

## 사회복지시설의 통합정신재활서비스가 정신장애인의 재활성과에 미치는 영향: 1년간 추적연구

김 이 영<sup>†</sup>

사) 대한정신보건가족협회 부설 대구재활센터

본 연구의 목적은 사회복지시설에서 제공하는 통합정신재활서비스가 정신장애인의 재활성과에 어떤 영향을 미치는지에 대해 다양한 측정치를 사용하여 1년 동안의 변화를 알아보는 것이었다. 통합정신재활서비스는 정신재활모형에 기초한 교육서비스 즉, 약물·증상교육, 사회기술훈련, 직업재활, 편견해소활동 등이었다. 참여자는 실험집단으로 통합서비스를 받은 정신장애인 30이었고, 비교집단은 재가서비스를 통해 상담만 받은 정신장애인 18명이었다. 평가는 초기측정(사전검사)을 하고 6개월 후, 그리고 12개월 후에 간이정신진단검사, 한국판 기능평가, 삶의 질 척도를 사용하여 측정하였다. 결과는 첫째, 통합정신재활서비스가 정신장애인의 전반적인 증상을 감소시켰으며, 특히 우울, 불안, 적대감 증상을 유의하게 감소시키는 것으로 나타났다. 둘째, 기능의 전체점수를 향상시켰으며, 특히 일상생활수행기능이 높아졌다. 셋째, 삶의 질 전체점수도 향상되었으며, 긍정적인 자기지각, 불편감, 정서적 불안정성의 하위요인이 상승되었다. 비교집단의 경우 증상, 기능 및 삶의 질 모든 척도에서 통계적으로 유의한 차이를 나타내지 않았다. 결론적으로 본 연구를 통해 정신장애인의 재활성과를 향상시키기 위해서는 통합정신재활서비스가 효과적임이 확인되었으므로 우리나라의 사회복지시설에서는 통합정신재활서비스 프로그램을 실시하는 것이 필수적이며, 또한 이를 위해 정신재활모형에 기초한 다양한 프로그램들이 개발되어야 할 것이다.

주요어 : 정신장애인, 통합정신재활서비스, 재활성과

---

<sup>†</sup> 교신저자 : 김이영, 사)대한정신보건가족협회 부설 대구재활센터, 대구시 달서구 호산동 707-1번지  
E-mail : kimizero@hanmail.net, FAX : 053-588-9231

우리나라는 1995년 정신보건법이 제정된 후, 정신장애인에 대한 서비스에 획기적인 변화가 일어났다. 즉, 정신보건정책이 세계적 흐름에 따라 지역사회정신건강모형(community mental health model)을 채택하게 됨으로써 제도적인 변화와 서비스 내용의 변화가 나타나게 되었다.

이 중 국가적 정신보건지원 차원에서 대부분의 예산이 투입되고 있는 만성정신장애인에 대해서는 기존의 병원시설이 아닌 사회복지시설을 지역별로 설립하여 퇴원한 만성정신장애인에게 기술개발과 환경적 지원개발 서비스를 제공하여 사회복지를 돕고 있다. 이 사업은 지역사회정신건강 모형의 하위 개념인 정신사회재활모형(psychosocial rehabilitation model) 혹은 정신재활모형(psychiatric rehabilitation model)에 그 바탕을 두고 있다.

이 모형에서는 한 개인에게 정신질환이 발생하면 네 가지 단계를 거치며 진행된다고 기술하고 있다. 즉, 손상(impairment)↔기능결함(dysfunction)↔역할장애(disability)↔불이익(disadvantage)으로 진행되며, 또 이 단계들은 서로 영향을 주고받았다고 가정한다. 따라서 정신장애를 가진 사람들을 병으로부터 회복시키기 위해서는 어느 한 단계에 초점을 맞춘 서비스(단일프로그램서비스)보다 네 가지 단계의 모든 측면에 개입하는 서비스(통합정신재활서비스)가 필요하다(Anthony, Cohen, Farkas, & Gagne, 2002).

정신재활모형을 채택한 우리나라도 비록 그 역사가 짧은 하지만 그동안 재활 서비스의 효과에 대해 상당한 연구가 보고 되었다. 그러나 그 연구들을 살펴보면 다음과 같은 문제점을 가지고 있다.

첫째, 최근 외국 연구의 동향을 보면, 정신

장애를 가진 사람들의 회복 과정은 매우 복잡한 것이기 때문에 그 효과를 단일프로그램서비스 개입으로는 설명하기 어렵다는 주장(Robinson, Woerner, & Schooler, 2000)들이 나오고 있다. 따라서 최근의 연구들은 개별 프로그램의 효과를 검증하기보다는 통합정신재활서비스에 대한 효과를 주로 측정하고 있다(Herbener & Harrow, 2001). 그러나 우리나라의 경우 통합정신재활서비스에 대한 효과검증 보다는 단일 프로그램의 효과연구가 대부분이다. 약물·증상관리 교육(신경숙, 2001; 임신화, 2001), 사회기술훈련(박상규, 1999), 정신장애인 직업재활(서진환, 이만홍, 2000), 편견에 관한 연구(한경례, 김성완, 이무석, 2002)들이 그 예이다.

둘째, 그동안 평가에 사용된 종속치의 문제이다. 정신재활서비스가 정신장애인의 재활성과에 미치는 영향을 알아보기 위해서는 단일 영역만의 평가보다는 정신장애인의 삶에 영향을 미치는 전반적이고 포괄적인 영역에 대한 측정이 필요하다(Bracke, 2001). 따라서 최근 연구자들은 적어도 세 가지 영역 즉, 임상적 변화(증상, 재발율, 재입원을 등), 기능적 변화(직업, 대인관계, 가족관계, 독립생활 등), 주관적 경험의 변화(삶의 질, 삶의 만족도, 자아존중감 등)를 측정할 것을 주장한다(Brekke & Long, 2000). 그러나 우리나라의 경우 종속 측정치로서 환자의 재발율, 입원횟수, 입원일수, 그리고 치료경비(김철권 등, 1998), 일상활동수준(이용표, 2000) 등을 사용하고 있으며 통합정신재활서비스에 대한 연구도 마찬가지이다. 따라서 우리나라의 연구에서는 정신장애인의 재활성과를 평가하기 위해 제한적 영역의 측정을 해왔다고 할 수 있다.

셋째, 효과성 연구를 위한 연구설계의 문제

점이다. 많은 문헌에서 일관되게 보고되고 있는 바로는, 정신장애인의 경우 개입의 효과가 일정기간동안 상승하였다가 유지되기보다는 현저하게 하향곡선을 그리고 있다. 그러므로 재활성도를 측정하기 위해서는 사전검사-사후검사 만으로는 정확히 알 수가 없으며 추수검사를 통한 장기적인 연구가 필요하다고 주장되고 있다(Scott & Dixon, 1995). 이점에서 볼 때 우리나라의 연구에서는 대부분 연구기간이 짧게는 4주에서 길게는 6개월 정도이며, 사전검사-사후검사 측정방법을 사용(김철권 등, 1998; 최지욱, 1997)하였기 때문에 정신재활서비스의 재활성도에 대한 연구에 한계점을 지니고 있다.

이상의 논의를 종합해보면 지금까지 우리나라의 정신재활서비스에 대한 연구들은 여러 가지 제한점을 가지고 있다고 할 수 있다. 그러므로 이제 우리나라의 사회복지시설에서 정신장애인에게 제공하는 정신재활서비스의 효과를 검증해야 할 상황에서 재활성도를 연구할 때는 위의 문제점들을 보완하여 검증해보아야 할 것이다.

따라서 본 연구의 목적은 우리나라의 사회복지시설에서 제공하는 통합정신재활서비스가 정신장애인의 재활성도에 어떤 영향을 미치는지를 다양한 종속치를 사용하고 추수연구를 통하여 알아보는 것이다. 구체적으로 통합정신재활서비스가 정신장애인의 임상적, 기능적, 주관적 경험 측면에 어떤 영향을 미치는지를 1년간의 종단연구를 통해 알아보고자 한다.

## 방 법

### 참여자

본 연구의 참여자는 대구지역에 소재한 1개 사회복지시설에 등록된 정신장애인 중, DSM-IV(American Psychiatric Association, 1994)의 진단 기준에 따라 정신장애인으로 진단된 48명이었다. 집단은 두집단으로 구성하였는데, 한 집단은 시설을 이용하면서 통합정신재활서비스를 받은 정신장애인 30명이었고, 나머지 한 집단은 시설을 이용하지는 않지만 재가방문을 통해 일주일에 1회 상담을 받은 정신장애인 18명이었다.

### 측정도구

#### 간이정신진단검사(SCL-90-R)

Derogatis, Cleary(1977)가 만든 Symptom Checklist-90-Revision(SCL-90-R)을 김광일, 김재환 및 원호택(1984)이 우리나라 말로 번안하여 표준화한 것을 사용하였다. SCL-90-R는 총 90문항으로 이루어져 있으며 신체화, 강박증, 대인예민성, 우울, 불안, 적대감, 공포불안, 편집증, 정신증 등 9개의 증상차원으로 구성되어 있다. Cronbach's  $\alpha$  신뢰도는 신체화 .72, 강박증 .83, 대인예민성 .84, 우울 .89, 불안 .86, 적대감 .68, 공포불안 .81, 편집증 .69, 정신증 .67로 나타났다.

#### 기능평가 척도

Eisen, Dill 및 Grob(1994)이 만든 Behavior and Symptom Identification Scale(BASIS-32)을 황태연 등(2000)이 우리말로 번안하여 표준화한 한국판 정신사회적 기능-증상 평가(한국판 BASIS-32)척도를 사용하였다. 이 척도는 총 32문항으로 기능과 증상을 측정하는 척도이다. 본 연구에서는 기능을 평가하기 위해 5가지 하위척도 중 기능에 대한 평가 2가지 하위척도(일상

생활 수행기술 9문항, 자신과 타인과의 관계 7 문항)를 사용하였다. 본 척도의 Cronbach's  $\alpha$  신뢰도는 일상생활수행기술 .87, 자신과 타인과의 관계 .85로 나타났다.

### 삶의 질 척도

Wilkinson 등(2000)이 개발한 정신분열병 환자의 삶의 질 척도(The Schizophrenia Quality of Life Scale: SQLS)를 김소형(2002)이 번역 개발한 척도를 사용하였다. 총 30문항으로 긍정적인 자기지각, 불편감, 정서적 불안정성을 측정하는 도구이다. Cronbach's  $\alpha$  신뢰도는 전체 .82, 긍정적 자기지각 .86, 불편감 .71, 정서적 불안정성 .53으로 나타났다.

### 절차

본 연구는 2002년도부터 2004년 7월에 걸쳐서 진행되었다. 두집단 모두 시설에 신규로 등록된 후 초기측정을 실시하였다. 실험집단의 경우 초기측정(사전검사)을 실시한 후, 교육이 진행되는 동안 6개월 후와 12개월 후에 측정을 실시하였다. 비교집단의 경우 시설에서 제공되는 교육을 제공받지 못한 점을 제외하고는 실험집단과 같은 절차로 측정을 실시하였다.

### 사회복지시설에서 제공한 프로그램의 내용

실험집단의 경우 시설에 등록된 후 12개월 동안 다음과 같은 서비스를 제공받았다. 정신재활프로그램은 정신장애인의 병과 증상에 대한 대처법을 직접적으로 가르치는 프로그램으로 손명자, 배정규, 박미애 및 김이영(1999)이 개발한 「정신재활을 위한 기초교육」, 손명자,

배정규 및 김이영(1999)이 개발한 「스스로 관리하는 약물증상」, 손명자, 배정규, 이광식 및 유은희(1999)가 개발한 「좋은 대인관계 교육」, 손명자, 배정규, 배현석 및 이은진(1999)이 개발한 「스스로 관리하는 스트레스」, 박상규, 김이영 및 손명자(2001)가 개발한 「조망지향적 사회기술훈련」 프로그램 등을 실시하였고, 각 프로그램은 대부분 1주일에 2회 정도 실시하였다. 교육프로그램은 정신장애에 대한 정보와 증상에 대한 대처법을 직접적으로 알려주는 프로그램은 아니지만 시설 내에서 실시된 프로그램으로 대부분 1주일에 1회 정도 실시되었고, 실험집단의 경우 1년 동안 제공받았다. 사회현장훈련은 시설 밖에서 실시된 프로그램으로 관공서 방문, 주말활동 등을 의미하는 것으로 대부분 1주일에 1회 실시되었고, 실험집단의 경우 1년 동안 제공받았다. 직업재활프로그램은 손명자, 김효정, 조현주 및 이은진(2004)이 개발한 「정신장애인을 위한 취업전 교육 프로그램」으로 정신재활프로그램을 교육 받은 후 1주일에 2회 실시되었다. 가족지원 프로그램은 가족을 위한 프로그램으로 손명자와 배정규(2003)의 「정신분열병과 가족」을 참조하여 12주 프로그램으로 진행되었고, 1개월에 1회 가족상담이 실시되었다. 자치활동 프로그램은 회원들이 자체적으로 실시하는 자치회의(1주일에 1회)와 취업자 모임(한달에 1회)을 가졌다. 마지막으로 특별활동 프로그램은 편견 없애기 홍보 및 장애인의 날 행사에 참석한 것을 의미하며 실험집단의 경우 1년 동안 1-2회 정도 서비스를 제공받았다. 비교집단인 재가서비스 집단은 1주일에 1회 집으로 방문하여 정신장애인과 가족을 대상으로 상담 서비스만을 제공받았다.

**실험설계**

본 연구는 준실험설계(quasi-experimental design)을 사용하여 두 집단을 구성하였다. 실험집단은 사회복지시설에서 제공되는 제반 서비스 및 프로그램을 이용하는 집단을 실험집단으로 분류하였고, 사회복지시설에 등록은 되어 있으나 자발적 의사로 사회복지시설을 이용하지 않고, 재가방문을 통해 상담을 받은 집단을 비교집단으로 분류하였다. 그러므로 본 실험은 2×3의 요인혼합설계를 하였다. 독립변인은 시기(사전검사, 6개월 후 검사, 12개월 후 검사)와 집단(실험집단, 비교집단)이었다. 집단은 피험자간 변인이었고, 시기는 피험자내 변인이었다.

**결 과**

본 연구의 결과를 참여자의 일반적 특징, 간이정신진단검사, 기능평가, 삶의 질 순으로 제시하였다.

**참여자의 일반적 특성 및 사전측정의 동질성 검증**

연구에 참여한 참여자들의 일반적 특성과 사전측정의 동질성 검증은 표 1과 같다.

표 1에서 보는 것과 같이 두 집단의 일반적 특성인 나이, 교육연한, 병력기간, 진단명, 성별에서 두 집단간에 차이가 나타나지 않았다. 종속치의 사전측정결과를 집단별로 분석한 결과, 간이정신진단검사와 기능평가에서는 차이가 없는 것으로 나타났지만 삶의 질의 전체점수와 불편감에서는 실험집단보다 비교집단이

높은 것으로 나타났다.

**간이정신진단검사**

간이정신진단검사에 대한 사전검사와 6개월 후 검사, 12개월 후 검사를 이용하여 각 집단별, 검사시기별 평균과 표준편차가 표 2에 제시되어 있다.

사전검사, 6개월 후 검사, 그리고 12개월 후 검사의 차이가 집단간에 통계적으로 유의한 차이가 나타나지는지 알아보기 위해 전체병리수준과 각 하위 척도별 변량분석을 실시하였다.

**전체병리수준**

전체병리수준의 점수 변화에 대한 변량분석 결과, 집단간 주효과( $F=.02, p>.05$ )는 통계적으로 유의한 차이가 없었으나, 검사시기간( $F=10.48, p<.001$ )과 집단×검사시기의 상호작용효과( $F=3.26, p<.05$ )는 통계적으로 유의한 것으로 나타났다. 상호작용효과를 구체적으로 알아보기 위해 단순주효과를 분석한 결과, 시기@실험집단에서 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다( $F=15.46, p<.001$ ). 즉, 실험집단에서 6개월 후 검사와 12개월 후 검사 점수는 사전검사 점수보다 유의하게 낮아졌는데 비해, 비교집단에서는 그렇지 않았다. 그리고 효과크기(effect size)를 산출한 결과,  $d=.37$ 로 Cohen(1988)이 제시한 바에 의하면 중간정도의 효과 크기에 해당하는 것으로 나타났다.

연구 기간 동안 호전된 참여자들의 비율을 알아본 결과, 실험집단의 경우 호전된 참여자가 28명(93.3%), 호전되지 않는 참여자 2명(6.7%)으로 나타났으며, 비교집단의 경우는 호전된 참여자가 11명(61.1%), 호전되지 않은 참여자 7명(38.9%)으로 나타났다.

표 1. 참여자의 일반적 특성 및 사전측정결과

구분	실험집단	비교집단	t	
나이(년)	34.30(4.97)	37.17(4.94)	-1.94	
교육연한(년)	12.33(2.40)	12.56(2.18)	0.32	
병력기간(년)	12.33(5.11)	15.33(5.12)	-1.97	
진단명	정신분열병(명)	25	13	
	조울증(명)	2	5	5.41
	우울(명)	3	0	
성별	남(명)	22	16	1.65
	여(명)	8	2	
간이정신 진단검사	전체병리수준	54.67(13.14)	52.56(10.24)	0.58
	신체화	53.33(14.62)	51.06(9.53)	0.59
	강박증	51.43(13.00)	52.00(12.20)	-0.15
	대인예민성	54.53(14.47)	54.44(12.46)	0.02
	우울	53.27(13.86)	53.00(10.44)	0.07
	불안	54.70(13.63)	50.83(9.42)	1.06
	적대감	53.70(12.00)	47.78(7.86)	1.86
	공포불안	60.13(16.97)	55.83(12.71)	0.93
	편집증	53.00(13.26)	52.00(13.01)	0.26
	정신증	57.90(15.19)	56.11(11.07)	0.43
기능평가	전체기능수준	38.15(9.60)	35.25(10.17)	1.05
	일상생활수행기술	21.22(5.44)	20.19(5.61)	0.72
	자신과 타인과의 관계	16.93(4.72)	15.06(5.93)	1.21
삶의질	삶의 질 전체점수	88.76(11.20)	97.53(14.81)	-2.31*
	긍정적 자기지각	45.38(8.20)	48.82(10.32)	-0.98
	불편감	27.52(5.11)	32.71(4.32)	-3.26*
	정서적 불안정성	15.86(3.24)	17.41(3.64)	-1.32

( ) 안은 표준편차, \* $p < .05$

### 신체화 척도

신체화의 점수 변화에 대한 변량분석 결과, 집단간 주효과( $F = .01, p > .05$ )와 집단×검사시기

간의 상호작용효과( $F = 1.56, p > .05$ )는 통계적으로 유의한 차이가 없었으나, 검사시기간 주효과( $F = 5.68, p < .01$ )는 통계적으로 유의하게 나

표 2. 간이정신진단검사의 평균 및 표준편차

		전체 병리	신체화	강박증	대인 예민성	우울	불안	적대감	공포 불안	편집증	정신증
실험 집단	사전	54.67 (13.14)	53.33 (14.62)	51.43 (13.00)	54.53 (14.47)	53.27 (13.86)	54.70 (13.63)	53.70 (12.00)	60.13 (16.97)	53.00 (13.26)	57.90 (15.19)
	6개월 후	48.80 (11.10)	48.33 (10.65)	45.43 (10.99)	48.43 (12.29)	47.43 (11.12)	48.20 (11.36)	47.80 (10.00)	54.63 (16.26)	48.20 (10.78)	50.70 (13.19)
	12개월 후	49.24 (10.16)	47.97 (11.25)	46.83 (11.84)	48.87 (12.51)	46.10 (10.03)	49.87 (11.37)	46.90 (7.31)	54.73 (11.25)	50.80 (12.94)	51.13 (12.49)
	사전	52.56 (10.24)	51.06 (9.53)	52.00 (12.20)	54.44 (12.46)	53.00 (10.44)	50.83 (9.42)	47.78 (7.86)	55.83 (12.71)	52.00 (13.01)	56.11 (11.07)
	6개월 후	51.59 (10.60)	50.17 (12.10)	50.39 (10.48)	51.67 (13.05)	52.89 (11.36)	51.44 (10.07)	48.39 (7.27)	54.33 (14.86)	50.67 (13.87)	54.33 (10.77)
	12개월 후	49.79 (8.80)	48.67 (10.15)	47.56 (9.34)	50.44 (10.41)	48.94 (8.80)	49.44 (8.75)	47.39 (6.99)	53.28 (13.07)	49.00 (10.87)	53.39 (10.16)

( )은 표준편차

타났다. 그리고 효과크기를 산출한 결과,  $d=.32$ 로 Cohen(1988)이 제시한 바에 의하면 중간 정도의 효과 크기에 해당하는 것으로 나타났다.

연구 기간 동안 호전된 참여자들의 비율을 알아본 결과, 실험집단의 경우 호전된 참여자가 17명(56.7%), 호전되지 않는 참여자 8명(26.7%), 변화가 없는 참여자 5명(16.7%)으로 나타났으며, 비교집단의 경우는 호전된 참여자가 10명(55.6%), 호전되지 않은 참여자 6명(33.3%), 변화가 없는 참여자 2명(11.1%)으로 나타났다.

#### 강박증 척도

강박증의 점수 변화에 대한 변량분석 결과, 집단간 주효과( $F=.42, p>.05$ )와 집단×검사시점간의 상호작용효과( $F=2.62, p>.05$ )는 통계적으

로 유의한 차이가 없었으나, 검사시점간 주효과( $F=10.00, p<.001$ )는 통계적으로 유의하게 나타났다. 그리고 효과크기를 산출한 결과,  $d=.02$ 로 Cohen(1988)이 제시한 바에 의하면 작은 정도의 효과 크기에 해당하는 것으로 나타났다.

연구 기간 동안 호전된 참여자들의 비율을 알아본 결과, 실험집단의 경우 호전된 참여자가 25명(83.3%), 호전되지 않는 참여자 3명(10.0%), 변화가 없는 참여자 2명(6.7%)으로 나타났으며, 비교집단의 경우는 호전된 참여자가 9명(50.0%), 호전되지 않은 참여자 8명(44.4%), 변화가 없는 참여자 1명(5.6%)으로 나타났다.

#### 대인예민성 척도

대인예민성의 점수 변화에 대한 변량분석

결과, 집단간 주효과( $F=.21, p>.05$ )와 집단×검사시기간의 상호작용효과( $F=.80, p>.05$ )는 통계적으로 유의한 차이가 없었으나, 검사시기간 주효과( $F=8.30, p<.001$ )는 통계적으로 유의하게 나타났다. 그리고 효과크기를 산출한 결과,  $d=.19$ 로 Cohen(1988)이 제시한 바에 의하면 작은 정도의 효과 크기에 해당하는 것으로 나타났다.

연구 기간 동안 호전된 참여자들의 비율을 알아본 결과, 실험집단의 경우 호전된 참여자가 20명(66.7%), 호전되지 않는 참여자 6명(20.0%), 변화가 없는 참여자 4명(13.3%)으로 나타났으며, 비교집단의 경우는 호전된 참여자가 13명(72.2%), 호전되지 않은 참여자 4명(22.2%), 변화가 없는 참여자 1명(5.6%)으로 나타났다.

#### 우울 척도

우울의 변량분석 결과, 집단간 주효과( $F=.75, p>.05$ )에는 통계적으로 유의한 차이가 없었으나, 검사시기간( $F=12.51, p<.001$ )과 집단×검사시기간의 상호작용효과( $F=3.26, p<.05$ )는 통계적으로 유의한 것으로 나타났다. 상호작용효과를 구체적으로 알아보기 위해 단순주효과를 분석한 결과, 시기@실험집단, 시기@비교집단에서 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다( $F=15.37, p<.001$ ;  $F=3.39, p<.05$ ). 사후검증 결과, 실험집단에서 6개월 후 검사와 12개월 후 검사 점수는 사전검사 점수보다 유의하게 낮아졌는데 비해, 비교집단에서는 그렇지 않았다. 그리고 효과크기를 산출한 결과,  $d=.38$ 로 Cohen(1988)이 제시한 바에 의하면 중간정도의 효과 크기에 해당하는 것으로 나타났다.

연구 기간 동안 호전된 참여자들의 비율을

알아본 결과, 실험집단의 경우 호전된 참여자가 22명(73.3%), 호전되지 않는 참여자 3명(10.0%), 변화가 없는 참여자 5명(16.7%)으로 나타났으며, 비교집단의 경우는 호전된 참여자가 6명(33.3%), 호전되지 않은 참여자 8명(44.4%), 변화가 없는 참여자 4명(22.2%)으로 나타났다.

#### 불안 척도

불안의 변량분석 결과, 집단간 주효과( $F=.01, p>.05$ )에는 통계적으로 유의한 차이가 없었으나, 검사시기간( $F=4.72, p<.05$ )과 집단×검사시기간의 상호작용효과( $F=4.88, p<.01$ )는 통계적으로 유의한 것으로 나타났다. 상호작용효과를 구체적으로 알아보기 위해 단순주효과를 분석한 결과, 시기@실험집단에서 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다( $F=11.72, p<.001$ ). 즉, 실험집단에서 6개월 후 검사와 12개월 후 검사 점수는 사전검사 점수보다 유의하게 낮아졌는데 비해, 비교집단에서는 그렇지 않았다. 그리고 효과크기를 산출한 결과,  $d=.42$ 로 Cohen(1988)이 제시한 바에 의하면 중간정도의 효과 크기에 해당하는 것으로 나타났다.

연구 기간 동안 호전된 참여자들의 비율을 알아본 결과, 실험집단의 경우 호전된 참여자가 21명(70.0%), 호전되지 않는 참여자 3명(10.0%), 변화가 없는 참여자 6명(20.0%)으로 나타났으며, 비교집단의 경우는 호전된 참여자가 6명(33.3%), 호전되지 않은 참여자 6명(33.3%), 변화가 없는 참여자 6명(33.3%)으로 나타났다.

#### 적대감 척도

적대감의 변량분석 결과, 집단간 주효과



( $F=4.7, p>.05$ )에는 통계적으로 유의한 차이가 없었으나, 검사시기간( $F=5.22, p<.01$ )과 집단×검사시기의 상호작용효과( $F=5.21, p<.01$ )는 통계적으로 유의한 것으로 나타났다. 상호작용 효과를 구체적으로 알아보기 위해 단순주효과를 분석한 결과, 시기@실험집단에서 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다( $F=13.65, p<.001$ ). 즉, 실험집단에서 6개월 후 검사와 12개월 후 검사 점수는 사전검사 점수보다 유의하게 낮아졌는데 비해, 비교집단에서는 그렇지 않았다. 그리고 효과크기를 산출한 결과,  $d=.79$ 로 Cohen(1988)이 제시한 바에 의하면 큰 정도의 효과 크기에 해당하는 것으로 나타났다.

연구 기간 동안 호전된 참여자들의 비율을 알아본 결과, 실험집단의 경우 호전된 참여자가 21명(70.0%), 호전되지 않는 참여자 4명(13.3%), 변화가 없는 참여자 5명(16.7%)으로 나타났으며, 비교집단의 경우는 호전된 참여자가 5명(27.8%), 호전되지 않는 참여자 6명(33.3%), 변화가 없는 참여자 7명(38.9%)으로 나타났다.

#### 공포불안 척도

공포불안의 점수 변화에 대한 변량분석 결과, 집단간 주효과( $F=.25, p>.05$ )와 집단×검사시기간의 상호작용효과( $F=1.10, p>.05$ )는 통계적으로 유의한 차이가 없었으나, 검사시기간 주효과( $F=4.88, p<.05$ )는 통계적으로 유의하게 나타났다. 그리고 효과크기를 산출한 결과,  $d=.28$ 로 Cohen(1988)이 제시한 바에 의하면 작은 정도의 효과 크기에 해당하는 것으로 나타났다.

연구 기간 동안 호전된 참여자들의 비율을 알아본 결과, 실험집단의 경우 호전된 참여자

가 18명(60.0%), 호전되지 않는 참여자 4명(13.3%), 변화가 없는 참여자 8명(26.7%)으로 나타났으며, 비교집단의 경우는 호전된 참여자가 7명(38.9%), 호전되지 않는 참여자 5명(27.8%), 변화가 없는 참여자 6명(33.3%)으로 나타났다.

#### 편집증 척도

편집증의 점수 변화에 대한 변량분석 결과, 집단간 주효과( $F=.00, p>.05$ )와 집단×검사시기간의 상호작용효과( $F=1.81, p>.05$ )는 통계적으로 유의한 차이가 없었으나, 검사시기간 주효과( $F=3.84, p<.05$ )는 통계적으로 유의하게 나타났다. 그리고 효과크기를 산출한 결과,  $d=.10$ 로 Cohen(1988)이 제시한 바에 의하면 작은 정도의 효과 크기에 해당하는 것으로 나타났다.

연구 기간 동안 호전된 참여자들의 비율을 알아본 결과, 실험집단의 경우 호전된 참여자가 18명(60.0%), 호전되지 않는 참여자 5명(16.7%), 변화가 없는 참여자 7명(23.3%)으로 나타났으며, 비교집단의 경우는 호전된 참여자가 10명(55.6%), 호전되지 않는 참여자 5명(27.8%), 변화가 없는 참여자 3명(16.7%)으로 나타났다.

#### 정신증 척도

정신증의 점수 변화에 대한 변량분석 결과, 집단간 주효과( $F=.16, p>.05$ )와 집단×검사시기간의 상호작용효과( $F=2.40, p>.05$ )는 통계적으로 유의한 차이가 없었으나, 검사시기간 주효과( $F=8.60, p<.001$ )는 통계적으로 유의하게 나타났다. 그리고 효과크기를 산출한 결과,  $d=.44$ 로 Cohen(1988)이 제시한 바에 의하면 중간 정도의 효과 크기에 해당하는 것으로 나타났다.

연구 기간 동안 호전된 참여자들의 비율을 알아본 결과, 실험집단의 경우 호전된 참여자가 21명(70.0%), 호전되지 않는 참여자 5명(16.7%), 변화가 없는 참여자 4명(13.3%)으로 나타났으며, 비교집단의 경우는 호전된 참여자가 7명(38.9%), 호전되지 않은 참여자 4명(22.2%), 변화가 없는 참여자 7명(38.9%)으로 나타났다.

### 기능평가 척도

기능평가검사에 대한 사전검사와 6개월 후 검사, 12개월 후 검사를 이용하여 각 집단별, 검사시기별 평균과 표준편차가 표 3에 제시되어 있다. 사전검사, 6개월 후 검사, 그리고 12개월 후 검사의 차이가 집단간에 통계적으로 유의한 차이가 나타나는지를 알아보기 위해 전체기능수준과 각 하위 척도별 변량분석을 실시하였다.

#### 전체기능수준

전체기능수준의 점수 변화에 대한 변량분석 결과, 집단간 주효과( $F=5.38, p<.05$ ), 검사시간( $F=10.10, p<.001$ )과 집단 $\times$ 검사시기의 상호작용효과( $F=3.51, p<.05$ )는 통계적으로 유의한

것으로 나타났다. 상호작용 효과를 구체적으로 알아보기 위해 단순주효과를 분석한 결과, 시기@실험집단, 집단@6개월 후 검사, 집단@12개월 후 검사에서 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다( $F=16.70, p<.001$ ;  $F=7.56, p<.01$ ;  $F=4.74, p<.05$ ). 사후검증 결과, 실험집단에서 6개월 후 검사와 12개월 후 검사 점수는 사전검사 점수보다 유의하게 높아 지는데 비해, 비교집단에서는 그렇지 않았다. 그리고 효과크기를 산출한 결과,  $d=.48$ 로 Cohen (1988)이 제시한 바에 의하면 중간정도의 효과 크기에 해당하는 것으로 나타났다.

연구 기간 동안 호전된 참여자들의 비율을 알아본 결과, 실험집단의 경우 호전된 참여자가 24명(88.9%), 변화가 없는 참여자 3명(11.1%)으로 나타났으며, 비교집단의 경우는 호전된 참여자가 8명(47.1%), 호전되지 않은 참여자 7명(41.2%), 변화가 없는 참여자 2명(11.8%)으로 나타났다.

#### 일상생활수행기술

일상생활수행기술의 점수 변화에 대한 변량 분석 결과, 집단간 주효과( $F=4.57, p<.05$ ), 검사시간( $F=8.37, p<.001$ )과 집단 $\times$ 검사시기의

표 3. 기능평가검사의 평균 및 표준편차

		전체기능수준	일상생활 수행기술	자신과 타인과의 관계
통합서비스	사전	38.15(9.60)	21.22(5.44)	16.93(4.72)
	6개월 후	48.15(12.47)	26.19(7.53)	21.96(5.36)
	12개월 후	47.07(12.88)	26.59(7.08)	20.48(6.15)
재가서비스	사전	35.25(10.17)	20.19(5.61)	15.06(5.93)
	6개월 후	37.19(12.92)	20.63(6.39)	16.56(7.04)
	12개월 후	38.63(11.21)	21.44(7.00)	17.19(4.87)

( )은 표준편차

상호작용효과( $F=4.23, p<.05$ )는 통계적으로 유의한 것으로 나타났다. 상호작용 효과를 구체적으로 알아보기 위해 단순주효과를 분석한 결과, 시기@실험집단, 집단@6개월 후 검사, 집단@12개월 후 검사에서 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다( $F=16.20, p<.001; F=6.10, p<.01; F=5.37, p<.05$ ). 사후검증 결과, 실험집단에서 6개월 후 검사와 12개월 후 검사 점수는 사전검사 점수보다 유의하게 높아지는 비해, 비교집단에서는 그렇지 않았다. 그리고 효과크기를 산출한 결과,  $d=.64$ 로 Cohen(1988)이 제시한 바에 의하면 큰 정도의 효과 크기에 해당하는 것으로 나타났다.

연구 기간 동안 호전된 참여자들의 비율을 알아본 결과, 실험집단의 경우 호전된 참여자가 23명(85.2%), 호전되지 않는 참여자 4명(14.8%)으로 나타났으며, 비교집단의 경우는 호전된 참여자가 6명(35.3%), 호전되지 않은 참여자 10명(58.8%), 변화가 없는 참여자 1명(5.9%)으로 나타났다.

#### 자신과 타인과의 관계

자신과 타인과의 관계 점수 변화에 대한 변

량분석 결과, 집단간 주효과( $F=5.52, p<.05$ ), 검사시기간( $F=8.92, p<.001$ )는 통계적으로 유의하게 나타났지만 집단×검사시기의 상호작용 효과( $F=2.24, p>.05$ )는 통계적으로 유의한 것으로 나타나지 않았다. 그리고 효과크기를 산출한 결과,  $d=.23$ 로 Cohen(1988)이 제시한 바에 의하면 작은 정도의 효과 크기에 해당하는 것으로 나타났다.

연구 기간 동안 호전된 참여자들의 비율을 알아본 결과, 실험집단의 경우 호전된 참여자가 25명(92.6%), 호전되지 않는 참여자 1명(3.7%), 변화가 없는 참여자 1명(3.7%)으로 나타났으며, 비교집단의 경우는 호전된 참여자가 10명(58.8%), 호전되지 않은 참여자 4명(23.5%), 변화가 없는 참여자 3명(17.6%)으로 나타났다.

#### 삶의 질 평가

삶의 질에 대한 사전검사와 6개월 후 검사, 12개월 후 검사를 이용하여 각 집단별, 검사 시기별 평균과 표준편차가 표 4에 제시되어 있다.

사전검사, 6개월 후 검사, 그리고 12개월 후

표 4. 삶의 질 평가의 평균 및 표준편차

		삶의질 전체점수	긍정적 자기지각	불편감*	정서적 불안정성*
실험 집단	사전	88.76(11.20)	45.38(8.20)	27.52(5.11)	15.86(3.24)
	6개월 후	98.94(11.39)	52.03(8.41)	30.24(6.35)	16.76(3.10)
	12개월 후	100.45(13.58)	50.69(10.08)	31.76(5.47)	18.00(3.66)
비교 집단	사전	97.53(14.81)	48.82(10.32)	32.71(4.32)	17.41(3.64)
	6개월 후	100.41(14.32)	49.82(9.49)	32.58(5.27)	18.00(3.91)
	12개월 후	94.05(13.40)	45.88(10.38)	30.76(4.32)	17.41(3.50)

( )은 표준편차. \*점수가 높을수록 불편감과 정서적 불안정성이 낮고, 점수가 낮을수록 불편감과 정서적 불안정성이 높다. 따라서 점수가 높을수록 삶의 질이 높은 것을 의미한다.

검사의 차이가 집단간에 통계적으로 유의한 차이가 나타나지를 알아보기 전반적인 삶의 질과 각 하위 척도별 변량분석을 실시하였다.

### 삶의 질 전체점수

전반적인 삶의 질 점수 변화에 대한 변량분석 결과, 집단간 주효과( $F=.23, p>.05$ )에는 통계적으로 유의한 차이가 없었으나, 검사시기간( $F=9.26, p<.001$ )과 집단×검사시기의 상호작용효과( $F=18.29, p<.001$ )는 통계적으로 유의한 것으로 나타났다. 상호작용 효과를 구체적으로 알아보기 위해 단순주효과를 분석한 결과, 시기@실험집단, 시기@비교집단에서 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다( $F=29.30, p<.001$ ;  $F=4.67, p<.001$ ). 사후검증 결과, 실험집단에서 6개월 후 검사와 12개월 후 검사 점수는 사전검사 점수보다 유의하게 높아졌는데 비해, 비교집단은 사전보다 6개월 후 검사에서 전반적인 삶의 질이 올라간 다음 12개월 후 검사에서 다시 전반적인 삶의 질이 떨어졌다. 그리고 효과크기를 산출한 결과,  $d=1.25$ 로 Cohen (1988)이 제시한 바에 의하면 큰 정도의 효과 크기에 해당하는 것으로 나타났다.

연구 기간 동안 호전된 참여자들의 비율을 알아본 결과, 실험집단의 경우 호전된 참여자가 24명(88.9%), 변화가 없는 참여자 3명(11.1%)으로 나타났으며, 비교집단의 경우는 호전된 참여자가 8명(47.1%), 호전되지 않은 참여자 7명(41.2%), 변화가 없는 참여자 2명(11.8%)으로 나타났다.

### 긍정적 자기지각

긍정적 자기지각의 점수 변화에 대한 변량분석 결과, 집단간 주효과( $F=.22, p>.05$ )에는

통계적으로 유의한 차이가 없었으나, 검사시기간( $F=6.14, p<.01$ )과 집단×검사시기의 상호작용효과( $F=7.11, p<.001$ )는 통계적으로 유의한 것으로 나타났다. 상호작용효과를 구체적으로 알아보기 위해 단순주효과를 분석한 결과, 시기@실험집단에서 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다( $F=13.38, p<.001$ ). 즉, 실험집단에서 6개월 후 검사와 12개월 후 검사 점수는 사전검사 점수보다 유의하게 높아졌는데 비해, 비교집단에서는 그렇지 않았다. 그리고 효과크기를 산출한 결과,  $d=.86$ 으로 Cohen(1988)이 제시한 바에 의하면 큰 정도의 효과 크기에 해당하는 것으로 나타났다.

연구 기간 동안 호전된 참여자들의 비율을 알아본 결과, 실험집단의 경우 호전된 참여자가 23명(85.2%), 호전되지 않는 참여자 4명(14.8%)으로 나타났으며, 비교집단의 경우는 호전된 참여자가 6명(35.3%), 호전되지 않은 참여자 10명(58.8%), 변화가 없는 참여자 1명(5.9%)으로 나타났다.

### 불편감

불편감의 점수 변화에 대한 변량분석 결과, 집단간 주효과( $F=2.16, p>.05$ )에는 통계적으로 유의한 차이가 없었으나, 검사시기간( $F=3.09, p<.05$ )과 집단×검사시기의 상호작용효과( $F=14.58, p<.001$ )는 통계적으로 유의한 것으로 나타났다. 상호작용 효과를 구체적으로 알아보기 위해 단순주효과를 분석한 결과, 시기@실험집단에서 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다( $F=19.04, p<.001$ ). 즉, 실험집단에서 6개월 후 검사와 12개월 후 검사 점수는 사전검사 점수보다 유의하게 높아졌는데 비해, 비교집단에서는 그렇지 않았다. 그리고

효과크기를 산출한 결과,  $d=.10$ 로 Cohen(1988)이 제시한 바에 의하면 작은 정도의 효과 크기에 해당하는 것으로 나타났다.

연구 기간 동안 호전된 참여자들의 비율을 알아본 결과, 실험집단의 경우 호전된 참여자가 25명(92.6%), 호전되지 않는 참여자 1명(3.7%), 변화가 없는 참여자 1명(3.7%)으로 나타났다. 비교집단의 경우는 호전된 참여자가 10명(58.8%), 호전되지 않는 참여자 4명(23.5%), 변화가 없는 참여자 3명(17.6%)으로 나타났다.

### 정서적 불안정성

정서적 불안정성의 점수 변화에 대한 변량 분석 결과, 집단간 주효과( $F=.59, p>.05$ )에는 통계적으로 유의한 차이가 없었으나, 검사시 기간( $F=3.75, p<.05$ )과 집단 $\times$ 검사시기의 상호작용효과( $F=4.17, p<.05$ )는 통계적으로 유의한 것으로 나타났다. 상호작용 효과를 구체적으로 알아보기 위해 단순주효과를 분석한 결과, 시기@실험집단에서 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다( $F=9.74, p<.001$ ). 즉, 실험집단에서 12개월 후 검사 점수는 사전검사 점수와 6개월 후 검사 점수보다 유의하게 높아졌는데 비해, 비교집단에서는 그렇지 않았다. 그리고 효과크기를 산출한 결과,  $d=.76$ 로 Cohen(1988)이 제시한 바에 의하면 큰 정도의 효과 크기에 해당하는 것으로 나타났다.

연구 기간 동안 호전된 참여자들의 비율을 알아본 결과, 실험집단의 경우 호전된 참여자가 27명(90.0%), 호전되지 않는 참여자 3명(10.0%)으로 나타났으며, 비교집단의 경우는 호전된 참여자가 10명(55.6%), 호전되지 않는 참여자 8명(44.4%)으로 나타났다.

## 논 의

본 연구의 목적은 사회복지시설에서 제공하는 통합정신재활서비스가 정신장애인의 재활 성과에 어떤 영향을 미치는지에 대해 다양한 측정치를 통해 알아보는 것이었다. 결과를 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 통합정신재활서비스가 정신장애인의 증상(임상적 변화)에 미치는 영향을 간이정신 진단검사를 통해 알아본 결과, 전반적으로 증상을 감소시키는 경향을 보였으며, 특히 전체 병리수준, 우울, 불안, 적대감 증상에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 또한 통계적으로 유의하지 않은 요인들에 비해 초기측정치보다 12개월 후 측정에서 긍정적으로 호전된 참여자 비율이 높았으며, 효과의 크기도 중간정도 이상인 것으로 나타났다. 이 결과는 통합정신 재활서비스가 정신장애인의 증상에 영향을 미친다는 여러 가지 선행연구와 일치하는 결과이다(김이영, 2004; Barry, Zeber, Blow, & Valenstein, 2003; Connors et al., 1998). 간이정신 진단검사의 하위 요인 중 강박증, 대인예민성, 신체화, 공포불안, 편집증 및 정신증은 시기에 따라 증상이 감소하였지만 통계적으로 유의한 차이를 보이지는 않았다. 그러나 이 결과로 통합정신재활서비스가 정신장애인의 특정 증상에만 영향을 미친다고 결론내리기는 미흡하다. 그 이유로 첫째, 신체화, 강박증, 공포불안, 편집증, 정신증 증상들에서 초기측정치보다 12개월 후 측정에서 긍정적으로 호전된 비율이 실험집단이 비교집단에 비해 높았고, 신체화, 정신증에서 효과크기가 중간정도 이상인 것으로 나타났다. 둘째, 최근 정신장애인의 증상에 영향을 미치는 요인 중 스트레스에 대한 대처 능력이 중요하며(Meichenbaum & Turk, 1982),

실제로 증상이 나타나는 환자들이 안정된 환자집단보다 유의하게 더 많은 생활 사건들을 경험한 것(Das, Kulhara, & Verma, 1997)으로 보고되고 있지만 본 연구에서는 개인이 경험한 스트레스에 대한 측정을 하지 않았기 때문이다. 따라서 추후 연구에서 이런 변인들을 고려해서 증상에 대한 변화를 측정한다면 증상에 미치는 영향에 대해 구체적인 증거를 제시할 수 있을 것이다.

둘째, 통합정신재활서비스가 정신장애인의 기능(기능적 변화)에 미치는 영향을 알아본 결과, 전반적으로 기능이 증가하는 경향을 보였으며, 특히 전체 기능평가점수와 일상생활수행기술이 통계적으로 유의하게 영향을 미치는 것으로 나타났다. 또한 초기측정보다 12개월 후 측정에서 긍정적으로 호전된 참여자의 비율이 비교집단에 비해 매우 높은 비율을 나타냈으며, 효과의 크기도 크게 나타났다. 이 결과는 통합정신재활서비스가 정신장애인의 기능에 영향을 미친다는 여러 연구와 일치하는 결과이다(김이영, 2004; Connors et al., 1998). 그러나 자신과 타인과의 관계 요인에서 집단간과 시기간에 주효과는 나타났지만 상호작용이 나타나지 않아 집단간의 차이에 대한 구체적인 정보는 얻을 수 없었다. 하지만 연구 기간 동안 호전된 참여자들의 비율이 실험집단의 경우 25명(92.6%)이었으며, 비교집단의 경우 10명(58.8%)으로 실험집단이 높은 것으로 나타났다. 이 결과는 정신재활서비스가 자신과 타인과의 관계에 긍정적인 영향을 미친다는 것을 시사한다고 할 수 있다. 최근 재활성과 측정치로서 기능평가가 중요하다는 인식에도 불구하고, 현재 우리나라 임상현장에서 사용할 수 있는 기능평가도구 개발에 대한 연구가 빈약하여 실제 현장에서 정신장애인의 재활을 위해

기능을 평가할 수 있는 도구가 별로 없다. 이런 이유로 자신과 타인과의 관계요인에서 차이가 나타나지 않았을 가능성이 있으며, 추후 기능 평가에 신뢰로운 도구를 개발하여 측정한다면 더욱 구체적인 증거를 제시할 것으로 생각된다.

셋째, 통합정신재활서비스가 정신장애인의 삶의 질(주관적 경험의 변화)에 미치는 영향을 알아본 결과 전반적으로 삶의 질에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 구체적으로 전체점수와 긍정적인 자기지각, 불편감, 정서적 불안정성에 효과적인 것으로 나타났다. 또한 초기측정보다 12개월 후 측정에서 긍정적으로 호전된 참여자의 비율이 비교집단에 비해 매우 높았으며, 효과의 크기도 매우 높은 것으로 나타났다. 이 결과는 정신재활서비스가 정신장애인의 삶의 질에 영향을 미친다(배성우, 김이영, 2005)는 연구와 일치하는 결과이며, 시간이 지남에 따라 삶의 질에 아무런 변화가 없다는 최지욱(1997)의 연구결과와 반대되는 결과이다. 배성우와 김이영(2005)은 사회복지시설에서 제공한 서비스가 정신장애인의 삶의 질에 어떤 영향을 미치는지를 알아보기 위해 매 3-4개월 간격으로 총 6회에 걸쳐 자료를 수집한 결과 초기측정치부터 시작하여 1년 동안은 점차적으로 성장곡선을 그리면서 선형적으로 증가하다가 1년 이후에는 성장세가 다소 둔화되는 형태의 블록 포물선을 나타내면서 성장하고 있다고 주장한다.

최지욱(1997)은 첫 입원 치료를 받고 퇴원하여 2년 혹은 5년이 경과한 정신분열병 환자를 대상으로 삶의 질을 측정한 결과 삶의 질이 전반적으로 저하되어 있음을 알 수 있었고, 2년 경과군과 5년 경과군 사이에 삶의 질에서는 유의한 차이가 없었다고 보고하고 있다. 그

리나 최지옥(1997)의 연구에서는 병원에서 퇴원한 환자들이 지역사회 정신보건 영역에서 서비스를 제공받았는지에 대한 통제를 하지 않았으며, 또한 정신장애인의 재활성도가 1년 동안은 선형적으로 증가하다가 그 이후에는 성장세가 둔화되는 블록 포물선을 나타낸다는 배성우와 김이영(2005)의 주장을 고려해 볼 때 2년군과 5년군을 단순 비교하는 설계를 하였고 때문에 이와 같은 결과가 나타났을 가능성이 높다. 따라서 이 결과는 정신장애인의 재활성과 측정에 있어 종단적 검증을 하는 것이 더 많은 정보를 제공해 준다는 사실을 말해주는 결과라고 할 수 있다. 본 연구에서 삶의 질의 하위요인 중 불편감에서는 두 집단간에 통계적으로 차이가 나타나지 않았으며, 효과의 크기도 낮았다. 그러나 초기측정보다 12개월 후 측정에서 호전된 참여자 비율이 실험집단이 25명(92.6%)으로 비교집단 10명(58.8%)보다 높은 것으로 나타났다. 이 결과는 정신장애인의 삶의 질 척도 자체가 정신장애인의 증상과 삶의 질이 상관이 있다는 연구를 바탕으로 만들어진 것이기 때문에 불편감은 증상을 측정하는 측면으로 생각할 수 있다. 따라서 통합정신재활서비스가 증상에 부분적으로 영향을 미친 결과와 같은 맥락에서 생각해 볼 수 있으며, 추후 연구에서 불편감 요인과 증상과의 관련성을 파악해 볼 필요가 있을 것이다.

연구결과를 요약하면 정신장애인이 사회복지시설을 이용하면서 통합정신재활서비스를 제공 받았을 때, 그들의 증상이 감소하고 기능과 삶의 질이 높아진다고 할 수 있다. 그러나 재가서비스를 받은 집단은 통계적으로 유의한 차이는 나타나지 않았지만 시기에 따라 증상이 감소하고, 기능과 삶의 질이 증가하는 경향

을 보였으며, 실제 임상적으로 호전된 참여자도 30%에서 60%정도인 것을 나타냈다. 그러므로 정신장애인에게 제공되는 재가서비스도 그들의 증상과 기능, 삶의 질에 어느 정도의 효과는 있다고 할 수 있다. 그러므로 추후 연구에서 재가서비스의 효과성에 대한 구체적인 연구가 필요할 것으로 생각된다.

본 연구의 함의점을 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 본 연구의 결과는 사회복지시설에서 정신재활모형에 기초한 통합정신재활서비스를 제공하기 위한 프로그램 계획 및 운영에 근거자료로 이용될 수 있다. 우리나라는 짧은 정신재활의 역사를 가지고 있기도 하지만, 그동안 정신장애인에 대한 적절한 모형 연구가 없었다. 이런 이유로 정신재활에 대한 통합정신재활서비스보다는 어느 한 단계 혹은 몇 단계에 초점을 두고 서비스를 제공하고 있는 실정이다. 그러나 본 연구를 통해 통합정신재활서비스를 제공하는 것이 정신장애인의 증상과 기능 및 삶의 질에 효과적이라는 사실이 검증되었으므로 앞으로 우리나라 정신보건현장에서 제공되는 재활서비스의 방향을 제시해 줄 수 있을 것이다.

둘째, 1995년 정신보건법이 제정된 이후 현재까지 전국에 132곳의 사회복지시설이 설립되었고, 많은 예산을 지원 받고 있다. 그러나 지금까지는 시·군·구마다 사회복지시설을 하나씩 설치한다는 목표아래 시설의 설립에만 많은 에너지를 투자하여 왔고, 시설에 대한 평가는 시설거주 인원수, 시설관련법에 의한 종사자 수, 예산집행 등에 제한되어 있었다. 최근 들어 이런 구조적 평가 기준에 더하여 서비스 활동의 효율성 내지 효과성을 판단할 수 있는 평가기준이 필요하다는 주장이 나오고 있다. 이런 점에서 사회복지시설에서 제공하

는 통합정신재활서비스가 정신장애인의 재활 성과에 긍정적인 영향을 미친다는 본 연구의 결과는 평가자료의 지표로 제시될 수 있을 것이다.

본 연구의 제한점은 다음과 같다. 첫째, 연구설계의 문제점이다. 즉, 통합정신재활서비스의 효과를 알아보기 위해 정신장애인의 자발적인 의사에 의해 시설을 이용하겠다고 한 참여자를 실험집단으로, 시설을 이용하지 않고 재가방문 서비스를 제공받기를 원하는 참여자를 비교집단에 배치한 준실험설계를 사용하였다. 따라서 무선향당을 하지 못한 점이 본 연구결과에 영향을 미쳤을 가능성이 있다. 또한 재가방문서비스는 사회복지시설에서 제공하는 서비스의 중요한 한 형태이므로 엄격한 통제 집단을 두지 못했다고 할 수 있다. 그러므로 추후 연구에서는 정교한 설계를 통해 정신재활서비스의 효과성을 검증해 보아야 할 것이다.

둘째, 사전 측정에서 간이정신진단검사와 기능평가는 두 집단에 차이가 없었지만, 삶의 질의 전체점수와 불편감에서는 차이가 있는 것으로 나타났는데, 이 차이가 본 연구결과에 영향을 주었을 가능성이 있다.

셋째, 사회복지시설에서 제공하는 통합정신재활서비스가 정신장애인의 재활성과 즉 증상, 기능, 삶의 질에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 그러나 최근 많은 연구자들은 다양한 종속 측정치의 사용을 권고하고 있다. 예로 임상적 변화(증상, 재발율, 재입원율 등), 기능적 변화(직업, 대인관계, 가족관계, 독립생활 등), 주관적 경험의 변화(삶의 질, 삶의 만족도, 자아존중감 등)등이다(Brekke & Long, 2000). 따라서 정신재활서비스가 정신장애인의 재활성과에 미치는 영향에 대해 본 연구에서 사용하

지 않은 다양한 종속치를 사용해 알아볼 필요성이 있다.

## 참고문헌

- 김광일, 김재환, 원호택 (1984). 간이정신진단검사 실시요강. 서울: 중앙적성출판사.
- 김소형 (2002). 만성정신분열병 환자의 가족의 지지, 스트레스 대처방식과 삶의 질. 전남대학교 석사학위논문.
- 김이영 (2004). 사회복지시설의 정신재활서비스가 정신장애인의 재활성과에 미치는 영향: 6개월 추적연구. 지역사회정신보건, 6, 5-26.
- 김철권, 장정희, 김진원, 조진석, 강동호, 심경순, 하준선, 공지현, 변원탄 (1998). 정신재활 치료가 정신분열병 환자의 재발율, 입원횟수, 입원일수 그리고 치료경비에 미치는 효과: 2년 추적조사 연구. 신경정신의학, 37(5), 811-823.
- 박상규 (1999). 조망적 사회기술훈련이 정신분열증 환자의 사회기술향상에 미치는 효과. 계명대학교 박사학위논문.
- 박상규, 김이영, 손명자 (2001). 조망지향적 사회기술훈련. 대구: 도서출판 정신재활.
- 배성우, 김이영 (2005). 사회복지시설에서 제공한 서비스가 정신장애인의 삶의 질에 미치는 효과의 종단적 검증. 정신보건과 사회사업, 20, 69-94.
- 서진환, 이만홍 (2000). 정신분열병 환자를 위해 개발된 직업재활 프로그램의 효과. 신경정신의학, 39(1), 89-99.
- 손명자, 김효정, 조현주, 이은진 (2003). 정신장애인을 위한 취업전 교육 프로그램. 대구:



- 도서출판 정신재활.
- 손명자, 배정규 (2003). *정신분열병과 가족*. 대구: 도서출판 정신재활.
- 손명자, 배정규, 김이영 (1999). *스스로 관리하는 약물증상*. 대구: 도서출판 정신재활.
- 손명자, 배정규, 박미애, 김이영 (1999). *정신재활을 위한 기초교육*. 대구: 도서출판 정신재활.
- 손명자, 배정규, 배현석, 이은진 (1999). *스스로 관리하는 스트레스*. 대구: 도서출판 정신재활.
- 손명자, 배정규, 이광식, 유은희 (1999). *좋은 대인관계 교육*. 대구: 도서출판 정신재활.
- 신경숙 (2001). 가정방문교육이 재가만성 정신분열병 환자의 약물복용이행과 치료자 역할에 미치는 효과. *강원대학교 석사학위논문*.
- 이용표 (2000). *지역사회 정신보건프로그램이 정신장애인의 재활효과에 미치는 영향*. 서울대학교 박사학위논문.
- 임신화 (2001). 행동수정요법이 만성정신질환자의 자가간호 수행과 대인관계지각에 미치는 효과. *정신간호학회지*, 10(1), 87-97.
- 최지옥 (1997). *첫 입원 정신분열병 환자들의 삶의 질에 대한 추적 연구*. 울산대학교 석사학위논문.
- 한경례, 김성완, 이무석 (2002). 정신분열병 환자의 낙인에 영향을 주는 요인. *신경정신의학*, 41(6), 1185-1196.
- 황태연, 박애순, 김명식, 송진우, 여운태 (2000). *한국판 정신사회적 기능-증상 평가척도의 신뢰도와 타당도 연구*. *융인정신의학보*, 7(1), 49-60.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders-IV*. Washington D.C: American Psychiatric Association.
- Anthony, W., Cohen, M., Farkas, M., & Gagne, C. (2002). *Psychiatric Rehabilitation*. Boston, MA: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Barry, K. L., Zeber, J. E., Blow, F. C., & Valenstein, M. (2003). Effect of strengths model versus assertive community treatment model on participant outcomes and utilization: Two-year follow-up. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26(3), 268-277.
- Bracke, P. (2001). Measuring the subjective well-being of people in a psychosocial rehabilitation center and a residential psychiatric setting. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(3), 222-236.
- Brekke, J. S., & Long, J. (2000). Community-based psychosocial rehabilitation and prospective change in functional, clinical, and subjective experience variables in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26(2), 667-680.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral science*(2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Connors, M., Siddique, C. M., & Vulpen, R. (1998). Evaluation of a comprehensive community rehabilitation program. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 21, 255-263.
- Das, M. K., Kulhara, P. L., & Verma, S. K. (1997). Life events preceding relapse of schizophrenia. *The International Journal of Social Psychiatry*, 43, 56-63.
- Derogatis, L. R., & Cleary, P. A. (1977). Factorial invariance across gender for the primary

- symptom dimension of the SCL-90. *British Journal of Clinical Psychology*, 16, 347-356.
- Eisen, S. V., Dill, D. L., & Grob, M. C. (1994). Reliability and validity of a brief patient-report instrument for psychiatric outcome evaluation. *Hospital Community Psychiatry*, 45, 242-247.
- Meichenbaum, D., & Turk, D. (1982). Stress, coping and disease: A cognitive behavioral perspective. In W. J. Neufeld (Ed.), *Psychological stress and psychopathology* (pp. 289-305). New York: Plenum Press.
- Robinson, D., Woerner, M., & Schooler, N. (2000). Intervention research in psychosis: Issues related to clinical assessment. *Schizophrenia Bulletin*, 26(3), 551-556.
- Scott, J. E., & Dixon, L. B. (1995). Psychological interventions for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 621-630.
- Wilkinson, G., Hesdon, B., Wild, D., Cookson, R., Farina, C., Sharma, V., Fitzpatrick, R., & Jenkinson, C. (2000). Self-report quality of life measure for people with schizophrenia: The SQLS. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 42-46.
- 1 차원고접수 : 2006. 3. 25  
수정원고접수 : 2006. 5. 16  
최종게재결정 : 2006. 6. 02

K C I

## The Integrated Psychiatric Rehabilitation Services and Their Impact on Rehabilitation Outcomes: One Year Follow up

Yi-Young Kim

Daegu Psychiatric Rehabilitation Center

The purpose of this study was to test the effectiveness of the integrated psychiatric rehabilitation services provided by a psychosocial rehabilitation center using various measures. In study the effectiveness of the integrated psychiatric rehabilitation services was tested using a one-year longitudinal study design. In the experimental group, 30 participants received the integrated psychiatric rehabilitation services. Eighteen subjects who were assigned to the comparison group received counseling services only which was provided in the subjects' home. All the subjects completed a battery of measurements before the study began and post-test and follow-up test were completed in 6 months and 12 months respectively. The measures utilized in study included the Symptom Checklist-90- Revision(SCL-90-R), the Korean version of Behavior Symptom Identification Scale(BASIS-32), and the quality of life scale. The results of the study are as follows. First, the integrated psychiatric rehabilitation services were associated with overall symptom reduction in the experimental group. Especially, the statistically significant reduction in symptoms was observed in the domains of depression, anxiety, and hostility. Second, the services were associated with an increased level of overall social functioning for the experimental group, especially in the domain of activities of daily living. Third, the subjects in the experimental group also reported higher scores in quality of life scales compared to the comparison group and statistically significant changes were observed in the domains of self-awareness, inconvenience, and emotional instability. Contrary to the experimental group, no statistical differences were observed in the comparison group throughout all the measures examined in this study. In conclusion, the results of this study indicated that the integrated psychiatric rehabilitation services rather than individual program services is more effective for better outcomes. Therefore, based on the results of the present study, it was argued that it is essential for the psychosocial rehabilitation centers in Korea to provide the integrated psychiatric rehabilitation services to the severely mentally ill population.

*Key words* : *Integrated psychiatric rehabilitation services, rehabilitation outcomes*