

간호학 박사학위 논문

중증 정신장애인의 정신재활을 위한
한국형 ACT(Assertive Community Treatment)
프로그램 개발 및 효과

Effects of Modified ACT Program for the Psychiatric Rehabilitation of People
with Severe Mental Illness

아주대학교대학원

간호학과

김영희



중증 정신장애인의 정신재활을 위한
한국형 ACT 프로그램 개발 및 효과

지도교수 유 문 숙

이 논문을 간호학 박사학위 논문으로 제출함.

2012년 6월

아주대학교대학원

간호학과

김영희

김영희의 간호학 박사학위 논문을 인준함.

심사위원장 현명선 인

심사위원 유문숙 인

심사위원 박진희 인

심사위원 김명식 인

심사위원 하경희 인

아주대학교대학원

2012년 6월 일



감사의 글

이 논문을 마치기까지 도움을 주신 많은 분들께 감사의 마음을 전합니다.

먼저 많은 어려움에도 불구하고 성실하게 면담과 설문에 응해주신 회원 여러분들께 진심으로 감사를 드립니다. 또한 바쁜 일정에도 불구하고 연구가 원만히 이루어지도록 실질적인 도움을 주신 수원시정신보건센터의 센터장님과 팀장님, 그리고 선생님들께 고마운 마음을 전합니다. 또한 지역사회 현장에서 새로운 도전을 할 수 있도록 자문과 지도를 해주시고 함께 해주신 많은 분들께 진심으로 감사드립니다.

주제선정에서부터 완성되기까지 폭 넓은 시각으로 논문의 전체 구성과 틀을 잡아주시고, 부족한 부분을 채워주면서 따뜻한 격려로 논문을 마칠 수 있게 이끌어주신 지도교수 유문숙 교수님께 깊은 감사를 드립니다. 연구에 관심을 가지고 진행과정에서 세심한 조언을 해주시고 부족한 부분을 꼼꼼히 지적해주신 현명선 교수님, 논리적인 가르침으로 논문의 방향을 이끌어주신 박진희 교수님께도 진심으로 감사드립니다. 논문이 진행되는 동안 논문의 개념 틀과 방향을 이끌어주신 하경희 교수님께도 깊은 감사를 드립니다. 통계분석에서 기술에 이르기까지 세심한 조언을 해주시고 격려해주신 김명식 교수님께도 진심으로 감사드립니다.

과정을 시작하고 마칠 수 있었던 것은 제가 정신보건현장에서 지금까지 몸담고 있을 수 있도록 지켜봐 주시고, 힘들 때마다 지지와 격려를 아끼지 않았던 많은 분들의 도움이 있었기에 가능했습니다. 그 분들이 주신 사랑과 격려, 그리고 가르침이 늘 마음속에 남아 제게 큰 힘이 되고 있습니다. 이 자리를 통해 마음을 담아 진심으로 감사드립니다.

마지막으로 지금까지 항상 부족하기만 한 제가 용감한 선택을 하도록 기쁜 마음으로 이해해주고 응원해준 친구들, 항상 사랑으로 감싸주신 어머니, 그리고 나의 남편, 가장 든든한 후원자이며 친구 같은 이제는 아들을 낳아 부쩍 어른스러워진 첫째딸 지혜, 사위 성훈, 그리고 둘째딸 지선, 너무나 사랑스러운 손자 도현에게 고마움과 감사의 마음을 전합니다.

2012년 6월
김영희 올림

중증 정신장애인의 정신재활을 위한 한국형 ACT 프로그램 개발 및 효과

본 연구는 정신재활모형을 근거로 중증 정신장애인 대상 정신재활을 위한 한국형 ACT 프로그램을 개발하는 1단계와 개발된 한국형 ACT 프로그램을 중증 정신장애인에게 적용한 후 그 효과를 파악하는 2단계로 나누어진다.

1단계 연구방법을 보면, 중증 정신장애인의 회복을 위한 한국형 ACT 프로그램 개발을 위하여, 정신재활모형에서 도출된 개념과 문헌고찰을 통해 ACT 기반 프로그램을 작성하였다. 작성된 프로그램은 전문가 집단을 통해 프로그램 구성요소와 내용에 대해 자문을 받았으며, 프로그램 적용 가능성은 20명의 중증 정신장애인에게 적용하여 가능성을 검증하였으며, 검증을 통한 내용을 바탕으로 수정·보완 후 최종 프로그램을 개발하였다.

2단계 효과검증에서는 개발된 한국형 ACT 프로그램의 효과를 검증하기 위하여 2011년 8월부터 2012년 2월까지 정신보건센터에 등록하는 중증 정신장애인을 대상으로 6개월 동안 한국형 ACT 프로그램을 실시하였고 대조군과 비교하는 비동등성 대조군 전후설계 유사실험 연구를 실시하였다. 연구대상자인 실험군 32명, 대조군 31명에게 사전조사, 사후조사를 실시하였다. 개발된 프로그램의 효과는 정신과적 증상 수준, 사회적 기능수준, 삶의 만족도 수준으로 측정하였다. 수집된 자료는 SPSS/WIN version 18.0 프로그램을 이용하여 기술통계, χ^2 , independent t-test, Cronbach's alpha로 분석하였다. 본 연구의 결과는 다음과 같다.

1. 한국형 ACT 프로그램은 직접 서비스, 다학제간 팀접근, 지역사회 현장서비스, 24시간 접근성, 맞춤형서비스, 가족지원을 포함한 지역사회 자원과의 협력이라는 운영원칙을 실행하면서 사례관리 시스템을 구축하고, 중증 정신장애인에게 적

극적 지역사회 치료를 제공하는 사례관리로 6개월 중재 프로그램이다.

2, 프로그램의 가설 검증결과는 다음과 같다.

첫째, 실험군과 대조군의 정신과적 증상 수준 평가 결과 실험군과 대조군의 전후 비교에서 정신과적 증상은 통계적으로 유의한 결과를 보였다. 따라서 ‘한국형 ACT 프로그램을 제공 받은 실험군은 대조군보다 정신과적 증상 정도가 낮아질 것이다.’라는 가설 1은 지지되었다.

둘째, 실험군과 대조군의 사회적 기능 총점 수준 평가 결과 실험군과 대조군의 전후 비교에서 사회적 기능 총점 수준은 통계적으로 유의한 결과를 보였다. 따라서 ‘한국형 ACT 프로그램을 제공받은 실험군은 대조군보다 사회적 기능 수준이 높아질 것이다’ 라는 가설 2는 지지되었다. 사회적 기능의 하위영역별 결과에서는 실험군과 대조군의 대인관계 수준, 독립성 수행 수준, 레크레이션 수준, 부차 사회적 활동 수준, 독립성 능력 수준의 평가 결과 실험군과 대조군의 전후 비교에서 통계적으로 유의한 결과를 보였다.

셋째, 실험군과 대조군의 삶의 만족도 총점 수준 평가 결과 실험군과 대조군의 전후 비교에서 삶의 만족도 총점은 통계적으로 유의한 결과를 보였다. 이로써 ‘한국형 ACT 프로그램을 제공받은 실험군은 대조군보다 삶의 만족도가 높아질 것이다’ 라는 가설 3은 지지되었다. 삶의 만족의 하위영역별 결과에서는 실험군과 대조군의 의식주 수준, 신체 및 정신건강 영역 수준의 평가 결과 실험군과 대조군의 전후 비교에서 통계적으로 유의한 결과를 보였다.

본 연구는 중증 정신장애인의 정신재활을 위한 한국형 ACT 프로그램을 개발하였고, 그 효과성 검증을 통해 정신과적 증상을 감소시키고 사회적 기능을 향상시켜 삶의 만족도를 높일 수 있다는 점에서 그 의의가 있다. 따라서 본 연구에서 개발한 한국형 ACT 프로그램은 중증 정신장애인의 정신재활을 위한 효과적인 간호중재 방법 중 하나로 실무에 확대 적용할 것을 제안한다.

핵심어 : 적극적 지역사회치료, 사례관리, 정신재활, 중증 정신장애인

차 례

감사의 글	i
국문 요약	ii
차 례	iv
표 차례	vi
그림 차례	vii
부록 차례	viii
I. 서론	1
A. 연구의 필요성	1
B. 연구의 목적	4
C. 연구의 가설	5
D. 용어 정의	5
II. 문헌고찰	8
A. 중증 정신장애인을 위한 정신재활 중재	8
B. 중증 정신장애인을 위한 ACT 프로그램 효과	15
III. 연구의 이론적 기틀	22
IV. 연구방법	26
A. 한국형 ACT 프로그램 개발	26
B. 한국형 ACT 프로그램 효과 검증	28
C. 윤리적 고려	34

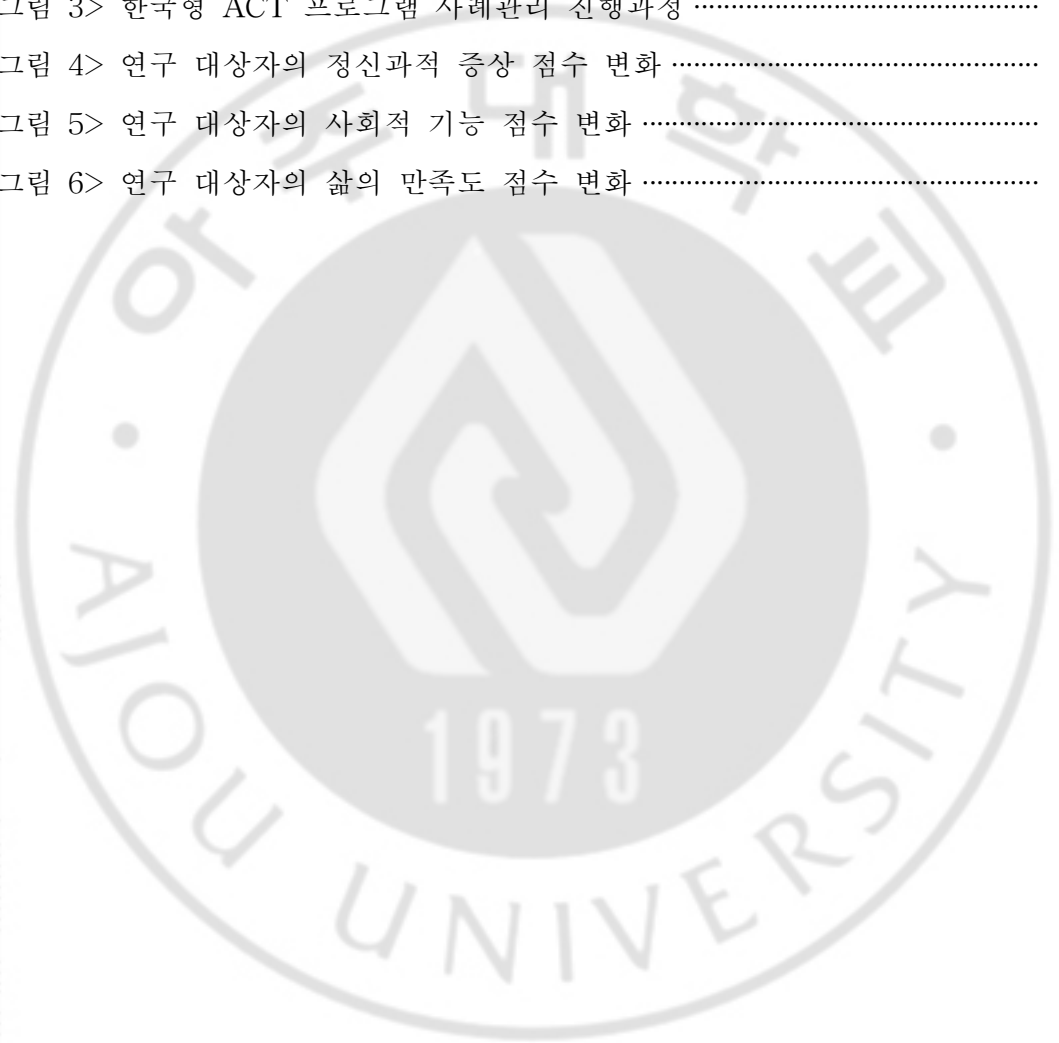
D. 연구의 제한점	35
V. 연구결과	36
A. 한국형 ACT 프로그램 개발	36
B. 한국형 ACT 프로그램의 효과 검증	50
VI. 논의	64
A. 한국형 ACT 프로그램 개발결과	64
B. 프로그램 효과 검증	68
C. 연구의 의의	73
VII. 결론 및 제언	75
A. 결론	75
B. 제언	78
참고문헌	79
부 록	87
영문요약	104

표 차례

<표 1> 연구 설계	28
<표 2> 팀 구성 및 역할	42
<표 3> 서비스 운영시간 및 근무형태	44
<표 4> 치료 서비스 영역	46
<표 5> 정신재활 서비스 영역	47
<표 6> 가족 및 환경개입 서비스 영역	48
<표 7> 자립지원 서비스 영역	48
<표 8> 예비조사의 효과	49
<표 9> 실험군과 대조군의 인구사회학적 특성 동질성 검증	51
<표 10> 실험군과 대조군의 질병관련 특성에 대한 동질성 검증	53
<표 11> 실험군과 대조군의 정신과적 증상에 대한 사전 동질성 검증	54
<표 12> 실험군과 대조군의 사회적 기능에 대한 사전 동질성 검증	55
<표 13> 실험군과 대조군의 삶의 만족도에 대한 사전 동질성 검증	57
<표 14> 한국형 ACT 프로그램의 정신과적 증상 수준 효과	58
<표 15> 한국형 ACT 프로그램의 사회적 기능 수준 효과	61
<표 16> 한국형 ACT 프로그램의 삶의 만족도 수준 효과	63

그림 차례

<그림 1> 본 연구의 개념 틀	25
<그림 2> 연구 진행과정 흐름도	30
<그림 3> 한국형 ACT 프로그램 사례관리 진행과정	45
<그림 4> 연구 대상자의 정신과적 증상 점수 변화	59
<그림 5> 연구 대상자의 사회적 기능 점수 변화	60
<그림 6> 연구 대상자의 삶의 만족도 점수 변화	62



부록 차례

<부록 1> 설문지	88
<부록 2> 위스콘신 PACT와 한국형 ACT 프로그램의 구성내용 비교	100
<부록 3> 위스콘신 PACT와 한국형 ACT 프로그램의 운영원칙 비교	103



I. 서론

A. 연구의 필요성

최근 들어 전 세계적으로 정신장애인 치료서비스가 입원중심의 치료에서 지역사회에 기반을 둔 정신재활 서비스의 일환인 탈수용화(Deinstitutionalization)정책으로 전환되면서 정신보건 패러다임은 보호와 질병관리의 의학모델에서 정신재활모델로 이행되었다. 이에 따라 정신장애인이 더 이상 시설이 아닌 자신의 삶의 터전인 지역사회 내에서 만족스러운 삶을 추구하며 살아갈 수 있도록 사회통합과 정상화 개념으로 지역사회에 기반을 둔 치료서비스가 제공되고 있다(김이영, 2006; 황태현, 2001). 이에 따라 정신재활 서비스는 정신장애인에게 지역사회 적응을 돕는 새로운 개입방법으로 정신과적 증상에 대한 개입뿐만 아니라 정신장애로 발생할 수 있는 사회 전반적인 기능인 일상생활, 사회생활, 역할기능 등의 사회적 기능을 향상시키는 것과, 기능결함으로 발생할 수 있는 사회적 편견, 사회적 지지체계 부재 등의 불이익에 대한 포괄적인 서비스를 제공하는데 그 초점을 두게 되었다(Anthony, 2003).

우리나라에서도 1995년 12월 정신보건법이 제정된 이후 정신보건 패러다임이 정신재활모델로 전환되어 지역사회 내의 정신보건센터를 중심으로 정신장애인의 정신재활을 위한 실제적인 지역사회 지지시스템을 갖추어 가고 있다(김상오, 2006; 황성동, 2008). 그러나 우리나라의 경우 지역사회 정신보건 시설을 통해 관리되고 있는 중증 정신장애인은 2012년 현재 전체 중증 정신장애인의 20%이하인 약 69,200명이며, 정신장애인 82,000 여명의 입원 혹은 입소환자들의 약 50%는 6개월 미만의 입원기간을 가지지만, 나머지의 45%는 병원이나 시설에 3년 이상 거주하고 있다(이영문, 2012). 또한 정신장애인의 평균 재원기간이 약 160일로 매우 장기적이어서(안경환, 2008) 보다 더 체계적인 지역사회 중심의 치료서비스 개발이 필요한 시점이다. 또한 중증 정신장애인 상당수는 장기입원이나 시설에 수용되어 있

으며 지속적인 반복입원을 하고 있는 실정이며(이명수, 2010) 이렇게 시설 수용인이 많은 것은 치료를 위한 목적이라기보다는 중증 정신장애인을 위한 지역사회 지지기반이 부재하기 때문에 부득이하게 시설에서 생활하고 있는 것이다(하경희, 2010). 우리나라에서 시행하고 있는 정신보건센터에서의 서비스는 전화 상담과 정신장애를 가진 사람이 직접 센터에 내소해서 제공받는 관리형태가 주를 이루고 있으며, 사례관리자가 직접 현장에 나가 서비스를 제공하는 것은 월 1회 정도이다. 이러한 사례관리 방법으로는 중증 정신장애를 가진 사람에게 충분한 서비스를 제공하지 못할 뿐만 아니라 이들의 다양하고 복잡한 욕구에 대한 서비스 접근이 어려운 실정이다(민소영, 2010).

이에 중증 정신장애인을 위한 체계적인 사례관리 시스템 구축과 다양하고 복잡한 욕구를 해결할 수 있는 보다 효과적인 서비스 중재가 요구된다. 즉 중증 정신장애인에게 다양한 스트레스 상황에서 필요할 때 언제, 어디서나 직접 서비스를 제공 받을 수 있는 현장 중심의 사례관리 시스템이 필요하다. 현장중심의 직접서비스는 중증 정신장애인 개개인에게 맞춤형 형태로 서비스가 제공되기 때문에 다양한 스트레스 상황에 따른 개인적 대처가 가능해져 이를 통해 사회적응을 돕는 것이기에 정신재활에 보다 긍정적 효과가 있다고 할 수 있다(Gold, Meisler, & Santos, 2003).

국외의 경우 1970년대 이후 이미 정신장애인을 위한 지역사회 지지시스템이 마련되어 다양한 정신재활서비스가 제공되고 있다. 이중 가장 핵심적인 서비스인 사례관리가 지속적으로 확대 되면서 그 과정과 중점에 따라 다양한 모델이 개발되었고 효과에 대한 연구도 활발하게 이루어지고 있다(Mueser, Bond, Drake, & Resnick, 1998). 이러한 다양한 지역사회 사례관리 모델 중 포괄적인 접근으로 다양한 전문성이 있는 팀이 24시간, 사례 팀에 의해 직접 대상자가 있는 현장에서 서비스를 제공하는 적극적 지역사회치료 모델(Assertive Community Treatment Model, 이하 ACT)이 가장 활발하게 이용되고 있다(민 소영, 2006).

ACT 모델은 미국에서 처음 개발하여 중증 정신장애인 대상 지역사회 정신보건

영역에서 특히 입원을 감소시키며, 임상적인 호전과 사회 재적응이 가능하여 삶의 만족도 향상에서 효과가 나타난 것으로 인정받아 여러 나라에서 근거중심 실무로써 활발하게 적용되고 있다(Marshall & Lockwood, 2010). ACT의 주요 특성은 다학제간 팀 접근을 통한 지속성과 치료 팀이 책임을 공유하는 것, 중증 정신장애인의 다양한 욕구와 개별화된 사례개입이 가능하며, 또한 대상자가 살고 있는 지역 사회에서의 현장 활동과 시간제한이 없이 24시간 언제든지 서비스를 제공하는 것이다. 이로써 응급상황에서의 개입뿐만 아니라 수시로 올 수 있는 위기 시 즉시 개입이 가능하여 입원을 방지할 수 있다. 또한 사례담당자가 적은 수의 사례를 관리함으로써 서비스를 계속 유지할 수 있으며, 이로써 대상자는 치료서비스의 이용 가능성이 높아져 임상적 증상의 호전과 지역사회 자원과 협력함으로써 사회적응에 필요한 실제적인 지지 시스템을 구축할 있다(Gold, Meisler, & Santos, 2003).

우리나라에서도 1990년대부터 나주 지역에서 ACT 프로그램을 도입하여 실시하였으나 현장에서 구체적인 활동이 미흡하고, 다학제팀 구성과 전문요원들의 훈련, 지역사회와의 연계 등이 한국적 상황에서 적절하지 않았기 때문에 우리나라 정신보건체계의 정규 프로그램으로 정착하지는 못하였다(유제춘, 2008a). 그럼에도 불구하고 2007년 ACT 프로그램을 한국적 상황에서 실제 적용해 보고자 8개월간 ACT 기반 사례관리를 실시한 결과 이를 통해 대상자들의 증상, 기능, 직업재활, 삶의 질에서 유의미한 변화가 있는 것으로 나타났다(유제춘, 2008b).

오명자(2008)의 연구결과에서 보면, 기존의 사례관리는 중증 정신장애인을 접했을 때 적절한 사례관리 방안을 찾지 못하여 사례관리를 포기하게 되었는데, ACT 기반 사례관리는 다학제팀의 전문성에 대한 요구로 교육을 지속적으로 받게 되어 전문가로써 역량을 강화할 수 있었고, 효과 검증결과에서는 정신과적 증상과 기능수준, 사회생활기술능력, 가족 부담에서 효과성을 입증하였다. 또한 김유라(2008)의 연구결과에서도 시범적으로 운영한 ACT 기반 사례관리에서 한정된 자원과 한정된 인력으로 구성된 사례관리 구성체계임에도 불구하고 중증 정신장애인을 위한 사례관리의 구체적인 전략과 체계화된 가이드라인이 있어 이들의 삶의 만족과 입

파워먼트 향상에 효과성이 있음을 입증하였다. 한편 하경희(2010)의 ACT 기반 사례관리의 적용 연구결과를 보면 ACT팀은 정신보건센터의 타 업무와 병행하여 업무가 과중되었고 팀구성에서 전문요원 참여가 제한적이고 당직에 대한 제정적인 지원 없이 오로지 사례관리자의 열정과 노력에 의존하고 있었다. 이에 ACT가 보다 체계적으로 적용되고 타 기관에 확대되려면 시스템적 보완이 반드시 필요하다고 주장하고 있다. 이러한 국내 선행 연구결과를 통해 우리나라에서도 중증 정신장애인의 정신재활을 위해서는 다학제팀이 구성된 체계적인 사례관리 체계구축과 이들에게 적합한 체계화된 적극적 지역사회 치료서비스가 시급한 실정이다.

이에 본 연구에서는 중증 정신장애인을 대상으로 한국의 지역특성과 사회적 환경을 고려한 한국형 ACT 프로그램을 개발하고, 중증 정신장애인의 정신과적 증상 및 사회적 기능, 삶의 만족도에 미치는 효과를 분석하고자 한다.

B. 연구 목적

본 연구의 목적은 중증 정신장애인을 대상으로 한국형 ACT 프로그램을 개발하고 이를 적용한 후, 본 프로그램이 중증 정신장애인의 정신과적 증상 및 사회적 기능, 삶의 만족도에 미치는 효과를 파악하는 것으로 구체적인 연구 목적은 다음과 같다.

1. 정신재활모형을 기초로 하여 한국형 ACT 프로그램을 개발한다.
2. 개발된 한국형 ACT 프로그램의 효과를 분석한다.
 - 1) 한국형 ACT 프로그램이 중증 정신장애인의 정신과적 증상에 미치는 효과를 분석한다.
 - 2) 한국형 ACT 프로그램이 중증 정신장애인의 사회적 기능에 미치는 효과를 분석한다.

3) 한국형 ACT 프로그램이 중증 정신장애인의 삶의 만족도에 미치는 효과를 분석한다.

C. 연구의 가설

연구의 두 번째 목적인 한국형 ACT 프로그램 효과를 분석하기 위해 본 연구의 가설을 다음과 같이 설정하였다.

가설 1. 한국형 ACT 프로그램을 제공받은 실험군은 대조군보다 정신과적 증상 정도가 낮아질 것이다.

가설 2. 한국형 ACT 프로그램을 제공받은 실험군은 대조군보다 사회적 기능 수준이 높아질 것이다.

가설 3. 한국형 ACT 프로그램을 제공받은 실험군은 대조군보다 삶의 만족도가 높아질 것이다.

D. 용어 정의

1. 중증 정신장애인

- 이론적 정의 : 중증 정신질환의 진단기준이 정신분열병과 정동장애의 범주에 속하는 조울병, 주요 우울증을 앓고 있는 대상자를 말한다(신성만 등, 2009).
- 조작적 정의 : 본 연구에서의 중증 정신장애인이란 정신분열병, 조울병, 주요우울증으로 진단을 받고 1년 이상이 경과되었으며, 지역사회 정신보건센터에 등록된 대상자를 말한다.

2. 한국형 ACT 프로그램

- 이론적 정의 : ACT 프로그램은 1970년경에 Leonard Stein과 Mary Ann에 의해 개발되었고(Stein & Santos, 1998), 지역사회에서 살고 있는 중증 정신장애인에게 정신재활모형을 적용한 사례관리 프로그램으로써 다학제팀이 운영하는 사례관리 모델을 말한다
- 조작적 정의 : 본 연구에서의 한국형 ACT 프로그램이란 한국의 정신보건 사례관리 실정에 맞추어 변형하여 개발한 프로그램으로 DACTS의 기준에 따라 적합성 평가(하경희, 2010)와 적용가능성 평가를 거쳐 수정 보완하여 본 연구자가 개발한 프로그램을 말한다.

3. 정신과적 증상

- 이론적 정의 : 정신과적 증상이란 개인의 신체적, 정서적, 인지적, 행동적인 측면에 지대한 영향을 미치는 병리적 현상을 말하며 망상, 환각, 와해된 언어, 불안, 우울 등 정서적 행동 등을 말한다(APA, 1994).
- 조작적 정의 : 본 연구에서 정신과적 증상이란 Overall과 Gorham(1962)이 개발한 간이정신진단검사(Brief Psychiatric Rating Scale, 이하 BPRS)로 측정된 점수를 말한다.

4. 사회적 기능

- 이론적 정의 : 사회적 기능이란 정신장애인이 지역사회에서 생활하는데 필요한 기능으로 단일한 개념이 아닌 다면적 개념으로 대인관계, 집안활동, 직업활동, 교육활동, 자기 관리능력, 독립생활기술, 관심과 흥미, 오락 활동 등 다양한 기능을 말한다(김철권, 이지아, 2009).

- 조작적 정의 : 본 연구에서의 사회적 기능이란 Birchwood, Smith와 Cochrane(1990)이 개발하고, 김철권과 이지아(2009)가 한국어판으로 번안하여 개발한 사회적 기능 평가 척도(Social Functioning Scale, SFS)로 측정된 점수를 말한다.

5. 삶의 만족도

- 이론적 정의 : 삶의 만족도란 정신장애인이 느끼는 주관적 평가로 자신의 현재 삶에 얼마나 만족하는가를 개인이 인지하고 주관적으로 평가하는 것으로 의식주와 같은 기본적인 것부터 친구관계, 가족과 친척관계 영역, 신체 및 정신건강 영역, 직업 영역, 경제 영역, 대인관계 영역, 사회생활 및 여가활동 영역, 행복감 영역, 자율성과 자아감영역 등에 이르는 추상적인 것까지 삶의 만족을 포괄적으로 일컫는다(양옥경, 1992).
- 조작적 정의 : 본 연구에서의 삶의 만족도는 양옥경(1994)이 개발한 삶의 만족도 척도로 측정된 점수를 말한다.

II. 문헌고찰

A. 중증 정신장애인을 위한 정신재활 중재

1. 정신재활

정신재활 서비스는 취약한 정신장애인에게 지역사회 지지체계 마련과 포괄적인 서비스 제공으로 개인적인 대처 능력을 강화하여 긍정적인 자아개념을 갖도록 함으로써 만족한 삶을 살게 하는 것을 그 목표로 한다(Anthony, 2003). 개인적인 대처능력이란 질병으로 오는 손상, 기능 결함, 역할장애, 불이익의 다양한 스트레스 상황에서 전반적인 기능을 발휘하여 지역사회 내에서 만족한 삶을 살아갈 수 있는 능력이다. 지역사회 지지체계와 정신재활 서비스라는 보호인자를 통해 장애로 발생하는 일상생활이나 사회생활, 역할기능 등에서 일어나는 문제를 해결하면서 자신의 역할을 수행하며 살아가는 것이 정신재활의 목표인 것이다(Anthony & Liberman, 1986).

포괄적인 정신재활 서비스는 질병으로 오는 정신과적 증상의 감소뿐만 아니라 정신장애로 어려움을 가져올 수 있는 일상생활기능, 사회생활기능, 역할기능 등의 전반적인 사회적 기능에 대한 대처 기술을 훈련하며 기능수준을 향상시키고 강화해준다. 또한 역할장애로 발생할 수 있는 사회적 편견으로 받게 되는 불이익에 대하여 제도의 변화, 권익 운동 등의 사회적 지지체계를 마련하여야 한다. 오랜 기간 시설에서 수용되어 살다 나온 대상자에게는 이처럼 적극적이고 포괄적인 서비스가 제공되어야 지역사회라는 새로운 환경에 적응할 수 있는 다양한 기능을 다시 발휘할 수 있으며 자신의 역할이 가능해져 긍정적인 자아개념을 가질 수 있고 그로 인해 삶의 만족을 높일 수 있다(Liberman, 1994).

우리나라에서도 1995년 12월 정신보건법이 제정된 후로 지역사회 내의 정신보건 센터를 중심으로 정신장애인을 위한 실제적인 지역사회 지지시스템을 갖추어 가고

있다. 정신재활모델에서는 정신장애에 대한 다양한 프로그램이 시도되어 대처기술을 향상시키는데 먼저 정신과적 증상으로 오는 손상에 대한 개입이 있다. 손상이란 심리적, 생리적, 혹은 해부학적인 구조나 기능이 상실되거나 어떤 이상이 생긴 상태로 환각이나 망상, 우울 등의 증상을 경험하는 것을 의미하는 것을 말하는데, 정신장애인은 증상이 감소하면 행동과 생각이 안정화되면서 회복의 가장 큰 의미로 생각한다고 한다(김희정, 2009).

또한 정신재활 프로그램은 정신장애로 발생할 수 있는 기능결함에 대한 개입인데 기능결함은 정상이라고 생각되는 방식과 범위 내에서 활동 수행능력이 제한되거나 부족한 상태로 직무적응기술과 사회기술부족, 일상생활기술의 부족 등을 포함한다. 이에 일상생활, 사회생활, 역할기능 등의 전반적인 사회적 기능을 향상시키고 참여하도록 돕는 것인데 이는 정신장애인이 건강한 성인으로 사회생활을 회복하는 핵심적인 경험이다(김이영, 2006; 김희정, 2009; 노은선, 2000). 또한 전반적인 기능을 향상시키는 것은 일상생활과 대인관계 문제 등의 대처기술을 강화하여 장애로 오는 다양한 스트레스 상황에서 문제해결능력을 갖게 되어 정신재활에 가장 큰 영향을 준다(김이영, 2010). 정신장애인은 지역사회 지지기반인 사회복지시설을 이용하면서 다양한 경험을 통한 훈련으로 전반적인 사회적 기능의 실현이 가능하게 되고, 이는 자기효능감에 긍정적인 영향을 미치게 되며 이를 통해 자아개념의 안정을 가져와 현실의 삶을 만족하게 생각하는 상태를 가져온다(배성우, 김이영, 2008; 민소영, 2002).

역할장애 역시 중증 정신장애인에게 나타나는 증상으로 정상이라고 생각되는 방식과 범위 내에서 역할수행능력이 제한되거나 부족한 상태로 정신질환으로 인해 학교를 다니지 못하거나 취업을 하지 못하는 것을 말하며, 마지막 단계의 불이익은 사회적 편견과 차별로 인하여 활동을 하는데 제한과 방해를 받는 것을 말한다(강희원, 2010). 이러한 역할장애 요인은 중증 정신장애인의 질병으로 인한 손상뿐만 아니라 부정적인 자아개념으로 결국 사회적응이 어려워져 다시 시설이나 병원에서 재입소하여 오랜 기간 살아가게 된다. 정신재활모형에서는 지역사회 내에 다

양한 사회적 지지체계를 마련하여 취약한 정신장애인이 역할장애로 오는 불이익으로부터 보호받을 수 있도록 정신재활 서비스와 함께 포괄적인 서비스를 제공해야 한다고 주장하였다(Anthony, 2003).

김현숙(2007)의 연구에 의하면 정신장애인에 있어 정신재활이 매우 중요한 과제이며, 사례관리를 기본으로 실천하고 있는 여러 정신재활 서비스와 함께 지역사회 지지체계 연계로 정신과적 증상의 호전을 가져오게 되며, 이는 긍정적인 자아개념을 갖게 되어 지역사회 내에서 역할기능을 할 수 있어 결국 이들의 삶의 만족에 직접적인 영향을 준다고 하였다. 이러한 역할기능은 자신에 대해 긍정적으로 인식하며 의욕과 적극적인 태도를 가지며, 타인을 신뢰하며, 도움을 요청하는 의지를 보이고, 스트레스에 대처하는 능력도 향상되면서 자신의 삶에 만족하게 된다(금란, 2010; 최명민, 이기영, 엄태완, 2006). 또한 대인관계가 증진되고, 낙관적 태도로 현실을 직면하며 자신의 꿈에 도전하게 된다(김나리, 김명식, 권정혜, 2005; 김희정, 2009).

그러나 현재 우리나라에서 지역사회 정신보건사업이 전국적으로 점차 늘어나 시행되고 있는 상황에서도 지역사회 정신보건 시설을 통해 관리되고 있는 중증 정신장애인은 전체 중증 장애인의 20%이하로 지역사회 중심의 사례관리 체계가 시급한 실정이다(이영문, 2012). 우리나라의 지역사회 치료서비스에 대하여 김재순(2010)은 연구결과에서 중증 정신장애를 가진 사람의 사회참여와 직업에 대한 욕구를 충족시키는 지역사회 지지체계의 부족함을 주장하였고, 사회복지시설의 유·무에 따라 사회적응이 달라짐을 주장하면서 우리나라에서는 중증 정신장애인에 맞는 직업재활 서비스가 시급하다고 주장하였다. 이성은(2008)의 연구에서도 지역사회 내에 정신장애인을 위한 사회복지시설이 운영되고 있으나 우리나라 현실에서는 정신질환의 증상이 심각할수록 사례관리자의 지지도가 낮아져 접근이 어렵다고 주장하고 있으며, 성기혜(2009)의 연구결과에 따르면 중증 정신장애인에게 반복되는 재발과 오랜 입원생활로 인한 기능장애는 편견과 차별이 더해져 정신장애인의 사회적응이 더욱 어려워진다고 지적하고 있다.

2. 사례관리

사례관리는 복합적인 욕구를 가진 정신질환 대상자에게 지역사회 내 존재하는 다양한 서비스를 연계, 조정 및 통합하여 이를 지속적이고 포괄적으로 제공하는 것이다(Mueser, Bond & Drake, 1998). 1960년대 이후 탈수용화 정책이 등장하면서 정신장애인이 장기입원이나 반복입원을 하다 어떠한 대책이나 지원 없이 갑작스럽게 지역사회로 나오게 되면서 독립적이고 생산적인 역할을 수행하도록 강요받게 되어 정신질환으로 인한 증상뿐만 아니라 심리적, 사회적 수준에서 발생하는 문제들로 인해 많은 어려움을 겪게 되는 이른바 수용화 증후군(institutionalization syndrome)이 나타났다. 정신장애인은 이러한 위기 시에 병원에 다시 입원을 반복하게 되는 이른바 회전문 현상을 보이게 된다. 이러한 수용화 증후군과 회전문 현상은 정신장애인에게 증상과 더불어 장애를 더욱 가중시키며, 상태를 더욱 쇠약하게 한다는 것을 인식하게 되었다(Liberman, 1988).

이를 위해 탈수용화에 대한 국가 정책으로 정신질환으로 고통 받는 사람들을 위한 지역사회 기반의 서비스를 제공하는 지역사회 지지프로그램(community support program; CSP)이 개발되었는데 이는 정신질환을 가진 사람의 포괄적인 욕구를 충족시키기 위해 채택한 전략으로 사례관리 중심의 서비스를 말한다. 정신보건 분야에서의 사례관리는 지역사회 지지시스템의 핵심적인 서비스로 규정하여 새로운 실천기법으로 인식되면서 실무자들은 최소한의 제한적인 치료환경을 강조하고 대상자의 참여와 정상화개념을 도입한 사례관리의 프로그램과 서비스를 개발하게 되었다(Anthony & Liberman, 1986).

우리나라에서도 지역사회 정신보건이 확대되면서 전국의 정신보건센터에서 정신장애의 치료와 재활을 위해 가장 핵심적인 서비스로 사례관리를 시행하고 있다. 지역사회에서의 사례관리는 정신장애인의 욕구사정, 치료계획, 서비스제공 및 연계, 모니터링 등 다양한 활동을 수행한다. 또한 지역사회 환경적 요소에도 재활정책을 추진하여 지역사회로의 통합과 정상화가 가능하도록 하고 있다(김상오, 2006;

민소영, 2009). 사례관리는 그동안 다양한 정신재활 프로그램이 급속히 전파되어 실행해오면서 지역사회 정신보건의 중심 업무 중 가장 큰 비중을 차지하고 있다 (황성동, 2008).

특히 병원생활과 시설에 의존하여 살아오던 정신장애인은 스스로 설 수 있게 돕는 서비스 개입이 필요한데, 사례관리는 지역사회에서의 일상생활이나 사회활동, 인간관계, 경제활동, 여가활동 등을 포함하는 통합적 접근으로 전반적인 사회적 기능 향상시키며 사회적 상황에서 문제해결 능력이나 목표 성취 등에 긍정적인 영향을 미치기 때문에 정신장애인이 자신에 대해 긍정적으로 인식하게 되고 의욕과 적극적인 태도를 가질 수 있게 되어 삶의 만족 향상을 실현하게 된다(최명민, 이기영, 임태완, 2006). 또한 사회적 기능의 향상은 사회활동에 필요한 역할기능을 가능하게 하고, 대인관계가 가능하게 되어 사회활동 참여를 늘리고 독립성을 갖게 되며 이로 인해 직업유지를 가능하게 하여 이들의 삶에 매우 중요한 영향을 미치게 되며 더불어 삶의 만족도 증진하게 된다(김나리, 김명식, 권정혜, 2005).

또한 사례관리는 정신질환자의 삶의 만족도 향상에 목표를 두는데, 삶의 만족이란 현재 삶에 대하여 얼마나 만족하는가를 스스로 인지하고 주관적으로 평가하는 것(양옥경, 1994)으로 증상 감소를 지각하는 정도, 영적 안녕감, 사회적 기능을 실천할 수 있는 기능 향상이 삶의 만족에 영향을 미친다(최명민 등, 2006; 하경희, 2010).

이처럼 사례관리의 중요성이 대두되면서 지역사회 실천현장에서는 사례관리 모형이나 모형적용분석 등의 연구가 지속적으로 이루어지고 있다. 지역사회 사례관리 모델을 살펴보면 지역자원과 연계를 중점으로 제공하는 연계모델, 심리교육과 심리치료를 포함한 전문적 임상치료에 중점을 두고 있는 임상모델, 신체적, 정신적 손상에 관계없이 강점을 개발하여 목표를 성취할 수 있도록 지역사회 자원을 활용하는 방법의 강점모델, 대상자가 살고 싶은 곳에서 생활을 유지하게 하고 개인의 목표성취에 중점을 두는 재활모델, 실무자와 대상자의 낮은 담당비율로 대상자가 거주하고 있는 지역사회 내에서 서비스를 제공하는 집중모델 그리고 포괄적인 접

근으로 ‘벽이 없는 병원’의 개념을 도입하여 다양한 전문성이 있는 팀이 24시간, 사례 팀에 의해 직접 대상자가 있는 현장에서 서비스를 제공하는 적극적 지역사회 치료 모델(Assertive Community Treatment Model, 이하 ACT) 등이 있다(민소영, 2006; 박정림, 2002; 최애숙, 김명희, 김순옥, 양숙자, 2007; 황성동, 2008)

그러나 전국의 모든 정신보건센터에서 중점사업으로 정신장애인 대상 사례관리를 실시하면서 재활중심, 강점중심, 연계중심 등의 다양한 사례관리가 수행되고 있지만 아직은 중증 정신장애인의 지역사회 관리 면에서는 소극적인 접근만 취해지고 있는 것을 볼 수 있다. 민 소영(2006)의 연구에서 보면, 전국 정신보건센터의 사례관리를 보면 한 사례관리자가 담당하는 대상자 수가 50명 이상으로 많은 수를 담당하고 있으며 대상자가 살고 있는 삶의 현장에서 직접 서비스를 제공하기 보다는 전화 상담이나 내소관리를 포함한 센터 내에서 이루어지는 관리가 대부분이며 현장에 나가 직접 사례관리자가 제공하는 서비스는 월 1회 정도인 것으로 나타났다. 또한 정신보건센터에서 수행하는 사례관리활동에 참여하는 실무인원은 5~7명으로 대상자의 수에 상관없이 비슷한 분포를 보이고 있으며, 의료, 교육, 일상생활, 직업, 여가, 주거, 소득보장, 법률 등의 포괄적인 서비스를 직·간접적으로 제공하고 있다. 그러나 이처럼 다양한 서비스를 운영하다보니 사례관리 활동 비율이 낮아지는 부정적인 측면도 발생한다고 하였다.

중증 정신장애인은 증상에 의한 어려움뿐만 아니라 반복되는 재발과 오랜 입원 생활로 인해 기능장애가 남는다. 또한 기능장애로 인해 사회적 기능이 저하된 중증 정신장애인은 역할장애로 이어지며 이로 인한 편견과 차별이 더해져 사회로의 재적응이 더욱 어려워진다. 또한 스스로 지각하는 정신장애에 대한 인식에서 사회적 낙인과 차별을 느끼게 되며 그 영향이 삶의 만족도에도 부정적으로 나타난다(김재순, 2010; 서미경, 김정남, 2004; 성기혜, 2009). 또한 가족이 대부분 치료의 결정이나 책임을 져야하는 한국적 상황에서 가족 또한 여러 번 좌절을 겪게 되면서 수용하는 방법을 택하게 되어 아직도 중증 정신장애를 가진 사람들 상당수는 장기 입원이나 시설에 수용되어 있으며(이명수, 2010), 지속적인 반복 입원 현상이 늘고

있는 것을 보면 지역사회 치료서비스가 중증 정신장애를 가진 사람의 욕구를 충족시키지 못하고 있음을 보여준다(홍선미 등, 2009).

만성적 증상으로 오는 장애는 장기간 입원이나 반복 입원을 하게 되면 정서나 감정이 둔마되고 사회적 위축 등 부정적 영향으로 사회생활에 관심이 결여되고 지역사회에서 살아가는데 필요한 전반적인 사회적 기능이 저하되어 사회생활에 많은 어려움을 겪게 된다(서규동, 2008). 또한 중증 정신장애를 가진 사람들 중 일부는 다양한 서비스와 자원이 필요하면서도 적극적인 접근이 아닌 경우에 잘 수용되지 않는다. 이는 직접 서비스가 아닌 경우 기능결함으로 인간관계에 어려움이 있는 대상자가 서비스에 먼저 다가가기에는 어려움이 크며, 활동욕구가 없는 경우도 있기 때문이다. 이와 함께 중증 정신장애인이 이용 가능한 자원의 부재도 이들의 정신재활의 장벽이 될 수 있다(엄윤서, 2009).

중증 정신장애인의 사례관리를 위해서는 다학제적인 팀접근의 중요성이 강조되며, 중증 정신장애인의 다양하고 변화되는 욕구에 시기적절한 사정과 지역사회로의 적극적인 현장중심을 통한 서비스 제공, 그리고 다양한 지역사회 자원 발굴, 연계와 조정 등이 요구되며 이를 위해 다학제적인 전문가들과 조화로운 파트너십이 형성되어야 한다. 또한 대상자수가 적절히 조절되어야 사례관리자가 지역사회로 나아가 대상자를 만나고 충분한 서비스를 제공할 수 있을 것이다(김희정, 2010; 민소영, 2006). 더불어 중증 정신장애인의 정신재활을 위해 사례관리 수행에 필요한 구성요소를 갖춘 체계적 시스템 마련과 사례관리 실천에 필요한 구체적인 가이드라인이 제시된 통일된 매뉴얼의 필요성이 대두되고 있다(민소영, 2010).

B. 중증 정신장애인을 위한 ACT 프로그램 효과

1. ACT의 정의 및 원칙

ACT 프로그램은 Leonard Stein과 Mary Ann에 의해 1970년대 초에 개발되었는데 처음에는 ‘Training in Community Living(TCL)’로 불리었다(Allness, 1997, Stein & Santos, 1998). TCL은 1970년대 초기에 미국 위스콘신 주의 메디슨에 있는 Mendota병원에서 미국 전역의 병원들에서 문제가 되었던 ‘회전문 현상(revolving door)’인 반복적인 재입원을 해결하기 위해 퇴원 환자 대상 실시했던 지역사회 생활훈련을 말한다.

TCL은 정신장애인들이 병원 밖에 머물 수 있도록 적극적인 자세로 돕는 관리 프로그램이다. 이 프로그램은 개인에 대한 개별화 계획을 세우고 직원들이 팀 형식으로 함께 일하며 실제 생활환경에서 서비스를 진행하는 적극적인 방문서비스를 원칙으로 하였다. 팀은 개별 소비자에게 약물치료를 제공하는 형태로 증상관리 서비스와 위기개입을 위해 24시간 전화대기, 필요한 경우 짧은 입원치료를 제공하였으며, 이러한 현장에서의 개별적 접근은 성공률을 높이게 되었고 현재 미국의 지역사회정신보건에서는 후에 ‘Program of Assertive Community Treatment(PACT)’ 혹은 ACT로 불려 지속적으로 발전하게 되었다(Allness, Knoedler, 1998). 현재 ACT는 사례관리 모델로서 정신과적 증상과 기능적 손상이 심각한 중증 정신장애인에게 지역사회에서 자립할 수 있도록 돕는 가장 효과적인 사례관리 모델로 인정받으며 확대되어 시행되고 있다(Phillips, Bond, Drake, Mueser, & Latimer, 2001).

ACT의 특징을 보면, 대상자 중심, 다학제적 팀접근, 낮은 사례부담, 시간제한이 없는 24시간 서비스, 지역사회 중심, 포괄적인 서비스 등을 원칙으로 하고 있다(Teague, Bond, & Drake, 1998). ACT가 확대되면서 원칙과 주요 구성요소에 대한 구체적으로 윤곽을 잡는 연구가 시행되었고 가장 중요한 것이 다학제간 팀 접

근을 통한 지속성으로 여기에는 치료팀이 책임을 공유하는 것이 포함된다. 이러한 팀 접근은 중증 정신장애인의 다양한 욕구에 접근할 수 있어 개별화된 서비스 제공이 가능하게 되며 대상자가 살고 있는 지역사회에서의 개입이 가능하다. 이는 지역사회 내에서 일상생활과 주거를 유지할 수 있게 훈련을 하며, 직업 현장에서 개입이 가능한 것을 말한다. 또한 시간제한이 없는 서비스 제공으로 24시간 언제든지 응급개입과 적극적인 개입이 가능하며, 사례관리자와 대상자의 비율이 1:10 이하의 낮은 사례 비율을 통한 서비스유지 및 이용 가능성이 높아야 하며 통합적인 서비스로 지역사회 자원과의 협력으로 포괄적인 서비스 제공이 가능함을 말한다(Gold, Meisler, & Santos, 2003).

미국에서는 ACT의 효과성이 인정되어 점차 많은 지역으로 확대 적용되면서 ACT 프로그램은 지역마다 조금씩 변형되어 실행되기 시작하였다. 이에 따라 ACT의 기준을 세우고 적용을 모니터링하기 위한 목적으로 충실도 측정 도구인 Dartmouth ACT Scale(DACTS)이 개발되어 널리 사용되기 시작했다(Teague, Bond, & Drake, 1998). 이후 DACTS를 이용하여 ACT의 주요한 기준과 충실도에 대한 평가 연구들이 지속적으로 이루어지면서 ACT는 근거중심의 실무 프로그램으로 더욱 확대 되었다(Barry, Zeber, Blow & Valenstein, 2003; Lim, Koh, Lee, & Poon, 2005; Winter & Calsyn, 2000).

ACT의 기준으로써 DACTS의 구성요소와 내용을 살펴보면 구성요소로는 인적 자원의 구조와 구성, 구조적인 경계, 서비스의 특성에 대한 기준을 제시하였다. 구체적인 내용을 보면 인적자원의 구조와 구성에서는 낮은 사례 부담, 팀접근, 모임, 임상 팀리더, 직원의 지속성, 직원역량, 직원 중 정신과의사, 간호사, 약물남용전문가, 직업재활전문가, 서비스 규모의 11가지 기준을 제시하고 있다. 구조적 경계에서는 등록기준, 접수비율, 서비스에 대한 충분한 책임성, 위기개입에 대한 책임, 병원입원에 대한 책임성, 퇴원계획에 대한 책임성, 기간제한 없는 서비스의 7가지 기준을 제시하고 있다. 서비스 특성에서는 지역사회에서의 서비스, 중간탈락이 없는 정책, 적극적인 개입체계, 서비스 강도, 점척빈도, 지지체계와의 협력, 개별화된 약

물치료, 이중장애 치료집단, 이중장애(DD) 모델, 치료팀에서의 당사자의 역할의 10가지 기준을 제시하고 있다.

이처럼 ACT의 기준이 제시되면서 북미, 오스트리아 그리고 영국에서 기존의 ACT팀들은 표준화된 DACTS 충실도를 증거기반으로 해서 효능, 효과, 비용에 대한 비교를 통한 연구결과를 통해 ACT 프로그램이 충실도가 높을수록 효과 높다는 것을 보고하였다(Harvey, Killaspy, Martino, & Johnson, 2011; Rosen, Mueser, & Teesson, 2007). 또한 Bond와 Salyers(2004)의 연구에서도 DACTS 충실도를 기반으로 해서 1년간 10개의 ACT팀을 대상으로 중증 정신장애인의 주립병원 입원일에 대해 사전 사후 조사에서 43%가 입원일이 줄었으며, 충실도와 입원일수와의 관계 비교에서 충실도가 높을수록 입원일수가 줄어들었으며 이는 통계적으로 의미가 있는 것으로 나타났다.

Vugt 등(2011)도 중증 정신장애인의 지역사회 치료에서 ACT가 가장 중요한 모델임을 주장하면서 DACTS의 충실성을 강조하고 있으며, Rosen, Mueser와 Teesson(2007)의 연구에서 ACT모델이 다른 사례관리 모델보다 근거중심 충실도에 의해 효과적인 시스템이 표준화 되어있고, 중증 정신장애인 대상으로 정신과적 증상 및 사회적 기능의 효능과 효과 면에서 뛰어나며, 다학제적인 인력과 팀의 지원구조를 가지고 있어 치료진의 업무관련 스트레스와 소진으로부터 보호가 된다고 주장하고 있다.

이러한 DACTS를 이용한 ACT 프로그램의 개발 및 적용은 여러 나라에서 활발히 진행되어 최근 싱가포르, 일본 등 아시아에서도 각국 나라의 실정에 맞게 수정·보완하여 실시되고 있고 그 효과성에 대한 연구가 진행되고 있다. 일본의 Takagi(2011)는 연구결과를 보고하면서 탈수용화 정책을 위해서는 일본에 DACTS를 적용하여 중증 정신장애인을 위한 새로운 사례관리 지원시스템을 구축해야한다고 제언하고 있다. Setoya(2011)는 일본에 있는 12개 ACT 팀의 충실도 평가에서 모두 충실도가 높게 나타났지만 사례가 늘어나는 문제, 직업관련 전문 인력의 채용에 관련된 문제 등에서 충분한 자금과 지원이 필요하다고 제언하고 있다.

우리나라에서도 ACT 기반 사례관리 적용연구에서 DACTS를 적용 한 연구결과에서 일개 정신보건센터의 ACT 기반 사례관리는 서비스와 내용측면에서는 상당히 ACT모델에 가깝게 적용되고 있었지만 팀구성에서 전문인력의 참여가 제한적이고 저녁당직이나 주말 업무 등에 경제적인 지원이 없어 사례관리자의 열정과 노력에만 의지하여 운영되고 있는 현실을 보고하였다(하경희, 2010). 이러한 현실적인 어려움은 정책과 제정의 뒷받침이 없이는 ACT가 체계적인 시스템으로 확대 적용되기에는 많은 어려움이 있음을 보여주고 있다.

2. ACT 프로그램의 효과

현재 ACT 프로그램은 정신재활에서 핵심 프로그램으로 제공되고 있으며 근거중심 실무서비스인 ACT 영역은 자체적인 전문단체(Assertive Community Treatment Association; ACTA)로 지속적으로 성장하고 있다. ACT의 효과는 지역사회 내에서 살아가는 중증 정신장애인의 입원율과 입원기간의 감소에 대한 효과성이 가장 뛰어나며, 사회적 기능 및 주거 안정성에 효과적인 것으로 나타났다(Bond, Drake, Mueser, & Latimer, 2001). Marshall와 Lockwood(2010)의 연구에 의하면 1980년부터 1997년까지 225개의 연구논문에서 전통적인 병원기반의 치료, 일반적인 지역사회 관리, 사례관리와 ACT의 효과를 비교하였는데 그 결과 ACT가 서비스 치료팀과 접촉을 유지하는데 우수한 효과가 있음이 나타났으며 서비스 만족도가 매우 높음을 보여주었고, 병원입원 횟수를 줄이고 재원 일을 줄이는 것에 우수한 효과가 있었다. 다음으로 명확하게 임상적 증상과 사회적 기능의 향상에 우수한 효과가 나타났는데 사회적 기능에서는 특히 일상생활을 유지하는 주거 생활과 취업 유지에 우수한 효과가 있는 것으로 나타났다.

Ito 등(2011)의 연구에서 보면 1년간 ACT 제공 후 정신과적 증상의 호전이 우수한 것으로 나타난 것을 보여주었고, 입원 일을 줄이는 것과 같은 임상적 효과가 우수함을 나타냈으며 서비스 만족도 역시 매우 높았다. 일본에서 Botha 등(2010)

은 개발도상국에서 중증 정신장애인에게 수정된 ACT 프로그램을 1년 동안 실행한 후 효과검증 결과에서 입원을 줄이고 정신과적 증상과 전반적인 사회적 기능수준이 향상된 것을 보고하면서 그 필요성을 강조하고 있다. Udechuku 등(2005)은 중증 정신장애인을 대상으로 12개월 간 ACT제공 사전 사후비교 연구결과 정신과 서비스와 치료팀이 지속적인 접촉을 유지하는데 우수한 효과가 있으며 서비스 만족도가 매우 높음을 보여주었고, 증상의 호전으로 병원입원 횟수와 재원 일을 줄이는 것에 우수한 효과가 있음을 보여주었다. Botha, Koen, Joska, Hering와 Oosthuizen(2010)의 연구결과에서도 개발도상국에서 1년간 통제실험 연구결과 수정된 ACT 기반 프로그램의 효과는 기존의 표준화된 서비스보다 정신과적 증상의 감소와 입원 일을 줄이는데 통계적으로 유의한 것으로 나타났다. 이를 통해 입원 비용감소를 가져올 수 있는 표준화된 ACT의 설립지원이 필요하다고 주장하고 있다. 또한 Bond와 Salyers(2004), Rosen, Mueser와 Teesson(2007)의 연구결과를 보면 ACT 충실도가 높을수록 임상적인 효과가 증가하여 증상감소 및 병원입원을 줄이는 효과가 있음을 나타내고 있다.

국내의 경우 유제춘(2008a)의 정신보건센터에서 8개월간 시범적인 ACT 적용 연구결과에서 증상감소와 기능향상을 보였으며, 오명자(2008)가 시도한 ACT 기반 사례관리 효과성 통제 실험 연구결과에서는 6개월간 중재 후 정신과적 증상과 기능수준, 사회생활기술능력, 가족 부담에서 효과가 있는 것으로 나타났다. 김유라(2008)의 연구결과에서는 8개월간 ACT 기반 사례관리 중재 후 정신과적 증상과 기능수준, 임파워먼트, 삶의 만족에 모두 효과가 있었다.

한편 Agaard와 Muller-Nielsen(2011)의 연구에 의하면 2년간 실험군 86명과 대조군 88명의 효과검증에서 입원감소 및 외래유지는 크게 증가하였으며 사회적 기능의 호전으로 대인관계의 욕구가 증가한 것을 보였고, 서비스의 만족도는 매우 높게 나타났다. Angell(2003)의 연구결과에서도 ACT는 전반적인 기능향상에 효과가 있어 사회적 상호작용의 기회를 얻게 되어 자신의 역할을 하게 되면서 사회 재적응이 가능하다는 것을 보여주면서 삶의 다양한 영역에서 효과가 있다고 주장하

였다. Marshall와 Lockwood(2010)의 연구결과를 보면 18세부터 65세 성인 중증 정신질환자를 대상으로 한 사례관리 효과성에 대한 225개 연구를 비교한 연구 결과 다른 사례관리 모델 보다 ACT는 임상적 효과뿐만 아니라 사회적 기능 향상에 우수한 효과가 나타났음을 주장하였다. 특히 사회적 기능의 향상은 독립생활의 기술을 증진시켜 사회참여와 취업유지에 대한 효과를 기대하는데 Gold 등(2006)의 연구결과에서도 24개월 서비스제공 후 기존의 지원고용 직업재활서비스보다 ACT가 고용 및 소득에서 증가를 보이는 효과가 있었다. 많은 연구에서 ACT는 일반적인 표준 치료보다는 사회참여와 고용상태가 향상되는 것으로 나타났다(Kirsh & Cockburn, 2007; Latimer, 2005; Laura et al., 2010). Gold 등(2006)의 연구결과에서도 중증 정신장애인의 고용지원에 대한 연구에서 ACT 프로그램을 실행하였을 때 2년 후 고용과 소득증가에 더 효과가 있는 것으로 나타났으며, Kidd 등(2011)은 캐나다에서 실행하고 있는 67개의 ACT 팀에 대한 연구결과 지역사회 내에서의 회복을 향해 서비스를 제공하여 입원 일을 줄이고 사회적 활동증가로 교육 참여와 고용참여 등에서 더 나은 효과가 있음을 보여주고 있다.

많은 ACT 효과성 연구결과에서 정신과적 증상이 감소하면서 입원일이 줄고, 주택 및 독립적인 생활, 직업재활에서도 효과가 나타나면서 삶의 만족이 높아지는 것으로 나타났다(Marshall & Lockwood, 2010, Nieves, 2002; Udechuku et al., 2005). Lim, Koh, Lee와 Poon(2005)의 연구결과에서는 싱가포르에서 ACT 적용 가능성을 보기위한 3년간의 효과성 연구결과 특히 중증 정신장애인의 독립생활에 있어 만족도 향상에 대한 효과가 있음을 나타내고 있다. 또한 노숙 정신장애인 120명 대상 18개월 중재 후 정신과 증상 감소와 더불어 주거에서의 안정, 삶의 만족도에 효과가 높은 결과를 보여주고 있다(McHugo et al., 2004).

그러나 우리나라의 선행 연구결과를 보면 독립주거 프로그램을 이용하는 대상자 중 중증 정신장애인은 증상이 심할수록 사례관리자의 지지도가 낮아져 규율이 강화되고 대상자의 자율성이 떨어져 삶의 만족도가 낮아짐을 보여준다(이성은, 2008). 김재순(2010)의 연구결과에 따르면 사회적 차별은 입원 횟수가 많을수록 심

해지며 차별을 지각할수록 사회적응이 낮아지고 사회복지시설의 유·무에 따라 사회적응이 달라짐이 나타나고 있는데 이는 중증 정신장애인을 위한 지역사회 내에 지지적인 치료시스템이 마련되어야 사회적응이 가능해 짐을 강조한다. 성기혜(2009)의 연구결과에 따르면 중증 정신장애인에게 반복되는 재발과 오랜 입원생활로 인한 기능장애는 편견과 차별이 더해져 사회적응이 더욱 어려워진다고 지적하고 있다. 이러한 결과는 우리나라 지역사회 현장에서도 중증 정신장애인에게 사회참여와 사회적응을 도와 독립생활을 할 수 있게 돕는 ACT 프로그램의 필요성이 제기 된다. 이에 본 연구에서도 지역사회 정신보건사업 영역이 확대되는 시점에서 한국의 실정에 맞는 ACT 프로그램의 개발과 중재방안이 요구된다.

Ⅲ. 연구의 이론적 기틀

본 연구의 이론적 기틀은 Liberman(1998)의 정신재활모형을 기초로 하고 있다. 정신재활모형은 셀리의 스트레스 이론과 신체장애의 재활모형을 근거로 하고 있으며, 이는 장애로 오는 다양한 스트레스 상황에 보호인자를 제공하여 개인적인 대처를 강화시켜 정신재활에 이르게 하는 것이다.

이를 정신장애인에게 적용하면, 정신장애로 인해 다양한 단계의 스트레스 상황을 겪게 되면서 정신과적 증상으로 인해 손상을 초래하며, 손상은 전반적 기능의 결함이 나타나게 된다. 이러한 전반적 기능결함은 가정이나 사회활동에서 자신의 역할을 제대로 하지 못하게 되는 역할장애가 초래되며, 역할장애는 삶의 전반적인 부분에서 불이익을 받게 되는 단계로 진행하게 된다. 스트레스, 취약성, 보호인자 간의 관계는 질병 여부와 정신재활 성과를 결정하며, 각 단계의 스트레스 상황은 지역사회에서 살아가는 정신장애인의 삶에 많은 영향을 끼친다. 이때 보호인자란 스트레스와 개인적인 대처인 취약성 사이에서 완충작용을 하는 요소를 말하며 지역사회 내의 지지체계와 정신재활 서비스가 강력한 보호인자이다(Liberman, 1994). 정신장애로 인해 취약성이 있는 정신장애인에게 이러한 스트레스 상황의 어느 단계에서든 지역사회 내의 지지체계와 정신재활 서비스라는 보호인자를 제공하여 이들을 지지해 주어야만 개인적인 대처가 가능하여 정신재활에 이르게 된다(Anthony & Liberman, 1986).

정신재활모형에서는 이러한 네 가지 단계의 스트레스 상황에 초점을 맞춘 종합적인 서비스를 제공해야 한다고 주장하고 있다. 이는 정신과적 증상에 대한 접근뿐만 아니라 정신장애로 발생할 수 있는 일상생활기능, 사회생활기능, 역할기능 등의 전반적인 사회적 기능을 돕는 것과 정신장애로 발생할 수 있는 사회적 편견, 사회적 지지체계의 부재 등의 불이익에 대한 제도의 변화, 권익옹호 운동 등의 포괄적인 서비스를 제공해야 한다는 것이다. 이로써 정신질환으로 취약한 사람에게 보호인자인 포괄적인 정신재활 서비스 제공으로 긍정적인 자아개념을 갖도록 함으

로써 개인적인 대처가 강화되어 회복에 이르는 것이 정신재활의 목표이다 (Anthony, 2003).

김현숙(2007)의 연구에 의하면 한국에서의 정신재활에서도 다양한 스트레스 상황에 있는 정신장애인에게 지역사회의 다양한 지지체계를 구축하여 통합을 이루는 광범위한 지원과 정신재활서비스를 제공하여 정신과적 증상의 호전을 가져오면 긍정적인 자아개념을 가지게 되고 그로인해 개인적인 대처가 가능해져 사회로의 재적응이 가능해지면서 삶의 만족에 직접적인 영향을 준다고 하였다.

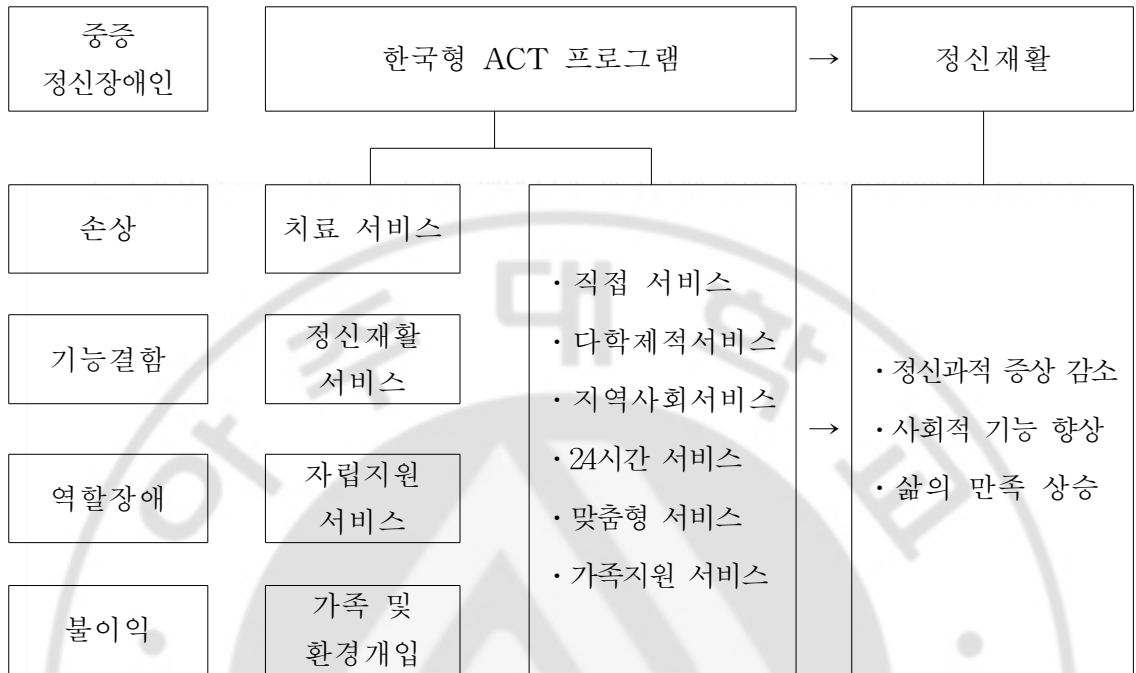
그러나 중증 정신장애인은 오랜 기간 지속되는 증상과 기능의 저하로 인해 사회적 낙인을 지각하는 정도가 높게 되면서 사회적응이 낮아지고, 이러한 역할장애는 부정적인 자아개념을 가지게 되며 이는 삶의 만족에도 부정적 영향을 준다(김재순, 2010; 성기혜, 2009). 이러한 상황은 기존의 정신재활 서비스가 중증 정신장애인에게 긍정적인 자아개념을 가져와 개인적인 대처가 가능해진다는 개념을 설명하는데 제한점이 있다.

중증 정신장애인은 다양한 서비스와 자원이 필요하면서도 적극적인 접근이 아닌 경우 잘 수용하지 않는다. 이러한 상황은 낮은 사례비율로 사례를 담당할 때 가능하며, 중증 정신장애인이 살고 있는 지역사회 현장에서 서비스를 제공할 때 서비스의 접근과 이용이 가능하게 된다. 또한 중증 정신장애인의 다양하고 복잡한 욕구에 맞는 맞춤형 서비스를 제공하려면 다학제적인 팀접근 방식으로 사례관리자가 직접 서비스를 제공하여야 한다. 사회적응에 필요한 기능을 직접 훈련시키고 기회에 접할 수 있게 서비스를 구성하여 중재하는 적극적인 접근방식이 개인적인 대처를 가능하게 하여 이를 통해 삶의 만족을 높여줄 수 있다(민소영, 2009).

본 연구에서는 중증 정신장애인에게 사례관리자에 의한 직접서비스, 다학제적 팀접근 서비스, 지역사회 현장중심서비스, 24시간 서비스, 맞춤형 사례관리, 가족지원 서비스가 가능한 한국형 ACT 프로그램을 강력한 보호인자로 제공하여 다양한 스트레스 상황으로부터 개인적 대처를 강화할 수 있게 함으로써 정신재활에 이르게 함을 설명하고자 하였다.

따라서 본 연구에서는 정신재활모형을 근거로 중증 정신장애로 오는 여러 단계의 스트레스 상황에서 우리나라 실정에 맞게 개발된 한국형 ACT 프로그램을 제공하여 개인적인 대처를 가능하게 함으로써 정신재활에 이르게 하는 중재방법을 본 연구의 이론적 기틀에 사용하였다.

이를 통해 질환으로부터 손상이 오게 하는 정신과적 증상을 감소시키고, 포괄적이고 통합적인 서비스 제공을 통해 이들의 사회적 기능을 돕도록 하였는데, 이는 사회 참여를 돕고, 대인관계에서의 의사소통을 배우고, 여러 가지 사회활동을 하게 하며, 사회생활에 필요한 능력을 키우고 독립적으로 수행하도록 도우며, 취업동기와 취업유지가 향상되도록 하는 전반적인 사회적 기능을 돕는 것으로 본 연구의 이론적 기틀에 사용하였다. 이를 기반으로 의식주와 같은 기본적인 것부터 친구관계, 가족과 친척관계 영역, 신체 및 정신건강 영역, 직업 영역, 경제 영역, 대인관계 영역, 사회생활 및 여가활동 영역, 행복감 영역, 자율성과 자아감 영역 등에 이르는 추상적인 것까지 삶의 만족 영역에서 포괄적으로 향상됨을 설명하고자 하였다.



<그림 1> 본 연구의 개념 틀

IV. 연구방법

A. 한국형 ACT 프로그램 개발

1. 프로그램의 운영원칙과 구성내용

한국형 ACT 프로그램을 개발하기 위하여 본 프로그램의 운영원칙은 Gold, Meisler와 Santos(2003)의 연구결과에서 제시한 ACT의 운영원칙을 토대로 하였다. 한국적 실정에 맞는 운영원칙은 하경희(2010)의 연구결과를 참조로 하였으며 구체적인 내용을 보면 사례관리자가 직접 서비스를 제공하는 것, 다학제적 팀접근으로 책임을 공유하는 것, 지역사회 현장에서 서비스가 이루어지는 것, 24시간 서비스를 접근할 수 있는 것, 대상자의 복잡한 욕구에 따라 맞춤형 서비스가 제공되는 것, 가족지원을 포함한 지역사회 자원과의 협력을 운영원칙으로 제시하였다.

본 프로그램의 구성 내용은 한국적 상황에 적절하게 프로그램을 구성하기 위해 인적자원과 역할, 운영체계, 서비스의 내용에 대해 기준을 선정하였다. 구체적인 구성요소 내용을 보면 인적자원과 역할에서는 사례부담, 팀리더, 정신과의사의 역할을 정하였고, 운영체계로는 다학제간 팀접근, 모임, 등록기준, 24시간 운영방식, 위기개입, 약물당직 등을 정하였다. 서비스 내용에는 직접현장서비스, 맞춤형서비스, 가족지원 서비스 등을 정하였다. 위스콘신 PACT의 프로그램과 본 프로그램의 구성내용을 비교해 본 내용은 <부록 2>와 같다.

2. 프로그램 내용 타당도

본 프로그램의 내용 구성과 운영원칙에 대한 자문은 정신과 의사 3명과 정신보건 간호사 2인, 사회복지 전공 교수 1명, 각 개인에게 의뢰하여 검토과정을 거쳤다. 또한 사례관리자의 훈련을 위해 2011년 1월~ 7월까지 사례관리자 대상 집중교육을 실

시하였다. 그 내용은 ACT에 대한 철학과 원칙, 운영방법, 실제 제공될 서비스, 서비스별 역할 담당, 지역사회 자원연결 현황, 사례회의, 치료계획 등이다.

3. 매뉴얼 개발

다음단계로 한국형 ACT 프로그램을 실시하기 위한 한국형 ACT 매뉴얼을 개발하였다. 본 매뉴얼 구성 내용에는 한국형 ACT 구성요소와 운영원칙이 포함되어 있으며, 대상자의 등록기준과 퇴록기준, 대상자의 규모, 팀구성원과 역할, 팀배정, 팀회의 등에 대한 구체적인 기준과 운영방식이 기술하였으며, 서비스 운영 방식과 그 과정, 서비스 내용, 기록 등에 대해 구체적인 설명을 기술하였다. 또한 한국의 정신보건센터에서 실현 가능한 운영방식으로 실제 운영할 수 있도록 구성하였다.

4. 적용 가능성 평가를 위한 예비조사

완성된 한국형 ACT 프로그램의 적용가능성을 평가하기 위하여 정신보건센터에 등록되어 있는 중증 정신장애인 20명을 대상으로 본 프로그램을 적용하였다. 예비 조사는 S정신보건센터에 등록된 중증 정신장애인에게 연구목적 및 ACT 프로그램에 대한 설명을 하고 사전 동의를 얻은 후 ACT 프로그램을 시행하였고, 또한 연구 참여자와 중재하는 사례관리자에게 개인별 면담을 통해 중재 참여에 대해 평가하였다.

5. 최종 한국형 ACT 프로그램 개발

본 연구자는 전문가의 프로그램 구성 및 내용 타당도에 대한 검증을 받았고, 예비 조사를 통해 대상자에게 적용가능성을 검증하였다. 또한 ACT 팀인 사례관리자들이 중재한 경험을 바탕으로 한국적 상황에서 실현가능하도록 인적자원과 역할,

운영체계, 서비스의 내용 등의 기준을 설정하였고, 그 내용을 바탕으로 매뉴얼을 개발하였으며, 적은 사례부담, 다학제적 팀접근, 직접 현장 중심, 24시간, 맞춤형 서비스의 원칙에 따른 치료서비스, 정신재활 서비스, 자립지원서비스, 가족지원과 환경개입 서비스가 포함된 최종 한국형 ACT 프로그램을 개발 하였다.

B. 한국형 ACT 프로그램 효과 검증

1. 연구 설계

본 연구에서는 중증 정신장애인을 위한 한국형 ACT 프로그램의 효과를 규명하기 위한 비동등성 대조군 전후 설계를 이용한 유사 실험 연구이다<표 1>.

<표 1> 연구 설계

대상자	사전조사	처치	사후조사
실험군	E ₁	X	E ₂
대조군	C ₁	U	C ₂

E₁, C₁ : 인구사회학적특성, 질병특성, 정신과적 증상, 사회적 기능, 삶의 만족도

E₂, C₂ : 정신과적 증상, 사회적 기능, 삶의 만족도

X : 한국형 ACT 프로그램

U : 일반적인 사례관리

2. 연구 대상

연구대상자는 경기도 S시에 거주하며 정신보건센터에 등록된 중증 정신장애인을 모집단으로 하여 다음 대상자 선정기준에 맞는 80명을 임의 표출하였다.

(A) 대상자 선정기준

- 20세 이상 60세 미만의 성인
- 정신분열병, 조울병, 주요우울증으로 진단 받은 자
- 유병기간이 1년 이상인 자
- 증상이 심하여 반복적인 입·퇴원을 하는 자, 약물증상관리, 주거, 직업, 법률, 일상관리, 가족관리 등 3가지 이상의 복합적인 욕구를 동시에 가지고 있어서 한 명의 사례관리자로는 해결하기 어려운 자
- 문자해독이 가능한 자
- 본 연구의 목적을 이해하고 연구에 참여하기를 본인 및 가족이 동의한 자

(B) 제외기준

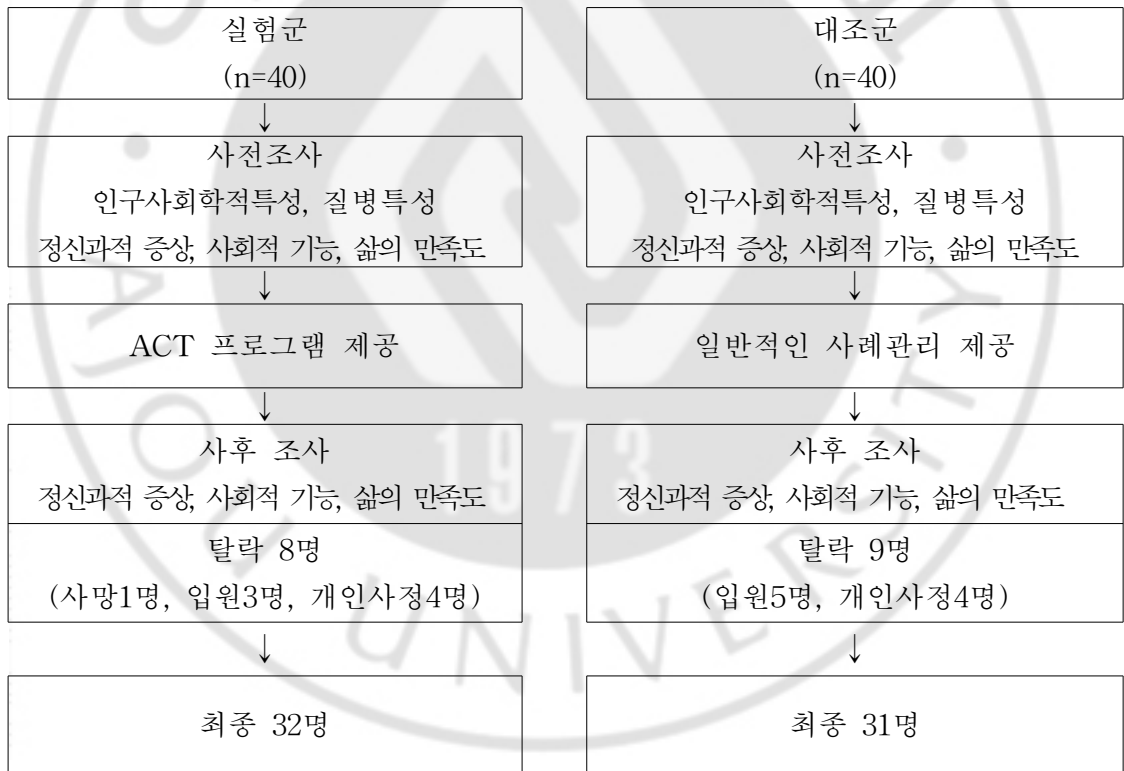
- 지적장애, 인격장애, 치매, 약물의존이 있는 자

본 연구는 연구대상자의 모집을 위해 먼저 정신보건센터에서 센터장과 직원들에게 연구목적과 과정을 설명한 후 동의를 얻었다. 이후 선정기준에 만족하는 대상자가 있을 시 사례관리자가 1차 정보 수집을 하고 팀 회의에 의뢰하여 논의를 통해 등록을 결정하였다. 등록된 대상자 중 연구 목적을 이해하고 연구 참여에 동의한 연구 대상자 80명을 선정하였고, 실험군과 대조군을 각각 40명씩 배정하여 등록 순서에 따라 먼저 등록한 40명을 실험군으로 하였고, 이후 등록자 40명을 대조군으로 분류하였다.

사전조사는 2011년 8월에 이루어졌으며, 6개월간 프로그램 중재 직후 2012년 2

월에 사후조사가 이루어졌다. 사망, 입원 등으로 조사가 어려운 대상자, 개인적인 사정으로 거부한 대상자 실험군 8명, 대조군 9명은 제외하고 최종 실험군 32명, 대조군 31명을 대상으로 분석하였다.

본 연구의 분석을 위한 적정 표본 크기를 G power 3.0 program을 이용하여 산출한 결과, 선행연구(박현숙, 배성우와 김이영, 2008)를 기초로 계산된 효과 크기 $f=.80$, 유의수준 .05, 검정력 80%와 독립된 두 평균치의 비교 분석을 실시할 때, 각 군당 최소 26명의 대상자가 필요하다. 따라서 사후조사 시 탈락자를 고려하여 본 연구의 대상자 수는 독립된 두 평균치의 비교 분석을 위해 적절하다고 사료된다.



<그림 2> 연구 진행과정 흐름도

3. 연구 도구

본 연구에서 사용된 도구는 구조화된 설문지로 내용은 정신과적 증상 척도(18문항), 사회적 기능 척도(74문항), 삶의 만족도 척도(33문항), 유병기간 등의 임상적 특성과 교육정도, 주거형태 등 인구 사회학적 특성 및 질병특성 등 13문항을 포함하여 총 138문항으로 구성되어 있다.

(A) 정신과적 증상

정신과적 증상을 측정하기 위해 간이정신진단검사(Brief Psychiatric Rating Scale; BPRS)를 사용하였는데 본 도구는 Overall과 Gorham(1962)이 개발하였으며 개인의 신체적, 정서적, 인지적, 행동적인 측면에 지대한 영향을 미치는 병리적 현상의 경중 정도를 의미하는 내용으로 구성되어 있다. 총 18문항 ‘없음’ 1점에서 ‘매우 심함’ 7점으로 구성되어 있다. 점수가 높을수록 정신과적 증상이 중한 것을 의미한다.

(B) 사회적 기능

사회적 기능을 측정하기 위해 사회적 기능 척도를 사용하였는데 Birchwood, Smith와 Cochrane(1990)이 개발하고, 김철권과 이지아(2009)가 변안한 사회적 기능 척도를 사용하였다. 본 도구는 총 7가지 영역으로 되어있으며 사회참여/철수 5문항, 대인관계에서의 의사소통 4문항, 부차적 사회활동 22문항, 레크리에이션 15문항, 독립성-능력 13문항, 독립성-수행 13문항, 취업/직업, 취업가능성 2문항으로 총 74문항 4점 척도로 되어있다. 점수가 높을수록 사회적 기능이 좋은 것을 의미한다. 개발당시 신뢰도 계수는 Cronbach's alpha .94(김철권, 이지아, 2009)이었고 본 연구의 신뢰도 계수는 Cronbach's alpha .90이었다.

(C) 삶의 만족도

삶의 만족도 측정을 위해 양옥경(1994)이 개발한 삶의 만족도 척도를 사용하였다. 본 도구는 정신장애인이 느끼는 주관적인 평가로 의식주와 같은 기본적인 것

부터 친구관계 영역, 가족과 친척관계 영역, 신체 및 정신건강 영역, 직업 영역, 경제 영역, 대인관계 영역, 사회생활 및 여가활동 영역, 행복감 영역, 자율성과 자아감 영역 등에 이르는 추상적인 것까지 포괄적인 내용으로 되어 있다. 총 10개 영역 33개 문항으로 되어있으며 5점 척도이다. 점수가 높을수록 삶의 만족이 높은 것을 의미한다. 개발당시 신뢰도 계수는 Cronbach's alpha .96(양옥경, 1994)이었고 본 연구의 신뢰도 계수는 Cronbach's alpha .96이었다.

4. 자료수집 방법 및 절차

본 연구는 중증 정신장애인을 대상으로 2011년 8월부터 2012년 2월까지 6개월간 사전조사와 사후조사가 이루어졌다.

(A) 사전조사 실시

연구 시작 시점인 2011년 8월 4일부터 8월 10일까지 실험군과 대조군에게 연구 목적을 설명 후 연구 참여 동의를 얻어 지면으로 된 연구 참여 동의서를 받았으며, 설문지를 배부하여 자가 보고형으로 기입하게 한 후 회수하였다.

(B) 실험군 실험처치 : 한국형 ACT 프로그램 적용

실험군에게는 등록 후 대상자에게 동의를 얻고 한국형 ACT 프로그램을 시행하였다. 기간은 2011년 8월부터 2012년 2월까지 총 6개월간 시행되었다. 한국형 ACT 프로그램은 매뉴얼에 따라 대상자 중심으로 개인별 치료계획대로 맞춤형 사례관리 서비스를 제공하였다. 주 4회 이상 지역사회 현장에서 대상자를 만나며, 24시간, 365일 서비스가 운영되도록 하였다. 야간, 주말에도 당직 휴대폰을 통해 응급 및 위기상황에 대한 적극적인 개입이 가능하도록 하였으며, 팀 접근을 원칙으로 하였다. 즉, 매일 아침 전체 회의와 팀 회의, 치료계획 회의 등을 통해 대상자에 대한 정보를 공유하였고 치료계획을 공유하여 팀이 함께 역할 분담을 통해 활동하도록 하였다. 또한 포괄적인 서비스를 위해 다양한 전문가와 지역사회내의 자

원과 협력하도록 지역사회 지지체계를 구축하였고, 책임성 있는 서비스를 제공하기 위하여 정기적인 서비스 평가, 사례관리자 교육, 사례자문을 통해 사례관리자의 역량강화를 확대하여 중재를 실시하도록 하였다.

또한 대조군에게도 등록 후 연구의 동의를 얻고 기존의 일반적인 사례관리를 2011년 8월부터 2012년 2월까지 총 6개월간 실시하였다. 일반적인 사례관리는 정신보건센터에 등록 후 한명의 사례관리자가 평균 50명 정도의 사례를 담당하고 있으며, 사례담당자가 혼자 치료계획을 세우고 서비스를 제공한다. 사례관리자의 근무시간은 9:00~18:00이며 대상자가 살고 있는 지역사회 내에서 서비스를 제공하도록 하였는데, 한 달에 1~2번 가정방문을 실시하고 주 1회 이상 전화관리나 주 1회 이상 내소 상담을 실시하였다.

(C) 사후조사

프로그램 제공 직후 2012년 2월에 실험군과 대조군 각각 대상자에게 평가 설문지를 배부하여 자가 보고형으로 기입하게 한 후 회수하였다. 증중 정신장애인을 고려하여 설문지에 대해 이해하지 못한 부분은 사례관리자가 보충설명을 해준 후 작성하도록 하였다.

5. 자료 분석 방법

수집된 자료는 SPSS/WIN version 18.0 프로그램을 이용하여 분석하였으며, 구체적인 통계방법은 다음과 같다.

(A) 대상자의 인구사회학적 특성 및 질병 특성은 실수, 백분율, 평균과 표준편차의 기술통계로 분석하였다.

(B) 실험군과 대조군의 인구사회학적 특성 및 질병에 대한 특성, 정신과적 증상, 사회적 기능, 삶의 만족도의 동질성 검증을 위해 χ^2 -test, 독립표본 t-test를

실시하였다.

- (C) 한국형 ACT 프로그램의 효과를 분석하기 위해서 실험군과 대조군의 정신과적 증상, 사회적 기능, 삶의 만족의 사전조사, 사후조사를 통한 변화량의 차이값을 파악하기 위해 독립표본 t-test를 실시하였다.
- (D) 연구변인을 측정하는 도구들의 신뢰도인 내적 일관성을 파악하기 위해 신뢰도 계수(Cronbach's alpha)를 산출하였다.

C. 윤리적 고려

연구 대상자의 윤리적인 측면을 보호하기 위하여 연구 시작 전에 연구의 전체적인 목적과 내용, 비밀유지와 연구에 참여함으로써 생길 수 있는 위험이나 혜택을 설명하였다. 또한 본 연구의 참여과정에서 자유의지로 중단할 수 있음을 알려주었으며 연구 참여를 중단하더라도 불이익은 없을 것임을 설명하였다. 환자와 보호자에게 연구 동의를 얻고 문서화된 연구 참여 동의서를 받았다. 본 연구는 가톨릭대학교 성빈센트병원의 기관연구윤리심의위원회(Institutional Review Board)승인을 받아 실시하였다(승인번호 : VCIIQIS10148).

또한 치료의 형평성을 제공하기 위해 실험군 중재가 끝난 후 연구 종료 시점에서 대조군에게도 한국형 ACT 프로그램을 동일하게 제공하였다.

D. 연구의 제한점

1. 본 연구자인 팀리더가 직접 연구 대상의 사례관리를 진행하므로 후광효과(Halo effect)를 배제하기 어렵다.
2. 사례관리 수행에 있어 대상자의 개인적인 노력이나 지역사회 자원에 대한 통제를 하지 못하였다
3. 연구대상자가 일개 지역에서 편의 표출되었으므로 그 결과를 일반화하기에는 어려움이 있다.
4. 설문지 조사 시 주관적인 보고에 의해 의존함으로써 설문지 질문의 편견으로 인하여 개념에 대한 이해가 과소 혹은 과대평가 될 수 있다.

V. 연구결과

본 연구의 결과는 첫째, 중증 정신장애인 사례관리에 있어 정신재활모형을 기초로 하여 한국형 ACT 프로그램 개발 결과에 대해 기술하고, 둘째 중증 정신장애인을 위해 개발된 한국형 ACT 프로그램의 효과를 규명하고자 가설검증 결과를 분석하는 단계로 이루어졌다.

A. 한국형 ACT 프로그램 개발

본 연구에서 한국형 ACT 프로그램은 중증 정신장애인에게 체계화된 사례관리 시스템을 구축하고 다양하고 복잡한 욕구에 맞는 맞춤형 서비스를 제공하는 것을 목적으로 하였다. 이러한 목적을 가지고 다음과 같은 과정으로 프로그램을 개발하였다.

1. 한국형 ACT 프로그램의 운영원칙과 구성내용

(A) 한국형 ACT 프로그램의 운영원칙

한국형 ACT 프로그램의 운영원칙은 위스콘신 PACT 매뉴얼(유제춘, 2008; 오명자, 2008)을 토대로 하였으며, 한국적 실정에서 실현 가능한 구체적인 운영원칙은 하경희(2010)의 연구결과를 참조하였다. 본 프로그램의 구체적 운영원칙은 사례관리자가 직접 서비스 제공, 다학제간 팀접근의 책임성, 지역사회 현장에서 서비스제공, 24시간 접근성, 맞춤형서비스인 포괄성, 가족지원을 포함한 지역사회 자원과의 협력이다. 위스콘신 PACT 매뉴얼과 한국형 ACT 프로그램의 운영원칙을 비교해 본 내용은 <부록 3>과 같다. 다음은 본 프로그램의 구체적 운영원칙 내용이다.

1) 사례관리자가 직접 서비스를 제공한다.

대상자에게 치료계획에 따라 가정이나 취업장 등을 직접 방문하여 일상생활이나 여가생활, 사회생활, 대중교통 이용, 직업 등에 필요한 기술을 지역사회에서 사례관리자가 직접 훈련하도록 하였다.

2) 다학제적 팀접근으로 팀이 책임을 공유한다.

다학제 구성원이 사례관리자로 구성된 팀이 팀접근으로 서비스를 제공하며, 이는 혼자 하는 사례관리의 한계를 극복하면서 보다 통합적으로 서비스를 제공하는 것이다. 팀으로 접근함으로써 각 대상자의 욕구와 목표에 따라 적극적이고 다양한 충분한 서비스가 제공될 수 있으며, 팀은 매일 아침회의로 대상자의 정보와 치료계획을 공유하고, 팀이 함께 역할분담을 하여 서비스 제공에 있어 사례관리자 부재 시에도 역할을 대체할 수 있도록 하였다. 또한 정기적인 다학제 간 평가를 실시하여 다양한 면에서 치료에 접근 할 수 있으며, 이를 위해 사례관리자의 역량강화를 위한 교육 및 훈련 등을 지속적으로 실행하도록 하였다.

3) 지역사회 현장에서 서비스가 이루어진다.

모든 서비스는 지역사회 현장에서 대상자의 집이나 직장과 같은 지역사회에서 이루어지는 것을 원칙으로 하였다. 이는 가장 적극적인 접근 방법으로 중증 정신장애인의 질병 특성을 이해하는 것이며, 이들에게 쉽게 다가갈 수 있는 최선의 방법이다. 또한 지역사회 현장에 있는 다양한 지역사회 자원을 활용할 수 있으며, 같이 살아가는 지역주민에게 지지와 교육을 제공할 수 있고, 대상자가 생활하는 자연적인 환경을 이해하며 그곳에서 실제적인 대처 능력을 개발할 수 있다.

4) 24시간 서비스를 접근할 수 있도록 한다.

서비스 이용시간은 24시간, 365일 서비스 운영을 원칙으로 하였다. 이는 언제든지 이용 가능한 위기와 응급개입 서비스를 제공할 수 있다. 당직을 이용해 저녁시간,

주말과 공휴일에도 접근이 가능하도록 하였다.

5) 대상자의 복잡한 요구에 따라 맞춤형 서비스를 제공한다.

각 대상자 별로 개별화된 맞춤형 서비스를 제공하는 것을 원칙으로 하였으며, 이는 먼저 상세한 임상 평가를 통해 재발증후를 확인할 수 있고, 대상자의 강점을 살려 활용할 수 있으며, 개인 욕구 중심의 선호를 중시하며 개인의 선택을 최대화할 수 있도록 대상자의 자기결정권을 받아들이고 실천하도록 하였다. 치료서비스는 물론, 일상생활이나 사회생활에 필요한 다양한 재활서비스, 주거유지에 관련한 다양한 훈련, 취업을 위한 준비나 취업 유지에 필요한 서비스 개입, 가족 및 지지 체계의 문제개입 등 포괄적인 맞춤형 서비스를 제공하였다.

6) 가족지원을 포함한 지역사회 자원과 협력하도록 한다.

한국적 상황에서 가족이 대상자의 치료에 책임을 지고 있기 때문에 가족은 대상자의 모든 치료에 대해 결정을 하게 된다. 대상자는 물론 가족에 대해 욕구도 충분히 사정하고 서비스를 제공하는 것을 원칙으로 하였다. 포괄적인 서비스 제공을 위해 가족은 물론 주치의와도 협력을 하며, 공공기관, 이웃, 관련기관과의 협력을 적극적으로 시도하도록 하였다.

(B) 한국형 ACT 프로그램의 구성내용

본 프로그램의 구성내용은 다음과 같다.

1) 인적자원

본 연구에서 인적자원을 구체적으로 살펴보면 대상자와 서비스 제공자의 비율을 5:1로 하였으며 다학제적 구성원으로 사례관리팀이 구성되었고, 대상자 한 명의 사례관리팀으로는 팀리더와 정신과전문의, 주 사례관리자와 보조 사례관리자를 정하였다.

사례관리팀은 일주일에 4~5회 이상 대상자를 만나고 사례관리자가 직접 서비스

를 제공하는데 치료계획에 따라 팀이 역할분담을 하여 개별적 서비스를 제공한다. 이를 위해 팀 모임을 갖는데 사례관리팀은 개별 치료계획을 세우고 제공된 서비스를 검토하기 위해 일주일에 4~5번 이상 모임을 가진다. 매일 모든 사례관리팀이 참석하는 아침회의를 통하여 하루일정과 서비스 제공에 대해 공유하였다. 또한 사례관리팀 회의를 통해 개별 치료과정에 대해 평가를 하도록 하였으며 그 내용에 대해 공유할 수 있는 전체 회의를 진행하였다. 팀리더는 정신보건센터의 전체 업무를 관장해야하므로 대상자의 치료계획 시 모든 팀회의에 참석하고 있지만 직접적인 서비스는 필요한 경우에 참여하도록 하였다. 그러나 대상자의 서비스 평가와 자문을 위해 치료계획을 수립할 때는 반드시 대상자를 만나도록 하였다. 대상자에게 필요한 서비스를 직접 사례관리자에 의해 제공하도록 하면서 사례관리자 역량을 위한 교육을 매주 1회 실시하였다.

정신과 전문의는 정신보건센터의 센터장과 자문의가 정신과전문의 역할을 하도록 하였으며, 각 대상자의 담당 주치의도 팀원으로 역할을 하도록 하였다. 팀구성원으로 모두 8명이 참가하였는데 간호사가 5명, 사회복지사가 3명이 참여하였다.

2) 사례관리 시스템 구축

본 연구에서 사례관리 시스템 구축 내용을 구체적으로 살펴보면 등록기준, 서비스에 대한 충분한 책임성과 위기개입, 병원 입원, 퇴원계획에 대한 책임성, 서비스 기간에 대한 기준을 선정하여 실행하였다.

먼저 명확한 등록기준을 정하였으며 팀회의를 통해 팀원들의 논의를 거쳐 등록을 결정하였다. 서비스에 대한 충분한 책임성으로는 임상적 치료서비스 외에도 대상자의 욕구에 따라 정기적인 상담, 재활서비스, 주거마련 및 생활용품지원, 취업관련 서비스, 제정 및 법률문제, 가족 및 환경개입서비스 등의 포괄적인 서비스를 직접 현장을 방문하여 제공하도록 하였다. 정신과적 위기상황에 대해 주말과 공휴일에는 당직폰 3대를 전문요원이 휴대하도록 하여 언제 어디서나 개입이 가능하도

록 하였고, 24시간 책임성을 가지고 응급 및 위기상황에 적극적인 대처가 가능하도록 하였다. 저녁 6시 이후에는 팀원들이 약물당직과 전화 당직을 돌아가며 하도록 하였다.

병원입원에 대한 책임성으로 입원이 필요하다고 판단 될 경우 가족과 협의 하에 입원병원 선택, 입원과정, 주치의와 연계 등에 같이 참여하며, 입원동안에도 적극적으로 치료계획에 참여하도록 하였다. 또한 퇴원에 대한 책임성으로 퇴원계획에 참여하며 외래연계, 퇴원시기 등 주도적으로 치료서비스에 적극적으로 관여하도록 하였다. 퇴원에 대해서도 2년 이상 안정적인 상태가 유지되면 ACT 대상자에서 일반적인 사례관리 대상자로 전환하도록 하였다.

3) 서비스의 종류 및 운영방식

본 연구에서 서비스 종류로는 치료 서비스, 정신재활 서비스, 자립지원 서비스, 가족 및 환경개입 서비스 등이 있고 서비스 운영방식으로는 현장 서비스, 서비스의 유지, 서비스 강도, 접촉빈도, 지지체계와의 협력, 치료팀에서 당사자 역할 등 총 여섯 가지 기준을 선정하여 실행하였다.

운영방식에서 중간탈락 없이 유지하여야하나 한국적 상황에서는 가족이 치료의 결정에 큰 영향을 미치기 때문에 가족이 치료에 비협조적일 때는 탈락할 수밖에 없었다. 서비스 강도는 필요한 만큼의 충분한 서비스가 제공되도록 하였으며, 한명의 사례관리자가 한명의 대상자에게 주당 평균 2시간 이상의 서비스가 진행되도록 하였다. 접촉빈도로서 필요한 만큼의 빈번한 서비스 접촉이 있어야 하는데 한명의 대상자는 사례팀과 주당 최소한 4~5회 이상 접촉을 하도록 하였다. 증상이 심하거나 약물관리가 안 되는 대상자는 매일 약물당직을 통해 만나게 하였다. 지지체계와의 협력으로 대상자가 자립을 하기 위해서는 지지체계와의 협력이 매우 중요하기 때문에 가족과 지역사회에 있는 주거시설, 직업관련 기관, 교육이나 훈련 기관, 각종 사회복지시설 등 연계체계를 매우 다양하게 구축하였고 특히 가족은 주 1회

이상 만나 지지와 교육, 다양한 정보, 기술 등을 제공하도록 하였다.

2. 프로그램 내용타당도

본 프로그램의 운영원칙과 내용구성을 검토하기 위해 먼저 실제사례에 대한 치료 계획과 치료서비스 중재 현황에 대해 정신과 의사 3명과 정신보건간호사 2인의 자문을 받아 평가하였다. 사회복지 전공 교수 1명은 한국에서 실현가능한 운영원칙, 서비스 운영체계 및 방법, 인력의 역할, 서비스의 종류 등의 자문을 받아 검토과정을 거쳤다. 또한 사례관리자의 교육 및 훈련은 정신과의사 3명과 정신보건간호사 2명이 실시하였고, 내용은 ACT 등록회원의 사례에 대해 질병관련 교육, 운영원칙, 서비스 운영방법, 치료계획, 제공된 서비스 평가, 서비스별 역할 담당, 지역사회 자원연결 현황, 사례회의 내용 및 방법 등을 매뉴얼과 다름없는지를 검증하였으며 또한 사례관리자가 서비스를 중재하는 과정에서 동질성을 높이고자 노력하였다.

3. 한국형 ACT 매뉴얼 개발

ACT 프로그램은 개발된 매뉴얼을 근거로 하여 제공되었다. ACT 매뉴얼은 한국의 실정에 맞게 수정·보완하여 개발되었는데, 대상자의 등록기준과 퇴록기준, 대상자의 규모, 팀구성과 구성원의 역할, 팀배정, 팀회의 등에 대해 규정하고 있고, 서비스 운영 방식과 그 과정, 서비스 내용, 기록 등에 대해 구체적인 설명을 포함하고 있다.

(A) 대상자 기준 및 등록

- 증상이 현저하거나 반복적인 입·퇴원을 하는 자
- 한명의 사례관리자로는 해결하기 어려운 복합적이고 어려운 욕구를 가지고 있는 자
- 주요 정신질환이 있으며, 정신지체 및 인격장애, 치매, 약물 의존이 없는 자

(B) 퇴록

- 재발 및 재입원이 없으며 약물을 스스로 꾸준히 유지하는 경우
- 복합적인 욕구가 충족되고 스스로 독립적인 생활을 유지하는 경우
- 사례관리자와의 협력적 관계형성으로 일반 사례관리가 안정적으로 가능한 경우

(C) 대상자 규모

- ACT 사례관리 주 사례관리자 대 대상자 간의 비율은 1:5가 넘지 않도록 한다.

(D) 팀 구성 및 역할

정신보건전문요원이 ACT 프로그램에 참여하고 있으며, 센터의 다른 직원들이 보조적인 역할로 참여한다. 팀구성원은 팀리더인 정신보건간호사와 정신과전문의, 정신보건전문요원 및 대상자와 그 가족이 모두 포함된다. 구체적인 역할은 다음과 같다.

<표 2> 팀 구성 및 역할

조 직	주 담당 업무	역할
팀리더	사례자문, 행정업무	· 팀의 행정적인 책임자, 직접서비스 제공
정신과 전문의	정신과적 진단 및 치료 자문	· 치료계획 팀회의에 정기적인 참여 · 사례 자문 · 의학적 평가 및 진단 · 항정신성 약물치료 · 개인, 집단, 가족지지정신치료와 증상관리
정신보건 전문요원	주 사례관리 업무	· 대상자에 대한 평가 및 사례관리 계획 · 대상자와 직접접촉하고 서비스제공 및 자원 연결 · 지속적인 모니터링과 평가 · 이웃 및 고용주 등의 지지체계와 협력 · 팀 및 외부와의 조정 역할
당사자 및 가족	서비스 지원 자조모임 활동	· 응급 상황 시 응급입원지원 및 대처 · 건강관리, 일상생활, 직업재활 서비스 · 멘토링, 지지 상담 및 자조모임 · 대상자 가족 지지 방문·상담

(E) 팀 배정

팀리더가 대상자와의 일차 상담 후 다음의 사항을 고려하여 팀을 배정한다.

- 대상자의 욕구 및 문제
- 사례관리자와의 관계형성
- 사례관리자의 현재 담당 사례 수
- 지역적 접근성

(F) 팀 회의

(1) 아침회의(Daily Team Meeting)

- 매일 오전 09:00 ~ 09:30에 전체 사례관리 팀 참여
- 대상자의 일과, 근황, 그날 해야 될 것과 무엇을 해야 할지에 대한 안내
- 응급회원이나 조직에 대한 이슈, 회의시간을 통해 긴급한 부분 개입
- 회원들에 대한 개략적인 평가
- 차량사용 여부 확인

(2) 팀 치료계획 회의(Team meeting)

- 각 팀별 팀리더, 주 사례관리자, 보조 사례관리자 참여
- 최소한 3개월에 1회 이상, 필요한 경우 수시로 사정
- 사정, 치료계획 및 단기 목표 설정, 서비스 내용 결정
- 모니터링, 평가 및 피드백

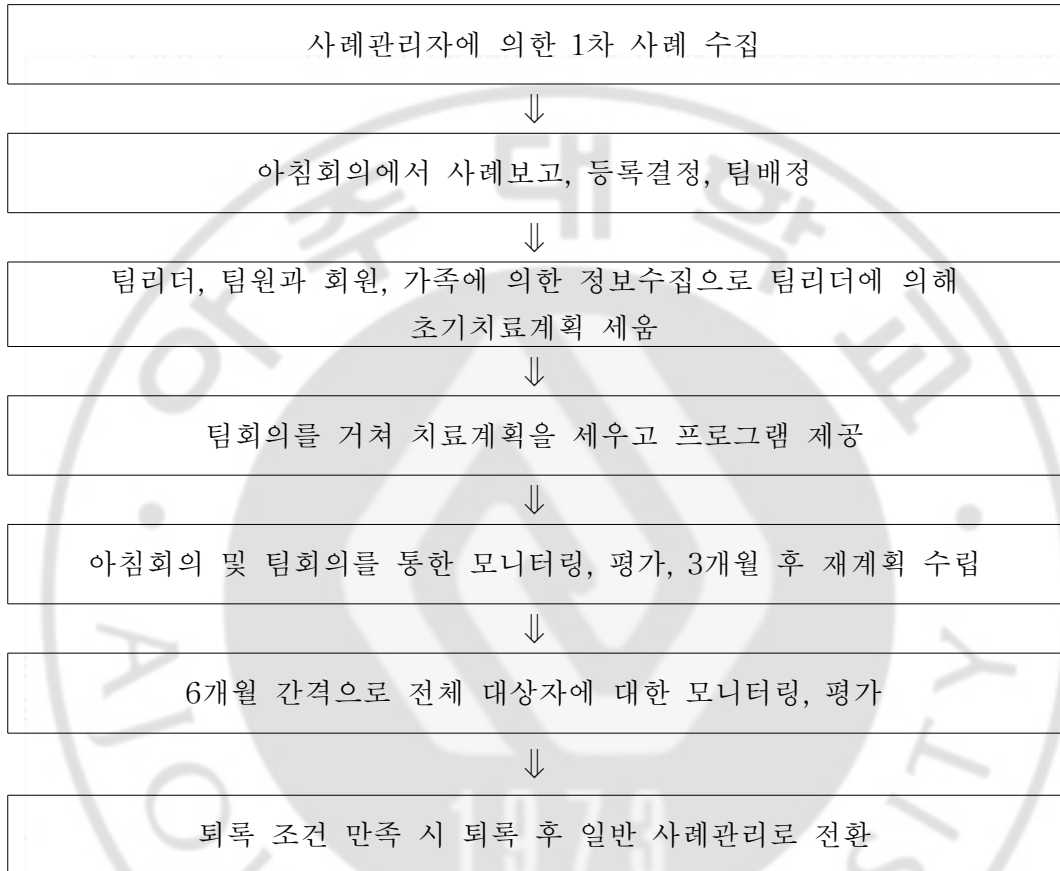
(G) 운영시간 및 근무형태

<표 3> 서비스 운영시간 및 근무형태

시간	근무형태	업무
9:00~18:00	기관근무	<ul style="list-style-type: none"> · 낮 근무 일정에 맞추어 ACT 사례관리 제공 · 일반 사례관리 및 기관의 타 업무 병행 · 주간재활 활용하여 재활서비스 제공
18:00~21:00	저녁 당직근무	<ul style="list-style-type: none"> · 저녁 가정방문을 통한 사례관리 · 가족, 지역사회 자원 및 지지체계 지원 · 약물투여 및 가정방문 · 당직 보고를 통해 평가
21:00~09:00	비상대기 당직근무	<ul style="list-style-type: none"> · 당직전화를 이용한 사례관리 · 응급 및 위기상황에 대한 적극적인 개입 · 응급 상황 시 방문 실시 · 응급 상황 시 입원 추진 · 당직 보고를 통해 평가
주말 · 공휴일	비상대기 당직근무	<ul style="list-style-type: none"> · 비상대기 당직자에 의해 24시간 재택근무 · 모바일 중심 서비스 제공 · 응급 상황 시 방문 실시 · 응급 상황 시 입원 추진 · 당직 보고를 통해 평가

(H) 한국형 ACT 프로그램의 사례관리 진행과정

본 연구에서 실행한 프로그램 운영과정은 <그림 4>와 같다.



<그림 3> 한국형 ACT 프로그램 사례관리 진행과정

(I) 서비스 영역

(1) 치료 서비스 영역

<표 4> 치료 서비스 영역

	세부 내용
정신약물치료	<ul style="list-style-type: none"> · 증상 및 병력에 대한 평가 · 증상 및 약물복용에 대한 관리 및 모니터링 · 약물증상관리 교육 · 담당 주치의와의 지속적인 상호교류
개인지지치료	<ul style="list-style-type: none"> · 개인면담 · 임상훈련을 한 전문가에 의한 정신치료 · 사례관리자에 의한 지속적인 상담 병행
위기개입	<ul style="list-style-type: none"> · 정신증, 우울증, 조증 등을 포함한 급성 증상과 충동적, 공격적, 자살 상황 · 약물이나 알코올 과복용 혹은 금단 상태 · 약물에 의한 심각한 부작용 · 집이나 재정 운송수단 등의 생존에 필요한 품목의 결여 · 직접적으로 고용을 위협하는 직업 수행능력이나 직장동료들과의 문제 · 친구, 친지, 지역사회 다른 사람과의 갈등 · 체포나 투옥 등 법적 문제에의 관여 · 배우자와 헤어지거나 가족 구성원 및 친구의 사망 등 중요한 관계의 깨짐
입원개입	<ul style="list-style-type: none"> · 실행에 옮길 정도로 자살이나 타살 사고, 행동이 있으며 위기 개입으로 해결되기 어려울 때 · 위기개입으로 증상의 호전이 보이지 않을 때 · 약물교체나 적응이 필요한 지속적인 급성증상이 있는 경우 · 심각한 증상에 대한 평가나 의학적 치료를 요구하는 지속적이고 빈도가 잦은 정신과적 증상이 있을 때

(2) 정신재활 서비스 영역

<표 5> 정신재활 서비스 영역

	세부 내용
일상생활기술 훈련	<ul style="list-style-type: none"> · 대중교통 이용법 · 식료품점 쇼핑과 요리법 · 의류구입 방법과 손질법 · 대중교통이용법 · 가족과의 관계 및 사회기술 훈련
직업재활훈련	<ul style="list-style-type: none"> · 취업준비활동 (이력서, 자기소개서 작성) · 자원봉사나 직업교육을 찾는 활동 돕기 · 취업장 정보제공 및 연결 · 직업을 유지할 수 있도록 돕기 · 고용자에게 정신질환에 대한 교육제공
사회적응훈련	<ul style="list-style-type: none"> · 비언어적, 언어적 훈련 · 관공서 이용(장애등급, 수급권 관련 동사무소 이용) · 은행이용(청구서 관련문제 처리하기) · 목욕탕 이용(위생관리) · 이, 미용실 이용(머리손질) · 다양한 여가생활 훈련 · 지역사회 자원이용 훈련 · 당사자 모임 지원 및 지지 · 동아리 모임 지원 및 지지

(3) 가족 및 환경개입 영역

<표 6> 가족 및 환경개입 서비스영역

	세부 내용
가족개입	<ul style="list-style-type: none"> · 가족상담 및 정신건강교육 · 치료 협력자로서의 가족구성원에 대한 지지 · 위기관리 · 대상자의 결혼, 출산, 양육 등 가족 역할수행에 대한 지지
지역사회 환경 개입	<ul style="list-style-type: none"> · 집주인, 지역주민 및 고용주 등의 지지체계에 대한 개입 · 공공기관, 사회복지기관 및 지역사회 기관들과의 연결 및 조정 · 지역사회 후원 및 자원 연계

(4) 자립 지원 영역

<표 7> 자립지원 서비스 영역

	세부 내용
건강관리	<ul style="list-style-type: none"> · 건강예방교육 제공 · 신체검사실시(인근 보건소를 이용 년 1회 건강검진) · 건강유지 관리를 위한 방문서비스
주거 지원	<ul style="list-style-type: none"> · 적합한 주거마련 · 청소 및 침구, 주변정리 필요성 교육 및 함께하기 · 집안에 필요한 물품을 구입하거나 수리하는 기술
재정관리 지원	<ul style="list-style-type: none"> · 수입과 지출에 대한 계획 및 관리 · 공공 및 민간 지원 신청하기 · 재정문제 조정 · 스스로 재정 관리하기
법적 지원	<ul style="list-style-type: none"> · 신용불량 및 채무 관리 · 이혼, 양육, 상속 등의 법적문제 조정 · 법률위반 및 소송 등의 법적문제 지원

4. 한국형 ACT 프로그램의 적용 가능성 평가

완성된 한국형 ACT 프로그램의 적용가능성을 평가하기 위하여 S정신보건센터에 등록되어 있는 중증 정신장애인 20명을 대상으로 2010년 3월~2011년 3월까지 12개월간 실험연구를 설계하여 본 프로그램을 적용하였다. 연구 결과를 보면 사전 사후 차이결과 입원기간의 감소($u=72.00$, $p=.047$), 기능의 수준의 향상($u=120.00$, $p=.030$), 삶의 만족도 향상($u=122.00$, $p=.035$)이 통계적으로 유의미한 결과를 나타냈다. 따라서 본 연구자가 개발한 한국형 ACT 프로그램의 적용 가능성이 확인되었다.

<표 8> 예비조사의 효과

	사전	사후	U	p
	평균±표준편차	평균±표준편차		
입원기간	4.5±5.05	0.3±0.91	72.00	.047
전반적 기능	50.2±14.08	59.2±9.06	120.00	.030
삶의 만족도	2.7±0.71	3.1±0.78	122.00	.035

B. 한국형 ACT 프로그램의 효과 검증

1. 실험군과 대조군의 동질성 검증

(A) 실험군과 대조군의 인구사회학적 특성

본 연구 대상자의 인구사회학적 특성에 대한 동질성 검증은 <표 9>와 같다.

성별은 실험군의 경우 남성62.5%(20명), 여성37.5%(12명)이었으며, 대조군은 남성 74.2%(23명), 여성25.8%(8명)로 두 군 간의 성별에서 통계적으로 유의한 차이는 없었다($p=.419$). 연령을 살펴보면 실험군의 경우 20~39세 43.8%(14명), 40세 이상 56.3%(18명)이었으며, 대조군20~39세 35.5%(11명), 40세 이상 64.5%(20명)로, 두 군 간의 연령에서 통계적으로 유의한 차이는 없었다($p=.609$). 종교유무에서 종교가 있는 대상자가 실험군65.6%(21명), 대조군61.2%(19명)로 종교유무에 따른 차이는 통계적으로 유의하지 않았다($p=.535$). 결혼여부의 경우에 미혼이 실험군65.4%(21명), 대조군 77.4%(24명)이었으며, 기혼은 실험군과 대조군 모두 6.5%(2명)이었고, 이혼이 실험군 28.1%(10명), 대조군16.14%(5명)이었으며, 두 군 간의 결혼여부에서도 통계적으로 유의한 차이는 없었다($p=.477$). 학력에서는 고졸이 실험군53.1%(17명), 대조군58.1%(18명)이었으며, 중졸이하는 실험군과 대조군 모두에서 25.5%(8명)였고, 대졸이상은 실험군21.91%(7명), 대조군16.1%(5명)이었으나 두 군 간의 학력에서는 통계적으로 유의한 차이는 없었다($p=.584$). 의료보장인 경우 의료보호가 실험군59.4%(19명), 대조군51.6%(16명)이었고, 의료보험은 실험군 40.6%(13명), 대조군48.4%(15명)로, 두 군 간의 의료보장에서는 통계적으로 유의한 차이는 없었다($p=.357$). 가족동거의 경우에 가족과 함께 동거는 실험군68.7%(22명), 대조군83.9%(26명)이었고, 혼자생활은 실험군31.4%(10명), 대조군16.1%(5명)로, 두 군 간의 가족동거에서는 통계적으로 유의한 차이는 없었다($p=.204$). 직업경험의 경우에 과거의 직업경험이 있는 대상자는 실험군 81.3%(26명), 대조군74.2%(23명)로, 직업경험 유무에 따른 차이는 통계적으로 유의하지 않았다($p=.556$). 현재 직업경험에서는 현재 직업경험이 있는 대상자는 실험군

18.7%(6명), 대조군22.6%(7명)로, 현재 직업경험 유무에 따른 차이는 통계적으로 유의하지 않았다($p=.763$). 이와 같이 실험군과 대조군 간의 인구사회학적 특성에 대한 동질성 검증결과 모든 영역에서 통계적으로 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다.

<표 9> 실험군과 대조군의 인구사회학적 특성에 대한 동질성 검증

(N=63)

변수	구분	실험군(n=32)	대조군(n=31)	χ^2	p
		실수(%)	실수(%)		
성별	남	20(62.5)	23(74.2)	0.99	.419
	여	12(37.5)	8(25.8)		
연령	20~39세	14(43.8)	11(35.5)	0.45	.609
	40세 이상	18(56.3)	20(64.5)		
종교	유	21(65.6)	19(61.2)	3.38	.535
	무	11(34.4)	12(38.8)		
결혼여부	미혼	21(65.4)	24(77.4)	2.49	.477
	기혼	2(6.3)	2(6.5)		
	이혼	10(28.1)	5(16.1)		
학력	중졸이하	8(25.5)	8(25.8)	2.85	.584
	고졸	17(53.1)	18(58.1)		
	대졸이상	7(21.9)	5(16.1)		
의료보장	의료보험	13(40.6)	15(48.4)	0.38	.357
	의료보호	19(59.4)	16(51.6)		
가족동거	혼자생활	10(31.4)	5(16.1)	3.18	.204
	가족동거	22(68.7)	26(83.9)		
과거직업 경험	유	26(81.3)	23(74.2)	0.45	.556
	무	6(18.8)	8(25.8)		
현재직업 경험	유	6(18.7)	7(22.6)	0.14	.763
	무	26(81.3)	24(77.4)		

(B) 실험군과 대조군의 질병관련 특성

본 연구 대상자의 질병관련 특성에 대한 동질성 검증은 <표 10>과 같다.

본 연구 대상자의 질병관련 특성으로 진단명, 첫발병 연령, 장애등록 여부, 유병기간을 조사하였다. 진단명에서는 실험군과 대조군 모두 정신분열병이 85.7%(64명)로 대부분 차지하였고, 두 군 간의 진단명에서는 통계적으로 유의한 차이는 없었다($p=.938$). 첫 발병연령 경우에는 20~29세가 실험군43.8%(14명), 대조군 54.8%(17명)이었으며, 10~19세가 실험군25%(8명), 대조군12.4%(4명)이었고 두 집단 간에는 통계적으로 유의한 차이는 없었다($p=.464$). 장애등록 여부에서도 장애등록이 되어있는 경우 실험군81.3%(26명), 대조군96.8%(30명)로 대부분 장애등록을 하고 있는 것으로 나타났으며 두 군 간에는 통계적으로 유의한 차이는 없었다($p=.104$). 유병기간은 10년 미만이 실험군37.5%(12명), 대조군29.0%(9명)이었으며, 10~19세는 실험군34.4%(11명), 대조군29.0%(9명)이었고 20년 이상은 실험군 28.1%(9명), 대조군41.9%(13명)이었고, 통계적으로 유의한 차이는 없었다($p=.512$). 이와 같이 실험군과 대조군의 질병관련 특성에 관한 동질성 검증결과 모든 영역에서 통계적으로 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다.

<표 10> 실험군과 대조군의 질병관련 특성에 대한 동질성 검증

(N=63)

변수	구분	실험군(n=32)	대조군(n=31)	χ^2	p
		실수(%)	실수(%)		
진단명	정신분열	27(84.4)	27(87.1)	0.13	.938
	조울병	4(12.5)	3(9.7)		
	주요우울	1(3.1)	1(3.2)		
첫발병	10~19세	8(25.0)	4(12.4)	2.56	.464
연령	20~29세	14(43.8)	17(54.8)		
	30~39세	6(18.8)	8(25.8)		
	40세 이상	4(12.5)	2(6.5)		
장애등록	유	26(81.3)	30(96.8)	3.84	.104
	무	6(18.8)	1(3.2)		
유병기간	10년 미만	12(37.5)	9(29.0)	1.34	.512
	10~19년	11(34.4)	9(29.0)		
	20년 이상	9(28.1)	13(41.9)		

(C) 실험군과 대조군의 정신과적 증상, 사회적 기능, 삶의 만족도에 대한 사전 동질성 검증

(1) 실험군과 대조군의 정신과적 증상에 대한 사전 동질성 검증

연구 대상자의 종속변수인 정신과적 증상에 관한 동질성 검증의 결과는 <표 11>과 같다. 실험군의 정신과적 증상 점수는 44.59(±12.64)점으로 대조군 41.45(±10.03)점과 비교 시 실험군의 정신과적 점수가 높았으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다($t=1.09, p=.280$).

<표 11> 실험군과 대조군의 정신과적 증상에 대한 사전 동질성 검증

변수	실험군(n=32)	대조군 (n=31)	t	p
	평균±표준편차	평균±표준편차		
정신과적 증상	44.59±12.64	41.45±10.03	1.09	.280

(N=63)

(2) 실험군과 대조군의 사회적 기능에 대한 사전 동질성 검증

연구 대상자의 종속변수인 사회적 기능에 관한 동질성 검증의 결과는 <표 12>와 같다. 사회적 기능 총 점수의 경우 실험군 95.91(±30.04)점, 대조군 104.25(±26.88)점으로 두 군 간의 점수 차이는 통계적으로 유의하지 않았다($t=-1.16, p=.250$).

하부 영역별 요소에 관한 동질성 검증결과를 살펴보면 사회참여의 경우 실험군 11.87(±2.92)점, 대조군 11.55(±2.94)점으로 통계적으로 유의한 차이는 없었다($t=0.44, p=.660$). 대인관계의 경우 실험군 4.53(±1.93)점, 대조군 5.61(±1.56)점으로 대조군의 점수가 높았으며 통계적으로 유의하였다($t=-2.45, p=.018$). 독립성수행에 서는 실험군 20.31(±9.85)점, 대조군 21.85(±7.43)으로 통계적으로 유의한 차이는 없

었다($t=-0.58, p=.567$). 레크리에이션에서는 실험군 12.00(± 7.47)점, 대조군 13.83(± 7.56)점으로 통계적으로 유의한 차이는 없었다($t=-0.97, p=.336$). 독립성능력에서는 실험군 30.65(± 6.62)점, 대조군 32.67(± 5.70)점으로 통계적으로 유의한 차이는 없었다($t=-0.92, p=.330$). 취업에서는 실험군 4.09(± 2.26)점, 대조군 4.19(± 2.45)점으로 나타나 통계적으로 유의한 차이는 없었다($t=-0.16, p=.876$). 따라서 실험군과 대조군의 사회적 기능에 대한 사전 동질성 검증결과 통계적으로 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다.

<표 12> 실험군과 대조군의 사회적 기능에 대한 사전 동질성 검증

(N=63)

변수	실험군(n=32)	대조군 (n=31)	t	p
	평균±표준편차	평균±표준편차		
사회적 기능 총점	95.91±30.04	104.25±26.88	-1.16	.250
사회참여	11.87±2.92	11.55±2.94	0.44	.660
대인관계	4.53±1.93	5.61±1.56	-2.45	.018
독립성수행	20.31±9.85	21.85±7.43	-0.58	.567
레크리에이션	12.00±7.47	13.83±7.56	-0.97	.336
부차적 사회활동	12.43±10.82	14.80±9.50	-0.92	.360
독립성능력	30.65±6.62	32.67±5.70	-1.30	.200
취업	4.09±2.26	4.19±2.45	-0.16	.876

(3) 실험군과 대조군의 삶의 만족도에 대한 사전 동질성 검증

연구 대상자의 종속변수인 삶의 만족도에 관한 동질성 검증의 결과는 <표 13>과 같다. 삶의 만족도 총점에서는 실험군 2.72(± 0.93)점, 대조군은 2.74(± 0.79)점으로 두 군 간의 차이는 통계적으로 유의하지 않았다($t = -0.12$, $p = .905$).

하부영역별 요소에 관한 동질성 검증결과를 살펴보면 의식주에서는 실험군 2.94(± 1.03)점, 대조군은 2.97(± 1.02)점으로 통계적으로 유의하지 않았다($t = -0.12$, $p = .907$). 친구관계에서는 실험군 2.29(± 1.18)점, 대조군은 2.32(± 0.95)점으로 통계적으로 유의한 차이는 없었다($t = -0.10$, $p = .925$). 가족 및 친척관계에서는 실험군 2.90(± 1.33)점, 대조군은 3.02(± 1.12)점으로 나타났으나 통계적으로 유의하지 않았다($t = -0.40$, $p = .688$). 신체 및 정신건강에서는 실험군 2.73(± 0.87)점, 대조군은 3.18(± 1.00)점으로 통계적으로 유의한 차이는 없었다($t = -1.87$, $p = .066$). 일(직업)에서는 실험군 2.50(± 1.50)점, 대조군은 2.61(± 1.03)점으로 통계적으로 유의한 차이는 없었다($t = -0.35$, $p = .729$). 경제에서는 실험군 2.37(± 1.31)점, 대조군은 2.17(± 1.00)점으로 통계적으로 유의한 차이는 없었다($t = 0.67$, $p = .506$). 대인관계에서는 실험군 2.76(± 1.26)점, 대조군은 2.61(± 1.09)점으로 통계적으로 유의하지 않았다($t = 0.51$, $p = .611$). 사회생활 및 여가에서도 실험군 2.64(± 1.34)점, 대조군은 2.50(± 1.15)점으로 통계적으로 유의한 차이는 없었다($t = 0.45$, $p = .658$). 행복감에서는 실험군 2.77(± 1.293)점, 대조군은 2.60(± 1.18)점으로 통계적으로 유의한 차이는 없었다($t = 0.54$, $p = .592$). 자율성 및 자아감에서는 실험군 3.04(± 1.34)점, 대조군은 2.89(± 1.11)점으로 통계적으로 유의하지 않았다($t = 0.48$, $p = .633$). 따라서 실험군과 대조군의 삶의 만족도에 대한 사전 동질성 검증결과 통계적으로 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다.

<표 13> 실험군과 대조군의 삶의 만족도에 대한 사전 동질성 검증

(N=63)

변수	실험군(n=32)	대조군 (n=31)	t	p
	평균±표준편차	평균±표준편차		
삶의 만족 총점	2.72±0.93	2.74±0.79	-0.12	.905
의식주	2.94±1.03	2.97±1.02	-0.12	.907
친구관계	2.29±1.18	2.32±0.95	-0.10	.925
가족 및 친척관계	2.90±1.33	3.02±1.12	-0.40	.688
신체 및 정신건강	2.73±0.87	3.18±1.00	-1.87	.066
일(직업)	2.50±1.50	2.61±1.03	-0.35	.729
경제	2.37±1.31	2.17±1.00	0.67	.506
대인관계	2.76±1.26	2.61±1.09	0.51	.611
사회생활 및 여가	2.64±1.34	2.50±1.15	0.45	.658
행복감	2.77±1.29	2.60±1.18	0.54	.592
자율성 및 자아감	3.04±1.34	2.89±1.11	0.48	.633

2. 가설검증

본 연구에 대한 가설 검증에 앞서 실험군과 대조군 각각에서 측정 변수에 대한 정규분포성은 kolmogorov-smirnov test로 분석한 결과 정규분포를 이루고 있었기 때문에 모수검정 방법으로 분석하였다.

(A) 제 1가설

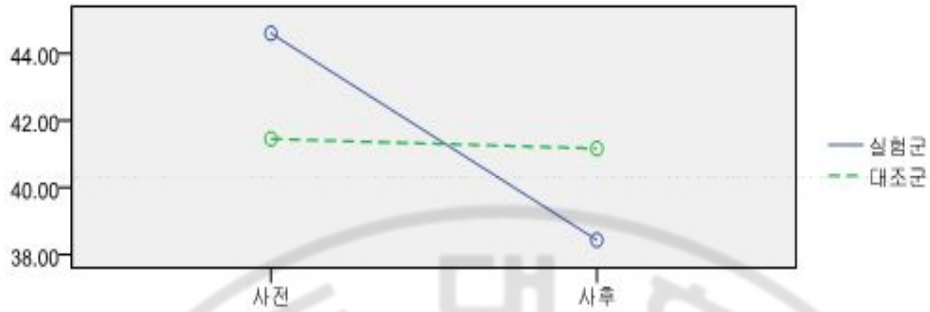
가설 1. 한국형 ACT 프로그램을 제공받은 실험군은 대조군보다 정신과적 증상 정도가 낮아질 것이다.

한국형 ACT 프로그램이 정신과적 증상에 미치는 효과를 살펴보기 위하여 프로그램 참여 전·후 차이 정신과적 증상 점수의 변화를 보면 실험군은 6.15 ± 8.64 , 대조군은 0.29 ± 9.81 로 실험군의 정신과적 점수가 대조군 보다 감소하였으며 그 차이는 통계적으로 유의하게 나타났다 ($t=2.52, p=.014$) <표 14> <그림 4>.

따라서 '한국형 ACT 프로그램을 제공받은 실험군은 대조군보다 정신과적 증상 정도가 낮아질 것이다.'라는 가설 1은 지지되었다.

<표 14> 한국형 ACT 프로그램의 정신과적 증상 수준 효과

시점	실험군(n=32)	대조군(n=31)	t	p
	평균±표준편차	평균±표준편차		
사전	44.59±12.64	41.45±10.03		
사후	38.43±10.54	41.16±13.04		
전·후 차이	-6.15±8.64	-0.29±9.81	2.52	.014



<그림 4> 연구 대상자의 정신과적 증상 점수 변화

(B) 제 2가설

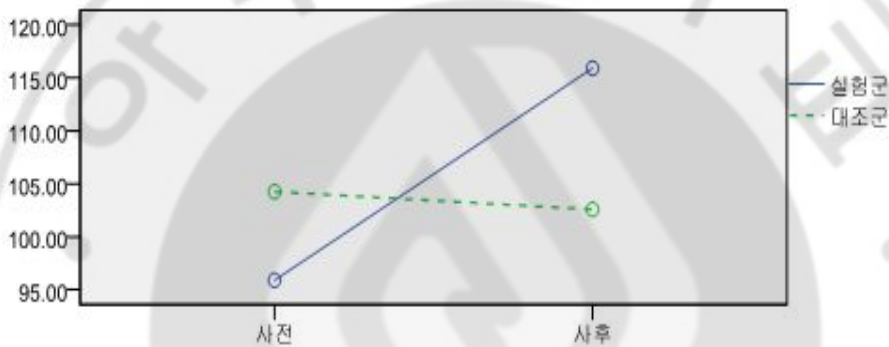
가설 2. 한국형 ACT 프로그램을 제공받은 실험군은 대조군보다 사회적 기능 수준이 높아질 것이다.

한국형 ACT 프로그램이 사회적 기능에 미치는 효과를 살펴보기 위하여 프로그램 참여 전·후 차이 사회적 기능 총 점수 차이를 보면, 실험군은 20.09 ± 19.99 , 대조군은 -1.68 ± 27.42 로 사회적 기능 총 점수가 대조군보다 향상되었으며, 그 차이는 통계적으로 유의하게 나타났다($t=3.59, p=.001$) <표 15> <그림 5>.

따라서 ‘한국형 ACT 프로그램을 제공받은 실험군은 대조군보다 사회적 기능 수준이 높아질 것이다.’라는 가설 2는 지지되었다.

하부영역별 결과를 살펴보면 대인관계에서 프로그램 참여 전·후 점수 차이가 실험군 5.65 ± 1.28 , 대조군 5.45 ± 1.52 으로 실험군의 점수가 대조군보다 증가하였으며, 그 차이는 통계적으로 유의한 것으로 나타났다($t=2.89, p=.005$). 독립성 수행에서 프로그램 참여 전·후 점수 차이가 실험군 24.84 ± 7.33 , 대조군은 21.80 ± 6.58 으로 실험군의 점수가 대조군보다 증가하였으며, 그 차이는 통계적으로 유의한 것으로 나타났다($t=2.51, p=.015$). 레크리에이션에서 프로그램 참여 전·후 점수 차이가 실험군 16.18 ± 6.68 , 대조군은 13.19 ± 6.59 으로 실험군의 점수가 대조군보다 증가하였으

며, 그 차이는 통계적으로 유의한 것으로 나타났다($t=2.46, p=.017$). 부차 사회적 활동에서 프로그램 참여 전·후 점수 차이가 실험군 17.43 ± 10.74 , 대조군 14.09 ± 9.74 으로 실험군의 점수가 대조군보다 증가하였으며, 그 차이는 통계적으로 유의한 것으로 나타났다($t=2.81, p=.007$). 독립성 능력에서는 프로그램 참여 전·후 점수 차이가 실험군 33.46 ± 5.86 , 대조군은 30.74 ± 7.91 으로 실험군의 점수가 대조군보다 증가하였으며, 그 차이는 통계적으로 유의한 것으로 나타났다($t=2.80, p=.007$).



<그림 5> 연구 대상자의 사회적 기능 점수 변화

<표 15> ACT 프로그램의 사회적 기능 수준 효과

(N=63)

변수	시점	실험군(n=32)	대조군(n=31)	t	p
		Mean±SD	Mean±SD		
총점	사전	95.90±30.04	104.25±26.87	3.59	.001
	사후	115.90±27.96	102.58±27.31		
	전·후 차이	20.09±19.99	-1.68±27.42		
사회참여	사전	11.87±2.92	11.55±2.94	0.01	.991
	사후	12.63±2.77	12.29±2.51		
	전·후 차이	0.75±2.72	0.74±3.02		
대인관계	사전	4.53±1.93	5.61±1.56	2.89	.005
	사후	5.65±1.28	5.45±1.52		
	전·후 차이	1.13±1.90	-0.16±1.61		
독립성수행	사전	20.31±9.85	21.85±7.43	2.51	.015
	사후	24.84±7.33	21.80±6.58		
	전·후 차이	4.53±6.97	0.23±6.62		
레크레이션	사전	12.00±7.47	13.83±7.56	2.46	.017
	사후	16.18±6.68	13.19±6.59		
	전·후 차이	4.19±6.46	-0.65±8.95		
부차사회 활동	사전	12.43±10.82	14.80±9.50	2.81	.007
	사후	17.43±10.74	14.09±9.74		
	전·후 차이	5.00±7.71	-0.74±8.50		
독립성능력	사전	30.65±6.62	32.67±5.70	2.80	.007
	사후	33.46±5.86	30.74±7.91		
	전·후 차이	2.81±5.38	-1.94±7.89		
취업	사전	4.09±2.26	4.19±2.45	1.32	.192
	사후	5.68±3.31	5.03±3.11		
	전·후 차이	1.59±2.42	0.83±2.10		

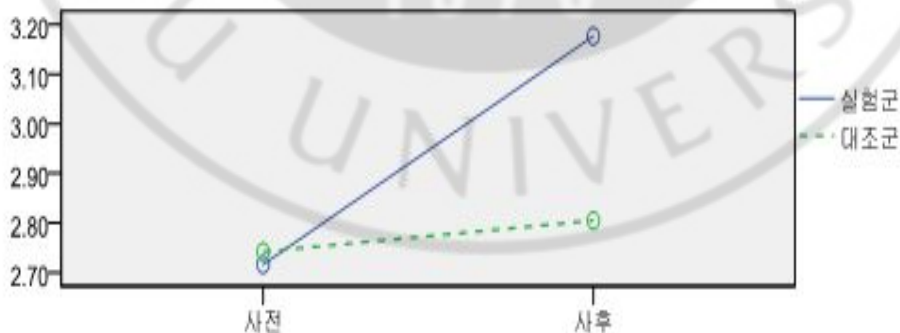
(C) 삶의 만족도

가설 3. 한국형 ACT 프로그램을 제공받은 실험군은 대조군보다 삶의 만족도가 높아질 것이다.

한국형 ACT 프로그램이 삶의 만족도에 미치는 효과를 살펴보면, 프로그램 참여 전·후 점수 차이가 실험군은 0.46 ± 0.71 , 대조군은 0.06 ± 0.76 으로, 실험군의 점수가 대조군보다 증가하였으며, 그 차이는 통계적으로 유의한 것으로 나타났다($t=2.15, p=.035$)<표 16><그림 6>.

따라서 ‘한국형 ACT 프로그램을 제공받은 실험군은 대조군보다 삶의 만족도가 높아질 것이다.’라는 가설 3은 지지되었다.

삶의 만족도를 구성하고 있는 하위영역별 요소를 보면 의식주에서 프로그램 참여 전·후 점수 차이가 실험군 3.61 ± 0.98 , 대조군은 3.05 ± 0.97 로 실험군의 점수가 대조군보다 증가하였으며, 그 차이는 통계적으로 유의한 것으로 나타났다($t=2.41, p=.019$). 신체 및 정신건강에서는 프로그램 참여 전·후 점수 차이가 실험군 3.38 ± 0.90 , 대조군은 3.29 ± 0.75 으로 실험군의 점수가 대조군보다 증가하였으며, 그 차이는 통계적으로 유의한 것으로 나타났다($t=2.59, p=.012$).



<그림 6> 연구 대상자의 삶의 만족도 점수 변화

<표 16> 한국형 ACT 프로그램의 삶의 만족도 수준 효과

(N=63)

변수	시점	실험군(n=32)	대조군(n=31)	t	p
		Mean±SD	Mean±SD		
총점	사전	2.71±0.92	2.74±0.79		
	사후	3.17±0.87	2.80±0.73		
의식주	전·후 차이	0.46±0.71	0.06±0.76	2.15	.035
	사전	2.94±1.03	2.97±1.02		
친구관계	사후	3.61±0.98	3.05±0.97		
	전·후 차이	0.68±0.86	0.08±1.07	2.41	.019
가족 및 친척관계	사전	2.29±1.18	2.32±0.95		
	사후	2.72±1.11	2.33±0.97		
신체 및 정신건강	전·후 차이	0.42±1.18	0.01±0.85	1.60	.114
	사전	2.90±1.33	3.02±1.12		
일(직업)	사후	3.10±1.36	3.21±1.05		
	전·후 차이	0.20±1.28	0.18±1.17	0.05	.961
경제	사전	2.73±0.87	3.18±1.00		
	사후	3.38±0.90	3.29±0.75		
대인관계	전·후 차이	0.65±0.87	0.12±0.76	2.59	.012
	사전	2.50±1.50	2.61±1.03		
사회생활 및 여가	사후	2.92±1.33	2.53±0.96		
	전·후 차이	0.42±1.34	-0.08±1.30	1.51	.136
행복감	사전	2.37±1.31	2.17±1.00		
	사후	2.81±1.23	2.03±0.92		
자율성 및 자아감	전·후 차이	0.44±1.40	-0.15±.99	1.90	.062
	사전	2.76±1.26	2.61±1.09		
행복감	사후	3.15±1.26	2.67±1.03		
	전·후 차이	0.39±1.34	0.06±1.26	1.00	.323
행복감	사전	2.64±1.34	2.50±1.15		
	사후	3.08±1.15	2.58±1.00		
행복감	전·후 차이	0.44±1.07	0.07±1.14	1.31	.194
	사전	2.77±1.29	2.60±1.18		
행복감	사후	3.16±1.33	2.69±1.22		
	전·후 차이	0.40±1.18	0.10±1.07	1.06	.296
행복감	사전	3.04±1.34	2.89±1.11		
	사후	3.32±1.21	2.95±1.03		
행복감	전·후 차이	0.28±2.28	0.06±1.31	0.66	.509

VI. 논의

현재 우리나라 지역사회 정신보건 현장의 중증 정신장애인은 복잡하고 다양한 욕구를 가지고 있어 이들의 욕구에 맞는 서비스를 제공하는 데는 인력이나 지지체계 등이 부족하여 적절하게 서비스를 제공하지 못하는 상황이다. 따라서 한국에서의 중증 정신장애인의 정신재활을 위한 사례관리 시스템과 서비스 제도의 정착이 필요하다. 이에 본 연구에서는 한국형 ACT 프로그램을 개발하였으며, 본 프로그램이 정신과적 증상, 사회적 기능, 삶의 만족에 미치는 효과를 검증하였다.

A. 한국형 ACT 프로그램 개발

본 연구에서는 우리나라의 지역사회 정신보건 현장에서는 미국에서 개발한 ACT의 원칙을 그대로 적용하기에는 제도적, 경제적 어려움이 따라 한국의 정신보건센터의 실정에 맞게 수정하여 개발하게 되었다. 이는 인력이나 제도적 지원의 어려움이 있어 보다 한국의 실정에서 실현 가능한 프로그램이 요구되어 현실적인 운영원칙, 구조적인 시스템 조정과 서비스내용에 대해 개선을 실시하여 현장에서 실용 가능하도록 하였다. 이에 본 연구에서 개발한 한국형 ACT 프로그램은 사례관리자들이 체계화된 매뉴얼에 따라 서비스를 진행함으로써 사례관리를 원활하게 진행할 수 있어 그 효율을 높일 수 있었다. 정신재활모형을 적용한 본 연구의 보호인자인 한국형 ACT 프로그램 중재전략은 Rosen, Mueser와 Teesson(2007)의 연구결과에서 보여준 ACT에 대한 표준화된 DACTS 충실도를 증거기반으로 효능, 효과에 대한 비교를 통해 ACT 프로그램이 충실도가 높을수록 효과 높다는 결과를 지지하였다.

또한 민소영(2010)의 연구결과에서 중증 정신장애인의 정신재활을 위해 사례관리 수행에 필요한 구성요소를 갖춘 체계적 시스템 마련과 사례관리 실천에 필요한 구체적인 가이드라인이 제시된 매뉴얼의 필요성을 주장한 것과 같은 맥락으로 중증 정신장애인의 정신재활을 위해 한국의 실정에 맞는 프로그램 개발로 체계적 시

스텝 마련과 이에 따른 매뉴얼 개발의 필요성을 강조하고 있다.

본 연구에 있어 개발된 프로그램은 ACT의 원칙을 토대로 운영기준을 정하였으며 개발과정에서 제시된 문제점은 다음과 같다. 먼저 사례관리자가 직접 서비스를 제공해야하는 원칙에 있어서는 사례관리자가 오로지 ACT만 전담하는 것이 아니라 센터의 다른 사업도 겸해야하기에 장시간 걸리는 지역사회 훈련서비스는 매우 부담을 주었다. 하지만 중증 정신장애의 특성 상 친밀감이 형성된 전문가가 아니면 접근이 어렵기 때문에 사례관리자들이 직접 서비스 제공을 유지 하였다. 이는 또한 사례관리자의 역량강화가 필요하기 때문에 팀리더는 사례관리자가 소진되지 않도록 업무의 조정에 민감하게 개입하였으며, 매주 1회 사례관리자 교육을 실시하여 사례관리자의 역량을 강화하도록 하였다. 하경희(2010)의 연구결과에서 사례관리자들은 ACT 실시 이후 실제로 업무부담은 늘어났지만 대상자의 변화를 통한 효과성을 경험하면서 오히려 사례관리자들의 업무에 대한 만족감은 높아졌고 이직률 또한 매우 낮아졌다는 결과를 보인 것을 보면 본 연구결과를 지지한다. 다음으로 다학제적 팀접근의 책임성에서는 팀이 함께 역할분담 하여 서비스제공에 있어 사례관리자 부재 시에도 역할을 대체할 수 있도록 해야 하지만 적은 수의 인력으로 인해 사례관리자 부재 시에는 사례관리가 다소 소홀해지는 면이 있었다. 따라서 정신보건센터에서 ACT 전담팀을 구성할 수 있도록 정책적인 지원 모색이 필요하며, 전문 인력의 보충 및 사례관리자들끼리의 상호 협조가 매우 필요하다고 본다. Rosen, Mueser와 Teesson(2007)의 연구에서 다학제적인 인력과 팀의 지원 구조는 치료진의 업무관련 스트레스와 소진으로부터 보호가 된다고 주장한 것은 본 연구에서 다학제적 팀접근은 책임성 공유로 사례부담의 감소를 가져와 대상자의 정신재활 효과에 영향이 있었음을 지지한다.

또한 지역사회 현장서비스 제공 원칙에서는 가정이나 취업장 등을 직접 방문하여 일상생활이나 여가생활, 사회생활, 대중교통 이용, 직업 등에 필요한 기술을 익히도록 도왔다. 하지만 필요한 경우 센터 내의 주간재활이나 직업재활 프로그램에 참여하도록 하였다. 이는 지역사회 자원이 부족한 상태에서 다양한 프로그램을 제공할

수 있어 장점이 되는 면이었다. 24시간 접근성의 원칙에서는 적은 인력으로 24시간을 근무하기에는 부족하였기 때문에 저녁당직을 이용해 일부 환자에게만 약물관리를 하였으며, 저녁과 주말에는 주로 전화관리로 접촉이 가능하도록 하였다. 중증 정신장애인은 주로 고립되어 살아왔기 때문에 자신에게 언제든지 연락 가능한 사례관리자의 연락처가 있다는 사실 만으로도 안정을 가져오는 경우가 많았다. 가족 또한 저녁이나 주말 위기상황이 있을 때 즉시 대처가 가능하여 매우 만족함을 보여주었다. 그러나 이러한 시간 외의 당직에 대한 보상이 없는 현실에서는 사례관리자의 열정만으로는 해결하기 어렵기 때문에 재정적 지원이 체계화되어야 할 것이다. 이는 김희정(2010)의 연구에서도 사례관리자의 실무능력과 진정한 관계가 정신장애인의 회복을 촉진하는데 영향을 주고 있다고 주장하고 있는 것과 같은 맥락이다.

맞춤형 서비스인 포괄성에 대한 원칙에서는 대상자 중심으로 개개인의 욕구에 맞춤형 치료계획에 따라 사례관리가 이루어지도록 하여 대상자의 만족도가 매우 높았다. 또한 사례관리자들이 그동안의 사례관리에 대한 한계를 벗어나 무한 돌봄으로 실질적인 서비스를 제공하게 됨으로서 긍지와 사명감을 가지게 되었다. 또한 6개월 마다 정기적으로 모든 대상자에 대해 평가를 하여 2년 이상 안정적인 상태가 유지되면 일반적인 사례관리로 전환하도록 하였다. ACT의 원칙은 기간제한 없이 관리해야하는 것에 반해 한국의 실정에서는 전담 ACT팀이 없는 가운데 센터의 등록회원을 모두 관리하여야하는 현실적 상황의 한계라고 사료된다.

마지막으로 정신장애에 대한 모든 일차적 책임이 가족에게 있기 때문에 우선 가족이 정신재활을 이해하는 것이 필요했다고 본다. 가족들은 너무 긴 세월을 중증장애로 인한 어려움을 감당하면서 지쳐 있었기 때문에 수용위주의 관리가 이들에게는 편리했을 것으로 사료된다. 이는 한국의 문화적 특성이며 가족이 치료적 역할을 할 때 긍정적인 면도 있어 장점으로 작용하기도 하지만 오히려 가족의 변화가 더 어려울 때가 있어 부정적인 영향을 끼치기 때문에 가족의 적극적인 개입이 필요로 된다. 이는 이옥자와 최영숙(2007)의 연구에서 가족은 치료와 재활에 상당한 영향이 있으며, 정신장애인의 재활을 돕는 제반 조건이 부족하면 정신장애인을 사회의 일원으로

써 받아들이지 않으려는 사회적 편견으로 더욱 역할수행이 어려워지면 그들의 보호와 관리에 대한 책임은 가족에게 돌아가기 때문에 가족교육이나 가족치료 등을 통해 가족을 지지해야 함을 강조하고 있는 것과 같은 맥락이다. 본 연구는 ACT 프로그램 적용 후 사후조사에서 실험군은 20%, 대조군은 22%의 대상자 탈락 현상이 일어났다. 한국의 상황에서 치료에 가족이 큰 영향을 주기 때문에 가족의 협조가 제대로 안될 때 지속적인 치료를 하기가 어려움이 있었다. 또한 중재 6개월 후의 조사 기간이 겨울이라는 계절을 고려해 볼 때 중증 정신장애인의 외부활동이 감소된 시기이며 계절에 따른 증상에 영향이 있을 것으로 생각된다. 따라서 추후 연구에서는 대상자의 특성을 고려하여 연구를 진행해 나가야 할 것이며 대조군에게도 적극적인 관심을 갖고 연구에 참여할 수 있는 방향을 모색하여야 할 것이다.

서비스 규모는 다양한 직원을 최소한 10명 이상의 직원이 근무하여야 하나 본 연구에서의 경우 총 17명의 직원 중 8명은 ACT 사례관리자로 근무하였고 나머지 인원은 예방사업, 사무요원 등의 역할을 담당하였다. ACT 사례관리자는 저녁 6시 이후 약물당직을 하였는데 이는 약물치료를 유지하는데 매우 필요한 서비스로 센터에서 차량지원이 가능하여 원활히 운영되었다. 그러나 연장근무에 대한 경제적 보상이 없이 실행된 부분에서는 사례관리자의 열정과 소명의식으로 진행되었던 부분이라 보완하여야 할 필요가 있다.

이상과 같이 어려움은 있었지만 본 연구에서 ACT 프로그램은 현장에서 수행하는데 큰 어려움은 없는 것으로 나타났다. 이는 Botha 등(2010)이 중증 정신장애인에게 수정된 ACT 프로그램을 1년 동안 실행한 후 효과검증 결과에서 입원을 줄이고 정신과적 증상과 전반적인 사회적 기능수준이 향상된 것을 보고한 것과 같이 실현 가능성이 있는 수정된 프로그램이 필요하다. 또한 George, Durbin과 Koegl(2008)의 연구에서 ACT는 적극적인 지역사회 치료 프로그램으로 중증 정신장애인의 지역사회 관리에서 가장 효과적인 프로그램으로 검증되었다는 결과를 보고하였다. 따라서 본 연구에서 중증 정신장애인의 정신재활을 위해 개발된 본 프로그램은 한국의 지역사회 간호중재로써 의의가 있을 것이다.

B. 프로그램 효과검증

본 연구에서는 한국형 ACT 프로그램이 중증 정신장애인의 정신과적 증상과 사회적 기능, 삶의 만족에 미치는 효과를 확인하였다. 연구결과를 선행연구들과 비교하여 다음과 같이 논의한다.

한국형 ACT 프로그램이 중증 정신장애인의 정신과적 증상에 미치는 효과를 보면 실험군이 대조군보다 프로그램 참여 후 정신과적 증상 정도가 낮아졌다. 이는 Coldwell와 Bender(2007)가 중증 정신장애 노숙인을 대상으로 ACT 프로그램 효과를 검증한 결과 증상호전에 유의미한 효과가 있었다는 결과와 유사하다. 개발도상국에서 1년간 수정된 ACT 기반 프로그램 효과를 분석한 Botha, Koen, Joska와 Hering의 연구결과에서도 기존의 서비스보다 정신과적 증상의 감소가 통계적으로 유의한 것으로 나타나 본 연구 결과를 지지한다. 한편 Bond와 Salyers(2004)의 연구와 Rosen, Mueser와 Teesson(2007)의 연구결과에서도 ACT의 목표는 병원이용의 감소로, ACT 충실도가 높을수록 임상적인 효과가 증가하여 증상감소 및 병원입원을 줄이는 효과가 있음을 나타내고 있다.

국내의 연구를 살펴보면 유제춘(2008b)의 정신보건센터에서 8개월간 시범적인 PACT 적용 연구결과에서 증상감소를 보였으며, 오명자(2008)의 ACT 기반 사례관리 효과성 연구결과에서는 6개월간 중재 후 정신과적 증상 감소에 효과가 있는 것으로 나타났다. 또한 ACT 기반 사례관리 중재는 지역사회 내에서도 병원과 같은 임상적 치료가 가능하고, 매일 저녁 약물당직을 통해 증상과 약물관리가 가능하며, 위기개입과 응급입원 지원과 같은 적극적인 개입을 통해 정신과적 증상의 감소라는 임상적 효과를 가져 올수 있다는 김유라(2008)의 연구결과는 ACT 프로그램이 국내외에서 정신과적 증상 감소에 효과가 입증되고 있으며 본 연구결과 역시 이를 지지한다. 이러한 결과는 중증 정신장애인이 입원을 하지 않고도 적극적인 사례관리를 통해 치료를 지속적으로 받으면 임상적 증상의 향상을 가져올 수 있으며 이를 통해 지역사회에서 살아 갈 수 있는 기반이 될 것으로 사료된다. 한

국적 상황에서 주치의가 ACT 팀원으로 참여하면서 약물에 대한 민감한 처방과 관찰이 가능한 지역사회 적극적인 치료는 입원치료 만큼의 효과성을 보이고 있는 것을 유추할 수 있다.

한국형 ACT 프로그램이 중증 정신장애인의 사회적 기능에 미치는 효과를 보면 실험군이 대조군보다 프로그램 참여 후 사회적 기능 정도의 차이가 높아졌다. 이는 Marshall와 Lockwood(2010)의 연구결과에서 중증 정신장애인을 대상으로 한 사례관리 효과성에 대한 225개 연구를 비교한 결과 다른 사례관리 모델 보다 ACT는 임상적 효과뿐만 아니라 사회적 기능 향상에 우수한 효과가 나타났다고 보고하여 본 연구 결과를 지지하였다. Lim, Koh, Lee와 Poon(2005) 연구결과에서도 싱가포르에서 ACT 적용 가능성을 보기 위한 3년간의 효과를 분석한 결과 중증 정신장애인의 독립생활에 대한 효과가 있음을 나타내고 있다고 보고하여 본 연구결과를 지지하였다.

사회적 기능의 향상은 독립생활의 기술을 증진시켜 사회참여와 취업유지에 대한 효과를 기대하는데 Gold 등(2006)의 연구결과에서도 24개월 서비스 제공 후 기존의 지원고용 직업재활서비스보다 ACT 서비스가 고용 및 소득에서 증가를 보이는 효과가 있음이 보고되었으며, Latimer(2005), Kirsh와 Cockburn(2007)의 연구결과에서도 일반적인 표준 치료보다는 ACT 치료를 통해 중증 정신장애인의 고용상태가 향상되는 것으로 나타났다. Kidd 등(2011)과 Laura 등(2010)의 연구에서도 적극적인 사회참여를 하도록 하는 것이 정신재활의 성공적인 결과를 가져올 수 있다고 보고하였다.

국내의 연구를 살펴보면 정신보건센터에서 8개월간 시범적인 PACT를 적용한 유제춘(2008a)의 연구 결과에서 정신장애인의 사회적 기능향상을 보였으며, 오명자(2008)의 ACT 기반 사례관리 효과성 연구에서는 6개월간 중재 후 기능수준 향상, 사회생활기술능력 향상, 가족 부담의 감소에서 효과가 있는 것으로 나타났다. 김유라(2008)의 연구에서도 8개월간 ACT 기반 사례관리 중재 후 전반적인 기능수준 향상, 임파워먼트 향상에서 모두 효과가 있는 것으로 나타나 본 연구 결과를 지지

하고 있다. 이는 사례관리자가 직접 대상자의 삶의 현장에서 적극적으로 서비스를 제공하고 다양한 활동을 직접 훈련함으로써 사회적 기능이 향상되는 것으로 사료된다. 또한 전반적인 기능에 장애가 올 수 있는 중증 정신장애인은 팀접근을 통한 포괄적인 서비스 제공으로 개인의 욕구에 접할 수 있어 더욱 효과가 높다고 강조 하였는데, 이는 본 연구결과와 유사한 결과라 할 수 있다.

한편 본 연구에서 사회적 기능의 구체적인 영역 부분인 사회참여와 취업 부분에서는 ACT 프로그램에 참여한 실험군의 점수가 더 증가하는 양상은 보였으나 통계적으로 유의미하게 나타나지 않았다. 이는 한국에서의 지역사회 정신보건에 대한 현실적 상황인 사회참여와 직업에 대한 지지체계의 기반이 부족한 상황을 보여주는 것이라 할 수 있겠다. 이성은(2008)의 연구결과를 보면 지역사회 내에 정신장애인 직업재활을 위한 사회복지시설이 운영되고 있으나 우리나라 현실에서는 중증 정신장애인은 사례관리자의 지지도가 낮아 이용하지 못하고 있음을 보여주고 있고, 김재순(2010)의 사회복지시설의 유·무에 따라 정신장애인은 사회적응이 달라진다는 주장은 중증 정신장애인에 맞는 직업재활 서비스를 제공하는 곳이 없어 직업재활에 대한 한계를 보여주고 있다. 또한 성기혜(2009)의 연구결과에 따르면 중증 정신장애인에게 반복되는 재발과 오랜 입원생활로 인한 기능장애는 편견과 차별이 더해져 사회적응이 더욱 어려워진다고 지적하고 있다. 따라서 한국형 ACT 프로그램에서 중증 정신장애인의 사회참여와 직업재활을 도울 수 있도록 사회통합 서비스 마련이 필요하다 하겠다.

ACT 서비스는 대상자의 욕구에 따른 개별 치료계획에 따라 사례관리자가 직접 개입하여 서비스를 제공하기 때문에 다양하고 복잡한 대상자의 욕구에 접근할 수 있다. 이는 지역사회에서 살아가기 위한 모든 부분의 개입으로 전반적인 사회적 기능을 향상시키는 것이 ACT의 주요 목표이며 이를 통해 중증 정신장애인의 자아개념도 긍정적으로 변할 수 있다고 사료된다.

한국형 ACT 프로그램이 중증 정신장애인의 삶의 만족도에 미치는 효과를 보면 실험군이 대조군보다 프로그램 참여 후 삶의 만족 정도의 차이가 높아졌다. 이는

많은 ACT 효과성 연구결과에서 정신과적 증상이 감소하면서 입원일이 줄고, 주택 및 독립적인 생활, 직업재활에서도 효과가 나타나면서 삶의 만족이 높아지는 것으로 나타났다(Cosden, Ellens, Schnell, Yamini-Diouf & Wolfe, 2003; Lim, Koh, Lee와 Poon, 2005; Marshall & Lockwood, 2010; Nieves, 2002). 싱가포르에서 ACT 적용 가능성을 보기 위한 3년간의 효과성 연구결과 중증 정신장애인의 독립 생활에 있어 만족도 향상에 대한 효과가 있음을 나타내고 있다(Lim, Koh, Lee & Poon, 2005). 또한 노숙 정신장애인 대상 18개월 중재 후 정신과 증상 감소와 더불어 주거에서의 안정, 삶의 만족도에 효과가 높은 결과를 보여주고 있다(McHugo et al., 2004). 국내의 연구를 살펴보면 오명자(2008)의 ACT 기반 사례관리 효과성 연구결과에서는 6개월간 중재 후 삶의 만족 향상이 통계적으로 유의하게 나타났다. 8개월간 ACT 기반 사례관리 중재 후 삶의 만족도 향상에 효과가 나타났다는 김유라(2008)의 연구결과는 ACT 기반 프로그램이 중증 정신장애인의 삶의 만족을 증진하는데 기여하고 있음을 나타내고 있다.

그러나 본 연구에서의 삶의 만족 정도를 측정함에 있어 주관적인 평가로 의식주와 같은 기본적인 것부터 친구관계, 가족과 친척관계 영역, 신체 및 정신건강 영역, 직업 영역, 경제 영역, 대인관계 영역, 사회생활 및 여가활동 영역, 행복감 영역, 자율성과 자아감 영역 등에 이르는 추상적인 것까지 다양한 영역을 다루었으며, 그 결과 의식주 영역과, 신체 및 정신건강 영역에서만 그 차이가 통계적으로 유의하게 증가했다. 이러한 결과는 본 연구가 6개월이라는 제한된 시점에 측정하였으므로 삶의 다양한 면에서 효과가 미처 나타나지 않았을 것으로 사료된다. 또한 중증 정신장애인을 대상으로 초기에는 지역사회에서 살아남게 하기 위한 기본적인 생활에 필요한 의식주 부분과 건강 유지에 필요한 신체 및 정신건강 영역을 집중적으로 관리했을 것으로 사료된다. 그동안 질병으로 단절되었던 친구관계나 가족과 친척관계 영역 등은 짧은 기간에 만들어 내기가 어려운 사항이지만 시간이 지나면서 같은 당사자끼리의 여가활동이 활성화되는 면이 보여 추후 이러한 대인관계에서도 향상을 보여줄 수 있는 여지가 있다. 행복감 영역과 자율성과 자아감

영역 등에서 통계적으로 유의하지는 않았지만 실험군이 대조군보다 상승하는 결과를 보인 것은 시간이 지나면서 추상적인 영역인 주관적인 삶의 만족에서도 효과가 있는 것으로 사료된다. 따라서 삶의 만족 부분에 있어서는 추후 종단적인 연구가 시도되어 이를 검증해 보아야 할 것이다.

이상의 논의 결과 한국형 ACT 프로그램은 그 효과에 있어서 정신과적 증상 감소, 사회적 기능 향상과 삶의 만족을 증진하는데 기여하는 것으로 확인하였다.



C. 연구의 의의

본 연구는 중증 정신장애인을 대상으로 정신재활모형을 기반으로 한 ACT 프로그램을 적용하여 정신과적 증상 감소와 사회적 기능회전으로 삶의 만족도 향상의 가능성을 제시하였다. 지역사회 현장에서 중증 정신장애인의 정신재활을 위한 간호 중재로 실천 가능한 프로그램을 제시하였다는 점에서 의의가 있다. 이를 바탕으로 간호학적 측면에서 구체적인 기대효과 및 활용방안을 다음과 같이 제안하고자 한다.

1. 간호이론 측면

중증 정신장애인의 지역사회 사례관리는 정신과적 증상에 초점이 맞추어져 있어 질병의 특성 상 취약집단임에도 불구하고 전반적 삶에 대한 포괄적인 접근이 이루어지지 않고 특정 문제에 대한 소수의 연구가 이루어져 왔다. 따라서 중증 정신장애인의 정신재활에 대한 본 연구는 인간의 삶에 초점을 두고 지역사회 중재방법과 그 효과를 검증하기 위한 연구로서 의의가 있다. 특히 본 연구를 통해 중증 정신장애인의 정신재활을 위한 프로그램 개발과 그 효과성을 확인되었으므로 이를 기반으로 중증 정신장애인의 정신재활 수준을 높이기 위하여 이와 관련된 이론개발에 기여할 수 있을 것이다. 또한 본 연구에서 개발된 프로그램이 중증 정신장애인의 정신재활에 효과가 있음을 확인했다는 점에서 정신간호 영역의 확대에 기여하였다고 볼 수 있다.

2. 간호연구 측면

본 연구는 정신장애인의 정신재활을 위한 정신재활모형을 근거로 이를 중증 정신장애인의 정신재활에 적절하도록 중재방법을 개발하여 그 효과를 검증한 연구이다.

그동안 우리나라에서 정신재활모형을 적용한 프로그램은 다양하게 모색되어 왔으

나 우리나라의 실정에 맞는 중증 정신장애인의 정신재활을 위한 관점의 ACT 프로그램은 연구된 바가 거의 없다. 따라서 본 연구에서 개발된 한국형 ACT 프로그램이 보다 정착되기 위해서는 근거 중심의 연구가 이어져야 할 것이다.

3. 실무 측면

한국형 ACT 프로그램의 중재는 한국의 실현가능한 환경을 인식하고 정신보건센터에서 사례관리자가 실제 중재가 가능한 실무능력을 키우고자 하였다. 그러나 여전히 중증 정신장애인은 위험하다고 인식되기 때문에 이들이 지역사회에서 이용할 수 있는 정신보건센터, 거주시설, 사회복지시설, 쉼터 등과 같은 정신보건시설이 우리가 살고 있는 사회에 접근이 어려운 것이 사실이다. 정신보건시스템 자체가 중증 정신장애인의 욕구를 충족시키는 서비스라는 측면보다는 이들에 대한 통제 수단으로 간주되기 때문에 입원치료로 이들을 관리하려한다.

본 연구결과 중증 정신장애인도 사례관리 체계를 구축하고 적극적인 지역사회 치료를 제공하면 입원을 되풀이 하지 않고도 지역사회 내에서 사회적 역할을 하며 독립적으로 살아갈 수 있음을 보여주는 근거자료가 될 것이다. 또한 중증 정신장애인의 정신재활을 위한 개별화된 접근과 팀접근, 기간 제한 없는 적극적인 지역사회 치료방법인 한국형 ACT 프로그램은 한국의 상황에서 실무에서 활용할 수 있는 간호중재방법으로 확대 실시하는데 기여할 수 있을 것이다.

VII. 결론 및 제언

A. 결론

본 연구는 중증 정신장애인 대상으로 한국형 ACT 프로그램을 개발하여 적용한 후 그 효과를 파악하고자 시도되었다. 본 연구과정은 다음과 같다.

첫째, 중증 정신장애인의 회복을 위한 한국형 ACT 프로그램 개발을 위하여, 정신 재활모형에서 도출된 개념과 문헌고찰을 통해 ACT 기반 프로그램을 작성하였다. 작성된 프로그램은 전문가 집단을 통해 프로그램 구성요소와 내용에 대해 자문을 받았으며 사전 사례관리 시스템 구축에 대해 DACTS 평가도구를 통해 평가하였고, 프로그램 적용 가능성은 20명의 중증 정신장애인에게 적용하여 가능성을 검증하였으며, 검증을 통한 내용을 바탕으로 수정·보완 후 최종 프로그램을 개발하였다.

둘째, 개발된 한국형 ACT 프로그램의 효과를 검증하기 위하여 2011년 8월부터 2012년 2월까지 정신보건센터에 등록하는 중증 정신장애인을 대상으로 6개월 동안 한국형 ACT 프로그램을 실시하였고 대조군과 비교하는 비동등성 대조군 전후설계 유사실험 연구를 실시하였다. 연구대상자인 실험군 32명, 대조군 31명에게 사전 조사, 사후조사를 실시하였다. 개발된 프로그램의 효과는 정신과적 증상 수준, 사회적 기능수준, 삶의 만족도 수준으로 측정하였다. 수집된 자료는 SPSS/WIN version 18.0 프로그램을 이용하여 기술통계, χ^2 -test, independent t-test, Cronbach's alpha로 분석하였다.

본 연구의 결과는 다음과 같다.

1. 한국형 ACT 프로그램은 사례관리자가 직접 서비스 제공, 다학제간 팀접근의 책임성, 지역사회 현장에서 서비스제공, 24시간 접근성, 맞춤형서비스인 포괄성, 가족지원을 포함한 지역사회 자원과의 협력이라는 운영원칙을 실행하면서, 사례관리 시스템

을 구축하고, 정신장애로 취약한 대상자의 개인적 대처를 강화하는 적극적 지역사회 치료로서 중증 정신장애인에게 사례관리를 실시하는 6개월 중재 프로그램이다.

2, 프로그램의 가설 검증결과는 다음과 같다.

첫째, 실험군과 대조군의 정신과적 증상 수준 평가 결과 실험군과 대조군의 전후 비교에서 정신과적 증상은 통계적으로 유의한 결과를 보였다. 따라서 ‘한국형 ACT 프로그램을 제공받은 실험군은 대조군보다 정신과적 증상 정도가 낮아질 것이다.’ 라는 가설 1은 지지되었다.

둘째, 실험군과 대조군의 사회적 기능 총점 수준 평가 결과 실험군과 대조군의 전후 비교에서 사회적 기능 총점 수준은 통계적으로 유의한 결과를 보였다. 따라서 ‘한국형 ACT 프로그램을 제공받은 실험군은 대조군보다 사회적 기능 수준이 높아질 것이다.’ 라는 가설 2는 지지되었다. 사회적 기능의 하위영역별 결과에 대한 설명은 다음과 같다.

- 실험군과 대조군의 대인관계 수준 평가 결과 실험군과 대조군의 전후 비교에서 대인관계 수준은 통계적으로 유의한 결과를 보였다.
- 실험군과 대조군의 독립성 수행 수준 평가 결과 실험군과 대조군의 전후 비교에서 독립성 수행 수준은 통계적으로 유의한 결과를 보였다.
- 실험군과 대조군의 레크리에이션 수준 평가 결과 실험군과 대조군의 전후 비교에서 레크리에이션 수준은 통계적으로 유의한 결과를 보였다.
- 실험군과 대조군의 부차 사회적 활동 수준 평가 결과 실험군과 대조군의 전후 비교에서 부차 사회적 활동 수준은 통계적으로 유의한 결과를 보였다.
- 실험군과 대조군의 독립성 능력 수준 평가 결과 실험군과 대조군의 전후 비교에서 독립성 능력 수준은 통계적으로 유의한 결과를 보였다.

셋째, 실험군과 대조군의 삶의 만족도 총점 수준 평가 결과 실험군과 대조군의 전후 비교에서 삶의 만족도 총점은 통계적으로 유의한 결과를 보였다. 이로써 ‘한국형 ACT 프로그램을 제공받은 실험군은 대조군보다 삶의 만족도가 높아질 것이다.’

라는 가설 3은 지지되었다. 삶의 만족의 하위영역별 결과에 대한 설명은 다음과 같다.

- 실험군과 대조군의 의식주 수준 평가 결과 실험군과 대조군의 전후 비교에서 의식주 수준은 통계적으로 유의한 결과를 보였다.
- 실험군과 대조군의 신체 및 정신건강 영역 수준 평가 결과 실험군과 대조군의 전후 비교에서 신체 및 정신건강 영역 수준은 통계적으로 유의한 결과를 보였다.

이상의 연구결과를 종합해 볼 때 중증 정신장애인의 정신재활을 향상시키기 위한 한국형 ACT 프로그램은 정신과적 증상을 감소시키고 사회적 기능을 향상시켜 삶의 만족도를 높일 수 있다는 점에서 그 의의가 있다. 따라서 본 연구에서 개발한 한국형 ACT 프로그램은 중증 정신장애인의 정신과적 증상 감소와 사회적 기능향상을 위한 효과적인 간호중재 방법 중 하나로 실무에 적용 가능할 것으로 사료된다.

B. 제언

본 연구 결과와 논의를 바탕으로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

1. 본 연구에서는 일개지역에서 적은 수의 대상자를 토대로 한국형 ACT 프로그램의 효과를 측정하였다. 그러므로 추후 더 많은 대상자를 확보하고, 다양한 지역에서 본 연구와 동일한 연구 설계를 이용하여 본 연구 결과의 타당성을 확인하는 반복 연구가 필요함을 제언한다.
2. 본 연구에서 실시한 한국형 ACT 프로그램의 효과를 입증하기 위해서 1년 이상 장기간에 걸친 종단적 연구를 제언한다.
3. 한국형 ACT 프로그램이 보다 더 활성화되기 위해서는 인적자원과 재정지원을 위한 정책자들이 관심을 높이어 전국 지역으로 ACT 프로그램이 확대 실천될 수 있도록 정책적 지원이 있길 제언한다.
4. 지역사회에서 ACT 프로그램을 실천하기 위한 전담 ACT팀 구성이 어렵다면 부분적으로 라도 인력을 구성하여 이를 실천하고 점차 확대해 나가는 방법을 제언한다.

참고문헌

- 강희원 (2010). 정신장애인과 기본적 인권. *정신보건과 사회사업*, Vol. 35, 5-50.
- 금란 (2010). 정신분열병환자가 인지하는 건강기능과 회복-정신보건센터를 이용하는 정신분열병환자를 중심으로. 연세대학교 대학원 박사학위논문, 서울.
- 김나리, 김명식, 권정혜 (2005). 만성정신분열병의 회복과 관련된 변인에 대한 연구. *한국심리학회지*, Vol. 24, No 4, 739-754.
- 김상오 (2006). 지역사회 정신장애인을 위한 정신재활프로그램의 효과성 연구. 백석대학교 기독교전문대학원 박사학위논문, 서울.
- 김유라 (2008). 한국형 ACT(Assertive Community Treatment) 프로그램에 대한 효과성 연구-Empowerment와 삶의 질 변화 중심으로. 한신대학교 사회복지실천대학원 석사학위논문, 수원
- 김이영 (2006). 사회복지시설의 통합정신재활서비스가 정신장애인의 재활성장에 미치는 영향: 1년간 추적연구. *한국심리학회지*, Vol. 25, No 1, 175-193.
- 김재순 (2010). 정신장애인이 지각하는 사회적 차별과 사회적응에 관한 연구. 단국대학교 석사학위논문, 서울
- 김철권, 이지아 (2009). 정신분열병 환자의 한국어판 사회기능척도 개발: 신뢰도 및 타당도 연구. *생물정신의학지*, Vol. 16, No 2.
- 김현숙 (2007). 만성정신질환자의 정신사회재활모형 구축. *대한간호학회지*, Vol. 37, No 4, 490-500.
- 김희정 (2009). 정신장애로부터의 회복 의미에 대한 질적 연구. *정신간호학회지*, Vol. 18, No 4, 379-389.
- 김희정 (2010). 정신장애인 회복 증진을 위한 회복-증진 관계도구의 타당화 연구. *정신간호학회지*, Vol. 19, No 3, 288-298.
- 노은선 (2000). 정신분열병환자의 삶의 질 모형개발. 중앙대학교 대학원 박사학위논문, 서울

- 민소영 (2002). *만성정신분열병환자의 살아온 경험*. 이화여자대학교 대학원 박사학위논문, 서울
- 민소영 (2006). 만성 정신장애인을 위한 사례관리 모형과 수행구조에 대한 탐색적 연구. *사회복지연구*, Vol. 30, 봄, 215-242.
- 민소영 (2009). 사례관리 수행요소와 지역거주 정신장애인의 소비자 만족도 및 삶의 질 사이의 경로 탐색. *한국사회복지학회지*, Vol. 61, No 3, 103-127.
- 민소영 (2010). 지역기반 정신보건서비스 조직의 네트워킹 결정요인 연구. *정신보건과 사회사업*, Vol. 34, 5-29.
- 박정림 (2002). *정신장애인을 위한 강점관점 사례관리 모델의 효과성에 관한 연구*. 서울여자대학교 대학원 박사학위논문, 서울
- 박현숙, 배성우, 김이영 (2008). 정신재활서비스가 정신장애인의 자아효능감에 미치는 영향. *대한간호학회지*, Vol. 38, No 5, 704-711.
- 배성우, 김이영 (2008). 정신보건프로그램이 정신장애인의 사회적 기능에 미치는 효과의 종단적 검증. *정신보건과 사회사업*, Vol.29, 234-256
- 서규동 (2008). 정신장애인 독립주거 생활경험에 관한 연구, *정신보건과 사회사업*. Vol. 30, 239-271.
- 서미경, 김정남 (2004). 지각된 낙인이 정신장애인의 삶의 만족과 자아존중감에 미치는 영향. *한국사회복지학회지*, Vol. 56, No 4, 173-194.
- 성기혜 (2009). 정신과 외래환자가 지각하는 낙인과 자기효능감 및 삶의 만족도에 관한 연구. *임상간호연구*, Vol. 15, No 2, 127-138.
- 신성만, 강상경, 권정혜, 김성수, 김용규, 배성우, 양수, 유제춘, 이족국, 현미열 옮김 (2009). *정신재활(2)*. 서울: 박학사.
- 신성희, 김윤희, 김정숙 (2006). 지역사회 정신보건서비스가 정신장애인의 가족지지와 삶의 질에 미치는 영향. *대한간호연구*, Vol. 32, No 2, 113-119.
- 안경환 (2008). *정신장애인 인권보호와 증진을 위한 정신보건패러다임의 변화*. 국가인권위원회.

- 양옥경 (1992). 정신장애자의 삶의 만족도에 관한 연구. *한국 사회복지학*, 통권 20호 1391.
- 양옥경 (1994). 삶의 만족 측정을 위한 척도 개발. *한국 사회복지학*, 통권 24호
- 엄윤서 (2009). *정신장애인의 지역사회자원 활용정도가 사회적응에 미치는 영향에 관한 연구*. 대구대학교 대학원 석사학위논문, 대구.
- 오명자 (2008). *정신보건센터에서의 ACT 사례관리 모델의 효과성에 관한 연구*. 아주대학교 공공정책대학원 석사학위논문, 수원.
- 유제춘 (2008a). 한국보건체계에서의 PACT(Program of Assertive Community Treatment)의 적용 시범사업의 개요, *정신보건*, 제 6권 No 1, 15-20.
- 유제춘 (2008b). 한국보건체계에서의 PACT(Program of Assertive Community Treatment)의 적용, 7개월간의 예비연구, *정신보건*, 제 6권 No 1, 8-14.
- 이명수 (2010). *지역사회 정신보건 현주소*. 2010년 지역사회 정신보건사업관계자 Workshop, 서울
- 이성은 (2008). 정신장애인을 위한 독립주거 프로그램 규율과 클라이언트가 인식하는 트라이언트-사례관리자 지지도 관계에 대한 연구. *사회복지정책*, Vol. 33, 261-280.
- 이영문 (2012). *정신병원과 정신보건의료체계 개혁과제*. 의료공급체계 개편과 혁신을 위한 연속기획 13번째 워크숍-정신병원편, 부산
- 이옥자, 최영숙 (2007). 만성정신분열병환자 가족의 체험. *대한간호학회지*, Vol. 37, No 1, 26-34.
- 전혜성 (1997). *성인초기 정신장애인의 사례관리 적용에 따른 효과성 연구*. 이화여자대학교 석사학위논문, 서울.
- 최명민, 이기영, 엄태완 (2006). 정신장애인의 임파워먼트 및 삶의 질에 관한 연구. *정신보건과 사회사업*, Vol. 24, 94-124.
- 최애숙, 김명희, 김순옥, 양숙자 (2007). 국내 사례관리 연구동향의 분석. *한국보건간호학회지*, Vol. 21, No 2, 252-261.

- 하경희 (2010). 정신장애인 대상 ACT(Assertive Community Treatment) 사례관리의 적용에 관한 연구-수원시정신보건센터를 중심으로. *재활복지학회*, Vol. 14, No 2, 67-92.
- 황태연 (2001). 만성정신질환자의 사회통합촉진 전략. *노인정신의학보*, Vol 8, No 2.
- 황성동 (2008). 정신보건 사례관리의 실천 현황 및 실천모형 개발에 대한 연구. *정신보건과 사회사업*, Vol. 30, 30-54.
- 홍선미, 박숙경, 신영전, 염형국, 윤탁, 이영문, 이용표, 혼진표 (2009). 정신장애인의 인권개선을 위한 각국의 사례연구와 선진모델 구축. *국가인권위원회*, 서울.
- Agaard, J. & Müller-Nielsen, K. (2011). Clinical outcome of assertive community treatment(ACT) in a rural area in Denmark: a case-control study with a 2-year follow-up. *Nord J Psychiatry*, 65(5), 299-305.
- Allness, D.J. (1997). The Program of Assertive Community Treatment (PACT): the model and its replication. *New Dir Ment Health Serv*, 74, 17-26.
- Allness, D.J. & Knoedler, WH. (1998). *The PACT model of community-based treatment for persons with severe and persistent mental illness. A manual for PACT start-up*. Arlington(VA);National Alliance for the Mentally Ill
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders*(4th ed). Washinton DC. APA press
- Angell, B. (2003). Contexts of social relationship development among assertive community treatment clients. *Ment Health Serv Res*, 5(1), 13-25.
- Anthony, W.A. & Liberman, R.P. (1986). The Practice of Psychiatric Rehabilitation: Historical, Conceptual, and Research Base. *Schizophrenia Bulletin*, 12(4), 542-559.
- Anthony, W.A. (2003). Recovery from mental illness; The guiding vision of the

- mental health service system in the 1990's. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- 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. *Psychiatr Rehabil J*, 26(3), 268-77.
- Birchwood, M., Smith, J., Cochrane, R., Wetton, S. & Copestake, S. (1990). The Social Functioning Scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *Br J Psychiatry*, 157, 853-9.
- Bond, G.R., Drake, R.E., Mueser, K.T. & Latimer, E. (2001). Assertive community treatment for people with severe mental illness: Critical ingredients and impact on patients. *Disease Management & Health Outcomes*, Vol. 9, No 3, 141-159.
- Bond, G.R. & Salyers, M.P. (2004). Prediction of outcome from the Dartmouth assertive community treatment fidelity scale. *CNS Spectr*, 9(12), 937-42.
- Botha, U.A., Koen, L., Joska, J.A., Hering, L.M. & Oosthuizen, PP. (2010). Assessing the efficacy of a modified assertive community-based treatment programme in a developing country. *BMC Psychiatry*, 15, 10-73.
- Coldwell, C.M. & Bender, W.S. (2007). The effectiveness of assertive community treatment for homeless populations with severe mental illness: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, Vol 164, No 3, 393-399.
- Gold, P.B., Meisler, N. & Santos, A.B. (2003). The program of assertive community treatment: Implementation and dissemination of an evidence-based model of community-based care for persons with severe and persistent mental illness.

Cognitive and Behavioral Practice 10, 290–303.

- Gold, P.B., Meisler, N., Santos, A.B., Carnemolla, M.A., Williams, O.H. & Keleher, J. (2006). Randomized trial of supported employment integrated with assertive community treatment for rural adults with severe mental illness. *Schizophr Bull*, 32(2), 378–95.
- Ito, J., Oshima, I., Nishio, M., Sono, T., Suzuki, Y., Horiuchi, K., Niekawa, N., Ogawa, M., Setoya, Y., Hisanaga, F., Kouda, M. & Tsukada, K. (2011). The effect of Assertive Community Treatment in Japan. *Acta Psychiatr Scand*. 123(5):398–401
- Kidd, S.A., George, L., O'Connell, M., Sylvestre, J., Kirkpatrick, H., Browne, G., Oduyungbo, A.O., & Davidson, L. (2011). Recovery-oriented service provision and clinical outcomes in assertive community treatment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, Vol. 34, No 3, 194–201
- Kirsh, B., & Cockburn, L. (2007). Employment outcomes associated with ACT: A review of ACT literature. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* Vol. 10, No 1, 31–51.
- Laura, G. Stull, John, H. McGrew, Michelle, P. Salyers Staff and Consumer (2010). Perspectives on Defining Treatment Success and Failure in Assertive Community Treatment. *Psychiatric Services*, 61(9), 929–32
- Latimer, E. (2005). Economic considerations associated with assertive community treatment and supported employment for people with severe mental illness. *J Psychiatry Neurosci*, 30(5), 355–9.
- Liberman, R.P. (1988). Psychiatric Rehabilitation of chronic mental patients. Washington, D.C. : *American Psychiatric Press, Inc*.
- Liberman, R.P. (1994). Psychosocial treatments for schizophrenia. *Psychiatry* 52(2), 104–14
- Lim, C.G., Koh, C.W, Lee, C., & Poon W.C. (2005). Community psychiatry in Singapore: a pilot assertive community treatment programme. *Ann Acad*

- Med Singapore*. 34(1), 100-4.
- Marshall, M. & Lockwood A. (2010). Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Review* 1998, Issue 2. Art. No CD001089.
- McHugo, G.J., Bebout, RR., Harris, M., Cleghorn, S., Herring, G., Xie, H., Becker, D., & Drake, RE. (2004). A randomized controlled trial of integrated versus parallel housing services for homeless adults with severe mental illness. *Schizophr Bull*, 30(4), 969-82.
- Mueser, K.T., Bond, G.R., & Drake, R.E. (1998). Models of community care for severe mental illness: A review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 37-74.
- Nieves, E.J. (2002). The effectiveness of the assertive community treatment model. *Adm Policy Ment Health*, 29(6), 461-80.
- Overall, J.E., & Gorham, D.R. (1962). The brief psychiatric rating scale. *Psychology Reports*, 10, 799-802
- Phillips, S.D., Burnes, B.J., Edgar., E.R., Mueser, K.T., & Linkins, K.W. (2001). Moving assertive community treatment into standard practice. *Psychiatric Services*, 52, 771-779
- Rosen, A., Mueser, K.T., & Teesson, M. (2007). Assertive community treatment-issues from scientific and clinical literature with implications for practice. *J Rehabil Res Dev*, 44(6), 813-25.
- Setoya, Y. (2011). Assertive community treatment in Japan: results of fidelity measurements. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*, 113(6), 619-26.
- Stein, L.I., & Santos, A.B. (1998). *Assertive community treatment of persons with severe mental illness*. New York: Norton and Company, Inc.
- Takagi, S. (2011). Consideration to implementation of ACT in Japan. *Seishin*

Shinkeigaku Zasshi, 113(6), 627-31.

- Teague, G.B., Bond, G.R., & Drake, R.E. (1998). Program fidelity in assertive community treatment: development and use of a measure. *Am J Orthopsychiatry*, 68(2), 216-32.
- Udechuku, A., Olver, J., Hallam, K., Blyth, F., Leslie, M., Nasso, M., Schlesinger, P., Warren, L., Turner, M., & Burrows, G. (2005). Assertive community treatment of the mentally ill: service model and effectiveness. *Australas Psychiatry*, 13(2), 129-34.
- Vugt, M.D., Veldhuizen, J.R., Bahler, M., Delespaul, P., Huffels, N., Mulder, C.L., Nijboer, G., Overdijk, M., & Kroon, H. (2011). Development of a fidelity scale for function assertive community treatment (FACT). *Tijdschr Psychiatr.* 53(2), 119-24.
- Winter, J.P., & Calsynm R.J. (2000). The Dartmouth Assertive Community Treatment Scale (DACTS). *A generalizability study. Eval Rev*, 24(3), 319-38.



부 록

<부록 1> 설문지

연구 설명문

<연구제목> 중증정신질환자 대상 적극적 지역사회치료 프로그램 개발 및 효과

이 설명문 및 동의서는 여러분에게 본 연구에 대한 정보를 제공하기 위해 작성되었습니다. 아래의 정보를 신중하게 읽어보시고 본 연구에 대한 참여 결정을 하시길 바라며, 궁금하신 점이 있으면 언제든지 연구 담당자에게 문의하시면 답변을 얻으실 수 있습니다. 본 연구의 목적은 중증정신질환자를 위한 적극적 지역사회 치료 프로그램을 개발하고, 그 효과를 파악하기 위한 것입니다. 본연구의 참여결정은 귀하의 의사에 달려있습니다. 또한 연구진행 중에 언제든지 중단을 결정할 수 있으며 이로 인해 어떠한 불이익도 받지 않을 것입니다. 아래의 설명을 읽어 보신 후 연구 참여를 원하시면 자발적으로 서명동의 하신분에 한하여 연구를 진행하게 됩니다.

이번 연구는 약 20분의 치료진과 면담시간 및 자가 설문지 작성에 약 20분 소요됩니다. 연구의 일부로 여러분의 건강 정보 등이 수집됩니다. 이러한 정보는 연구자가 사용하게 됩니다. 동의서에 여러분이 동의한다는 것은 이러한 정보의 사용을 허락한다는 의미입니다. 하지만 귀하의 신원을 파악할 수 있는 기록은 비밀로 보장될 것이며 연구 목적으로만 분석될 것입니다. 면담과 설문지를 마친 후 소정의 사은품을 드릴 것이며 면담횟수별로 1개월 내에 지급될 예정입니다.

연구 참여 동안 발생 가능한 손상이나 위험은 거의 없습니다. 혹시 불편한 사항이 발생하면 즉시 아래의 연락처로 알려주시고 빠르고 적절한 조치를 취하여 가능한 불편함이나 피해를 최소화할 것입니다.

연구 책임자 : 정중현 교수

가톨릭대학교 성빈센트병원 정신과 교수/수원시정신보건센터 센터장

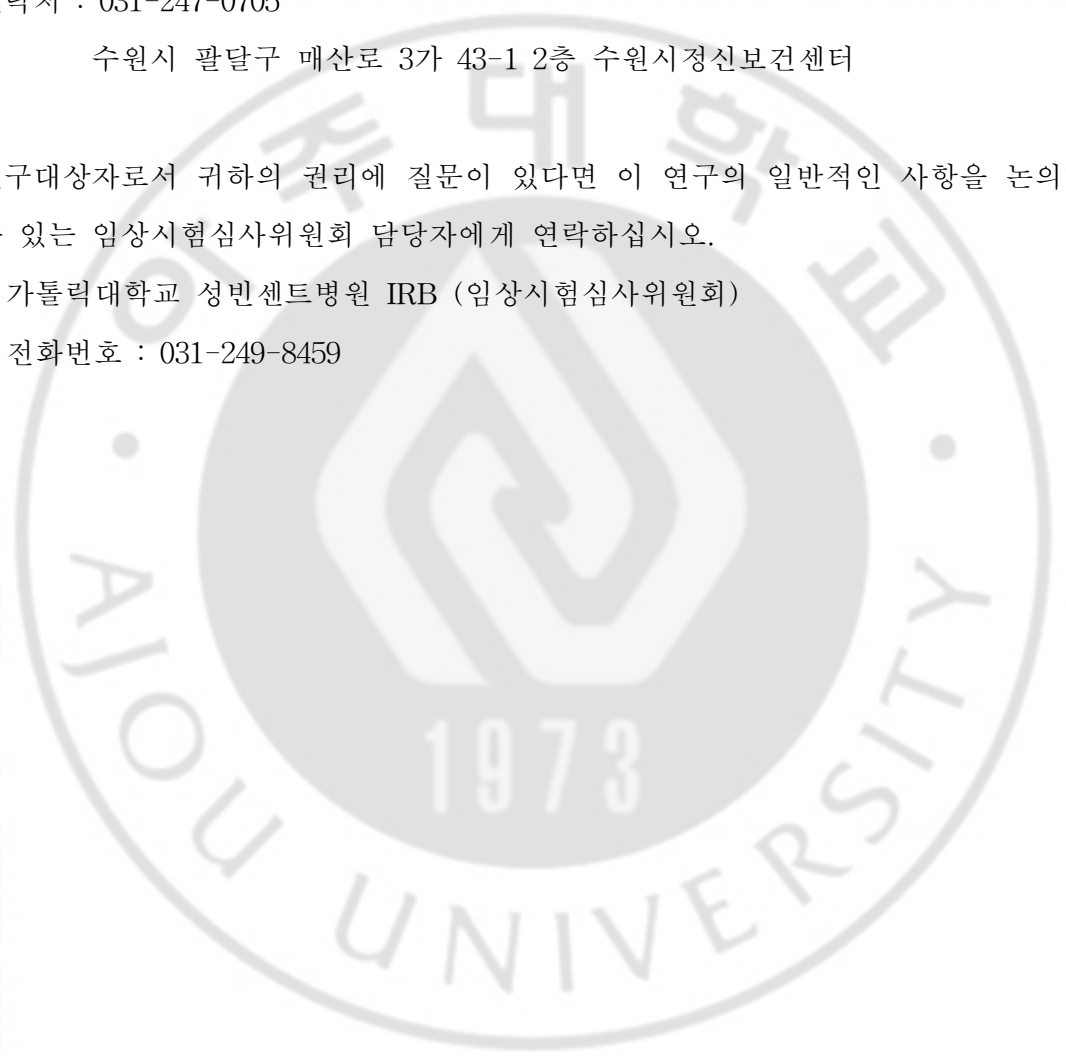
연구 담당 간호사 : 김영희, 수원시정신보건센터 상임팀장
김유라, 수원시정신보건센터 팀장
오은주, 수원시정신보건센터 팀원

연락처 : 031-247-0705

수원시 팔달구 매산로 3가 43-1 2층 수원시정신보건센터

연구대상자로서 귀하의 권리에 질문이 있다면 이 연구의 일반적인 사항을 논의할 수 있는 임상시험심사위원회 담당자에게 연락하십시오.

- 가톨릭대학교 성빈센트병원 IRB (임상시험심사위원회)
- 전화번호 : 031-249-8459



연구 참여 동의서

아래의 내용을 읽으시고 내용을 이해하시면 서면 동의해 주십시오.

1. 본인은 이 동의서를 읽었고 내용을 충분히 이해합니다.
2. 본인은 연구 책임자로부터 자세하게 설명을 들었고 궁금한 사항에 대해 질문을 하였고 적절한 대답을 들었습니다.
3. 본인은 자발적으로 이 연구에 참여합니다.
4. 본인은 이 동의서에 기술된 바에 따라 본인의 건강정보를 사용하고 공유하는 것을 허락합니다.
5. 본인은 설문지 조사 중에 언제든지 중도에 연구를 참여하거나 중단할 수 있습니다. 또 본인은 이 연구 참여를 중단하더라도 본인에게 어떠한 불이익이 없다는 것을 알고 있습니다.
6. 본인은 자유로운 의사에 따라 연구 참여를 요청하여 동의서 1부를 수령합니다.

본인 이름 : _____ 서명 : _____ 날짜: 201 년 월 일

법적대리인 이름 (관계): _____ () 서명 : _____ 날짜: 201 년 월 일

나 (담당자 이름) _____ 은(는) 본 임상 연구의 취지 및 목적에 대하여 환자에게 설명하였음을 확인합니다.

연구책임자 이름 : _____ 서명 : _____ 날짜: 201 년 월 일

(담당자)

측정도구 1.

Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

성명		평가일		총점		평가자	
----	--	-----	--	----	--	-----	--

이탤릭체로 된 5개 문항은 환자의 자기보고에 근거하여 채점하고 나머지는 자기보고 및 관찰된 행동과 언어에 근거하여 평가하세요.

NA=평가 안됨 1 = 없음 2 = 매우경함 3 = 경함 4 = 중증도 5 = 약간심함 6 = 심함 7 = 매우 심함

1. Somatic concern* (자기보고) - 신체건강에 몰두, 신체 질환에 대한 공포, 건강염려증	NA 1 2 3 4 5 6 7
2. Anxiety* (자기보고) - 걱정, 공포, 현재와 미래에 대한 지나친 관심, 조마조마함	NA 1 2 3 4 5 6 7
3. Emotional withdrawal (자기보고+관찰) - 자발적인 상호관계의 결여, 고립, 타인들과의 관계 부족	NA 1 2 3 4 5 6 7
4. Conceptual Disorganization (관찰) - 사고과정의 혼란, 지리멸렬, 와해, 붕괴	NA 1 2 3 4 5 6 7
5. Guilt Feelings* (자기보고) - 자책, 수치감, 과거의 행동에 대한 후회	NA 1 2 3 4 5 6 7
6. Tension (관찰) - 초조감, 과도한 활성이 신체적 및 운동성으로 표현됨	NA 1 2 3 4 5 6 7
7. Mannerisms and Posturing (관찰) - 특이하고 기이하며 부자연스러운 운동성 행동(턱은 배제)	NA 1 2 3 4 5 6 7
8. Grandiosity* (자기보고) - 과장된 자만심, 오만, 특별한 힘이나 능력에 대한 확신	NA 1 2 3 4 5 6 7
9. Depressive mood (자기보고+관찰) - 슬픔, 비애, 낙담, 염세주의	NA 1 2 3 4 5 6 7
10. Hostility (자기보고+관찰) - 증오, 경멸, 호전성, 타인에 대한 멸시	NA 1 2 3 4 5 6 7
11. Suspiciousness (자기보고+관찰) - 불신, 타인들이 악의적이고 차별대우하려는 의도를 품고 있다는 믿음	NA 1 2 3 4 5 6 7
12. Hallucinations (자기보고+관찰) - 정상적인 외부자극에 상응하지 않는 지각	NA 1 2 3 4 5 6 7
13. Motor retardation (관찰) - 느리고 약해진 움직임 또는 말, 감소된 신체 톤	NA 1 2 3 4 5 6 7
14. Uncooperativeness (자기보고+관찰) - 저항, 경계, 권위에 대한 거부	NA 1 2 3 4 5 6 7
15. Unusual thought content* (자기보고) - 특이하고 엉뚱하고 이상하고 기이한 사고내용	NA 1 2 3 4 5 6 7
16. Blunted Affect (관찰) - 감소된 정서 톤, 느낌의 강도 감소, 무미건조	NA 1 2 3 4 5 6 7
17. Exitement (자기보고+관찰) - 고양된 정서 톤, 흥분, 증가된 반응성	NA 1 2 3 4 5 6 7
18. Disorientation (자기보고+관찰) - 혼란상태 또는 사람, 장소, 시간에 대한 적절한 조합의 결여	NA 1 2 3 4 5 6 7

측정도구 2.

사회적 기능 척도

* 각 질문에 대해 당신에게 가장 해당되는 대답을 하나 골라 V 표를 하십시오.

1. 당신은 매일 몇 시에 일어납니까?

	9시 이전	9시-11시	11시-오후 1시	오후1시이후
1) 평일 (평균적으로 대략)				
2) 주말 (평일과 다를 경우)				

2. 하루 중 당신이 혼자서 지내는 시간이 얼마나 됩니까?

(예를 들면, 혼자 방에 있거나, 혼자 밖에 나가 돌아다니거나, 혼자서 TV를 보거나 라디오를 듣는 것과 같이 하루 중 혼자서 보내는 총 시간을 말합니다.)

- ① 0-3시간 (혼자 지내는 시간이 거의 없다.) ()
- ② 3-6시간 (가끔 혼자 지낸다.) ()
- ③ 6-9시간 (주로 혼자 지낸다.) ()
- ④ 9-12시간(대부분 혼자 지낸다.) ()

3. 집에 있을 때 당신이 대화를 먼저 시작하는 경우는 얼마나 됩니까?

- ① 거의 없다 () ② 드물다 () ③ 때때로() ④ 자주()

4. 당신이 집밖으로 나가는 경우는 얼마나 됩니까?

(이유는 관계없고 지 집 밖으로 나가는 경우는 모두 해당됨.)

- ① 거의 없다 () ② 드물다 () ③ 때때로() ④ 자주()

5. 당신은 낯선 사람 앞에서는 어떻게 행동합니까?

- ① 피한다 () ② 불안해한다() ③ 있으면 있는 대로 대한다() ④ 친해지려고 한다()

6. 현재 당신이 만나는 친구는 몇 명입니까? _____명

(친구란 정기적으로 만나서 같이 어울리는 사람을 말합니다.)

7. 당신은 애인이 있습니까?(미혼일 경우에만 대답하십시오.)

- ① 있다. () ② 없다 ()

8. 당신은 사리에 맞는 합리적인 대화를 어느 정도로 할 수 있습니까?

- ① 거의 없다. () ② 드물다 () ③ 때때로 () ④ 자주 ()

9. 현재 사람들과 이야기를 주고받는 것에 대해 어떻게 여깁니까?

- ① 아주 쉽다 () ② 보통이다 () ③ 꽤 어렵다 () ④ 아주 어렵다 ()

* 지난 3개월 동안 당신이 다음 활동을 얼마나 하였는지 V 표를 하십시오.

질문	전혀 안 한다	드물게 한다	때때로 한다	자주 한다
다른 사람의 도움을 받지 않고 상점에서 물건 사기				
설거지, 정리정돈 하기				
규칙적으로 씻고 목욕하기				
자기 옷을 스스로 빨아 입기				
일자리 찾아보기(직업이 없을 경우)				
시장보기				
식사준비 하기				
혼자서 외출하기				
버스나 지하철 같은 대중교통 이용하기				
혼자서 물건을 구입하고 계산하기, 돈 지불하기				
예산 짜기				
자신이 입을 옷을 골라서 사기				
외모 가꾸기				

* 지난 3개월 동안 당신이 다음 활동을 얼마나 하였는지 V 표를 하십시오.

	전혀 안 한다	드물게 한다	때때로 한다	자주 한다
악기 연주				
바느질이나 뜨개질				
화분 관리하기				
독서				
텔레비전 보기				
음악 감상이나 라디오 청취				
요리				
혼자서 하는 활동				
고장 난 물건(차,자전거,가정용품) 수리				
걷거나 산책하기				
여가활동으로 운전이나 자전거 타기				
수영				
취미활동(예: 물건수집)				
쇼핑				
미술 활동(그리기, 만들기 등)				

* 지난 3월 동안 당신이 다음 활동에 얼마나 참여하였는지 V 표를 하십시오.

	전혀 안한다	드물게 한다	때때로 한다	자주 한다
극장에서 영화 보기				
공연이나 연주회 관람하기				
실내 스포츠 관람하기(농구, 배구 등)				
실외 스포츠 관람하기(축구, 야구 등)				
미술관이나 박물관 방문하기				
전시회 관람하기				
놀이공원 등 재미있는 장소 놀러가기				
사람들 만나서 이야기 나누기				
학원, 문화센터 강좌 다니기				
친척 집 방문하기				
집으로 친척을 초대하기				
친구(애인 포함) 집 놀러가기				
경조사 참석하기(결혼식, 돌잔치, 집들이, 장례식장 등)				
공식적인 행사 참석하기				
노래방 가기				
나이트 클럽 / 사교클럽에 가기				
실내에서 스포츠하기				
실외에서 스포츠하기				
사교모임 참석하기(계 모임, 동창회, 호회활동 등)				
술자리 참석하기 또는 술 마시기				
외식하기				
신앙생활(절, 교회, 성당 등) 하기				

* 다음과 같은 일들을 당신이 얼마나 잘 할 수 있는지 V 표를 하십시오.

	혼자서도 잘한다	도와주면 할 수 있다	혼자서는 못한다	모르겠다
대중교통 이용하기				
돈 관리하기				
예산 짜기				
혼자서 요리하기				
매주 시장보기				
일자리 찾아보기				
자기 옷을 스스로 빨아 입기				
개인위생 신경 쓰기				
청결 정리정돈에 신경 쓰기				
상점에서 물건사기				
혼자서 외출하기				
옷을 고르고 사기				
외모 가꾸기				

* 현재 일을 하고 있습니까?

1. 일을 하고 있다면(정식 취업, 시간제, 임시직이든 상관없이)

1) 어떤 일을 합니까? _____

(학생이면 학생, 주부면 주부, 휴학 중이면 휴학생이라고 적으시면 됩니다.)

(재활 치료 중이거나 취업 훈련 중이면 재활 치료, 취업 훈련이라고 적으면 됩니다.)

2) 하루에 몇 시간 일합니까? _____

3) 일주일에 몇 번 일합니까? _____

4) 그 일을 한 지 얼마나 됩니까? _____

2. 일을 하고 있지 않다면

1) 마지막으로 일한 것은 언제입니까? _____

2) 무슨 일이었습니까? _____

3) 하루에 몇 시간 일했습니까? _____

4) 일주일에 몇 번 일했습니까? _____

3. 당신은 어떤 일을 할 수 있다고 생각합니까?

① 틀림없이 할 수 있다() ② 어려움이 따를 것이다() ③ 절대로 못한다()

4. 새 일자리를 찾기 위해 얼마나 노력합니까?

(구직센터 찾아가기, 신문 및 인터넷 구직란 보기)

① 거의 안한다() ② 드물다() ③ 때때로() ④ 자주()

5. 주거에 대한 안정성은 어떻게 생각하십니까?

- ① 주거의 확보가 시급함
- ② 주거를 확보하였으나 유지가 불안정함
- ③ 주거를 확보하였으며 일정기간 동안 안정함
- ④ 지속적으로 안정적인 주거를 확보함

측정도구 3.

삶의 만족도

문항	전혀 그렇지 않다	조금 그렇다	때때로 그렇다	상당히 그렇다	항상 그렇다
1. 당신이 현재 살고 있는 곳에 만족하십니까?	①	②	③	④	⑤
2. 현재 살고 있는 곳에서 당신의 사생활 보장 정도에 만족하십니까?	①	②	③	④	⑤
3. 현재 살고 있는 곳에서 당신만이 사용하는 공간에 만족하십니까?	①	②	③	④	⑤
4. 당신이 일상적으로 먹는 음식에 만족하십니까?	①	②	③	④	⑤
5. 당신이 일상적으로 입는 옷에 만족하십니까?	①	②	③	④	⑤
6. 당신이 사귀는 친구들의 수에 만족하십니까?	①	②	③	④	⑤
7. 당신은 당신이 바라는 만큼 친구들과 가깝다고 느끼십니까?	①	②	③	④	⑤
8. 당신은 당신의 친구들과 같이 지내는 시간에 만족하십니까?	①	②	③	④	⑤
9. 당신은 이성 친구 혹은 배우자와의 관계에 만족하십니까?	①	②	③	④	⑤
10. 당신은 당신이 바라는 만큼 가족과 가깝다고 느끼십니까?	①	②	③	④	⑤
11. 당신은 가족들과의 관계에 만족하십니까?	①	②	③	④	⑤
12. 당신은 친척들과의 관계에 만족하십니까?	①	②	③	④	⑤
13. 당신은 요즘 심리적 상태에 만족하십니까?	①	②	③	④	⑤
14. 전반적으로 현재 생활을 고려해볼 때 당신은 당신이 겪고 있는 문제로 인해 곤란하십니까?	①	②	③	④	⑤
15. 당신의 그러한 문제들이 자주 당신이 하고 싶어 하는 일을 하지 못하도록 방해합니까?	①	②	③	④	⑤
16. 당신은 요즘 신체건강상태에 만족하십니까?	①	②	③	④	⑤

문 항	전혀 그렇지 않다	조금 그렇다	때때로 그렇다	상당히 그렇다	항상 그렇다
17. 당신은 요즘 정신건강상태에 만족하십니까?	①	②	③	④	⑤
18. 당신은 현재 하고 있는 일에 대해 만족하십니까?	①	②	③	④	⑤
19. 당신은 당신이 하고 싶은 만큼 일하고 있다고 느끼십니까?	①	②	③	④	⑤
20. 당신은 현재 당신의 한 달 수입에 만족하십니까?	①	②	③	④	⑤
21. 당신은 현재 당신의 하루 생활비 지출정도에 만족하십니까?	①	②	③	④	⑤
22. 당신은 주변사람들이나 일터에서 동료들과의 관계에서 만족하십니까?	①	②	③	④	⑤
23. 당신은 일반적으로 사람들과의 관계에서 만족하십니까?	①	②	③	④	⑤
24. 당신은 현재 사회생활에 만족하십니까?	①	②	③	④	⑤
25. 당신은 요즘 하루를 보내는 방법에 만족하십니까?	①	②	③	④	⑤
26. 당신은 요즘 당신이 하시는 여가활동에 만족하십니까?	①	②	③	④	⑤
27. 당신은 요즘 저녁시간이나 주말을 보내는 방법에 만족하십니까?	①	②	③	④	⑤
28. 당신은 현재의 삶에 만족하십니까?	①	②	③	④	⑤
29. 당신은 현재 행복하십니까?	①	②	③	④	⑤
30. 당신은 당신 자신의 삶에서 기쁨을 얻고 있다고 느끼십니까?	①	②	③	④	⑤
31. 당신은 당신이 원하는 만큼 자유가 있다고 느끼십니까?	①	②	③	④	⑤
32. 당신은 당신 자신이 가치 있는 사람이라고 느끼십니까?	①	②	③	④	⑤
33. 당신은 전반적으로 당신 자신에게 만족하십니까?	①	②	③	④	⑤

<부록 2> 위스콘신 PACT와 한국형 ACT 시스템 구성내용 비교

구성내용	항 목	위스콘신 PACT	한국형 ACT
인적자원 구조 및 구성	낮은 사례부담	서비스 제공자 : 대상자 : = 1:10	서비스 제공자 :대상자 = 5:1
	팀접근	개별서비스 제공이 아닌 팀으로의 기능; 임상가들이 모든 대상자에 대해 알고 함께 일함.	전문요원으로 구성된 팀원들이 모든 대상자에 대해 알고 함께 일함.
	미팅	각 대상자에 대해 계획하고 서비스를 검토하기 위해 매일 모임. 사례팀별로 매월 모임이 있고 치료계획 및 평가를 함	매일 전체 아침회의 진행으로 치료계획 공유 매월 사례별 팀모임을 진행하여 치료계획 및 평가를 함
	임상 팀 리더	팀리더이며 슈퍼바이저 역할도 하고 직접적인 서비스 제공에 참여함	팀리더가 슈퍼바이저 역할과 직접적인 서비스 제공에 참여함
	직원의 지속성	직원의 근무연수가 30년~10년으로 지속적으로 근무함	2년 이상 동일한 직원이 지속적으로 근무함
	직원 역량	프로그램이 모두 직원에 의해 운영됨	프로그램이 모두 직원에 의해 운영되나 가족의 협조도 치료자 역할을 함
	정신과 의사	100명의 대상자 당 적어도 1명의 정규직 정신과 의사가 있음	정규직 정신과 의사는 없었으나 센터장과 자문위가 매주 1회 이상 회의 참석함 개인 주치의도 치료계획 참여 함
	간호사	100명의 대상자당 적어도 2명의 정규직 간호사가 있음	정규직 정신보건 간호사가 5명 있음
	약물남용 전문가	1년 이상 약물남용치료에 대한 훈련이나 임상경험이 있는 직원이 100 명의 대상자당 적어도 2명 있음	약물남용전문가는 없음

	직업재활 전문가	1년 이상 직업재활에 대한 훈련이나 임상경험이 있는 직원이 100명의 대상자당 적어도 2명 있음	팀원 중 직업재활에 대한 임상경험이 있는 직원이 직업재활을 담당함.
	서비스 규모	다양하고 충분한 직원이 지속적으로 유지될 수 있는 규모로 25명이 전담팀	한국 실정 상 간호사와 사회복지사가 팀으로 역할을 하며, 8명의 직원이 지속적으로 유지되는 규모임
구조적인 경계	명확한 등록기준	특정 대상 집단에게 서비스를 제공하고자 하는 명확하게 조작적으로 정의된 기준이 있음	명확한 등록기준이 있음
	접수 비율	안정적인 서비스 환경을 유지하기 위해 낮은 비율로 클라이언트 접수를 받음	낮은 비율로 등록하도록 하며, 사례관리자당 월 1인 이하로 함
	서비스에 대한 충분한 책임성	사례관리나 정신과적 서비스 외에 상담, 심리치료, 주거지지, 약물남용치료, 취업, 재활서비스 등을 목표와 계획에 따라 직접적으로 서비스 제공	사례관리나 정신과적 서비스 외에 상담, 정신재활치료, 주거지지, 취업, 법률문제 등을 목표와 계획에 따라 직접적으로 서비스 제공
	위기서비스에 대한 책임	정신과적 위기상황에 대해 24시간 책임성을 가짐, 당직자가 센터에 근무함	정신과적 위기상황에 대해 저녁과 주말, 공휴일 등에는 핸드폰을 이용하여 24시간 책임성을 가지고 접근 가능하도록 당직 재가근무를 함
	병원입원에 대한 책임성	병원 입원에 관여함	병원 입원에 관여함
	퇴원계획에 대한 책임성	퇴원 계획에 참여	퇴원 계획에 참여함
	기간제한 없는 서비스	종결 후에도 모든 대상자가 필요한 경우 접촉 가능	퇴록 기준을 2년으로 하였으며 종결 후에도 대상자가 필요한 경우 접촉 가능함

서비스 특성	현장서비스	사무실이 아닌 현장에서 상태를 점검하고 지역사회 생활기술을 발달시킴	사무실이 아닌 현장에서 상태를 점검하고 지역사회 내에서 다양한 생활기술을 훈련시킴
	중간탈락이 없는 정책	대상자가 상호 만족하는 수준에서 지속적으로 유지됨	대상자가 상호 만족하는 수준에서 지속적으로 유지됨. 그러나 가족의 동의하에 유지.
	적극적인 개입체계	적극적인 개입으로서, 아웃리치나 법적체계(공적부조의 대리수취, 보호관찰, 집행유예, 외래치료명령제) 등을 사용함	적극적인 개입으로서, 아웃리치나 법적체계(공적부조의 대리수취, 보호관찰관련) 등을 사용함
	서비스의 강도	필요한 만큼의 충분한 서비스 시간 제공	필요한 만큼의 충분한 서비스 시간제공 (한 대상자당 1일 2시간이상)
	접촉 빈도	필요한 만큼의 매우 빈번한 서비스 접촉	필요한 만큼의 매우 빈번한 서비스 접촉으로 매일 사례관리자와 접촉이 가능하도록 함
	지지체계와의 협력	대상자가 함께 있건 없건 간에 가족, 집, 주인, 고용주 등의 지지체계를 위해 지지와 기술을 제공	대상자가 함께 있건 없건 간에 가족, 집, 주인, 고용주 등의 지지체계를 위해 지지와 기술을 제공함
	개별화된 약물남용 치료	약물사용장애 대상자에게 1명 이상의 직원이 직접적인 치료를 제공	없음
	이중장애 치료집단	약물사용장애를 가진 사람들에게 대한 치료전략으로서 집단 형태를 활용	없음
	이중장애(DD)	단계별 치료모델 사용	없음
	치료팀에서의 소비자의 역할	당사자 한명이 직접적인 서비스를 제공하는 팀의 구성원으로서 참여	2명의 당사자들이 정규직원. 직접적인 서비스를 제공하는 팀의 구성원으로서 참여함.

<부록 3> 위스콘신 PACT와 한국형 ACT 프로그램의 운영원칙 비교

운영원칙	위스콘신 PACT	한국형 ACT 프로그램
사례관리자가 책임성을 가지고 직접 서비스를 제공	사례관리자가 직접 모든 서비스를 제공 목표와 계획에 따른 수행에 책임성 지킴 1:10이하의 적은사례부담으로 ACT만 전담하기 때문에 충분한 책임성을 가지고 수행	사례관리자가 직접 모든 서비스를 제공 목표와 계획에 따른 수행에 책임성 지킴 센터 사업 병행으로 일부는 가족이 수행
다학제간 팀접근으로 팀이 책임을 공유	상주하는 정신과의사, 간호사, 사회복지사, 재활상담가, 약물 의존 상담가 등의 전문가가 팀으로 접근하며 책임을 공유한다.	정신과의사(센터장, 주치의), 간호사, 사회복지사가 팀으로 접근, 책임을 공유. 직업재활은 경험이 많은 사례관리자가 담당
지역사회 현장에서 서비스 제공	지역사회 현장인 가정이나 취업장에서 서비스 제공	지역사회 현장인 가정이나 취업장에서 서비스 제공, 혹은 센터 내의 주간재활, 직업재활 프로그램도 이용.
24시간 서비스 접근 가능	서비스 제공이 24시간 가능하며, 종결이 없는 평생 동안 지속되는 서비스	서비스 제공은 24시간 지속되나 퇴락 기준을 마련하여 일반 사례관리로 전환
맞춤형 개별 서비스 제공	대상자의 욕구와 목표에 따른 치료, 재활, 주거, 취업, 약물남용, 가족 및 지원체계 서비스를 포괄적이고 적극적으로 개입	대상자의 욕구와 목표에 따른 치료, 재활, 주거, 취업, 가족 및 지원체계 서비스를 포괄적이고 적극적으로 개입. 알코올과 약물중독 관련 서비스는 없음
가족지원을 포함한 지역사회 자원과의 협력	지역자원 협력으로 주로 독립주거와 다양한 주거시설을 이용하며 가족과는 독립하여 생활함	대부분 가족과 함께 살아가며, 가족은 대상자 치료의 책임과 결정에 중요한 역할을 하기 때문에 가족에 대해 욕구도 충분히 사정하고 서비스를 제공함.

Abstract

Effects of Modified ACT Program for the Psychiatric Rehabilitation for People with Severe Mental Illness

Young Hee, Kim

Department of Nursing

The Graduate School Ajou University

Directed by Professor Moon Sook, Yoo. Ph.D

The purpose of this study was to develop and evaluate the Modified ACT Program for people with severe mental illness from one mental health center. The study consisted of two phases of developing the program and evaluating its effectiveness.

In the program development phase, intervention principles for the recovery of people with severe mental illness were drawn from the concept of psychiatric rehabilitation model and literature review. An expert group was consulted regarding the components and contents of the developed program. And the program applicability was validated by 20 people with severe mental illness. After revision based on the validation, the final version of the Modified ACT Program was developed.

For the program evaluation phase, non-equivalent control group quasi-experimental research design was used to investigate the effectiveness of the Modified ACT Program on psychiatric symptoms, social functioning, and

quality of life from August 2011 to February 2012.

The participants were 63 people with severe mental illness recruited from one mental health center. 31 participants were assigned to the intervention group and 31 to the control group. The intervention group was given the developed the Modified ACT Program for 6 months, whereas only the usual care was given to the control group. For data collection, psychiatric symptom, social functioning, and quality of life were measure at baseline and at after program. The data was analyzed by descriptive analysis, chi-square-test, independent t-test and Cronbach's alpha with SPSS/WIN version 18.0 program.

The results of this study are as follows:

1. In the program development phase, the Modified ACT Program was developed and consisted of direct care, multidisciplinary team approach, 24 hours accessibility, patient-centered service, and collaboration with community resources including family support. The program was provided for 6 months in order to give supportive community care individually to people with severe mental illness.
2. In the program evaluation phase, the hypothesis claiming that “the level of psychiatric symptoms of intervention group who taken the Modified ACT Program will show lower level than control group” was supported.

The hypothesis claiming that “the intervention group will show higher social functioning level than the control group” was supported. In the domain of social functioning, the mean scores of relationships, social activities, recreational activities, independence (competence), and independence (performance) in intervention group were significantly higher than those of the

control group.

The hypothesis claiming that “the intervention group will show a higher level of quality of life than control group” was supported. In the domain of quality of life, the mean scores of awareness, physical health and psychological health in intervention group were significantly higher than those of the control group.

In conclusion, the Modified ACT Program developed for people with severe mental illness reduced psychiatric symptom and promoted social functioning and quality of life. Therefore further research are needed to apply the Modified ACT Program as an effective nursing intervention of psychiatric rehabilitation program in clinical settings.

Key Words : Assertive Community Treatment, Case Management,
Psychiatric Rehabilitation, Severe Mental Illness