J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs
Vol. 27 No. 2, 123-134, June 2018
ISSN (Print) 1225-8482 | ISSN (Online) 2288-4653
https://doi.org/10.12934/jkpmhn.2018.27.2.123

조현병 환자를 위한 능력강화 프로그램의 효과

우주현[1] · 장지혜[2] · 조정희[3]

안산대학교 간호학과[1], 강릉영동대학교 간호학부[2], 계요병원 간호부[3]

Effects of an Empowerment Program for Patients with Schizophrenia

Woo, Ju Hyun[1] · Jang, Ji Hye[2] · Cho, Jeong Hee[3]

[1]Department of Nursing, Ansan University, Ansan
[2]Department of Nursing, Gangneung Yeongdong University, Gangneung
[3]Department of Nursing, Keyo Hospital, Uiwang, Korea

Purpose: The aim of this study was to evaluate a 'patient empowerment program for schizophrenia (PEPS)' to improve problem solving ability, quality of life, and mental health literacy for hospitalized patients with schizophrenia. **Methods:** The study was a non-equivalent control group non-synchronized design. Study participants were recruited from a psychiatric hospital in Republic of Korea. Of 56 participants, 20 were assigned to the experimental group and 36 to the control group. Data were collected from September, 2017 to January, 2018. Data analyses included chi-squared or Fisher's exact tests, t-tests, and repeated measure ANOVA with SPSS/WIN 21.0 program. **Results:** After participating PEPS, the experimental group showed a significant increase in quality of life and mental health literacy compared to the control group. However, there were no significant differences in problem solving ability between the two groups. **Conclusion:** Findings show that patients with schizophrenia receive benefits from PEPS in terms of quality of life and mental health literacy. However, further research is necessary to develop clinical strategies to improve their problem solving abilities.

Key Words: Schizophrenia; Psychotherapy; Power (psychology); Quality of life; Health literacy

서 론

1. 연구의 필요성

보건복지부에서 실시한 2011년도 정신질환실태 역학조사 결과에 따르면, 니코틴 사용 장애(7.2%)를 제외한 정신질환의 평생유병률은 20.4로 조사되었으며, 국내 정신질환자 중 정신의료서비스를 일생에 한 번 이상 받은 경험이 있는 경우는 15.3%로 조사되었다[1]. 정신의료서비스 이용률은 평생 동안 한 번 이상 정신건강 문제로 정신건강의학과 전문의나 기타 정신보건전문가, 타과 의사를 방문한 경험을 말하는데, 실제로 적절한 치료를 받은 경우는 조사된 것보다 낮을 것으로 추측된다[1]. 우리나라의 정신의료서비스 이용률은 미국 39.2% (2010년 기준), 호주 34.9%(2009년 기준) 등 선진국에 비해 매우 낮은 수준이다. 우리나라는 과거부터 정신질환에 대한 사회적 편견과 낙인 효과 등으로 인해 정신질환 치료에 부정적이며[1,2], 정신질환을 진단 받은 경우에도 지속적으로 전문 치료나 관리를 하지 못하고 있는 것으로 보고되고 있다[1]. 정신질환이 발생하여 초기에 적절한 관리를 받지 못하는 경우 만성화되어 환자의 삶의 질을 저하시키고, 가족에게도 여러 가지 어려움을 주게 된다. 최근에는 정신질환자가 저지른 범죄가 대중에게 심각한 사회 문제로 인식되고 있으며, 정신질환자의 치료와

주요어: 조현병, 정신요법, 임파워먼트, 삶의 질, 건강정보이해능력

Corresponding author: Jang, Ji Hye https://orcid.org/0000-0002-9076-0630
Department of Nursing, Gangneung Yeongdong University, 357 Gongie-ro, Gangneung 25521, Korea.
Tel: +82-33-610-0452, Fax: +82-33-644-8809, E-mail: gogh0049@gmail.com

Received: Feb 16, 2018 | Revised: Apr 16, 2018 | Accepted: May 31, 2018

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

관리에 대한 중요성이 더욱 강조되고 있다.

조현병은 대표적인 정신질환으로 인간의 사고, 정서, 지각, 행동, 대인관계 등 다양한 정신기능에 이상을 초래하며[2], 우리나라의 경우 평생유병률이 0.2%인 것으로 보고되고 있다[1]. 조현병은 초기 성인기에 발병하여 급성 증상기와 안정기를 반복하며 만성화되는데, 만성정신질환 관리는 과거 질병중심의 의료모델에서 최근 개인의 자립생활을 위한 자기관리 능력을 강화시키는 데 초점을 두는 방향으로 변화하고 있다[3]. 자기관리 능력은 개인이 사회와 상호작용하며 자립생활을 하는데 필요한 역량으로, 대인관계능력, 문제해결능력, 작업수행에 대한 태도, 직무수행능력, 임파워먼트 실천 등을 포함한다[3]. 조현병 환자의 경우 반복되는 재발과 입퇴원으로 정상적인 사회생활의 유지가 어렵기 때문에[2], 약물치료와 심리치료 이외에 자기관리 프로그램을 통해 대인관계나 사회생활을 안정적으로 유지하는 데 필요한 역량을 높이는 것이 중요하다[3]. 조현병 환자의 사회 복귀에 필요한 역량을 강화시키기 위해 '조현병 환자를 위한 능력강화 프로그램(Patients Empowerment Programme for Schizophrenia, PEPS)'이 개발되었다[4]. 능력강화 프로그램은 용인정신병원에서 세계보건기구(World Health Organization, WHO)의 후원을 받아 2006년 개발한 프로그램이다[5]. 본 프로그램을 통해 조현병 환자와 그 가족이 질환에 대한 최신의 정보를 제공받고 정확한 지식과 자가 관리에 대한 자신감을 갖게 되어, 문제 자체의 제거보다는 문제해결 방법을 찾는데 초점을 두고 조현병 치료에 대한 필요한 정보를 스스로 찾을 수 있는 능력을 향상할 수 있다. 능력강화 프로그램을 통해 환자는 스스로 개인의 강점을 찾고, 무력감과 무능력에서 벗어나 자기 신뢰와 가능성을 믿게 되며, 자신의 능력을 강화하고 사회적 낙인을 극복하고자 한다[6].

다수의 조현병 환자가 대인관계에서 발생하는 다양한 문제에 효과적으로 대처하지 못하기 때문에 정상적인 사회생활을 유지하는 데 어려움을 겪는다. 문제의 성공적인 해결은 자신의 문제해결능력에 대한 긍정적인 인식, 문제해결에 대한 자신감, 문제에 대한 접근 또는 회피 양식, 개인적 통제력 등에 따라 결정된다[7]. 따라서 조현병 환자의 문제해결에 대한 자신감 정도, 문제를 회피 또는 접근하려는 경향, 스스로 자신의 통제력이 높다고 인식하는지를 파악하여 문제해결능력에 대한 종합적 평가 결과를 기반으로 한 중재를 제공해야 한다.

조현병에 대한 올바른 질병 인식과 효과적인 관리방법을 선택하기 위해 정신건강정보이해능력이 필수적이다. 조현병 환자의 병에 대한 인식은 개인내적, 대인관계, 사회적 변화에 대한 역량강화에 긍정적인 영향을 미치며, 과업수행, 대화기술, 일상생활 관리, 대인관계 기능 및 삶의 질에도 직접적인 영향을 미치는 것으로 확인되어 왔다[8]. 정신건강정보이해능력(mental health literacy)이란, 정신질환을 인식, 관리, 예방하는 것에 대한 개인의 지식과 신념을 의미한다[9]. 정신건강정보이해능력은 건강정보이해능력(health literacy)을 정신보건영역에 확대시킨 개념으로, 건강정보이해능력은 건강수준에 영향을 준다[10]. 건강정보이해능력이 낮은 경우 병원 입원율 및 응급의료서비스 이용이 높고, 건강검진, 독감예방 접종률, 약물복용이행 등이 낮음이 보고되어 왔다[11]. 정신건강정보이해능력은 정신질환을 인식하는 능력, 정보를 구하는 능력, 정신질환의 원인에 대한 이해, 자가 치료(self-treatment)에 대한 지식, 유용한 전문가와 치료방법에 대한 신념 등이 포함된다[9].

또한 조현병 환자의 삶의 질을 향상시키는 것은 정신건강 간호의 궁극적인 목적이며[2], 만성질환 관리를 위한 중재나 프로그램의 효과를 평가하는 중요한 기준이 된다. 세계보건기구(WHO)는 삶의 질을 '한 개인이 살고 있는 문화와 가치체계의 맥락 안에서 자신의 목표, 기대, 규범, 관심과 관련하여 인생에서 자신이 차지하는 상태에 대한 지각'으로 정의하였다[12]. 최근까지 만성정신질환자를 위한 능력강화 프로그램을 통해 자기효능감, 대인관계능력, 작업수행태도, 작업수행능력, 임파워먼트 실천[3], 역량강화 등[6]을 향상시키는 것으로 확인되었다. 하지만, 효과성 검증에 있어서 환자 혹은 가족의 자가 보고된 측정에 의존하여, 만성 정신장애인의 특성상 객관성과 신뢰성을 확보하는 데 부족한 측면이 있어[3], 문제해결능력과 정신건강이해능력 등의 포괄적이고 객관적인 평가가 병행될 필요가 있다.

따라서 본 연구는 입원 중인 조현병 환자에게 능력강화 프로그램을 제공하고 문제해결능력, 정신건강정보이해능력과 삶의 질에 미치는 효과를 확인하고자 한다. 궁극적으로 조현병 환자의 사회생활 복귀에 필요한 자기관리 능력을 향상시키는 중재방법으로 활용하기 위한 과학적 근거를 제공하고자 연구를 진행하였다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 조현병 환자의 능력강화 프로그램의 효과를 검증하는 것이다. 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 능력강화 프로그램이 조현병 환자의 문제해결능력에 미치는 효과를 검증한다.
- 능력강화 프로그램이 조현병 환자의 정신건강정보이해능력에 미치는 효과를 검증한다.

- 능력강화 프로그램이 조현병 환자의 삶의 질에 미치는 효과를 검증한다.

연구방법

1. 연구설계

본 연구는 조현병 환자를 위한 능력강화 프로그램이 대상자의 문제해결능력, 삶의 질 및 정신건강정보이해능력에 미치는 효과를 알아보기 위한 유사실험연구로서, 비동등성 대조군 전후 시차설계의 유사실험연구이다(Figure 1).

2. 연구대상

본 연구는 2017년 9월부터 2018년 1월까지 DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth edition) 기준으로 조현병을 진단받고 경기도 일개 정신과 전문병원의 폐쇄병동에 입원 중인 환자를 대상으로 하였다. 대상자는 입원 환자 중 만19세 이상, 65세 이하의 성인이며, 본 연구의 목적을 이해하고 연구에 참여할 것을 서면으로 동의한 환자로, 기질적 정신장애 혹은 정신지체가 있는 환자와 항정신병약물을 복용하고 있지 않은 환자는 연구대상에서 제외하였다. 실험군과 대조군 모두 병동에서 실시되는 그룹치료, 레크리에이션, 면담 등 심리사회적 중재를 받았다.

본 연구의 대상자 수는 G*Power 3.1 프로그램을 활용하여 반복측정 분산분석방법의 검정력(1-β)=.80, 유의수준(α)=.05, 효과크기(f)=0.5, 상관계수(r)=.50으로 계산한 결과, 집단별로 최소 17명이 필요하였다. 효과크기는 조현병 재발예방 프로그램의 효과를 확인한 선행연구[13]를 근거로 하였다. 병동의 연평균 재원율과 조현병 환자의 입원 기간과 탈락률을 고려하여, 실험군 24명, 대조군 37명을 모집하였다. 연구 진행 시 실험군 4명, 대조군 1명이 중도 탈락하여 최종적으로 실험군 20명, 대조군 36명의 자료를 분석하였다(N=56). 따라서 대상자 탈락률은 실험군 16.6%, 대조군 2.7%임이 확인되었다.

3. 연구도구

1) 문제해결능력

문제해결능력은 Heppner와 Petersen [7]이 개발한 Problem Solving Inventory (PSI)를 Yoo [14]가 번역하여 국내 실정에 맞게 수정·보완한 도구를 사용하였다. 이 도구는 각 문항이 '전혀 그렇지 않다' 1점에서 '매우 그렇다' 5점의 5점 Likert 척도로, 총 34문항으로 구성되어 있다. 34문항 중 9, 21, 28번 문항은 가문항으로 채점하지 않고, 1, 2, 3, 4, 11, 13, 14, 16, 20, 24, 25, 29, 31, 33번 문항은 역문항 처리하여 합산하며, 총 점수가 높을수록 문제해결능력이 높음을 의미한다. 도구의 신뢰도 Cronbach's α값은 Yoo [14]의 연구에서 .88이었고, 본 연구에서는 .90이었다.

2) 삶의 질

삶의 질은 WHO [12]에서 개발한 세계보건기구 삶의 질 척도(The World Health Organization Quality of Life, WHOQOL-100)를 Min 등[15]이 번역하고 수정한 한국판 삶의 질 간편형 척도(WHOQOL-BREF)를 사용하였다. 이 도구는 전반적인 삶의 질과 건강상태에 대한 만족도에 대한 2문항과 신체적 건강, 심리적, 사회적 관계, 환경의 4개 하위영역에 속하는 24문항으로, 총 26문항이며, 각 문항은 '전혀 아니다' 1점에서 '매우 많이 그렇다' 5점까지의 5점 Likert 척도로 구성되어 있다. 3, 4, 24번 문항은 역문항으로 처리 후 합산하였고, 총 점수가 높을수록 삶의 질이 높음을 의미한다. Min 등[15]의 연구에서 Cronbach's α값은 .90이었으며, 본 연구에서는 .92였다.

3) 정신건강정보이해능력

정신건강정보이해능력은 Jorm 등[9]이 개발하고, Jeon [16]이 번역하여 우리나라 실정에 맞게 수정·보완한 도구를 사용하였다. 이 도구는 조현병 사례를 제시하고 '조현병 인식'을 개방형 질문 1문항, '정신질환의 원인에 대한 인식' 13문항, '해결자원(치료자원/치료방법)의 유용성에 대한 인식' 치료자원 11문항 및 치료방법 23문항, '정신과 치료에 대한 낙인' 5문항으

Group	Pretest	6 weeks	Posttest	Pretest	Treatment	Posttest
Control group	C1	X1	C2			
Experimental group				E1	X1, X2	E2

C1, E1 (Pretest)=General characteristics, problem solving ability, mental health literacy, and quality of life; C2, E2 (immediately after program)=problem solving ability, mental health literacy, and quality of life; X1=Psycho-social intervention; X2=PEPS.

Figure 1. Study design.

로 구성되어 있다. '정신질환 인식' 문항을 제외하고 다른 영역의 문항들은 5점 Likert 척도로 측정하여 점수가 높을수록 해당 문항에 동의하는 정도가 높은 것을 의미한다. Jeon [16]의 연구에서 각 하위영역의 Cronbach's α 값은 .63에서 .87 사이었으며, 본 연구에서는 원인에 대한 인식 영역 .81, 치료자원 영역 .66, 치료방법 영역 .75, 치료에 대한 낙인 영역 .77, 개인적 경험 영역 .70이었다.

4) 능력강화 프로그램

본 연구에서는 개정한 2016년판 능력강화 프로그램 교육교재를 용인정신병원 세계보건기구 협력센터에서 다운로드 받아 수정하지 않고 사용하였다. 본 능력강화 프로그램(PEPS)은 조현병 관리를 위해 필요한 주요 주제를 포괄하여 환자의 관점에서 프로그램을 구성하기 위해 환자, 환자 가족 및 의사가 프로그램 제작에 직접 참여하여 개발 후 8명의 조현병 및 정신질환 분야 유럽 전문가들에게 내용을 감수 받았다[4]. 능력강화 프로그램은 정신건강관리, 질병관리계획, 개인능력개발, 신체건강관리의 대주제와 질병의 소개 및 정신질환의 증상과 경과 원인, 치료를 받는 장소와 치료진, 약물치료, 정신사회적 전략, 생활방식의 문제, 알코올 및 기타 약물의 남용, 이성 관계와 성, 가족과 잘 지내기, 자조집단 및 옹호집단의 역할, 위기상황에 대한 계획, 기억해야 할 중요 사항 등의 내용으로 구성되었다. 2012년 교육교재에서 프로그램 구성 기간은 주 1회 1시간씩 4~5개월 진행을 원칙으로 소개하였으나 기관의 사정에 따라 주 2회 진행하는 방법으로 권장하였다[4]. 선행연구를 근거로 [17,18] 대상 환자의 연평균 병동 입원기간 및 프로그램 운영에 알맞은 환자 수 등을 병동 수간호사와 논의하여 매 회기 당 50분간, 주 2회씩 6주 동안 총 12회기로 진행하였다.

프로그램 구성은 상호 교환적 집단 교육을 포함하여 강의, 토의, 질문, 책에 직접 기록, 개인 과제 등으로 이루어졌으며, 매 프로그램 진행시마다 대상자가 가지고 있는 강점을 강화시키는 데에 역점을 두었다. 프로그램의 진행은 해당 병원의 병동에 근무하며, 20년의 정신과 전문병원 근무경력이 있고 능력강화 프로그램을 비롯하여 다양한 심리사회적 중재 프로그램과 정신질환자를 위한 개별상담 및 집단치료를 진행한 경험이 있는 정신건강전문요원 1급 간호사가 실시하였으며, 매 회기에는 지난 시간 정리, 회기별 내용, 진행, 공감되는 이야기 나누기로 시작하였다.

각 회기별 주제와 내용은 다음과 같다(Table 1). 1회기는 프로그램 진행자와 그룹의 규칙에 대한 소개를 하고, 정신건강의 중요성과 조현병이란 무엇인지에 대한 주제에 대해 대상자가 알고 있는 내용을 서로 나누며, 조현병 용어에 대해 설명하였다. 2회기부터 4회기까지는 정신건강관리를 대주제로 교육하였다. 2회기는 조현병을 가진 사람이 경험할 수 있는 위기상황에 대비하도록 미리 계획을 세우는데 도움을 줄 수 있는 내용을 다루었으며, 개인이 경험하는 위기상황에 대해 서로 경험을 나누고, 사전 위기관리 계획을 작성하였다. 3회기는 우울증에 대한 이해와 중요성에 대해 교육하였고, 4회기는 조현병의 증상, 진단방법 및 의사들이 이야기하는 조현병이 무엇인지, 병의 경과와 회복에 대하여 교육하였다. 5, 6회기는 질병관리계획을 대주제로 교육하였다. 5회기는 약물치료를 중단한 경험에 대해 이야기하고 효과적인 약물치료방법, 약물치료의 부작용 및 대처방법에 대해 교육한 후 약물치료에 대해 치료진과의 약속을 작성하였다. 6회기는 면담치료의 종류와 방법에 대해 교육하였으며, 질환을 조절하면서 사람들과 잘 지내는 방법에 대해 각자의 경험을 이야기하고 구체적인 방법에 대해 논의하였다. 7회기부터 9회기까지는 개인능력개발을 대주제로 하였으며,

Table 1. Description of Patients Empowerment Program for Schizophrenia (PEPS)

Components	Sessions	Contents
Mental health control	1	Orientation Term definition of schizophrenia
	2	Fact & stigma of schizophrenia Crisis management
	3	Depression & schizophrenia Diagnosis & progress of schizophrenia
Disease management plan	4	Proper drug taking Drug therapy
	5	Psychotherapy Living well Promise preparation
Personal ability development	6	Communication with family Support group
	7	Social contact Daily plan
	8	Discriminative treatment Occupational ability development Family planning
Physical health control	9	Healthy sexual life in woman Healthy sexual life in man
	10	Diabetes mellitus & heart disease
	11	Weight gain, alcohol, & cigarette
	12	Health & living habits

7회기는 가족과 함께 생활하는 방법과 나만의 지지집단을 찾아보았다. 8회기는 보다 실제적인 접근방법으로 사회에서의 교제범위를 넓히고 원만한 생활을 위한 소통방법을 나누었고, 내가 보내는 하루의 다양한 방법들에 대해 집단 내에서 이야기해 보았다. 9회기는 정신질환자의 차별, 낙인, 이에 대한 대처방법 등에 대해 다루었으며, 일하거나 공부하기를 원하는 대상자들을 위한 내용들과 가족계획을 다루었다. 10회기부터 12회기는 신체건강관리를 대주제로 하였다. 10회기는 신체건강관리를 위해 건강한 성생활에 대해 알아보고, 당뇨병에 걸릴 위험과 증상, 위험요소, 대처방법에 대해 알아보았다. 11회기는 심장질환에 대해 알아보았고 심장질환과 정신건강과의 관련성, 심장질환의 증상을 교육하였으며, 체중조절을 위한 방법과 알코올 및 담배가 정신질환자의 일반적 건강에 미칠 수 있는 영향에 대해 교육하였다. 12회기는 일반적인 건강문제와 생활습관 관리를 교육하였고, 모든 회기의 마무리 단계로서 프로그램을 마치며 서로의 소감을 나누었다.

4. 자료수집

1) 윤리적 고려

본 연구는 프로그램 시행 전 A대학교 생명윤리심의위원회(IRB No. 2017-08-001-02)의 승인 후 중재를 시행할 정신과전문병원의 병원장, 담당의사, 간호부로부터 실험연구에 대한 기관 협조를 받았다. 연구대상자에게 연구의 목적과 방법, 기간, 연구참여로 인한 유익과 위험성, 언제든지 연구를 철회할 권리가 있음을 설명하였고, 참여를 원하는 대상자에게 자필로 서면동의서를 받은 후 연구를 시작하였다. 또한 연구 중 수집된 자료는 연구목적으로만 사용하며 개인의 비밀유지와 익명성을 보장하여 대상자의 권리를 보호할 것임을 밝혔다. 프로그램의 사전, 사후 설문 조사는 피험자 식별코드를 부여한 설문지를 사용하였고, 참여자에게는 감사의 표시로 소정의 참여 활동비를 지급하였다.

2) 연구대상자 모집

실험 및 자료수집기간은 2017년 9월부터 2018년 1월까지 총 5개월이었으며, 대조군은 2017년 9월 1일부터 10월 13일까지 조사하였고, 실험군은 2017년 11월 13일부터 2018년 1월 1일까지 조사하였다. 조현병을 진단받고 정신과전문병원 폐쇄병동에 입원한 환자 중 선정기준에 부합하는 대상자에게 연구의 목적 및 실험처치 방법을 설명하고 동의를 구한 뒤 서면으로 동의서를 작성하였다. 폐쇄병동의 특성상 실험처치의 확산 문제가 제3변수의 개입보다 더 심각할 것으로 예상되어 시차를 두고 대상자를 모집하였으며, 대상자들 간 실험처치의 확산을 방지하기 위해 대조군의 사전, 사후 자료수집을 끝낸 후 실험군의 실험처치 및 사전 사후 조사를 실시하였다.

3) 실험처치와 자료수집

능력강화 프로그램은 폐쇄병동의 간호사이며, 정신건강전문요원 1급 간호사인 연구참여자가 직접 진행하였다. 실험처치는 병동 내 프로그램실에서 한 집단의 크기를 10~12명으로 하여 프로그램을 진행하였다. 실험군에게는 처치 전 조현병 환자를 위한 능력강화 프로그램 교육교재를 제공하였고, 대조군은 병동에서 이루어지는 일반적인 그룹치료, 레크레이션 및 면담 등 심리사회적 중재를 제공하였다.

사전 조사는 일반적 특성, 문제해결능력, 삶의 질 및 정신건강정보이해능력에 대해 자가 보고식 설문지를 이용하여 조사하였다. 가능한 스스로 응답하도록 하였고, 도움을 요청하는 경우에 연구보조원이 읽어주고 응답하는 방식으로 진행하였다. 설문지 작성에 필요한 시간은 평균 25분 정도였으며, 작성된 설문지는 즉시 수거하여 ID 번호를 부여하고 기재하였다. 프로그램 종료 즉시 사후 조사를 실시하였다. 대상자의 일반적 특성을 제외하고 사전 조사와 동일한 설문으로 조사되었으며, 모든 설문은 연구자가 직접 조사하였다.

5. 자료분석

본 연구의 자료분석은 SPSS/WIN 21.0 프로그램을 이용하여 대상자의 일반적 특성은 빈도, 백분율, 평균과 표준편차로 분석하였다. 실험군과 대조군의 일반적 특성과 문제해결능력, 삶의 질 및 정신건강정보이해능력에 대한 사전 동질성 검정은 x^2 test, Fisher's exact test, t-test를 이용하여 분석하였으며, Q-Q 도표와 Shapiro-Wilk 정규성 검정을 통해 정규분포하는 것을 확인하였다. 문제해결능력, 삶의 질 및 정신건강정보이해능력에 대한 효과는 반복측정 분산분석(repeated measure ANOVA)방법을 이용하여 확인하였다.

연구결과

1. 대상자의 동질성 검정

1) 일반적 특성의 동질성 검정

본 연구에 참여한 실험군과 대조군의 일반적 특성을 살펴

보면, 성별은 실험군 남자 6명(30.0%), 여자 14명(70.0%), 대조군 남자 29명(80.6%), 여자 7명(19.4%)이었다. 연령은 실험군 중 20~35세 7명(35.0%), 36~49세 5명(25.0%), 50~59세 5명(25.0%), 60세 이상 3명(15.0%)이었고, 대조군은 20~35세 4명(11.0%), 36~49세 20명(55.6%), 50~59세 10명(27.8%), 60세 이상이 2명(5.6%)이었다. 일반적 특성에 대한 동질성 검정 결과, 성별은 실험군과 대조군간 통계적으로 유의한 차이가 있었고(x^2=14.02, p<.001), 성별 이외 특성들은 유의한 차이가 없이 동질한 것으로 확인되었다(Table 2).

2) 문제해결능력, 삶의 질 및 정신건강정보이해능력에 대한 동질성 검정

능력강화 프로그램 실시 전 실험군과 대조군의 문제해결능력, 삶의 질에 대한 동질성을 검정한 결과, 문제해결능력은 실험군 104.60±23.74점, 대조군 104.19±14.90점이었으며 두 집단 간 통계적으로 유의한 차이가 없었고(t=0.08, p=.938), 삶의 질은 실험군 72.35±18.37점, 대조군 73.81±15.15점으로 집단 간 차이가 없었다(t=-0.32, p=.751). 또한 정신건강정보이해능력은 조현병 인식, 조현병의 원인에 대한 인식, 치료자원의 유용성에 대한 인식, 치료방법의 유용성에 대한 인식, 정신과 치료에 대한 낙인의 영역으로 구성되어 있어 각 영역에 대한 동질성 검정을 실시하였다. 조현병 인식은 실험군 7명(35.0%), 대조군 7명(19.4%)으로 두 집단 간 차이가 없었다(x^2=1.66, p=.198). 조현병의 원인에 대한 인식, 치료자원의 유용성에 대한 인식, 치료방법의 유용성에 대한 인식, 정신과치료에 대한 낙인 영역에서 모두 통계적으로 유의한 차이가 없어 두 집단이 동질한 것으로 확인되었다(Table 2).

조현병에 대한 인식은 개방형 질문으로 조사하였으며, '도진은 어떤 문제를 가지고 있다고 생각하십니까?'에 대한 답변 중 조현병 진단기준에서 제시하고 있는 주요 증상인 '환청, 망상', '조현병', '정신분열(병)'이라고 기재한 경우에만 인식하는 것으로 평가하였다. 비인식 응답으로는 대인기피증, 우울증, 혼잣말, 폐쇄적인 성격, 사회생활 부적응, 사회성 부족, 가족과의 갈등 등의 답변이 있었고, 사례의 내용과 관계없는 자신의 증상이나 상황을 기술한 내용들도 있었다.

2. 능력강화 프로그램의 효과 검정

문제해결능력 점수는 실험군에서 프로그램 실시 전 104.60±23.74점, 실시 후 109.30±17.82점으로 증가하였고, 대조군에서 실시 전 104.19±14.90점, 실시 후 102.83±13.84점으로 감소하였다. 실험군과 대조군의 프로그램 실시 전·후 문제해결능력의 차이를 검증한 결과 통계적으로 유의한 차이가 없어 프로그램의 효과가 확인되지 않았다(F=2.83, p=.098). 하지만, 삶의 질 점수는 실험군에서 프로그램 실시 전 72.35±18.37점, 실시 후 76.95±19.99점으로 증가하였고, 대조군에서 실시 전 73.81±15.15점, 실시 후 70.72±13.51점으로 감소하였다. 실험군과 대조군의 프로그램 실시 전·후 삶의 질의 차이를 검증한 결과 통계적으로 유의한 차이가 있어 프로그램의 효과가 확인되었다(F=4.38, p=.041).

정신건강정보이해능력 중 조현병 인식은 실험군에서 프로그램 실시 전 인식 35.0%, 실시 후 인식이 60.0%로 증가하였고, 대조군에서 프로그램 실시 전 19.4%, 실시 후 22.2%로 증가하였으며, 실험군과 대조군의 프로그램 실시 전·후 조현병 인식은 통계적으로 유의한 차이가 있어 프로그램의 효과가 확인되었다(x^2=7.99, p=.005). 조현병의 원인에 대한 인식 중 생물학적 요인은 실험군에서 프로그램 실시 전 2.12점, 실시 후 2.77점으로 증가하였고, 대조군에서 프로그램 실시 전 2.53점, 실시 후 2.71점으로 증가하였으며, 실험군과 대조군의 프로그램 실시 전·후 생물학적 요인에 대한 인식은 통계적으로 유의한 차이가 있어 프로그램의 효과가 확인되었다(F=4.87, p=.032). 그 외에 조현병의 원인에 대한 인식 중 개인내적 요인(F=0.29, p=.593), 심리사회적 요인(F=0.23, p=.633), 치료자원의 유용성에 대한 인식 중 가족 및 친구(F=3.35, p=.073), 비정신보건전문가(F=0.78, p=.383), 정신전문가(F=0.04, p=.847), 스스로 해결(F=0.11, p=.746), 치료방법의 유용성에 대한 인식 중 기타 약물치료(F=0.82, p=.369), 정신과치료(F=2.03, p=.160), 생활습관 변화(F=0.16, p=.690), 건강정보수집(F=0.05, p=.824), 정신과치료에 대한 낙인(F=0.16, p=.691)은 실험군과 대조군의 프로그램 실시 전·후 점수가 통계적으로 유의한 차이가 없어 프로그램의 효과가 확인되지 않았다(Table 3).

논 의

본 연구는 정신과 전문병원의 폐쇄병동에 입원 중인 조현병 환자들을 대상으로 능력강화 프로그램을 시행하여 문제해결능력과 삶의 질, 정신건강정보이해능력에 미치는 효과를 확인하기 위한 목적으로 시행되었다. 연구결과 대상자의 삶의 질, 정신건강정보이해능력이 실험군과 대조군에서 유의한 차이를 보여 프로그램의 효과가 확인되었으며, 문제해결능력은 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 본 연구대상자의 프로그램 실시 전 문제해결능력 수준은 실험군 104.60점(문항별 평균 3.37),

Table 2. Homogeneity Test for Subject's General Characteristics (*N*=56)

Characteristics	Categories	Total	Exp. (n=20)	Cont. (n=36)	x^2 or t	*p*
		n (%)	n (%)	n (%)		
Gender	Male	35 (62.5)	6 (30.0)	29 (80.6)	14.02	<.001
	Female	21 (37.5)	14 (70.0)	7 (19.4)		
Age (year) †	20~35	11 (19.6)	7 (35.0)	4 (11.0)	7.75	.053
	36~49	25 (44.6)	5 (25.0)	20 (55.6)		
	50~59	15 (26.8)	5 (25.0)	10 (27.8)		
	≥60	5 (9.0)	3 (15.0)	2 (5.6)		
Educational level	≤High school	27 (48.2)	6 (30.0)	21 (58.3)	4.13	.054
	≥College	29 (51.8)	14 (70.0)	15 (41.7)		
Religion	Have	40 (71.4)	15 (75.0)	25 (69.4)	0.19	.763
	Have not	16 (28.6)	5 (25.0)	11 (30.6)		
Health insurance	Medical insurance	45 (80.4)	19 (95.0)	26 (72.2)	4.23	.076
	Medicare	11 (19.6)	1 (5.0)	10 (27.8)		
Primary caregiver †	Parents	29 (51.8)	11 (55.0)	18 (50.0)	6.69	.130
	Sibling	9 (16.1)	1 (5.0)	8 (22.2)		
	Spouse	9 (16.1)	6 (30.0)	3 (8.3)		
	Children	7 (12.4)	2 (10.0)	5 (13.9)		
	Others	2 (3.6)	0 (0.0)	2 (5.6)		
Number of hospitalizations †	1	11 (19.6)	3 (15.0)	8 (22.2)	1.70	.651
	2~4	25 (44.6)	9 (45.0)	16 (44.4)		
	5~7	5 (9.0)	3 (15.0)	2 (5.6)		
	8	15 (26.8)	5 (25.0)	10 (27.8)		
Disability registration	Yes	18 (32.1)	3 (15.0)	15 (41.7)	4.19	.072
	No	38 (67.9)	17 (85.0)	21 (58.3)		
Problem solving ability †		104.34±18.33	104.60±23.74	104.19±14.90	0.08	.938
Quality of life †		73.29±16.22	72.35±18.37	73.81±15.15	-0.32	.751
Mental health literacy						
Recognition of schizophrenia	Have	14 (25.0)	7 (35.0)	7 (19.4)	1.66	.198
	Have not	42 (75.0)	13 (65.0)	29 (80.6)		
Knowledge and beliefs about causes †	Biological	2.38±0.12	2.12±0.83	2.53±0.86	-1.73	.090
	Individual	3.27±0.13	3.30±1.07	3.28±0.89	0.15	.879
	Social and environmental	2.85±0.10	2.76±0.84	2.90±0.70	-0.67	.507
Knowledge and beliefs about self-help †	Family and friends	3.98±0.79	3.70±0.95	4.14±0.65	-1.84	.076
	Other professional	3.51±0.56	3.33±0.45	3.62±0.60	-1.92	.060
	Psychiatrist	4.05±0.62	4.16±0.49	3.99±0.68	0.98	.332
	Self-help	2.54±1.19	2.41±0.94	2.67±1.24	-0.76	.290
Knowledge and beliefs about professional help †	Other medication	3.17±0.65	3.13±0.46	3.19±0.73	-0.34	.737
	Psychotherapy	3.46±0.68	3.43±0.56	3.48±0.74	-0.29	.772
	Lifestyle change	3.30±0.45	3.29±0.42	3.30±0.47	-0.06	.956
	Health information	3.96±0.72	4.03±0.64	3.92±0.77	0.54	.595
Stigma for receiving psychiatric treatment †		2.80±0.84	2.88±0.72	2.76±0.91	0.51	.615

Exp.=Experimental group; Cont.=Control group; † Fisher's exact test.

대조군 104.19점(3.36점)으로 같은 도구를 사용한 Lee 등[19]의 연구에서 실험군 108.6점, 대조군 113.1점과 비슷한 수준으로 확인되었으며, 같은 연구[19]에서 확인된 조현병 환자 가족의 문제해결능력 점수보다는 낮은 결과였다. 삶의 질 정도는 73.29점(3.05점)으로 입원 중인 조현병 환자를 대상으로 한 Park과 Sung [20]의 연구에서 평균 1.93점(5점 만점)이었던 것

Table 3. Effect of Empowerment Programme on Problem Solving Ability, Quality of Life, and Mental Health Literacy (*N*=56)

Variables	Categories	Group	Pretest M±SD	Posttest M±SD	F or x2	*p*
Problem solving ability †		Exp.	104.60±23.74	109.30±17.82	2.83	.098
		Cont.	104.19±14.90	102.83±13.84		
Quality of life †		Exp.	72.35±18.37	76.95±19.99	4.38	.041
		Cont.	73.81±15.15	70.72±13.51		
Mental health literacy						
Recognition of schizophrenia	Have	Exp.	7 (35.0)	12 (60.0)	7.99	.005
	Have not		13 (65.0)	8 (40.0)		
	Have	Cont.	7 (19.4)	8 (22.2)		
	Have not		29 (80.6)	28 (77.8)		
Knowledge and beliefs about causes †	Biological	Exp.	2.12±0.83	2.77±0.57	4.87	.032
		Cont.	2.53±0.86	2.71±0.87		
	Individual	Exp.	3.30±1.07	3.28±0.85	0.29	.593
		Cont.	3.26±0.89	3.10±1.05		
	Social and environmental	Exp.	2.76±0.84	2.86±0.78	0.23	.633
		Cont.	2.90±0.70	3.01±0.87		
Knowledge and beliefs about self-help †	Family and friends	Exp.	3.70±0.95	4.08±0.82	3.35	.073
		Cont.	4.14±0.65	4.01±0.73		
	Other professional	Exp.	3.33±0.45	3.50±0.65	0.78	.383
		Cont.	3.62±0.60	3.57±0.89		
	Psychiatrist	Exp.	4.16±0.49	4.30±0.46	0.04	.847
		Cont.	3.99±0.68	4.00±0.84		
	Self-help	Exp.	2.41±0.94	2.54±0.94	0.11	.746
		Cont.	2.67±1.24	2.78±1.29		
Knowledge and beliefs about professional help †	Other medication	Exp.	3.13±0.46	3.28±0.77	0.82	.369
		Cont.	3.19±0.73	3.17±0.72		
	Psychotherapy	Exp.	3.43±0.56	3.79±0.62	2.03	.160
		Cont.	3.48±0.74	3.47±0.62		
	Change lifestyle	Exp.	3.29±0.42	3.25±0.51	0.16	.690
		Cont.	3.30±0.47	3.41±0.65		
	Health information	Exp.	4.03±0.64	4.03±0.53	0.05	.824
		Cont.	3.92±0.77	3.92±0.82		
Stigma for receiving psychiatric treatment †		Exp.	2.88±0.72	2.84±0.91	0.16	.691
		Cont.	2.76±0.91	2.68±0.76		

Exp.=Experimental group; Cont.=Control group; † Covariate: gender.

보다 높았다.

능력강화 프로그램 실시 전 정신건강정보이해능력은 조현병 인식이 25.0%로 나타났는데, 청소년 자녀를 둔 부모와 중·고등학교 교사를 대상으로 한 Ko와 Choi [21]의 연구에서는 각각 11.6%, 25.2%로 교사와 비슷한 수준이었고, 전국 성인 1197명을 대상으로 한 Seo와 Rhee [22]의 연구에서 조현병 인식률이 3.6%였던 결과보다는 매우 높은 수준으로 일반인보다는 환자가 조현병에 대한 인식률이 높았다.

능력강화 프로그램을 실시한 결과 조현병 환자의 문제해결능력은 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 이는 만성정신질환자를 대상으로 임파워먼트 프로그램을 적용한 Kim과 Lee의 연구[3]와 스트레스 관리 프로그램을 적용한 Kim의 연구[23]에서 사회적 문제해결능력에 유의한 차이가 없었던 것과 일치하는 결과이다. 문제해결능력에 대해 효과가 없었던 것과 관련하여 Kim과 Lee는 문제해결능력에 대한 회기가 짧아서 유의한 차이가 없는 것으로 설명하였으며[3], 집중적인 문제해결을

포함한 체계적인 훈련이 필요함을 강조하였다[3,20]. 본 프로그램 내용 중에 위기상황 대처를 위한 내용들이 포함되어 있기는 하나, 문제해결능력에 집중된 프로그램 내용과 기간이 충분하지 않아 일상생활에서 부딪치는 다양한 문제 상황에 대처하는 문제해결능력을 향상시키기에는 다소 부족한 측면이 있었을 것으로 보인다. 동일한 프로그램을 적용하지 않았으나 프로그램 참여 실험군의 문제해결능력이 검증된 선행연구[13,16,21]에서 문제해결에 대한 대처를 여러 회기에 걸쳐 주요내용으로 다루고 있는 것으로 볼 때 추후 후속연구에서는 기간을 늘리고, 문제해결능력을 향상시킬 수 있는 내용을 추가하여 프로그램을 진행한 후 효과를 검증할 필요가 있을 것으로 보인다. 문제해결능력은 문제 상황에 효과적으로 대처하는 방법을 발견하는 개인의 능력으로, 교육 중심의 중재를 제공하는 것보다는 퇴원 후 적응해야 하는 실제 상황과 유사한 상황에서 적용 가능한 기술 훈련을 할 수 있는 내용으로 구성된다면 조현병 환자가 문제 상황에서 스스로 대처할 수 있는 방법을 찾는 데 효과적일 것이다.

실험군의 삶의 질 점수는 프로그램 전 72.35점, 프로그램 후 76.95점으로 유의하게 증가하였다. 이는 조현병 환자에게 입원 스트레스 관리 프로그램을 실시한 후 삶의 질 점수가 높아진 Park과 Sung의 연구[20]와 일치한 결과였다. Kim과 Park [24]은 조현병 환자의 역량강화가 삶의 질에 직접적인 영향을 주고, 재활 성과에 매개역할을 하는 것으로 확인하였는데, 본 연구결과를 통해 조현병 환자의 삶의 질을 높이기 위한 중재 방법으로 능력강화 프로그램을 적용할 수 있는 근거를 제공하였다.

삶의 질은 전반적인 삶과 건강상태, 신체적 건강, 심리적 건강, 사회적 관계, 환경에 대해 얼마나 만족하는지에 대한 평가로, 삶 자체의 변화라기보다는 자신의 상태를 받아들이는 태도의 변화를 반영하기 때문에 타인과의 상호작용을 통해 긍정적으로 변화할 수 있을 것이다. Jo [25]는 통합적 자아존중감 증진 프로그램을 참여한 실험군의 삶의 질 향상이 집단과정 참여를 통해 간호사와의 라포가 형성되고, 치료자와 대상자 간의 상호작용이 쉽게 일어난 것과 관련 있다고 보고하였다. 본 연구에서도 프로그램의 매 회기마다 간호사와 상호작용을 하면서 자신의 경험을 공유하도록 구성된 점과 관련이 있을 것으로 생각된다. 프로그램 참여 횟수가 증가할수록 간호사와 그룹의 참여 환자들 간에 전반적 생활과 신체적 건강 관련 교류를 함으로써 삶의 질을 향상시키는데 기여한 것으로 사료된다. Park과 Sung의 연구[20]에서 입원 스트레스 관리 프로그램 적용 후 삶의 질 점수가 크게 증가하여 입원기간 동안의 간호중재가 조현병 환자의 삶의 질에 중요한 영향을 미칠 수 있음을 확인하였다. 따라서 본 연구결과와 선행연구를 통해 능력강화 프로그램 등의 심리사회적 치료가 입원한 조현병 환자의 삶의 질을 높이는 간호중재가 될 수 있음을 시사하고 있다.

능력강화 프로그램이 조현병 환자의 정신건강정보이해능력에 미치는 효과를 확인한 결과, 조현병 인식과 조현병의 원인 중 생물학적 요인 영역에서 유의한 차이를 보여 일부 효과가 확인되었다. 조현병 환자의 사례를 보고 조현병 또는 정신분열병, 망상과 환청 증상을 정확하게 인식하는 대상자가 실험군에서는 통계적으로 유의한 차이를 보이며 증가하였지만 대조군에서는 변화가 없었다. 조현병 환자를 대상으로 정신건강정보이해능력을 향상시키기 위한 중재를 실시한 국내 연구가 확인되지 않아 직접 비교하기는 어려우나, Anderson과 Pierce의 연구[26]에서 일반인을 대상으로 정신건강정보이해능력 증진 프로그램을 실시한 후 정신질환의 증상을 인지하는 능력과 정신질환에 대한 태도가 향상된 것을 확인하였다.

조현병 인식에 대해서는 대상자들이 망상과 환청 증상을 보이는 조현병 사례를 읽고, '6개월 간' 증상이 지속된 점, '이해할 수 없는 혼잣말을 반복하면서 씩 웃거나 갑자기 표정이 변하는' 모습을 보이고, '마치 누군가와 함께 있는 것처럼 소리를 지르거나 언쟁을 하는' 모습이 환청 증상이라는 것과 '이웃 사람들이 자신을 감시하고 해치려하기 때문에 아무 것도 하지 않겠다'는 망상 증상을 파악하여 사례 속 주인공이 치료가 필요한 조현병이라는 것을 인식하는지를 확인하였다. 프로그램 후 대상자들은 망상과 환청에 대한 인식이 높아졌지만 일부 대상자들은 프로그램 실시 후에도 망상 증상에 대해 대인기피, 의욕저하 등으로 인식하고 있었다. 조현병 환자가 자신의 정신 상태에 문제가 있다는 것을 알고, 병의 특성을 구체적으로 이해하는 것은 정신질환 발병 초기 또는 치료를 해야 하는 시기에 적절한 치료를 요청하는 행위로 이어져[27] 입원과 퇴원을 반복하여 조현병이 만성화되고 심한 증상 때문에 지역사회와 단절되는 것을 예방할 수 있을 것이다. 정신질환에 대한 정확한 인식은 증상의 재발을 예방하고, 재활 성과에도 긍정적인 영향을 미치는 것으로 알려져 있다[28]. 실험군에서 프로그램 전 35.0%였던 질병 인식률이 프로그램 후 60.0%로 상승한 효과에 대해 살펴보면, 능력강화 프로그램은 질병에 대한 정보를 강의식으로 교육한 후, 정신건강관리, 질병관리계획, 개인능력개발, 신체건강관리를 주제로 각자의 인식과 경험을 이야기를 나누었는데, 증상에 대한 타인의 구체적인 사례를 공유한 것이 조현병 인식을 높이는 결과로 나타났을 것으로 판단된다.

또한 프로그램 실시 후 조현병의 원인 중 생물학적 원인에

대한 점수가 높아진 점은 선행연구[22]에서 특히 생물학적 원인에 대한 인식이 다른 원인에 비해 상대적으로 낮았다는 점에서 의의를 가진다. 뇌질환, 신경전달물질의 이상, 두뇌손상, 유전적 요인 등 생물학적 원인이 조현병의 원인이라는 점을 인식하게 되면 혼자 해결하려 하거나 종교인 또는 비전문가의 도움을 받기보다는 정신치료전문가를 치료자원으로 이용할 가능성이 높고, 같은 맥락에서 전문적인 정신과치료를 치료방법으로 선택할 가능성이 높기 때문이다. 조현병의 원인과 치료방법에 대한 인식을 높이기 위해 능력강화 프로그램 중 정신건강관리 영역에서 조현병 환자의 뇌에서 발생하는 신경전달물질(도파민, 세로토닌)과 양성증상의 관계에 대한 정보를 이해하기 쉽게 설명하였고[9], 상대적으로 많은 사람들이 알고 있는 당뇨병과 비교하여 조현병 또한 만성질환으로 이해하고 약물치료를 중심으로 치료해야[9] 한다는 점을 강조하여 프로그램을 진행하였다.

비록 통계적으로 프로그램의 정신건강정보이해능력에 대한 효과가 확인되지는 않았으나 실험군의 조현병에 대한 원인 중 심리사회적 원인에 대한 인식, 치료자원 중 가족과 친구, 비정신보건전문가, 정신치료전문가의 유용성을 인식하는 점수, 그리고 치료방법 중 정신과치료의 유용성에 대한 인식이 프로그램 실시 후 점수가 상승한 것으로 나타나 정신건강정보이해능력을 향상시킬 수 있는 가능성을 확인하였다. 그리고 프로그램 실시 전후 조현병의 개인내적 원인과 치료방법 중 생활습관변화에 대한 점수 차이가 적은 것은 폐쇄 병동에 입원하고 있는 대상자의 특성상 개인내적 요인과 생활습관변화를 변화시킬 동기가 부족했기 때문일 것으로 추측된다.

정신건강정보이해능력에 대해서는 조현병 환자 뿐 만 아니라 지역사회의 정신건강정보이해능력을 높이는 노력도 강조되어야 할 것이다. 조현병에 대한 편견과 낙인은 여전히 높은 수준이며[18,19], 과도한 공포와 차별이 여전히 존재하고 있고, 자해나 자살, 타인에 대한 위협 등 다양한 사회 문제 발생하는 것을 막기 위해 제한적으로 만성정신질환자의 입원과 집중치료 과정이 필요하지만 이 과정에서 환자는 사회적 관계가 약화되고, 사회적 지지의 약화는 정신질환의 재발의 원인이 되어 집중치료와 재발의 악순환을 반복하게 되기 때문이다[29]. 지역사회의 정신건강정보이해능력을 높이는 것은 정신질환과 원인, 정신질환의 치료방법, 치료자원 및 증상의 응급처치 등에 대한 이해를 높이고 정신질환 및 정신질환지료에 대한 편견을 감소시킴으로써 자신 또는 타인의 정신질환을 조기에 발견하고 치료하여 정신질환의 만성화를 예방하는 사회적 접근 방법 중 하나가 될 수 있을 것이다[24,28].

본 연구는 다음과 같은 의의를 가진다. 간호실무적 측면에서 본 연구는 조현병 환자를 대상으로 개발된 능력강화 프로그램을 통해 정신건강정보이해능력과 삶의 질을 향상시키는 중재로 사용할 수 있는 근거를 마련하였으며, 간호연구적 측면에서 능력강화 프로그램을 통해 정신건강정보이해능력 향상을 위한 중재로 시도된 점에서 의의가 있다. 조현병 환자의 능력강화 프로그램이 단순히 질병에 대한 지식뿐만 아니라 정신건강과 관련된 정보를 활용할 수 있는 능력도 향상시킬 수 있음을 확인하였고, 또한 국내에서 아직 연구가 부족한 정신건강정보이해능력을 향상시키기 위한 다양한 프로그램 개발의 필요성을 확인하였다. 간호교육적 측면에서 정신과 폐쇄병동에 입원한 조현병 환자들의 문제해결능력 수준, 삶의 질에 대한 특성 및 정신건강정보이해능력에 대한 정보를 제공한 점에서 의의가 있다.

본 연구의 제한점으로 첫째, 일 정신과 전문병원의 폐쇄병동에 입원 중인 조현병 환자들을 대상으로 무작위 배정을 시행하지 못한 유사실험연구이므로 모든 결과를 정신질환자에게 일반화하기에는 한계가 있다. 둘째, 입원병동에 근무 중인 정신건강전문요원 간호사 1인이 프로그램을 중재하였기 때문에 실험자 효과가 영향을 미칠 수 있는 제한점이 있다. 셋째, 본 연구는 능력강화 프로그램의 효과를 사전, 사후로만 확인하였으므로 중재의 지속적인 효과는 확인하지 못하였다. 따라서 본 연구의 제언은 다음과 같다. 첫째, 본 연구에서 대상자를 선정하는 데 어려움이 있어 입원 중인 조현병 환자를 편의 모집하였으나 추후 연구에서는 무작위 배정을 통해 효과를 검증할 필요가 있다. 둘째, 본 연구에서 조현병 환자를 위한 능력강화 프로그램(PEPS)의 문제해결능력에 대한 효과를 확인하지는 못하였으나 추후 조현병 환자의 문제해결능력을 향상시킬 수 있는 운영 방안을 마련하여 그 효과를 검정하고, 조현병 환자의 삶의 질, 정신건강이해능력 및 문제해결능력에 대한 장기적인 효과를 검증하는 연구가 필요하다.

결 론

본 연구에서는 입원 중인 조현병 환자를 대상으로 문제해결능력, 삶의 질 및 정신건강정보이해능력을 향상시키기 위해 조현병 환자를 위한 능력강화 프로그램(PEPS)을 적용하고 그 효과를 검증하였다. 연구결과, 능력강화 프로그램이 조현병 환자의 삶의 질과 정신건강이해능력을 향상시키는 효과가 있음을 확인하였으나 문제해결능력을 향상시키는 효과는 확인되지 않았다. 따라서 조현병 환자의 삶의 질과 정신건강이해능력을

향상시키는 간호중재로 조현병 환자를 위한 능력강화 프로그램을 활용할 것을 권장하며, 문제해결능력을 향상을 위한 수정·보완 노력이 필요함을 시사한다.

CONFLICTS OF INTEREST

The authors declared no conflicts of interest.

ORCID

Woo, Ju Hyun https://orcid.org/0000-0002-1053-1812
Jang, Ji Hye https://orcid.org/0000-0002-9076-0630
Cho, Jeong Hee https://orcid.org/0000-0002-3504-958X

REFERENCES

1. Seoul National University College of Medicine. The epidemiological survey of mental disorders in Korea 2011. Seoul: Ministry of Health and Welfare; 2012. December.
2. Lee KJ, You SJ, Lee SW, Kim SYJ, Kim YH, Won JS, et al. Introduction to psychiatric nursing. 6th ed. Seoul: Soomoonsa; 2011. 988 p.
3. Kim MJ, Lee KH. Development of empowerment program for persons with chronic mental illness and evaluation of impact. Journal of Korean Academy of Nursing. 2015;45(6):834-845. https://doi.org/10.4040/jkan.2015.45.6.834
4. World Health Organization collaborating center for psychosocial rehabilitation and community mental health. Patients empowerment program for schizophrenia. 3rd ed. Yongin: Yongin Mental Hospital WHO Collaborating Center for Psychosocial Rehabilitation and Community Mental Health; 2012. 136 p.
5. Hwang TY, Lee JK, Gong JH. PEPS: patient empowerment program for schizophrenia. 3rd ed. Seoul: Yongin Mental Hospital; 2006. 129 p.
6. Choi S, Hwang TY, Lee WK. Development of Korean version of empowerment scale for psychiatric rehabilitation. Journal of Korean Association of Social Psychiatry. 2005;10(1):38-47.
7. Heppner PP, Petersen CH. The development and implications of a personal problem-solving inventory. Journal of Counseling Psychology. 1982;29(1):66-75. https://doi.org/10.1037/0022-0167.29.1.66
8. Suh J, Lee M. The effectiveness of a vocational rehabilitation program developed for patients with schizophrenia. Journal of Korean Neuropsychiatric Association. 2000;39(1):88-99.
9. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. Medical Journal of Australia. 1997; 166(4):182-186.
10. DeWalt DA, Berkman ND, Sheridan S, Lohr KN, Phgnone MP. Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. Journal of General Internal Medicine. 2004;19(12):1228-1239. https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2004.40153.x
11. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. Annals of Internal Medicine. 2011;155(2):98-107. https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005
12. World Health Organization. WHOQOL measuring quality of life. [Internet]. Geneva: Author; 1997 [cited .2017 May 1]. Available from: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
13. Joung JW, Kim SJ. Effects of a relapse prevention program on insight, empowerment and treatment adherence in patients with schizophrenia. Journal of Korean Academy of Nursing. 2017;47(2):188-198. https://doi.org/10.4040/jkan.2017.47.2.188
14. Yoo JS. Development of a problem solving training model and its effectiveness [dissertation]. [Gwangju]: Chonnam National University; 1993. 195 p.
15. 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.
16. Jeon MS. Mental health literacy of community social welfare service provider [master's thesis]. [Jinju]: Gyeongsang National University; 2013. 33 p.
17. Park SA, Sung KM. The effects on helplessness and recovery of an empowerment program for hospitalized persons with schizophrenia. Perspectives in Psychiatric Care. 2013;49(2):110-117. https://doi.org/10.1111/ppc.12002
18. Velasquez MM, Maurer GG, Crouch C, DiClemente CC. Group treatment for substance abuse: a stage of change therapy manual. New York: The Guilford Press; 2015. 75 p.
19. 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.
20. Park SA, Sung KM. 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. Journal of Korean Academy of Nursing. 2016;46(4):583-597. https://doi.org/10.4040/jkan.2016.46.4.583
21. Ko HS, Choi HS. Mental health literacy among parents of adolescents and teachers in Korea. Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2015;24(3):168-177. https://doi.org/10.12934/jkpmhn.2015.24.3.168

22. Seo MK, Rhee MK. Mental health literacy and vulnerable group analysis of Korea. Korean Academy of Social Welfare. 2013; 65(2):313-334.
23. 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. 101 p.
24. Kim YY, Park HS. The effects of insight and empowerment on function and quality of life for patients with schizophrenia. Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2010;19(1):11-21.
25. Jo GY. The effects of an integrative self-esteem improvement program on self-esteem, interpersonal relations, and quality of life for persons with mental disorder. Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2009;18(4):439-448.
26. Anderson RJ, Pierce D. Assumptions associated with mental health literacy training-insights from initiatives in rural Australia. Advances in Mental Health. 2012;10(3):258-267. https://doi.org/10.5172/jamh.2012.10.3.258
27. Jorm AF. Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. The American Psychologist. 2012;67(3):231-243. https://doi.org/10.1037/a0025957
28. Kang DG, Kim YY. The utilization level of psychosocial rehabilitation centers and their insight and rehabilitation outcomes. Korean Community Mental Health Journal. 2005;8:45-59.
29. Judge AM, Perkins DO, Nieri J, Penn DL. Pathways to care in first episode psychosis: a pilot study on help-seeking precipitant and barriers to care. Journal of Mental Health. 2005;14 (5):465-469. https://doi.org/10.1080/09638230500271089