

정신분열증 환자의 사회관계망 특성에 관한 연구¹⁾

권복순²⁾

I. 서론

1. 문제의 제기

최근 환경은 정신질환의 발생과 치료에 영향을 미치는 요인으로 인식되고 있으며 이에 대한 관심은 점차 고조되어 가고 있다. 이중 특히 정신분열증 환자는 잔여증상으로 인하여 퇴원 후 사회적응에 상당한 곤란을 겪고 있으므로³⁾ 사회적응을 돕기 위한 사회환경자원의 조절과 동원이 다각적인 차원에서 요구되고 있다. 이것은 정신분열증이 다른 정신질환보다도 인격의 손상이 심하고, 환자의 사회적응능력이 열약하여 스트레스에 극히 약한 취약성을 가지므로 개인의 환경에 대한 적응 과정에서 대인관계 형성과 유지 및 사회적 역할 수행에 역기능을 초래하기 때문이다.

환자의 환경인 사회관계망의 활용은 환경에 대한 고려가 부족했던 탈시설화 정책이 제대로 효과를 거두지 못하자 환자를 환경 속에서 생활하는 실체로 보려는 노력으로 나타났다. 사회관계망의 크기, 구성 및 사회적 지지기능은 정신질환의 원인과 재발요인을 사정하는 지표가 되며, 치료수단으로 활용될 수 있을 뿐만 아니라 특히 정신분열증 환자의 재활에 유용한 자원이 된다.

우리나라의 정신보건정책은 정신보건법을 제정하여 지역사회를 중심으로 한 환자의 사회복귀를 본격적으로 추진하려 하고 있다. 이러한 시점에서 환자들의 사회환경적 실상(實相)에 대한 정확하고 구체적인 자료가 없다면 이는 바로 정신보건서비스 전달에 문제가 된다고 생각한다. 이러한 점은 환자를 환경과 상호작용하는 실체로 접근하려는 사회사업실천에 있어서 특히 중요한 문제로 제기되고 있다.

2. 연구의 필요성

선행 연구에서 정신분열증 환자의 사회관계망은 정상인과 다른 다양한 특성이 발견되었다. 그리고 사회사업가의 중재 역할은 장기 입원하였던 정신분열증 환자가 사회관계망을 활용하여 정상적인 사회생활에 참여하는 과정에서 가장

1) 박사학위논문의 요약

2) 上智專門大學 專任講師

3) 吳錫培, "精神分裂症患者的社會適應", 정신의학보, 제7권, 제8호 (1983), p. 234.

핵심적이었다.⁴⁾

본 연구자의 임상경험에 비추어 보면 우리나라 환자들의 사회관계망도 선행 연구와 유사한 특징을 보이고 있음이 관찰되나 임상적으로 활용할 수 있는 구체적 자료가 부족하다고 여겨진다. 따라서 환자들이 관계하는 사람은 과연 몇 명이며, 주로 어떤 사람들과 친분을 맺고 있으며, 어떤 도움을 누구로부터 받고 있으며, 어떤 도움이 더 필요한지 등을 구체적으로 파악할 필요가 있다. 또 가족주의적 집단지향적인 한국가족의 문화는 환자의 사회관계망 형성에 어떠한 영향을 미치며 임상적 유의성은 무엇인지도 밝힐 필요가 있다. 왜냐하면 임상 사회사업의 서비스 모형은 대상에 관한 다양하고 면밀한 과학적 조사를 바탕으로 하여 만들어지고 실천되어야 하기 때문에 환자들의 사회관계망에 관한 실증적 조사 연구가 절실히 요청되고 있다.

3. 연구의 목적

본 연구의 목적은 우리나라에 있어서 정신분열증 환자의 환경적 현실인 사회관계망의 구조적, 기능적 특성을 파악함으로써 환자의 욕구를 사정, 평가하고, 재활대책 수립에 필요한 기초 자료를 마련하는 데 있다.

본 연구는 이러한 목적을 달성하기 위하여 다음과 같은 내용을 구명(究明)하고자 한다.

1) 정신분열증 환자의 사회관계망의 구조적 특성은 어떠하며, 전체 사회관계망의 범위별 크기와 핵심 사회관계망의 범위별 크기는 어느 정도이고 투병기간에 따른 사회관계망은 어떻게 다른가.

2) 정신분열증 환자의 사회관계망의 기능적 특성으로서 핵심 사회관계망과 가족, 친인척, 친구 범위의 사회적 지지 기능과 상호작용적 기능은 어떠한가.

4. 연구의 제한

본 연구는 조사대상의 표집이 우리나라 일부 지역에 제한되어 있고, 조사도구에 한국적 특성을 발견할 수 있는 독자적 변인을 충분히 고려하지 못하여 문화적 변인을 추적하는 데 다소의 제한성이 있다.

II. 이론적 배경

1. 중재수단으로서의 사회관계망

- 1) 치료동향의 변화--생태체계적 관점
- 2) 생태체계적 관점에서 본 인간의 문제--스트레스

4) D. Atkinson, "Engaging Competent Others : A Study of the Support Networks of People with Mental Handicap," Br. J. Social Work, Vol. 16 (1986), pp. 88-89.

3) 사회관계망의 중재--환자와 환경체계 조정->적응력 강화

2. 사회관계망의 구조적 특성

1) 사회관계망의 구조

(1) 크기는 중심인물이 상대방의 이름을 알고 있고 자신의 사회관계망에 포함시키고자 제시하는 사람들의 총 숫자이다. 이들 모두를 포함하는 경우를 전체 사회관계망이라 하고 전체 사회관계망 가운데 가장 영향을 많이 주고받으며 의미있는 관계의 사람들로 압축된 경우를 핵심 사회관계망이라 한다.

(2) 범위는 사회관계망에 포함된 사람들을 중심인물과의 관계유형별로 묶은 것으로서 ① 가족, ② 친인척, ③ 학교·직장친구, ④ 병원친구, ⑤ 이웃⑥ 계 모임·동창회·종교활동, ⑦ 전문가의 범주를 포함한다.

3. 사회관계망의 기능적 특성

1) 사회적 지지 기능의 내용

사회적 지지 기능에는 ① 물질적 지지, ② 정서적 지지, ③ 정보적 지지, ④ 평가적 지지 및 ⑤비판적 태도의 변인을 포함한다.

2) 상호작용기능의 내용

상호작용의 기능은 관계당사자간의 상호관계의 양태를 특징짓는 것으로서 교환방향, 친숙도, 접촉빈도 및 교체기간이다. 교환방향은 다시 ① 나->상대, ② 상대->나, ③ 서로서로의 세방향으로 구분된다.

Ⅲ. 연구방법

1. 조사대상

DSM-Ⅲ-R에 의거하여 정신분열증으로 진단된 2회 이상 입원한 병력을 가지며, 현재 SADS의 망상척도 5항, 6항과 환청척도 5항, 6항에 해당된 증상이 없어 현실판단 능력이 있는 20-40세 사이의 환자로서 대구, 부산, 경남북 지역의 7개소병원에 조사기간 중 입원 또는 외래통원환자를 160명 무작위로 표집하였고, 최종 표본은 144명이다.

비교집단은 환자집단과 동일한 연령대의 정상인을 대상으로 무작위로 선정하여 응답자 179명중 최종표본은 156명이었다.

2. 조사도구

Tracy 와 Whittaker⁵⁾ 가 고안한 'Social Network Map'과 'Social Network Grid'를 각각 '사회관계망 분포'와 '사회관계망의 구조와 기능'이란 제목으로 번안하였으며 조사도구의 안정성은 상관계수(r) = .8613이었고, 신뢰도는 cronbach = .7879이었다.

3. 조사방법

자료는 설문지를 사용하여 훈련받은 정신의료사회사업가 11명에 의하여 면접 조사로 수집되었다. 환자집단은 1992년 7월 20일부터 8월 20일까지 조사를 실시하였고 비교집단은 1992년 8월 16일부터 8월 31일까지 조사를 마쳤다.

4. 자료처리

자료는 SPSS/PC+를 이용하여 평균을 구하고, 일원 변량분석을 하였다.

IV. 조사결과

본연구의 조사결과를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 구조적 특성으로, 정신분열증 환자는 전체적으로 평균 19.7, 정상인은 49의 사회관계망을 가지고 있었다(<표 IV-1> 참조). 투병기간이 길어질수록 학교·직장친구의 수는 감소하는 경향을 보였으며, 가족, 병원친구, 이웃, 계 모임·종교활동·클럽 및 전문가의 수는 증가하는 경향이였다.

전체적으로 보아 사회관계망의 크기는 가족과 친인척 그리고 친구의 순으로 편중된 구조이었다. 핵심사회관계망에서 정상인에 비하여 환자의 경우 가족과 친인척은 크기에 있어서 차이가 없는 경향이였으나, 친구의 크기는 환자가 1.6으로 정상인의 5.1보다 매우 작았다(<표 IV-2> 참조).

5) E. M. Tracy & J. K. Whittaker, "The Social Network Map : Assessing Social Support in Clinical Practice," Families in Society, 71 (1990), pp.461-470.

〈표Ⅳ-1〉 전체 사회관계망의 범위별 크기의 평균치

범 위	집 단	환 자 집 단		비 교 집 단	
		M	SD	M	SD
가	족***	5.0	1.83	5.9	4.38
친	인 척	5.6	4.42	12.4	10.50
학 교 직 장	친 구***	2.8	3.28	13.7	10.58
병 원	친 구***	1.4	1.81	-	-
이	웃	2.1	2.59	4.5	5.48
계모임	종교활동 클럽***	1.3	1.84	8.3	13.72
전	문 가***	1.6	1.71	1.5	3.71
전	체	19.7	10.87	49.0	44.23

** p<.01 *** p<.001

〈표Ⅳ-2〉 핵심 사회관계망의 범위별 크기의 평균치

범 위	집 단	환 자 집 단		비 교 집 단	
		M	SD	M	SD
가	족	4.3	1.50	4.6	1.71
친	인 척	2.8	2.21	2.5	2.09
학 교 직 장	친 구***	1.6	1.68	5.1	2.65
병 원	친 구***	0.5	.94	-	-
이	웃	0.7	1.08	0.5	1.01
계모임	종교활동 클럽**	0.7	1.13	1.2	1.77
전	문 가***	0.9	1.26	0.4	.79
전	체	11.6	3.47	14.6	1.24

** p<.01 *** p<.001

둘째, 핵심 사회관계망의 사회적 지지 기능에서 물질적 지지, 정서적 지지, 정보적 지지, 그리고 평가적 지지 정도는 환자가 정상인보다 낮았고, 비판적 태도의 정도는 비슷한 경향이였다(〈표Ⅳ-3〉 참조)

〈표Ⅳ-3〉 핵심 사회관계망의 사회적 지지 기능의 평균치

변 인	집 단		환 자 집 단		비 교 집 단	
			M	SD	M	SD
물 질 적 지 지**			1.69	.38	1.83	.50
정 서 적 지 지***			1.97	.39	2.18	.39
정 보 적 지 지***			1.88	.43	2.08	.40
평 가 적 지 지***			1.91	.49	2.15	.48
비 판 적 태 도			1.46	.49	1.49	.46

** p<.01 *** p<.001

가족의 사회적 지지 기능은 전체적으로 환자가 정상인보다 낮은 경향이었으나, 친인척은 물질적 지지와 정보적 지지에서 환자가 정상인보다 높았고, 친구는 정서적 지지, 평가적 지지 및 비판적 태도에서 환자가 정상인보다 낮았다.

셋째, 핵심 사회관계망의 상호작용적 기능에서 환자가 정상인보다 교체기간은 길었고, 친숙도와 접촉빈도는 낮은 경향이였다(〈표Ⅳ-4〉 참조).

〈표Ⅳ-4〉 핵심 사회관계망의 친숙도, 교체기간 및 접촉빈도의 평균치

변 인	집 단		환 자 집 단		비 교 집 단	
			M	SD	M	SD
친 숙 도**			2.62	.39	2.74	.24
교 체 기 간**			1.90	.44	1.76	.40
접 촉 빈 도***			2.54	.43	2.83	.24

** p<.01 *** p<.001

가족의 상호작용적 기능은 친숙도에서 환자가 정상인보다 높았고, 친인척은 환자가 정상인보다 교체기간은 길었지만 친숙도가 낮았으며, 친구는 환자가 정상인보다 교체기간이 길었고 접촉빈도가 높았으나 친숙도는 낮았다.

넷째, 핵심 사회관계망, 가족 및 친인척의 교환방향은 환자의 경우 "상대에게서 나"의 방향으로, 정상인의 경우 "서로 서로"의 방향으로 이루어졌다. 그러나 친구사이의 교환방향은 환자와 정상인 모두 "서로 서로"의 방향으로 이루어졌다.

V. 논 의

1. 사회관계망의 구조적 특성

사회관계망의 구조적 특성으로서 전체 사회관계망의 범위별 크기와 핵심 사회관계망의 범위별 크기 그리고 투병기간과 핵심 사회관계망의 범위별 크기를 조사하였다.

환자와 정상인 모두 선행연구보다 더 큰 규모의 사회관계망을 가지고 있다고 할 수 있다. 이 점에 대해 좀 더 알아보기 위하여 사회관계망을 구성하는 범위의 크기를 분석한 결과, 전체 사회관계망과 핵심 사회관계망에서 가족, 친인척, 그리고 친구가 가장 큰 범위로 나타났다.

가족과 친인척의 범위를 합하면 환자집단은 약 60%이고 정상인집단은 약 45%이다. Milardo⁶⁾가 정상인 부부들의 사회관계망을 조사한 바에 의하면 가족과 친척의 비율이 36.5%이고, Goering⁷⁾이 조사한 환자들의 가족과 친척의 비율은 22%인 것과 비교하면 한국인은 가족과 친인척이 차지하는 비율이 외국의 경우보다 훨씬 더 높는데, 환자집단의 경우는 약 3배 가량 더 높다. 한국인은 환자에 대한 가족의 관심과 책임의식이 강하여 가족과 환자는 서로의 관심권 안에 머물고 있다. 이러한 점이 개인주의가 지배하는 서구사회의 핵가족내 가족관계와는 매우 다르다고 하겠다. 한편, 우리나라는 가족간의 강한 유대가 지나친 개입으로 나타나 조기치료에 지장을 줄 뿐 아니라 환자의 사회활동 영역을 축소시키기도 한다.⁸⁾

연구대상 환자들의 연령을 발달과업의 측면에서 볼 때 한창 친구를 사귀어야 할 시기임에도 불구하고 친구가 거의 없다는 사실은 그들의 사회생활이 매우 축소되었음을 시사한다고 하겠다.

그러므로 환자들이 병원에서 사귀는 친구들과 건전하고 유익한 친교를 나눌 수 있게하는 서비스가 제공될 필요가 있다. 또한 환자들의 81.3%가 미혼인 사실을 감안할 때 교우관계를 통하여 사회생활을 유지, 확장할 수 있는 프로그램을 제공하여야 할 것이다.

환자들이 종교활동에 참여한 사례가 많았는데 그 이유는 혼자 다니기에 불편이 없기 때문이라는 점이 압도적이었다. 종교활동은 개인적 친교관계가 확립되지 않았더라도 참여가 가능하고 아울러 여러 사람과의 접촉 기회를 제공하기 때문이다. 환자들이 동창회나 계모임에 참가하는 사례는 극히 드물었다. 정상인은 종교활동과 계모임에 관련한 사례가 거의 비슷하게 나타났으며, 종교활동을 통해서도 사교관계를 넓히고 있었다. 이와 같이 환자들은 실제적으로 도움

6) R. M. Milardo, "Theoretical and Methodological Issues in the Identification of the Social Networks of Spouses", *Journal of Marriage and the Family*, 51 (1989) p.205.

7) P. Goering, et. al., op.cit., p.205.

8) 吳錫培, "精神分裂症患者的社會適應", *정신의학보*, 제7권, 제8호(1983), pp.239-240.

이 되거나 긴밀한 감정교류를 교환할 수 있는 사회적 유대관계가 크게 결핍되어 있었다.

환자들이 전문가를 활용하는 정도가 선행연구보다 매우 낮은 것은 환자에게 있어서 의료진은 병원 내의 치료자 역할을 할 뿐 퇴원 후에도 환자의 사회적응을 도와 줄 수 있는 전문가라는 인식이 아직 미흡하다는 것이다. 그러므로 우리나라도 팀웨이를 활성화하여 환자에게 역할 학습을 할 수 있는 치료환경을 제공해야 할 것이라 사료된다. 이러한 치료과정을 통하여 전문가로 대표되는 공식적 서비스체계는 환자의 사회관계망에 내재한 비공식적 도움체계를 자극하고 육성하여 치료적 자원으로 활용될 수 있도록 하여야 할 것이다.

2. 사회관계망의 기능적 특성

환자들은 정상인보다 교제기간은 길지만 친숙도와 접촉빈도가 낮다는 사실과, 또 정상인이 "서로 서로"의 방향으로 교환하는 것과는 달리 "상대→나"의 방향으로 교환하는 것으로 나타났다. 이것은 환자들이 가족의 새로운 대인관계 형성에서는 사회기술이 부족하며 질적인 면에서 정서적 자원의 결핍과 수동적 관계의 특성을 보인 것으로 사료된다.

환자들의 가족 지지도에 대한 평가가 정상인들보다 낮은 수준임에도 불구하고 환자들이 정상인보다 가족을 더 친숙하게 느끼는 것으로 표현한 것은 그들이 아무리 가족에게 부정적 견해를 가진다해도 일차적 집단인 가족의 기능을 대치할 기구는 없다는 연구⁹⁾와 동일한 맥락에서 이해할 수 있으며 가족간의 연대의식을 반영한다.

중간시설(halfway house), 낮병원(day treatment center) 및 기숙사(boarding room) 등은 환자의 주거환경을 가족과 분리시킴으로써 환자와 가족간의 정서적 갈등을 최소화하여 환자의 사회적응을 시도한 서비스체계이다. Lamb과 San Mateo¹⁰⁾는 환자의 능동적 참여를 자극하고 훈련하는 중간시설과 낮병원은 효과적이었지만 기숙사는 실패였다고 보고하였으나, 적절한 설비를 갖춘 주거시설이 정신질환자에게 가장 필요하다는 상반된 주장¹¹⁾도 있다.

가족의 강한 연대의식과 사회관계망의 가족 편중구조는 서비스 수립에서 반드시 고려되어야 할 요소라 하겠다. 환자의 주거설비 하나를 마련할 때도 그들의 사회관계망에 함축된 문화적 특성을 신중히 검토하고, 반영하여야 할 것이다.

9) B. H. Gottlieb, "Social Support and Community Mental Health", S. Cohen & L. Syme, Social Support and Health (Orlando, Florida : Academic Press, 1985), p. 305.

10) R. Lamb & V. G. San Mateo, "Discharged Mental Patients-Are They Really in the Community?", Arch. Gen. Psychiatry, 24 (1971), pp. 29-34.

11) J. Meislin "Rehabilitation of the Mentally Ill - A Holistic Approach", J. Meislin, Rehabilitation Medicine and Psychiatry (Illinois : Charles C Thomas Publishers, 1976), p. 47.

일부 보호자들이 환자를 요양원이 아닌 장기 주거시설에 맡기기를 원하고 있는 하지만 환자와 가족의 상호 밀착도가 높아 환자와 가족 모두 별거생활에 대한 불안이 클 것이며, 자칫하면 그 반대의 극단으로 장기수용시설화 할 우려도 크다. 환자를 일반 사회에서 분리시키는 집단시설보다는 가족관계를 유지하면서 대인관계기술을 익히는 서비스를 다양하게 제공하여야 할 것이다.

대부분의 관계에서 수동적이고 종속적 입장을 보이던 환자들이 친구를 동급의 관계로 인식한다는 것은 그들의 사회적응을 위하여 대단히 유익한 현상이라고 하겠다.

환자들이 병원에서 사귀 친구들과 소일하기도 하고 서로 방문도 하지만, 그 만남이 생산적인 교우관계로 지속하는 사례는 잘 관찰되지 않는 실정이다. 이들은 유대감이 약하고 위기적 상황에서 남을 도울 능력이 부족하기 때문에 사회생활에서도 전문가의 도움이 필요한 것이다.

3. 사회관계망의 활용 방안

Bachrach¹²⁾ 와 Whittaker¹³⁾ 는 사회관계망 치료는 특정 원조방법을 표방하는 것이 아니라 대민 서비스 실천(human service practice)에 유용한 사고의 틀을 제공하는 것이라 하였다. 그러므로 사회관계망 접근법은 새로운 접근방법의 제시라기보다 기존의 접근방법들을 새롭게 조정하고 이용하는 사고의 개혁인 것이다.

이상의 연구를 통하여 본 연구자는 사회관계망 접근법이란 정신분열증 치료에 있어서 개인정신병리적 관점에서 간과되어온 환자의 자연적 환경인 비공식적 도움을 활성화하고, 그것을 공식적 서비스 체계와 연계함으로써 환자-환경 체계 안에서 환자의 잠재력을 최대한으로 표출시키는 전문가의 노력이라고 규정한다.

본 연구자는 정신분열증 환자의 총체적 재활을 돕기 위하여 환자-환경체계를 공식적 조직, 비공식적 도움, 그리고 지역사회활동으로 구별하여 그에 내재한 자원을 활용하는 방안을 제시해 보고자 한다.

첫째, 공식적 조직인 정신병원, 인가된 정신요양원, 개인진료소, 상담소 등에서 사회사업가는 다른 전문분야가 정신의료사회사업 분야에게 가장 많이 기대하는 바 환자의 총체적 재활관계업무를 담당한다. 사회사업가는 공식적으로 이용할 수 있는 사회자원을 개발하여 환자와 사회자원을 연결시켜줌으로써 환자의 사회복귀를 도와주고, 환자의 사회관계망에 관한 제반 사항을 잘 파악하

12) L. Bachrach, "Planning Services for Chronically Mentally Ill Patients", Bulletin of the Menninger Clinic, Vol. 47, March (1983), p. 166.

13) J. K. Whittaker, "Mutual Helping in Human Service Practice", J. K. Whittaker, J. Garbarino, & Associates, Social Support Networks : Informal Helping in the Human Services (New York : Aldine De Gruyter, 1983), p. 48.

여 타 전문가나 치료기관에서 필요로 할 때 이용할 수 있도록 이를 관리한다.¹⁴⁾

정신건강 센터와 같이 지역사회 내에 거점을 두고 각 병의원과 연계를 가지면서 환자에게 사회복지 서비스를 제공하는 기구가 마련되어야 하겠다.

둘째, 비공식적 도움은 주로 가족, 친구, 이웃 등 일차적 집단의 상호부조적 형태로 행해지는데, 우리나라에서는 보호자들이 환자 간병에서 겪는 경제적 정신적 부담에 대하여 사회적 차원의 도움을 거의 받지 못하는 실정이다. 또한 치료에 대한 환자의 비협조적 태도와 환자의 권익에 대한 의료행위의 윤리적인 문제 등은 가족에게 많은 스트레스가 되고 있다. 이러한 문제 해결을 위하여 사회사업가들은 가족 지지와 교육 프로그램 그리고 가족 자조집단을 조직하여 환자의 사회관계망에 내재한 잠재력을 개발하여 표출시킨다.

끝으로 지역사회 활동은 환자의 권익 옹호를 위하여 변호사, 의사, 약사, 그 외 전문가들의 협력체를 구성하거나, 정신질환에 대한 사회적 편견을 해소하기 위하여 지역사회 주민에 대한 정신건강교육, 계몽 및 홍보활동을 전개하거나, 정신질환자들이 보다 인간다운 생활을 누릴 수 있도록 고용기회를 증대시키는 활동을 포함한 일련의 전문적 활동이다.

이상의 세 가지 부문이 조화되기 위하여는 지역사회 정신건강센터를 설립하여 현재의 치료기관과 연계를 맺고 협력하도록 하는 것이 필요하다.

사회관계망의 증대는 환자를 중심으로, 환자가 보다 잘 기능할 수 있도록 이상의 세 가지 부문에서 광범위한 환경조정을 하는 것이다. 이것은 환자가 치료기관을 찾는 처음 순간부터 시작되어 퇴원 후 재활계획까지 모든 과정에 관여하며 가능한 모든 사회관계망의 잠재력을 개발하는 과정이다. 본 조사를 실시하는 과정에서 환자들은 무관심하였던 자신의 사회관계망에 대한 인식을 새롭게 하였고 문제가 드러난 관계에는 중재해 줄 것을 요청하였다.

이러한 사회관계망의 중재과정에서 사회사업가는 '관계망 자문인(network consultant)'¹⁵⁾의 역할을 한다. 관계망 자문인이란 환자와 가족의 사회관계망을 사정하고 평가하여 환자체계나 치료팀의 다른 분야 전문인들에게 정보를 제공하고, 자문의 상대가 되어 환자의 총체적 재활을 종합적으로 도모하는 사례 관리자이다.

Ⅶ. 결론

본 연구는 우리나라 정신분열증 환자의 욕구를 사정 평가하고 재활대책 수립에 필요한 기초자료를 마련하기 위하여 정신분열증 환자 144명과 정상인 156명을 대상으로 사회관계망의 구조적 특성과 기능적 특성을 조사하였다.

정신분열증 환자의 사회관계망의 구조와 기능은 외국의 선행연구에 비하여 가족과 친인척의 크기가 크고, 친구의 수가 적으며, 대체로 전문가의 활용이, 특히 퇴원 후, 원활하지 못하고 지나치게 가족에게 편중되어 있는 등 한국의 문화적 특성이 나타났다.

14) L. B. Collins, op. cit., pp.188-190.

15) J. K. Whittaker, op. cit., pp.50-60.

이상의 사회관계망 특성을 정신분열증 환자의 치료 및 재활에 활용하여 환자와 가족에게 종합적 재활서비스를 제공하기 위해서는 지역사회 내에서 정신건강센터의 기능을 할 기구를 마련하여야 할 것이다.

치료기관이나 공식적 서비스체계를 비공식적 도움과 연결시키고 적극적으로 활용함과 동시에, 환자의 가족, 병원친구, 이웃 등으로부터 비공식적 도움을 창출해 내도록 하며, 다학문간 전문가의 팀협동을 활성화 하여야 할 것이다.

사회사업가는 환자의 사회관계망 전체를 보다 조기에 정확히 사정, 평가하여 환자체계에게는 물론 동료 전문인들에게도 환자를 위해 유용한 자원으로 활용될 수 있도록 입원 초기부터 퇴원 후까지 사례를 관리하며 그에 적절한 서비스를 조정, 개발하는 "관계망 자문인"의 역할을 하여야 할 것이다.

끝으로 정신분열증 환자의 사정 치료 및 재활에 있어서 사회관계망의 활용은 사회관계망의 비공식적 도움과 공식적 서비스체계간의 연계와 자원인(資源人)으로서 핵심 사회관계망 내의 사람들의 참여 의욕에 관한 지속적인 연구를 통하여 체계적이고 효과적인 사회관계망 활용모형을 개발하여 구체화 되어야 할 것이다.