Mental Health Center

454-5 Cheonnaeri Hwawoneup Dalseong-Gun Daegu 711-836, Korea

Tel: 82-53-643-0199 Fax: 82-53-639-0199 E-mail: callm68@hanmail.net