

약물 및 증상관리에 대한 자가간호교육이 정신질환자의 삶의 질에 미치는 효과*

손 경 희**

I. 서 론

1. 연구의 필요성

정신질환은 질병의 특성상 개인에 따라 장기적이고 지속적인 관리가 요구됨과 동시에 치료의 궁극적 목적도 증상감소가 아닌 독립적인 사회생활의 능력 회복이다.

따라서 정신질환의 재발과 재입원을 최소화하고, 나아가 지역사회 적응 및 재활을 위해서는 질병에 적극적으로 대처함은 물론, 질병으로 인한 장애를 극복하기 위해 개인 및 환경적 자원을 활용하고, 사회·정서적 목적달성을 위한 구체적 전략 및 이를 적용할 수 있는 극복기술과 능력의 향상이 관건이라고 본다(Liberman 등, 1993).

최근 정신질환에 대한 포괄적인 접근의 필요성이 강조되고 인본주의 정신에 입각한 도덕적 치료 개념으로 환자를 치료 팀의 일원으로 받아들여야 한다는 능동적 개념에 따라 환자 스스로 자긍심을 높이고 희망을 갖게 하며 스스로 자신을 돌볼 수 있는 실제적인 방법제시에 대한 필요성이 역설되었다.

이에 따라 어떠한 경우에서든 퇴원후의 투약중단이 실제 임상에서 대두되는 재발원인의 첫째 요인이라는 점에서 약물에 대한 정확한 지식을 전달하고 약물 복용의 이득 및 필요성을 인식하여 약물을 스스로 관리하도록 하는 약물관리 자가간호교육과 환자 스스로 자신의 병에 대한 정확한 지식을 갖고 대처하도록 돕고, 나아가 재발경고 증상까지도 미리 알고 관리하는 증상관리에 대한 자가간호가 극복기술획득 및 극복능력 고취에 대한 효과적인 방법으로 제시되었다(이충운 등, 1996).

정신질환은 질병상태와 관련된 환경적, 생물학적, 신체적 상황에서의 적절한 의학적 도움추구, 질병결과와 영향인자, 결합보완과 장애교정을 목표로 하는 재활, 치료의 효과적 수행, 건강간호를 필요로 하는 특별한 상태에 처한 자신을 수용하는 자아개념의 변형, 질병을 지니며 생활하는 방법습득 등의 건강이탈과 관련된 자가간호 요구는(Orem, 1985) 높으나 질병의 특성상 정보처리과정의 결함을 동반하므로 결과적으로 자가간호를 적절하게 수행하기가 어렵고 지속적 자가간호 결핍을 가져오는 경우가 거의 대부분이다.

궁극적으로 약물 및 증상관리에 대한 자가간호

* 본 연구는 동의대학교 교내연구비를 지원 받았음.

** 동의대학교 자연과학대학 간호학과

교육 프로그램은 인지-학습 원리를 적용하여 정보 제공, 참여관찰을 통한 실제 역할연기, 역할시연, 반복연습, 사회적 강화 및 격려, 실제 생활에서의 일반화 시도 등의 방법을 사용하여(Liberman 등, 1989), 환자에게 참여하고 싶은 동기를 부여하면서 실질적으로 자신의 질병을 조절하고 행동을 습득·유지할 수 있도록 자가간호체계 강화를 통해 질병에 대한 극복 기술과 능력 고취에 그 목적을 둔다.

한편, Holmes(1985)는 만성적인 질환은 전반적인 건강상태의 변화로 인해 일상생활이나 직장 및 여가활동의 참여가 제한되어 신체적인 장애와 정서적인 부담감은 물론 미래에 대한 지나친 걱정과 사회생활에 적응하지 못함으로써 삶의 모든 영역에 부정적인 영향을 미친다고 하였다. 그러므로 실제로 만성질환을 가진 대상자의 객관적 혹은 주관적 건강상태를 유지, 증진시키는 것이 필요하다. 따라서 만성질환을 가진 대상자에게 스스로 돕는 반응을 배우도록 함으로써 삶의 질을 높이고 유도하는 것이 간호의 목표가 되어야 한다.

Pender(1990)는 개인의 대부분의 삶은 자신을 돌보는데 소요하며 자신의 생명을 건강유지 및 증진을 위해서 매일 일상적인 자가간호활동을 수행하는데 그 일상적인 자가간호활동을 수행하는 개인의 능력에 따라서 질적인 삶의 수준이 결정된다고 하였다.

이러한 맥락에서 비록 부분적인 인지적 결함을 지녔다고 하더라도 정신질환자도 예외일 수는 없고 정신질환자 역시 자신의 질병관리에서 스스로를 돌볼 수 있는 능동적, 조정적인 역할을 하기를 원하고, 그들의 삶의 질 또한 새로운 간호 목표가 되어야 한다.

Skantz(1992)은 약물 및 증상교육을 비롯한 사회기술훈련 등의 재활 프로그램이 정신질환자의 삶의 기준증진을 추구하지만 정작 대상자 자신의 삶의 질 증진지각에 관한 연구는 그리 많지 않음을 지적하며 정신질환자의 삶의 질 요구를 해결할 수 있는 더욱 구조화된 프로그램과 사회적 서비스 전략의 필요성을 주장하고 이에 대한 도전에 직면해 있음을 강조한다.

이에 본 연구는 지역사회로 복귀할 정신질환자를 대상으로 약물과 증상관리에 대한 자가간호교육을 실시한 후 삶의 질 측면에서 그 효과를 검증하여 정신질환자에 대한 더욱 정련된 재활 프로그램 개발에 필요한 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구는 퇴원한 정신질환자를 대상으로 약물 및 증상관리 교육을 체계적으로 실시하여 정신질환자 재활을 위한 이들 프로그램의 효과성을 규명하는데 있다.

따라서 본 연구의 구체적 목적은 약물 및 증상관리 교육을 제공받은 실험 군과 받지 않은 대조 군간에 삶의 질에 있어 차이가 있는지를 검증하고자 한다.

3. 연구 가설

가설, 약물 및 증상관리 교육을 제공받은 실험 군은 받지 않은 대조 군보다 교육 종료시 삶의 질에 대한 점수가 더 높을 것이다.

4. 용어 정의

1) 약물 및 증상관리 교육

약물 관리에 대한 교육은 약물의 효과, 약물을 복용해야 하는 이유, 부작용과 이를 극복하는 방법을 집중적으로 교육시키는 것을 의미하고, 증상 관리에 대한 교육은 현재와 과거의 정신질환의 증상을 인지하고 재발경고 증후를 파악하도록 교육시키는 것을 의미한다(Liberman 등, 1989).

본 연구에서는 약물 관리에 대한 교육은 ① 약물 복용으로 얻은 이득, 약 효과에 관한 경험 나누기, ② 약 복용 중단과 재발, ③ 약을 잘 복용하는 법, 복용하는 약의 종류, ④ 약의 부작용, 약 부작용에 관한 경험 나누기, ⑤ 부작용 대처법, 치료 팀과 의논하는 법, ⑥ 약과 술, 담배, 커피, 음식 등에 관한 내용으로 구성되어 있으며, 증상 관리에 대한 교육은 ① 재발을 방지하기 위해 해

야 할 일, ② 정신질환 증상교육, 증상의 경험나누기 I, ③ 정신질환 증상교육, 증상의 경험나누기 II, ④ 재발경고 증상교육, 증상의 경험나누기, ⑤ 재발경고 증상 찾는 법과 대처방법, ⑥ 지속증상과 극복하는 방법, 술과 재발, 술을 효과적으로 거절하는 방법 등의 내용으로 구성되어 있고, 퇴원 후의 정신질환자에게 본 연구자와 인의 보조연구자가 강의와 대리경험, 역할극 연기, 참여 모델 기법 등의 방법을 적용시켜 교육하는 것을 말한다.

2. 삶의 질

신체적·정신적·사회경제적 영역에서 각 개인이 지각하는 주관적 안녕을 의미하며(Lehman 등, 1982), 본 연구에서는 정서상태, 경제생활, 자아 존중감, 신체적 상태와 기능, 이웃관계 및 가족관계 등의 전체적인 생활에 대해 개인이 지각하는 생활만족도를 말하는 것으로 41문항의 5점 척도에서 측정된 점수를 말한다.

II. 문헌 고찰

1. 약물 및 증상관리에 대한 자가간호교육

정신질환자에 있어서 약물 및 증상에 관한 부적절한 인지 및 지식, 자가간호 행위의 비일관성, 자가간호를 위한 개인적 책임감 증진을 위한 기회와 제한, 학습요구에 알맞게 고안된 교육프로그램의 부족은 자가간호 능력의 위축을 가져오며 이러한 자가간호 결핍은 증상의 출현, 악화, 재발을 가져온다(Harper, 1984).

정신질환자와 가족 모두에게 힘든 경험의 악순환일 뿐만 아니라 지역사회 건강 문제와도 직결되는 정신질환의 잦은 재발, 재입원의 회전문 증후는 질병에 대한 인식 부족과 약물 복용중단이 그 주된 원인으로 알려져 있으며(Eckman 등, 1992), 이는 결국 건강이탈과 관련된 자가간호의 결핍을 의미한다.

Axelord 등(1989)은 만성정신질환의 치료에서 퇴원 후 약물복용 중단율은 35~50%라고 보고하

였고 퇴원 후 1년 이내에 30~60%가 치료를 중단한다고 하였다.

Andur(1979) 또한 소변 내 약물검출 혹은 약개수확인, 환자나 가족보고 등을 토대로 한 정신질환자의 약물 복용도에 관한 보고에서 퇴원환자의 30~50%가 약물 복용을 중단하였고, Landeen 등(1981)은 50~70%, Kelly(1990)는 35~65%가 약물복용을 완전히 중단했다고 보고하였다.

Kane(1989)은 정신과 외래환자의 약물 복용율은 40~50%이며 그나마 약물 용량을 줄여먹거나 간헐적으로 복용하는 경우도 적지 않음을 주장하였는데 Razali 등(1995)도 225명의 정신분열병 환자 중 73%가 약물복용을 제대로 하지 않았다고 하며 Irwin(1971), Mason 등(1995)도 이와 유사한 결과를 보고하였다.

많은 연구자들은 약물 복용도를 약물에 대한 지식과 결부시켜 설명하는데 (Herz, 1985; Eckman 등, 1990; Weiden 등 1995; Schwarz 등, 1998) 약물 복용 중단자는 물론 비록 약물을 복용하고 있다하더라도 복용하고 있는 약 이름, 용량, 왜 약을 복용해야 하는 지도 모를 뿐만 아니라 약물 부작용과 이의 대처방법, 임상에서의 약물 복용이유, 언제 어떤 약인가에 대한 이해도도 매우 낮다는 것이다.

Geller(1982)는 281명을 대상으로 약물지식 조사 결과 22%가 약물 이름만을, 14%가 약물이름, 복용 횟수, 약 효과를 알고 있다고 보고하며 Beck 등(1996)은 57명의 대상자 중 11명만이 약물이름, 용량, 부작용, 효과를 안다고 하였고 38명은 약물 부작용에 대해 들어 본 적도 없다고 응답하였다고 보고한다.

이러한 약물에 대한 기초지식 및 잠재적 치료효과에 대한 이해부족과 약물 부작용 등은 처방된 약물을 정확하게 복용하지 않거나 전혀 복용하지 않는 건강이탈과 관련된 자가간호 결핍의 원인으로 제시된다.

이에 대해 Diamond(1983)은 정신질환은 질병의 특성상 약물 복용이 가장 필요한 질병이 재발되는 시기에 증상의 인지 지각 능력의 저하로 오히려 약물복용을 중단하는 경우가 많으며 약물

의 유지효과로 증상이 경하거나 무증상일 때 질병이 완치되었다고 생각하는 질병에 대한 인식과 이해 부족이 근본적으로 이미 약물 복용과 밀접히 연루됨을 지적한다.

실제로 Dopp(1979)는 정신질환자 127명 중 75명이 자신의 진단명을 알고 있었고 그 중 54명이 이를 받아들였다고 한다. Luderer 등(1993)도 역시 이와 유사하게 108명을 대상으로 한 연구에서 34명이 정확하게 진단을 안다고 응답하였고, McEvoy 등(1981)도 445명의 입원한 정신분열병 환자의 단지 13%만이 자신의 질병을 이해한다고 보고하였다. 그러므로 Eckman 등(1990, 1992)은 약물 및 질병에 대한 인식 부족, 약물 복용법의 복잡성, 치료 팀이 환자에게 약물 유지 요법과 질병에 대해 교육하지 않는 것 등을 재발을 저해하는 요인으로 밝히고, 따라서 약물 및 질병의 자가관리기술과 태도는 학습되어야함을 강조한다.

1980년 초 Liberman 등은 UCLA의 임상연구소에서 정신질환자의 재발을 위한 프로그램을 개발하였는데 이는 학습원리를 바탕으로 정신질환자가 지역사회에서 적응하고 생활하는데 필요한 특정분야의 기술을 가르치는 것이다. 프로그램의 목적은 정신질환자들이 자신의 삶을 더욱 책임감 있고, 믿을 수 있는 주관자가 되어 극복능력을 고취시키고 정신질환에 대한 방어력을 강화하도록 환자를 직접 교육하는 것으로 이들 프로그램은 약물 및 증상관리교육, 직업교육, 대인관계기술 등으로 구성되어있다(Liberman 등, 1983).

본 연구에서 이러한 Liberman의 약물 및 증상관리 프로그램을 바탕으로 지지적인 교육체계를 통해 자가간호능력고취를 목적으로 사용한 약물 및 증상관리에 대한 자가간호교육프로그램의 내용을 보면 약물 자가간호 프로그램은 항정신병 약물 복용의 이득에 대한 정보제공, 정확한 자가관리 기술과 평가, 약물 부작용의 확인, 약물 문제에 대해 전문가와 의논하는 것 등이 중심 내용으로 구성되어 있으며, 교육의 목표는 약물 자가간호를 잘함으로써 약물로 인한 불편감이 감소되며 처방 약물에 대한 정확한 복용도가 높아 결과적으로 증

상의 안정을 가져오게 하는 것이다.

증상 자가간호 교육 프로그램은 정신질환의 원인 및 증상, 특징, 재발 경고 증상의 확인 및 대처방법, 잔류증상의 극복, 다른 약물이나 술을 피하는 기술 등을 중심으로 구성되어 있으며, 교육의 목표는 환자 자신이 증상에 관하여 숙련된 관찰자가 되도록 하여 치료과정에 영향력 있는 참여자가 되도록 돕는 것이다.

Kelly등(1990)은 정신질환자에게 제공되는 교육방법은 반복과 행동모델이 효과적이라고 하였고, Lazarus(1966) 역시 행동시연이 효과적이라고 하였는데 이는 정신분열병에서 흔히 보는 인지적 정보처리과정의 결점을 보완해서 극복하는 유용한 전략이다. 약물 및 증상 자가간호 프로그램은 구체적 상황에 대한 정확한 정보제공, 역할시연, 역할연기, 반복연습, 피드백, 그룹의 및 실제 생활에서의 일반화 시도방법을 사용하여 대상자가 자신의 질병에 대한 기존의 수동적이고 의존적 역할에서 탈퇴하여 스스로 조절할 수 있다는 신념을 갖게 하고 능동적 역할을 수행, 유지할 수 있도록 행동변화를 추구한다(Brenner등, 1992).

약물과 증상 자가간호 교육에 관련된 선행연구를 보면 Liberman의 약물 및 증상관리프로그램을 적용하며 정신병리 및 자가관리기술 측정(Eckman등, 1992), 대인관계변화와 자존감(손경희, 1997), 약물복용태도(손경희, 1999)를 측정한 보고가 있고, Liberman의 프로그램을 적용하지는 않았으나 약물 교육을 시행연구로는 약물복용에 대한 간호지침을 제공한 후 약물지식정도를 측정한(Beck등, 1986; Clary등, 1992)보고가 있다.

위의 보고를 제외하고 정신질환자에게 교육 후 효과를 측정한 연구들은 약물과 질병에 관한 설명, 질문, 토의, 치료, 약물 부작용, 술과 약물의 관계, 치료자에게 도움을 구하는 방법 등의 내용 중에서 일부 내용을 교육한 후 약물과 질병에 대한 지식, 약 복용도, 치료 및 치료자에 대한 태도, 외래치료 약속이행도로 효과를 측정하고 있었다(Osmond 등, 1978; Battle 등, 1992; Beck 등, 1986; Kelly 등 1990; Remington, 1995; Razali 등, 1995).

2. 정신질환자의 삶의 질

현대의 건강증진목표는 환자의 독립심을 향상시키고 기능을 유지 회복시켜 만족감을 갖도록 삶의 질을 향상시키는 것이다. 따라서 질병의 영향이나 치료효과를 삶의 질 차원에서 평가해야 한다는 인식이 증대되고 있으며 특히 질병을 지닌 채 살아가는 만성질환자들에게 중요하게 고려되어야 할 문제이다.

주요 정신질환은 만성적이고 퇴행적 결과를 거치며 질병의 특성상 대인관계 및 자아감에 많은 영향을 미치고 질병의 증상과 과정은 개인 존재의 모든 면에 영향을 미친다(Remington, 1995).

잡은 재발과 재입원으로 인한 만성 정신질환자의 심리적 문제는 낮은 자존감, 자신감의 저하, 인내력 부족, 거절에 대한 두려움이며 이는 사회적 위축을 가져오고 특히 만성 정신분열병 환자의 50%에서 사회적, 개인적 기능 결핍을 가져오므로(Razali 등, 1995), 이는 환자의 삶의 전 영역에 심각한 부정적 영향을 미치게 된다.

Malm등(1981)은 정신생물치료로 정신질환의 증상을 감소시킬 수는 있으나 사회적 재활의 어려움과 지속되는 소외는 재발을 촉진시키고 나아가 인간으로서의 기본적 존엄성을 위협하고 있다고 지적하고 이제 재활의 기준은 재발방지는 물론이고 삶의 질 향상이라는 새로운 목표를 설정해야 한다고 하였다.

Diamond(1985) 또한 투약의 효과로 측정하는 재입원을, 재발율, 증상척도는 환자의 생활을 통합적으로 측정하는 적절한 방법이 아니며 진정한 효과는 주관적 반응인 안녕감, 삶이 향상되고 있다는 만족감인 삶의 질이 그 척도가 된다고 하였다. 따라서 치료 및 재활은 삶의 질이라는 좀 더 넓은 맥락에서 개념화되어야 하며 모든 프로그램은 환자의 삶의 질 향상에 기여해야 한다.

뿐만 아니라, 최영희(1997)는 정신질환자 치료의 계획과 목표수정에 동기부여를 위해 재활치료 전 단계에서도 삶의 질 지표를 적용해야 한다고 하였다.

정신질환자를 대상으로 한 선행연구를 볼 때 삶의 질은 전체적 안녕감이 반영된 주관적인 실제

(Lehman 등, 1982), 활동의 자유 및 목적을 지니고 생활자체에서 성취감을 얻는 심리·생리학적 기능의 충족(Goodinson 등, 1989)등으로 다양하게 정의된다.

Simpson등(1989)도 만성정신질환자의 삶의 질은 아주 중요함에도 불구하고 그 정의에 어려움이 있으며 측정 또한 다양함을 지적하는데 공통적 영역으로 주거환경, 개인적 안전과 건강, 가족관계, 사회적 관계, 여가활동, 일, 재정, 주관적 경험 및 정신적 요인을 들고 있다.

Lehman등(1986)도 이와 유사한 영역으로 정신질환자의 삶의 질을 측정한 결과 대부분의 영역에서 낮은 상태로 보고하였고, 입원환자보다는 지역사회 거주환자가 삶의 질이 높았다고 하였다.

Skantze 등(1992)은 61명의 정신분열병 외래환자를 대상으로 한 결과 대체로 삶의 질의 주관적 경험영역에서 불만족인 것으로 자가 보고되었고, 환자의 나이, 교육과 직업상태에 따라 삶의 질에 유의한 차이가 있는 것으로 보고하였다.

안병탁 등(1997)은 병실환경과 삶의 질이 유의한 관계가 있다고 하고 폐쇄병동보다 자율적인 개방병동환자가 높은 삶의 질 점수를 나타내었다고 하였는데 이는 Simpson등(1989), Gibbons 등(1987)등의 연구결과와도 유사하다.

Bush등(1990)과 Huxley등(1992)은 직접적인 사례관리가 만성정신질환자의 삶의 질 향상에 보다 효과적이라고 하였는데 재활프로그램을 실시한 후 그 효과를 측정한 연구로는 사례관리와 함께 정신재활간호프로그램을 제공한 후 삶의 질이 향상되었다는 보고(이 숙, 1996; 이정섭 등, 1997)가 있으며 황태연 등(1995)은 직업재활프로그램 적용 후 삶의 질의 주관적 영역에서 높은 점수를 나타내었다는 보고가 있었다.

III. 연구 방법

1. 연구 대상자

본 연구는 DSM-IV 진단기준에 의해 정신분열병, 약극성 장애, 주요 우울증으로 진단 받고 부

산 시내 1개 정신 전문병원에서 입원치료 후 퇴원한 외래환자 40명을 연구자가 임의 표출한 뒤 프로그램참여에 동의한 20명을 실험 군으로 나머지 20명을 대조 군으로 선정하였다.

2. 연구 설계

약물 및 증상 관리교육이 정신질환자의 약물복용태도에 미치는 효과를 검증하기 위해 교육을 실시한 실험 군과 교육을 실시하지 않은 대조 군을 비교하는 비동등 대조 군 전후 유사실험설계를 이용하였다.

3. 연구 절차

1999년 3월 6일부터 5월 29일까지 주 1회(금요일)에 100분씩을 원칙으로 총 12회에 걸쳐 약물 및 증상관리에 대한 자가간호 교육을 실시하였다.

교육내용은 약물 및 증상 환자교육 교본을 중심으로 전반부 6회는 약물에 대한 지식증가와 규칙적 복용강화, 부작용 대처방법에 관한 것이었고 후반부 6회는 증상에 대한 대처방법 및 재발경고 증상파악을 목표로 교육기법을 정확한 정보제공을 위한 강의, 자가간호 기술습득을 위해 구체적 상황에 대한 역할시연 및 역할연기, 자신감을 위한 반복연습과 피드백, 그룹토의를 통한 경험나누기 등을 활용하였다.

자료수집은 교육직전과 교육 종료 후 실험 군과 대조 군에게 각각 설문지를 배부하고 자가 기록하게 한 후 직접 수거하였다.

4. 연구 도구

1) 약물 및 증상관리에 대한 자가간호 교육 프로그램

UCLA에서 Liberman 등이 개발한 것을 우리나라에서 번역·수정 보완하여 한국판 표준화로 만든 승인 환자교육교본, 증상관리, 약물관리(김철권 등, 1996)를 사용하였다.

2) 삶의 질

노유자(1988)의 삶의 질 측정도구(신뢰도계수, 0.94)를 바탕으로 문헌을 참조하여 정신질환자에게 적합한 41문항으로 구성된 측정도구를 사용하였는데 생활에 대해서 '매우 만족한다' 5점에서부터 '매우 불만이다'를 1점으로 하여 점수가 높을수록 삶의 질이 높음을 의미한다. 본 연구에서 신뢰도 계수는 0.89이었다.

5. 자료 분석

수집된 자료는 SPSS/pc+을 이용하여 분석하였다.

- (1) 실험 군과 대조 군간의 동질성 검정을 위하여 χ^2 동질성 검정, Wilcoxon 비모수적 2표본검정을 하였다.
- (2) 실험 군과 대조 군간의 차이에 대한 변화는 비모수적 2표본검정인 Wilcoxon 검정을 실시하였다.

6. 연구의 제한점

- (1) 대상자가 부산시의 1개 정신과 병원에 국한되어 있으며 표본의 수가 적어 결과를 일반화하기에는 무리가 있어 향후 더 다양한 집단과 많은 표본을 대상으로 연구가 필요하다.
- (2) 항정신약물과 항콜린성 약물 등과 같이 인지 기능에 영향을 미칠 수 있는 약물을 통제하지 못하였다.
- (3) 가족지지 등과 같은 사회환경적 요인을 통제하지 못하였다.

IV. 연구 결과

1. 연구대상자의 일반적 특성

대상자의 성별은 실험 군과 대조 군 모두에서 각각 남자 11명, 여자 9명이었고 연령은 실험군의 경우 18세~47세(평균 30.90 ± 7.75)까지이

있고 대조군의 경우 18세~46세(평균 30.45±7.69)까지이었다.

결혼상태는 두 집단 모두 미혼이 많았으며 교육 정도는 고졸에서 대졸까지가 실험 군은 17명, 대조 군은 13명으로 나타났다.

직업은 실험 군에서 사무직, 생산직이 각 1명, 판매 서비스직 2명, 기타가 4명이었고, 대조 군은 전문직, 사무직, 생산직이 각각 1명씩, 판매서비스직 4명, 기타가 2명이었고, 그 외에는 무직이었고 경제상태는 실험 군과 대조 군 모두에서 월 50~

100만원미만이 각각 13명, 12명으로 가장 많았다.

대상자들의 질병특성에 있어서 진단 명이 정신분열증, 양극성 장애, 주요우울증이었는데 입원경험횟수는 실험 군과 대조 군 모두에서 1회~2회가 가장 많았으며 유병기간을 보면 실험 군은 평균 5.9년, 대조 군에서는 평균 4.8년이였다.

연구대상자의 인구사회학적 특성 및 제변수를 χ^2 동질성 검정과 T-test한 결과 두 집단간에 유의한 차이가 없었다.(표 1 참조)

약물과 증상관리에 대한 자가간호교육실시 전

<표 1> 실험 군과 대조 군의 일반적 특성에 대한 동질성 비교

| | | 실험 군(n=20) | 대조 군(n=20) | P |
|------------|----------------|------------|------------|------|
| 성별 | 남 | 11 | 11 | 1.00 |
| | 여 | 9 | 9 | |
| 결혼상태 | 기혼 | 4 | 4 | 0.72 |
| | 미혼 | 16 | 15 | |
| | 기타 | 0 | 1 | |
| 교육수준 | 국졸 | 0 | 1 | 0.41 |
| | 중졸 | 3 | 6 | |
| | 고졸 | 10 | 9 | |
| | 대졸이상 | 7 | 4 | |
| 직업 | 전문직 | 0 | 1 | 0.80 |
| | 사무직 | 1 | 1 | |
| | 판매·서비스직 | 2 | 4 | |
| | 생산직 | 1 | 1 | |
| | 기타 | 4 | 2 | |
| | 무직 | 12 | 11 | |
| 경제상태 | 월 50~100만원 | 13 | 12 | 0.60 |
| | 월 100~150만원 미만 | 3 | 3 | |
| | 월 150~200만원 미만 | 4 | 4 | |
| | 월 200만원 이상 | 0 | 1 | |
| 입원횟수 | 3회~4회 | 3 | 0 | 0.30 |
| | 5회 이상 | 4 | 3 | |
| 진단명 | 정신분열병 | 11 | 16 | 0.24 |
| | 양극성 장애 | 4 | 2 | |
| | 주요 우울증 | 5 | 2 | |
| 유병년수(Mean) | | 5.95 | 4.80 | 0.84 |
| 연령(Mean) | | 30.90 | 32.45 | 0.97 |

<표 2> 실험 군과 대조 군의 자가간호교육 실시 전 삶의 질의 동질성 비교

| | 집 단 | Mean(S.D) | Z | P |
|------|------------|---------------|------|------|
| 삶의 질 | 실험 군(N=20) | 133.55(18.17) | -.74 | .457 |
| | 대조 군(N=20) | 137.25(19.52) | | |

실험 군과 대조 군의 동질성을 검정하기 위하여 삶의 질 실험 전 측정값을 Wilcoxon test한 결과 통계적으로 의미 있는 차이가 없어 두 집단은 동일 집단임이 밝혀졌다.(표 2 참조)

2. 약물 및 증상관리에 대한 자가간호교육이 삶의 질에 미치는 효과 검정

“약물 및 증상관리에 대한 자가간호교육을 제공 받은 실험 군은 받지 않은 대조 군보다 교육 종료 시에 삶의 질 점수가 더 높을 것이다.”라는 가설은 교육종료 후 실험군의 삶의 질 평균이 148.80, 대조 군은 134.05로 Wilcoxon 검사결과 두 집

단간에 유의한 차이가 있는 것으로 나타나 지지되었다.(표 3 참조)

생활만족도로 측정된 삶의 질 점수에 있어서 약물 및 증상관리에 대한 자가간호교육실시에 총점 133.55점에서 프로그램 실시 후 148.80점으로 증가하였으나 대조 군은 사전조사시 137.25점에서 사후조사시 134.05점으로 오히려 감소되었다.

실험 군은 약물 및 증상관리에 대한 자가간호교육 실시 후에 집과 주변환경, 전반적인 생활, 부모 및 배우자와의 관계, 활력상태, 가정에서의 위치, 수면상태, 외로움과 분노, 환경변화에 적응 등의 항목에서 Wilcoxon test를 통해 대조 군과 의미 있는 차이를 나타내었다.(표 3-1 참조)

<표 3> 실험 군과 대조군의 자가간호교육실시 후 삶의 질 점수 비교

| 집 단 | 실험전 Mean(S.D) | 실험후 Mean(S.D) | Z | P |
|------------|------------------|------------------|-------|------|
| 실험 군(N=20) | 133.55(18.17) | 148.80(12.70) | -2.06 | .034 |
| 대조 군(N=20) | 137.25(19.52) | 134.05(16.71) | | |

<표 3-1> 실험 군과 대조군의 자가간호교육실시 후 삶의 질 항목에 대한 비교

| 문 항 | 항 목 | 집 단 | 실험전 Mean(S.D) | 실험후 Mean(S.D) | Z | P |
|-----|------------|--------|------------------|------------------|-------|-------|
| 1 | 하고 있는 일 | E(실험군) | 2.45(1.05) | 2.85(1.04) | -1.21 | .234 |
| | | C(대조군) | 2.45(.88) | 2.55(.88) | | |
| 2 | 외모 | E(실험군) | 3.00(.97) | 3.00(1.07) | .00 | 1.000 |
| | | C(대조군) | 3.10(.78) | 3.15(1.08) | | |
| 3 | 신체상태 | E(실험군) | 2.60(.99) | 3.10(1.29) | -.95 | .348 |
| | | C(대조군) | 2.60(.88) | 2.75(.85) | | |
| 4 | 집과 주변환경 | E(실험군) | 2.60(.99) | 3.25(.75) | -2.62 | .012* |
| | | C(대조군) | 2.85(1.04) | 2.90(.91) | | |
| 5 | 전반적인 생활 | E(실험군) | 2.40(.94) | 3.10(.91) | -2.39 | .022* |
| | | C(대조군) | 2.80(1.23) | 2.75(1.25) | | |
| 6 | 부부와의 관계 | E(실험군) | 2.60(1.18) | 3.50(.94) | -2.65 | .012* |
| | | C(대조군) | 3.90(1.33) | 3.85(1.34) | | |
| 7 | 형제나 친척과 관계 | E(실험군) | 2.85(1.08) | 3.20(.83) | -1.14 | .261 |
| | | C(대조군) | 3.35(1.26) | 3.30(1.38) | | |

<표 3-1> 계속

| 문항 | 항목 | 집단 | 실험전 | 실험후 | Z | P |
|----|-------------------|--------|------------|------------|-------|-------|
| | | | Mean(S.D) | Mean(S.D) | | |
| 8 | 활력상태 | E(실험군) | 2.50(.70) | 3.65(1.07) | -2.05 | .036* |
| | | C(대조군) | 2.25(1.06) | 2.40(.88) | | |
| 9 | 활동정도 | E(실험군) | 3.10(1.16) | 3.40(1.09) | -.83 | .407 |
| | | C(대조군) | 2.45(1.09) | 2.95(1.05) | | |
| 10 | 식생활수준 | E(실험군) | 3.25(.91) | 3.15(.98) | -.33 | .741 |
| | | C(대조군) | 2.60(1.23) | 3.00(.92) | | |
| 11 | 친구관계 | E(실험군) | 2.95(1.23) | 2.75(.91) | .58 | .563 |
| | | C(대조군) | 2.75(1.06) | 2.80(1.19) | | |
| 12 | 취미·오락 여가활동 | E(실험군) | 2.75(.80) | 3.05(.94) | -1.26 | .214 |
| | | C(대조군) | 2.70(.97) | 2.55(.98) | | |
| 13 | 가정에서의 위치 | E(실험군) | 2.65(.88) | 3.20(.69) | -1.90 | .045* |
| | | C(대조군) | 2.70(1.12) | 2.85(1.18) | | |
| 14 | 수면상태 | E(실험군) | 3.30(.72) | 3.75(1.01) | -2.12 | .034* |
| | | C(대조군) | 3.00(.84) | 3.40(1.09) | | |
| 15 | 함께 일하는 사람과의 관계 | E(실험군) | 3.45(.82) | 3.45(.82) | .00 | 1.000 |
| | | C(대조군) | 3.10(1.16) | 3.60(.88) | | |
| 16 | 의생활 | E(실험군) | 3.10(1.11) | 3.30(1.12) | -.56 | .577 |
| | | C(대조군) | 3.10(.96) | 3.20(.85) | | |
| 17 | 교육수준 | E(실험군) | 2.65(1.04) | 3.00(1.02) | -1.07 | .291 |
| | | C(대조군) | 2.90(1.11) | 2.80(.89) | | |
| 18 | 가족 전체의 월수입 | E(실험군) | 2.60(.94) | 2.90(1.20) | -.87 | .387 |
| | | C(대조군) | 2.60(1.14) | 2.90(.91) | | |
| 19 | 배뇨·배변상태 | E(실험군) | 3.15(1.16) | 3.25(1.23) | -.21 | .831 |
| | | C(대조군) | 3.30(1.30) | 3.40(1.23) | | |
| 20 | 마음의 일 할 능력 | E(실험군) | 2.75(.87) | 3.45(1.19) | -1.92 | .048* |
| | | C(대조군) | 3.40(1.14) | 2.75(.96) | | |
| 21 | 남들만큼 일 할 능력 | E(실험군) | 2.95(1.19) | 3.25(1.20) | -.79 | .434 |
| | | C(대조군) | 3.10(1.37) | 2.80(.95) | | |
| 22 | 뚜렷한 목적소유 | E(실험군) | 3.10(1.16) | 3.45(.99) | -1.02 | .314 |
| | | C(대조군) | 3.20(1.05) | 2.65(1.08) | | |
| 23 | 외로움 | E(실험군) | 3.10(.96) | 3.70(.77) | -1.95 | .049* |
| | | C(대조군) | 3.90(.78) | 3.35(.87) | | |
| 24 | 불안감 | E(실험군) | 3.15(1.04) | 3.45(1.14) | -.86 | .391 |
| | | C(대조군) | 3.50(1.10) | 3.20(1.05) | | |
| 25 | 신체적 피로 | E(실험군) | 3.80(1.23) | 3.80(1.23) | .00 | 1.000 |
| | | C(대조군) | 4.10(.91) | 4.00(.72) | | |
| 26 | 남들과 서로 믿으며 생활 | E(실험군) | 2.85(1.13) | 3.10(1.16) | -.68 | .496 |
| | | C(대조군) | 2.80(1.05) | 2.90(.78) | | |

<표 3-1> 계속

| 문항 | 항목 | 집단 | 실험전 | | 실험후 | |
|----|-----------------|--------|------------|------------|-------|--------|
| | | | Mean(S.D) | Mean(S.D) | Z | P |
| 27 | 낙관적 태도 | E(실험군) | 3.25(1.16) | 3.35(1.34) | -2.25 | .803 |
| | | C(대조군) | 3.40(1.50) | 2.95(1.05) | | |
| 28 | 걱정거리 | E(실험군) | 3.15(1.08) | 3.20(1.32) | -1.13 | .897 |
| | | C(대조군) | 3.75(1.11) | 3.65(1.04) | | |
| 29 | 신체적 불편감 | E(실험군) | 3.05(1.28) | 2.45(.74) | -2.01 | .043* |
| | | C(대조군) | 2.85(1.13) | 2.50(.60) | | |
| 30 | 말은 입무수행 | E(실험군) | 3.10(.83) | 3.75(.64) | -2.34 | .021* |
| | | C(대조군) | 3.35(1.26) | 3.30(.86) | | |
| 31 | 남들만큼 가치있는 사람 | E(실험군) | 3.25(1.03) | 3.85(.75) | -2.22 | .35 |
| | | C(대조군) | 3.15(1.22) | 3.00(1.16) | | |
| 32 | 패배감 | E(실험군) | 3.20(1.32) | 3.45(1.01) | -1.59 | .55 |
| | | C(대조군) | 3.45(.46) | 2.75(1.06) | | |
| 33 | 의욕적 생활 | E(실험군) | 3.10(1.10) | 3.20(1.16) | .27 | .78 |
| | | C(대조군) | 3.00(1.58) | 3.00(1.16) | | |
| 34 | 환경변화에 적응 | E(실험군) | 3.25(1.20) | 4.10(.85) | -2.05 | .039* |
| | | C(대조군) | 4.20(1.06) | 3.90(.78) | | |
| 35 | 매사에 두려움 | E(실험군) | 2.80(.89) | 3.55(1.03) | -1.95 | .049* |
| | | C(대조군) | 3.10(1.44) | 2.75(.96) | | |
| 36 | 분노감 | E(실험군) | 2.95(1.23) | 3.70(1.10) | -2.07 | .041* |
| | | C(대조군) | 2.75(1.51) | 2.85(1.18) | | |
| 37 | 자신을 소중히 여김 | E(실험군) | 3.20(1.19) | 3.35(.98) | -.43 | .668 |
| | | C(대조군) | 3.75(1.33) | 3.50(1.14) | | |
| 38 | 정신적 고달픔 | E(실험군) | 2.90(1.06) | 3.55(.81) | -1.94 | .048* |
| | | C(대조군) | 3.30(1.41) | 3.35(1.22) | | |
| 39 | 체중문제 고민 | E(실험군) | 2.95(1.23) | 2.50(1.10) | 1.21 | .231 |
| | | C(대조군) | 2.85(1.13) | 3.00(1.07) | | |
| 40 | 자녀와의 관계 | E(실험군) | 2.71(.75) | 4.50(1.00) | 3.37 | .008** |
| | | C(대조군) | 3.75(.95) | 4.00(1.22) | | |
| 41 | 배우자와의 관계 | E(실험군) | 3.00(.83) | 3.70(1.03) | -2.31 | .038* |
| | | C(대조군) | 3.70(1.26) | 2.55(.68) | | |

** P < .01, * P < .05

V. 논 의

자가간호란 치료자의 지시에 순응하는 차원이 아니라 건강유지, 회복, 재활을 위해 대상자가 시도하는 모든 활동을 의미하며 이러한 개념은 정신질환에서 더욱 적극적인 직접 적용이 가능하다. 그러므로 체계화된 교육프로그램인 약물 및 증상 자가간호는 건강이탈과 관련된 자가 간호 요구를

지리적 교육체계를 통해 중재함으로써 궁극적으로는 정신질환자의 자가간호 능력을 향상시키는 것을 목적으로 한다.

Orem(1985)는 생명과 건강 및 안녕을 유지하기 위해 개개인이 수행하는 자가간호는 건강수준 향상뿐 아니라 궁극적으로는 삶의 질을 향상시킬 수 있다고 하였다.

Pender(1990) 또한, 자가간호활동을 수행하는

개인의 능력에 따라 삶의 질이 결정된다고 하였는데, 정연(1993)은 이러한 자기간호역량이 비중 있는 영향변수로 삶의 질을 11.4%로 설명한다고 보고하였다.

한편, Germino(1987)는 삶의 질이 불편감의 증상과 아주 중요한 방법으로 연결되어 있다고 주장하였다. 그녀는 삶의 질을 증진시키는 것이 증상조절을 증진시키는 문제와 직결된다 하고 또한 증상조절은 삶의 양이나 생존력도 개선시킬 수 있다고 주장한다(김분한 등, 1999).

투약효과 역시 정신질환자의 삶의 질에 영향을 미치는데 약물복용은 증상완화와 재발방지로 좀 더 안정된 생활을 가져오고, 이로 인해 생활환경이 개선될 수 있고 사회적인 관계유지에 도움이 되어 궁극적으로 삶의 질 증진에 중요한 역할을 한다(Diamond, 1985).

따라서 본 연구결과는 이러한 주장들을 지지한다고 본다. 이는 약물 및 증상관리에 대한 자기간호 교육을 실시한 실험 군에서 대조 군보다 교육 후에 삶의 질이 유의하게 높게 나타난 것이 정신질환자 자신이 복용하고 있는 약과 부작용을 스스로 관리함으로 약물복용을 촉진시키고 질병증상에 대처하고 재발경고 증후를 알아내고 스스로를 돌볼 수 있는 자기간호능력의 향상이 궁극적으로는 삶의 질 고취를 가져올 수 있었다고 사료된다. 또한 퇴원한 지역사회 정신질환자를 대상으로 직업재활프로그램(황태연 등, 1995), 집단활동요법 등의 정신재활프로그램(이숙, 1996)제공 후 정신질환자의 삶의 질이 향상되었다는 보고와는 어떠한 형태이든 재활프로그램의 삶의 질에 대한 긍정적 효과검증이라는 측면에서는 그 맥을 같이 한다고 본다.

Farquhar(1995)는 삶의 질 속성도 신체적 기능과 정서상태, 삶의 만족감, 안녕감, 자존감, 적응, 삶의 가치, 기능적 상태 등을 대부분 포함하고 있지만 연구목적과 대상자가 가진 건강문제에 따라 구체적인 삶의 질이 다르게 조작화 된다고 하였다.

정신질환자를 대상으로 한 삶의 질 측정은 주거환경, 가족관계, 대인관계, 여가활동, 일, 재정, 건강 등을 공통적 영역으로 하며(Lehman 등,

1986) 그 밖에도 종교 및 개인적 안전(Simpson 등, 1989), 정신적, 신체적 건강과 자기성취(Flanagan, 1982) 영역들을 포함하고 있었다.

약물 및 증상관리에 대한 자기간호교육을 제공 받은 실험 군은 삶의 질 여러 측면 중에서도 집과 주변환경, 전반적 생활, 자녀 및 부모와의 관계 등의 가족관계, 외로움과 분노 등의 정서상태, 활력상태, 수면상태 등의 항목에서 대조 군과 유의한 차이를 나타내 교육의 효과가 있었음을 보여주었다. 이는 이숙(1996), Skantze 등(1990)의 결과와 부합되어 본 연구결과의 타당성을 뒷받침해 주고 있다.

또한 황태연 등(1995)은 직업재활 프로그램이 가족관계, 대인관계, 임무수행, 치료이행, 여가활동, 자율성과 자존감 등의 영역에서 삶의 질 향상을 가져왔다고 보고한 것과도 그 맥락을 같이 한다.

Gibbons 등(1987)은 지역사회 정신센터에 거주하고 있는 정신질환자들은 대인관계, 활동 및 증상감소의 측면에서 삶의 질 향상을 보였다고 보고하며 안병탁 등(1997)도 폐쇄병동입원에 비해 개방병동입원환자가 자율성과 지지항목에서 삶의 질 점수를 보였다고 한다. 또한, Awad(1992)는 정신질환 중 정신분열병환자가 특히 지식 및 교육, 대인관계, 여가활동에 있어 삶의 질이 낮은 것으로 보고하고 직업유무, 교육수준, 연령 등의 개인별 특성 역시 삶의 질과 관련된다고 한다.

간호사는 각 개인이 질병에 대응하면서 최대수준의 기능을 발휘하며 질적인 삶을 살 수 있도록 도와주어야 한다.

따라서 추후 정신질환자들의 개인별, 영역별 삶의 질 요구를 해결할 수 있는 더욱 개별화되고 구조화 된 재활 프로그램 개발이 절실히 요구된다고 하겠다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 퇴원한 정신질환자를 대상으로 재발방지를 위하여 약물 및 증상 관리에 대한 자기간호 교육을 실시한 후 삶의 질에 미치는 효과를 검증하고자 시도되었다.

연구 대상은 부산 시내 1개 전문병원에서 퇴원한 정신질환자 40명을 대상으로 실험 군과 대조군에 각각 20명을 임의로 선정하여 1999년 3월 6일부터 5월 29일까지 주 1회 100분씩을 원칙으로 총 12회에 걸쳐 자가간호 교육을 실시하였다.

교육내용은 약물 및 증상교육 교본을 중심으로 구성하였는데 전반부 6회는 약물에 대한 지식 증가와 규칙적 복용강화, 부작용 대처방법, 후반부 6회에는 증상에 대한 대처방법 및 재발경고 증상 파악을 교육하였으며 교육기법은 강의, 역할시연 및 역할연기, 반복연습과 피드백, 그룹토의를 사용하였다.

실험 군과 대조 군간의 제특성에 대한 동질성을 확인한 후 교육직전과 교육종료 후 노유자(1988)의 삶의 질 측정도구 및 문헌을 참조하여 정신질환자에 적합한 41문항을 선정하여 삶의 질을 측정하고 비교·분석한 결과는 다음과 같다.

1. 약물 및 증상관리에 대한 자가간호 교육을 제공 받은 실험 군은 대조 군보다 교육종료시 삶의 질에서 더욱 높은 점수를 나타내었으며($Z=-2.06$, $P=0.034$) 두 집단간에 유의한 차이가 있었다.
2. 삶의 질 항목에서는 집과 주변환경($Z=-2.62$, $P=10.012$), 배우자 관계($Z=-2.31$, $P=0.038$) 및 자녀관계($Z=3.37$, $P=0.008$), 매사에 두려움($Z=-1.95$, $P=0.049$), 분노감($Z=-2.07$, $P=0.041$), 신체적 불편감($Z=-2.01$, $P=0.043$), 맡은 임무수행($Z=-2.34$, $P=0.021$), 환경변화에 적응($Z=-2.05$, $P=0.039$) 등에서 프로그램에 참여한 실험 군에서 대조 군보다 유의하게 점수가 높았다.

본 연구결과를 중심으로 다음과 같이 제안하고자 한다.

퇴원후의 정신질환자에 대한 약물 및 증상관리 교육이 삶의 질에 미치는 효과의 지속성을 평가하기 위해 더 많은 표본을 대상으로 장기간의 추적 관찰연구가 필요하다.

참 고 문 헌

김분한, 양경희 등 (1999). 간호사회학. 수문사.

- 김철권, 변원탄 (1996). 송인 환자교육 표본. 서울: 도서출판 신한.
- 노유자 (1988). 서울지역 중년기 성인의 삶의 질에 관한 분석연구, 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 손경희 (1997). 정신질환자의 약물 및 증상관리에 대한 자가간호 교육 효과, 이화여자대학교 대학원 박사학위 논문.
- 손경희 (1999). 약물 및 증상관리교육이 정신질환자의 약물 복용 태도에 미치는 효과. 동의논집 제30집, 243~256.
- 안병탁, 한성희, 이충경 (1997). 만성정신분열병 환자가 지각한 병실환경과 삶의 질 : 개방병동과 폐쇄병동의 비교. 신경정신의학, 36(6), 1055~1064.
- 이 숙 (1996). 재가 정신질환자를 위한 정신재활 간호프로그램 효과. 이화여자대학교 대학원.
- 이정섭, 이평숙, 양경숙, 김현진 (1997). 지역사회 정신보건 재활간호사업이 만성정신질환자의 삶의 질에 미치는 영향. 정신간호학회지, 6(2), 161~169.
- 이충운, 한은선, 황태연 (1996). 현대정신보건과 지역사회. 용인정신병원. 사가판.
- 정 연 (1993). 입환자의 자가간호역량과 삶의 질과의 관계. 한양대학교 대학원 석사학위 논문.
- 최영희 (1997). 정신과 영역에서 삶의 질에 관한 고찰. 신경정신의학, 36(1), 19~31.
- 황태연, 한은선, 이충순, 한양순, 이민수, 이대희 (1995). 직업재활 프로그램이 만성 정신분열병 환자의 삶의 질에 미치는 영향. 용인정신의학보, 2(2), 151~165.
- Andur, M. A. (1979). Medication compliance in outpatient psychiatry. Comprehensive Psychiatry, 20(4), 339~346.
- Awad, A. G. (1992). Quality of life of Schizophrenic Patients on Medications and Implications for New Drug Trials. Hospital and Community Psychiatry.

43(3), 262~265.

- Axelrod, S., Wdtzier, S. (1989). Factors associated with better compliance with psychiatric after care. Hospital and Community Psychiatry, 40, 397~401.
- Battle, H. E., Addrey, H., Wallston, A. K.(1982). Self medication among psychiatric patients and adherence after discharge. Journal of Psychiatric Nursing Mental Health Service, 20(5), 21~28.
- Beck, J. C., Staffin, R. D.(1986). Patient's competency to give informed consent to medication. Hospital and Community Psychiatry, 37(4), 400~402.
- Brenner, H. D., Hodel, B., Corrigan, P.(1992). Treatment of cognitive dysfunctions and behavioral deficits in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 18(1), 21~26.
- Bush, C. T., Langfor, M. W., Rosen, P., Gott, W.(1990). Operation Outreach: Intensive Case Management for Serevely Psychiatrically Disabled Adults. Hospital & Community, 41(6), 647~649.
- Clary, C., Denver, A., Schweizer, E.(1992). Psychiatric inpatients knowledgr of medication at hospital discharge. Hospital and Community Psychiatry, 43(2), 140~144.
- Diamond, R. J.(1983). Enhancing medication use in schizophrenic patients. Journal of Clinical Psychiatry, 44(6), 7~14.
- Diamond, R.(1985). Drugs and the Quality of Life : The Patient's Point of View. J Clin Psychiatry, 46:5(2), 29~35.
- Eckman, T. A., Liberman, P. R., Phipps, C. C., Karen, E., Blair, B. S.(1990). Teaching medication management skills to schizophrenic patients. American Journal of Psychiatry, 149(11), 1549~1555.
- Eckman, T. A., Wirshing, C. W., Marder, R. S., Liberman, P. R., Cronk, K. J.(1992). Technique for training schizophrenic patients in illness self-management: A controlled trial. Journal of Clinical Psycho Pharmacology, 10(1), 33~38.
- Farguhar, M.(1995). Definitions of quality of life. Journal of Advanced Nursing, 22, 502~508
- Flanagan, J. (1982). Measurement of quality of life. Archives Physical Medicine and Rehabilitation, 63, 65~69
- Geller, J. L. (1982). State hospital patients and their medication: Do they know what they take. American Journal of Psychiatry, 35, 645~647.
- Gibbons, J. S., Butler, J. P. (1987). Quality of Life for 'New' Long-stay Psychiatric In-patients : The Effects of Moving to a Hostel. British Journal of Psychiatry, 151, 347~354.
- Harper, D. C. (1984). Application of Orem's theoretical contracts to self-care medication behaviors in the elderly. Advanced in Nursing Science, 6(3), 29~46.
- Herz, M. (1985). Prodromal symptoms and prevention of relapse in schizophrenia. Journal of Clinical Psychiatry, 46(11), 22~25.
- Holmes, S.(1985). Pursuit of Happiness. Nursing Mirror, 161(3), 43.
- Huxley, P., Warner, R.(1992). Case Management, Quality of life, and Satisfaction With Services of Long-Term Psychiatric Patients. Hospital and

- Community Psychiatry, 43(8), 799~806.
- Irwin, D. S., Weitzel, W. D., Morgan, D. W.(1971). Phenothiazine intake and staff attitude. American Journal of Psychiatry, 127(12), 1631~1635.
- Kane, J. M.(1989). The current status of neuroleptic therapy. Journal of Clinical Psychiatry, 50, 322~328.
- Kelly, R. G., Scott, E. J.(1990). Medication compliance and health education among outpatients with chronic mental disorders. Medical Care, 28(12), 1181~1197.
- Landeen, J., C. Whelton, S. Dermer. (1992). Needs of well Siblings of persons with Schizophrenia, Hospital and Community Psychiatry, 43(3), 266-69.
- Lazarus, A. R.(1966). Behavior rehearsal VS. non-directive therapy VS. advice in effecting behavior change. Behavior Research and Therapy, 4, 209.
- Lehman, A., Ward. N. C., Linn, L. S.(1982). Chronic Mental Patients: the quality of life issue. American J of Psychiatry, 139, 1271~1276.
- Lehman, A. F., Possidente, S., Hawker, F.(1986). The Quality of life of Chronic Patients in a State Hospital and in Community Residences. Hospital and Community Psychiatry, 37(9), 901~907.
- Liberman, R. P., Foy, D. W.(1983). Psychiatric rehabilitation for chronic mental patients. Psychiatry Annual, 13, 539.
- Liberman, R. P., DeRise, W. T., Muser, K. T. (1989). Social Skill Training for Psychiatric Patients. New York : Pergamon Press.
- Liberman, R. P., Corrigan, P. W.(1993). Designing new Psychosocial treatments for schizophrenia. Psychiatry, 56, 238~249.
- Luderer, H. J., Bocker, F. M.(1993). Clinicians information habit, patients knowledge of diagnoses and etiological concepts in four different clinical samples. Acta Psychiatric Scandinavian, 88(4), 266~272.
- Malm, U., May, P. R. A., Dencker, S. J.(1981). Evaluation of the Quality of Life of the Schizophrenic Outpatient : A Checklist. Schizophrenia Bulletin, 7(3), 477~487
- Mason, P., Harrison, G.(1995). Characteristics of outcome in schizophrenia at 13 years. British Journal of Psychiatry, 167, 596~603.
- McEvoy, J. P., Jack aland, J. R., Williamh, B. A., Wilson, Willamguy, Linda Hawkins(1981). Measuring Chronic Schizophrenic Patients' Attitudes Toward Their Illness and Treatment. Hospital and Community Psychiatry, 32(12), 856~858.
- Orem, D. E.(1985). Nursing : Concepts of Practice. New York : McGraw-Hill Book.
- Osmond, H., Mullaly, R. W., Bisbee, C. C.(1978). The medical model and the responsible patient. Hospital and Community Psychiatry. 29(8). 522~524.
- Pender, N. J.(1990). Expressing Health through Lifestyle patterns. Nursing Science Quart. 3(3), 115~122.
- Razali, M. S., Yahya, H.(1995). Compliance with treatment in schizophrenia: A drug intervention program in a developing country. Acta Psychiatric Scandinavian, 91(5), 331~335.
- Remington, G. J.(1995). The long-term treatment of schizophrenia. Canadian

Journal of Psychiatry, 40(No. 3, suppl. 1), s3~s4.

Schwartz, H. I.(1998). Autonomy and the right to refuse treatment. Patient's attitudes after involuntary medication. Hospital and Community Psychiatry, 39, 1049~1054.

Simpson, C. J., Hyde, C. E., Faragher, E. B.(1989). The Chronically Mentally Ill in Community Facilities A Study of Quality of life. British Journal of Psychiatry, 154, 77~82.

Skantze, K., Malm, U., Dencker, S. J., May, P. R. A., Corrigan, P.(1992). Comparison of Quality of Life with Standard of Living in Schizophrenic Out-patients. British Journal of Psychiatry, 161, 797~801.

Weiden, P. J., Olfson, M.(1995). Cost of relapse in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 21(3), 419~429.

-Abstract-

Key concept : Psychosocial rehabilitation, Patient education, Quality of life.

Effectiveness of the Self-care Education for the Medication and Symptoms Management on the Psychiatric Patients' Quality of life

*Son, Kyung-Hee**

This study is an attempt to evaluate

the effect of the medication and symptoms self-care education on the psychiatric patients' quality of life. This exploratory study was designed to a quasi-experiment of pretest-posttest with a non equivalent control group. Subjects of 40 patients who were discharged from a mental hospital in Pusan were selected to be experiment and control group, with each group consisting of 20.

The research period was from March, 6 to May, 29, 1999 and the pre-post test was given before and after implementing MSSE to the both experiment and control group. The results finding were summarized as follows :

1. subjects who attended self-care education scored significantly higher than control group in quality of life.($Z=-2.06$, $P=0.034$)
2. Those who were in the experiment group reported more significant higher scores than control group in item of quality of life, living situation($A=-2.62$, $P=0.012$), relations with spouse ($Z=-2.31$, $P=0.038$) and children ($Z=3.37$, $P=0.008$), fear ($Z=-1.95$, $P=0.049$) and anger($Z=-2.07$, $P=0.041$), work functioning ($Z=-2.34$, $P=0.021$), environmental adjustment. ($Z=-2.05$, $P=0.039$)

* Department of Nursing, Donggeui University