

# 사례관리 수행요소와 지역거주 정신장애인의 소비자 만족도 및 삶의 질 사이의 경로 탐색\*

민 소 영

(경기대학교)

## [요 약]

사례관리의 수행요소가 지역거주 정신장애인의 삶의 질에 미치는 영향이 소비자 만족도에 의해 어떻게 매개되는지를 분석하였다. 분석대상은 지역사회정신보건서비스 기관 중 사례관리를 수행하는 18개 기관과, 이 기관의 서비스를 이용하는 381명의 정신장애인이다. 설문조사를 실시하였으며, 클라이언트 수준과 기관 수준의 자료를 동시에 고려하는 위계적 선형모형(HLM: Hierarchical Linear Model)을 적용하여 검증하였다. 주요한 연구 결과는 실무자의 담당 사례량이 삶의 질에 직접적 영향을 주었다. 사례관리팀 접근은 소비자 만족도에 직접적 영향을 미친 반면, 소비자 만족도를 매개하여 삶의 질에 이르는 간접적 영향은 미미하였다. 적절한 사례량의 확보 및 사례관리자 확대, 팀접근의 유용성에 대한 실천적 함의를 제안하였다.

주제어: 사례관리, 정신장애, 소비자 만족도, 삶의 질, 위계적 선형모형, 경로분석

## 1. 서 론

삶의 질은 만성정신장애인을 위한 서비스나 프로그램의 성과를 평가하는 중요한 항목으로 포함되어 왔다(Lehman, 1995). 탈시설화 이후 정신장애인에 대한 서비스 제공의 목표가 단순히 증상의 경감 또는 안정적 유지, 재발 방지에 그치지 않아야 한다는 주장이 강조되었기 때문이다. 안락한 상태(comfort) 또는 완전한 사회참여와 의미있는 관계를 통해 자신의 삶 속에서 성장과 발전을 위해 적응하는 회복(recovery)상태가 지역사회에 거주하는 정신장애인에게 현실적 대안이어야 한다는 것이다.

\* 이 논문은 2007년도 한국학술진흥재단의 지원을 받아 연구되었음(KRF-2007-332-B00287)

이러한 합의는 삶의 질의 중요성을 인식시켰다(이진향·서미경, 2007; Prince and Prince, 2001). 이에 삶의 질을 결정짓는 요인을 밝힘으로써 지역사회정신보건 서비스 전략의 실천적, 정책적 제안을 내리는 구체적 연구가 이어졌다.

특히, 정신보건서비스에 대한 소비자 만족도가 삶의 질에 미치는 영향이 상당하다는 결과가 발견된 면서(강상경·좌현숙, 2007; Ruggeri, Gater, Biscoffi, Barbui and Tansella, 2002), 그리고 소비자 중심의 서비스 제공을 요구하는 사회복지 지형이 강해지면서 소비자의 반응이 중요해졌다. 서비스 기획이나 평가에서 클라이언트의 참여를 보장하여 이들의 반응을 존중함으로써, 서비스에 대한 소비자의 만족도를 향상시키기 위하여 다각적 노력이 더해지게 되었다.

이 때 사례관리는 지역사회에서 정신장애인의 서비스 만족도를 향상시키는 중요한 역할을 수행한다. 정신장애인의 복합적 욕구를 통합적으로 접근하여 지역기반의 다양한 서비스를 포괄적이고 효율적으로 제공할 수 있는 실천 방법으로 기능하기 때문이다. 선행 연구에서도 사례관리는 적절한 서비스로의 접근성 강화 및 서비스 질의 향상으로 정신장애인의 서비스에 대한 만족도를 향상시키는 긍정적인 효과를 가져온 것으로 평가되고 있다(Summers, 2000; Björkman, Hansson and Sandlund, 2002). 파편화된 지역사회서비스 체계 속에서 만성적 정신장애로 인하여 한정된 서비스를 장기간 이용해야 하는 정신장애인에게, 서비스 만족은 곧 삶의 스트레스를 감소시켜(강상경·좌현숙, 2007) 삶의 질 향상을 가져올 수 있다. 사례관리 개입이 정신장애인의 삶의 질 향상을 가져왔다는 연구들이(Holloway and Carson, 1998) 비록 소비자 만족도의 매개적 역할을 고려하지 않고 분석되었지만, 사례관리가 갖는 위와 같은 고유한 역할이 삶의 질을 끌어올리는데 소비자 만족도를 통해 매개될 수 있음을 시사한다.

이처럼 사례관리 개입이 정신장애인에게 긍정적 영향을 미친다는 기존 연구의 결과에도 불구하고, 우리나라 실천 현장에서는 사례관리를 구체적으로 수행하기 위한 기준이나 지침이 미흡하다는 지적이 끊임없이 제기되어왔다(정순돌, 2005). 그러다보니 사례관리의 수행 방법을 선택할 때, 기관의 여건이나 사례관리자의 개인의 성공 혹은 실패의 경험에 의존하는 실정이다. 대상자, 제공자, 조직, 그리고 서비스 특성 등 복잡한 수행요소로 이루어지는 사례관리(민소영, 2006)를 수행할 때, 클라이언트에게 긍정적 성과(outcome)를 가져올 수 있다고 실증적으로 검증된 사례관리의 수행요소에 대한 정보가 실천 현장에 제공되지 못하고 있기 때문이다.

외국의 경우, 사례관리의 수행요소가 클라이언트의 병원입원기간 등의 성과와 관련 있는 것으로 검증된 바 있다(McGrew, Bond, Dietxen, and Salyers, 1994). 또한, 사례관리의 수행요소가 서비스에 대한 소비자 만족도나 삶의 질에 미치는 영향을 살펴본 연구도 미미하게 수행되어왔다(Oshima, Cho and Takahashi, 2004). 그러나 사례관리 수행요소가 소비자 만족도와 삶의 질 각각에 미치는 개별적 영향 관계를 살펴보는 데 그치고 있다. 소비자 만족도가 삶의 질의 중요한 결정 요인이라는 기존의 선행 연구들의 결과(강상경·좌현숙, 2007; Ruggeri 외, 2002)와 함께, 소비자 만족도의 중요성이 더해지는 사회복지 지형 속에서 사례관리의 수행요소가 미치는 영향에 대한 경로를 체계적으로 분석한 연구는 아직까지 찾아보기 힘들다. 또한, 사례관리 수행요소가 기관 차원에서 다양한 변이를 가짐에도(Austin, 2000), 사례관리자들로부터 수집한 자료에 의존함으로써 기관을 대표하는 사례관리 수행요

소의 정보가 미흡한 채 연구되고 있다.

따라서 이 연구는 지역사회에 거주하는 정신장애인과 이들에게 사례관리를 수행하는 정신보건서비스 기관을 대상으로 사례관리의 수행요소가 소비자 만족도와 삶의 질에 어떠한 영향을 미쳤는지 실증적으로 검증하고자 한다. 이 때 사례관리의 수행요소와 삶의 질 사이에서 소비자 만족도가 어떠한 매개역할을 하는지를 분석하고자 한다. 앞서 언급하였던 기존 연구의 자료의 제한성을 극복하기 위하여 사례관리 수행요소에 대한 정보는 기관수준(organizational level)에서 수집되었다. 정신장애인이 인식한 소비자 만족도와 삶의 질은 클라이언트 수준(individual level)에서 수집되었다. 다수준(multi-level) 자료는 위계적 선형모형(HLM: Hierarchical Linear Model)을 이용하여 검증하였다. 이 연구를 통하여 효율적이고 효과적으로 사례관리를 추진하기 위해서 사례관리의 수행요소를 어떻게 조직할 것인지에 대한 가이드라인이나 기준을 실천 현장에 제시하는데 실천적 함의를 줄 수 있을 것이다.

## 2. 이론적 배경 및 선행연구 검토

이 연구는 삶의 질, 소비자 만족도, 그리고 사례관리 수행요소 사이의 영향 관계에 대한 경로를 탐색한다. 이 세 가지 개념 사이의 관계에 대한 직접적 도출 근거가 될 수 있는 선행연구는 매우 부족하다. 따라서 이 세 가지 개념에 대한 선행 연구를 검토하고, 이 개념들이 서로 어떻게 관계하는지에 대해 직·간접적으로 지지하는 기존 연구들을 제시하여 본 연구모형의 경로를 도출하였다.

### 1) 지역거주 정신장애인의 삶의 질과 소비자 만족도

우리나라는 1995년 정신보건법의 제정 이후, 지역사회중심의 정신보건서비스 전달체계를 구축하기 위한 전략이 채택되었다. 지역사회에 거주하는 정신장애인을 위한 다양한 서비스 조직-정신보건센터, 사회복지시설 등-이 탄생되었다. 이 조직들은 지역사회에서 살아가는 정신장애인에게 양질의 서비스를 제공하여 서비스에 대한 만족도를 높이고 궁극적으로는 삶의 질 향상을 꾀하고 있다(보건복지가족부, 2009).

지역사회중심전략은 우리나라에서 독자적으로 나타났다고보다는, 1950년대부터 시작된 탈시설화 운동으로 상당한 수의 정신장애인이 시설에서 나오게 되는 과정을 거친 서구에서 진행되어왔다. 파편화된 지역사회서비스 체계 속에서 이들의 삶의 질이 실제로 담보되는지가 중요한 연구의 초점이 되었다(Simmons, 1994). 일찍이 Baker와 Intagliata(1982)는 지역사회 정신보건서비스의 효과성을 평가할 때 “삶의 질”이 가장 적합한 성과라고 제안하였다. 세계보건기구(WHO)에서도 지역사회중심의 정신보건서비스 전략을 권고하면서, 만성정신장애인들의 치료, 재활뿐만 아니라 인권보호와 삶의 질을 매우 강조하였다(WHO, 2001). 특히, 정신장애인에 대한 개입 방향이 단순한 증상 조절에서 벗어나 사회복지로의 전환이 주장되면서(Mowbray, Moxley, Jasper and Howell, 1997), 시설로부터 퇴소 이후

성공적 사회적응을 하는지, 전반적으로 만족스러운 삶을 살고 있는지 등 삶의 질이 정신보건서비스의 주요 목적이 된 것이다.

삶의 질에 대한 높은 관심만큼이나 개념적 정의 및 측정 방법은 매우 다양하다. 일반적으로 삶의 질을 개념화하면 주관적 차원과 객관적 차원으로 구분된다. 주관적 삶의 질이란 주관적 안녕, 행복감, 생활만족도, 긍정적 감정 같은 주관적인 심리적 만족도로 측정된다(강상경·좌현숙, 2007). '삶에 대한 개개인들의 전반적인 만족감과 안녕감'으로 정의되기도 하며(Shumaker, Anderson & Czajkowski, 1990), '개인의 기대나 준거를 실제적 삶이 충족하는 정도에 대한 주관적 평가로 정의되기도(Abbey and Andrews, 1988)한다(진기남 외, 1998에서 재인용). 한편 객관적 삶의 질이란, 살기좋은 환경을 구축하는 것, 즉 경제적 환경과 같은 객관적 지표로 측정된다. 주택, 자동차 등 물질적 이기의 보유현황과 통계자료에 기반한 소득, 범죄율, 인구당 의사 수, 실업률과 같은 사회지표가 포함된다(이선영, 2004). 그러나 아무리 객관적 조건이 좋더라도 그 조건은 개인의 독특한 욕구와 선호에 의해서 달리 해석될 수 있다는 측면에서 한계가 지적된다. 그러므로 자신의 삶에서 경험하고 느끼는 주관적인 심리적 만족도로 삶의 질을 측정해야한다는 입장이 강조되고 있다(Lehman, 1983).

정신장애인에 대한 삶의 질의 중요성 속에서 삶의 질을 결정하는 요인을 밝히려는 연구가 국내외에서 활발하게 이루어졌다. 인구사회학적 및 임상적 특성을 중심으로 분석되었다. Prince and Prince(2001)는 지역거주 정신장애인을 대상으로 선행 연구를 검토한 결과, 인구학적 특성보다는 증상, 우울, 과거 병원입력력 등의 임상적 변인이 삶의 질에 대한 설명력이 높다고 보고하였다. 또한, 가족과의 접촉 빈도나 가족관계, 사회적 지지망이나 심리적 통합감, 사회활동 등 사회적 지지 네트워크가 삶의 질에 영향을 미치는 것으로 나타났다(신성희·김윤희·김정숙, 2006; Kelly, McKenna and Parahoo, 2001; Chan, Krupa, Lawson and Eastabrook, 2005). 또한, 자기효능감(한금선·이평숙·박은영, 2001; 강상경·좌현숙, 2007)이나 지역사회정신보건 서비스 기관에서 제공하는 프로그램 참여도나 프로그램 환경(이선영, 2004; 이진향·서미경, 2007)이 삶의 질에 영향을 미친다는 연구결과가 나왔다.

한편, 소비자 만족도가 삶의 질을 결정짓는 직접적 변수 및 매개적 변수로 밝혀지면서 그 역할의 중요성이 강조되고 있다(Ruggeri 외, 2002; 강상경·좌현숙, 2007). 소비자 만족도란 서비스가 개별 서비스를 이용하면서 갖게 되는 감정적 태도(Linder-Pelz, 1982) 혹은 서비스를 통하여 경험하는 맥락, 과정, 그리고 결과에 대한 반응(Pascoe, 1983), 그리고 서비스 이용과정과 결과에 대한 인지적 평가들의 조합(Singh, 1990; Swan, 1992; Sixma, 1998; 김미라·이기춘, 2004에서 재인용) 등 서비스 이용 경험을 통하여 얻게 되는 주관적 평가를 의미한다. 소비자의 만족도는 서비스 기획자나 관리자에게 서비스 배치, 훈련, 조직화, 그리고 재정방식 등을 어떻게 수정 혹은 향상시킬 것인가를 결정하기 위한 중요한 지표가 된다(Greenfield and Attkisson, 1989).

소비자 중심의 서비스 제공을 지향하는 사고의 전환(이선영, 2004) 및 서비스의 책임성과 효과성 입증을 요구하는(Garland, Aarons, Saltzman, and Kruse, 2000) 최근 흐름은 소비자 만족도의 중요성을 부각시켰다(Roberts and Attkisson, 1983). 소비자 만족도를 위한 구체적 측정 도구의 개발 및 소비자 만족도에 영향을 미치는 요인을 밝히려는 다양한 연구들이 이어졌다. 주로 인구사회학적 특성,

정신과적 증상이나 진단 및 유병기간 등의 임상적 특성, 자기효능감, 그리고 서비스 환경 등이 소비자 만족도에 영향을 미친다는 연구결과가 보고되었다(Attiksson and Zwick, 1982; 권태연·강상경, 2006).

## 2) 지역거주 정신장애인과 사례관리

### (1) 지역거주 정신장애인의 소비자 만족도와 삶의 질 차원에서 사례관리

탈시설화를 거친 서구에서는 불충분하거나 파편화된 지역사회 서비스 체계 속에서 정신장애인의 삶의 질을 유지시키기 위한 대안이 절실하였다. 이 때 사례관리는 복잡한 지역사회서비스 체계 내에서 정신장애인이 필요로 하는 적절한 서비스로의 접근성을 강화시키고 서비스의 분절화를 감소시킴으로써 이들의 서비스 만족도를 높일 수 있는 실천 모델로 등장하였다. 서비스 만족도와 사례관리와의 관계를 검증한 연구 중, Björkman 외(2002)는 사회적 기능이 심각히 손상된 정신장애인 총 72명을 강점사례관리모델 집단과 기본적 보호서비스 집단에 각각 무작위 배치하였다. 36개월 동안 실험을 진행한 뒤 두 집단을 비교한 결과, 강점사례관리모델에 참여하였던 정신장애인의 서비스 만족도가 기본적 보호서비스 집단보다 유의미하게 높았다. 사례관리 연구물을 검토한 메타분석 결과(Ziguras and Stuart, 2001)에서도 사례관리가 기본적인 보호서비스보다 서비스에 대한 클라이언트의 만족도가 유의미하게 높았다고 보고되었다.

또한, 사례관리가 지역사회 거주 정신장애인의 삶의 질에 긍정적 영향을 미쳤다는 다수의 연구 결과가 보고되었다. 주로 특정 사례관리 모델의 개입 유무나 다양한 사례관리 모델과의 비교를 통하여 정신장애인의 삶의 질과의 관계를 검증하였다. 예를 들어, Chamberlain and Rapp(1991)은 사례관리가 삶의 질에 미치는 영향을 검증한 총 6개의 연구물을 검토한 결과, 적극적인 사례관리 모델(PACT), 재할모델, 강점모델, 그리고 일반 모델에서 모두 삶의 질에 대해 긍정적 영향을 발견하였다. 한편, 정신장애인의 삶의 질과 서비스 만족도를 동시에 살핌으로써, 사례관리의 효과성을 검증한 연구도 수행되었다. Holloway and Carson(1995)는 정신장애의 심각성 때문에 개입하기가 어렵다고 판단된 정신장애인 70명을 의뢰받아 35명은 적극적 사례관리 모델 집단으로, 나머지 35명은 기본적인 보호서비스 집단으로 각각 무작위 배치하였다. 9개월 동안 프로그램을 진행한 결과, 적극적 사례관리 서비스를 받은 정신장애인이 기본적 보호서비스 집단보다 서비스 만족도가 높아졌으며, 삶의 질 또한 향상된 것으로 나타났다.

선행 연구들은 비록 정신질환이 만성적이고 순환적이라는 어려움이 있더라도 사례관리를 통하여 적절한 서비스를 지속적으로 이용할 경우, 서비스 만족도를 향상시키고 이는 삶의 질 향상으로도 연결될 수 있음을 보여주었다. 그러나 사례관리가 소비자 만족도와 삶의 질 사이에서 어떠한 경로의 매카니즘이 존재하는지를 밝히는 데는 아직 미흡하였다. 또한, 사례관리 개입 자체만을 살펴봄으로써, 다양한 변이(variation)를 갖는 사례관리 수행요소가 정신장애인의 소비자 만족도와 삶의 질에 어떠한 영향을 미치는지는 분석되지 않았다. 이는 사례관리를 수행할 때 기관의 입장에서 어떠한 실천적 기

준을 따라야 하는지에 대해 구체적 정보를 제공하기에는 한계일 수 밖에 없다.

## (2) 정신보건 사례관리의 수행요소

실천 현장에서 사례관리 수행을 위해 구체적 가이드라인을 제시하기 위해서는 사례관리 실시 유무 보다는 사례관리 수행을 위한 구성 요소의 다양성을 고려하여 클라이언트 삶에 미치는 효과를 평가하는 것이 필요하다(Summers, 2000; Austin, 2002)고 제안된 바 있다. 실제로 사례관리의 수행요소를 제시함으로써 실천 가이드라인을 명확히 하려는 연구들이 진행되었다. 초기에는 주로 사례관리 고유의 개념과 원리에 대해 문헌을 검토하여 사례관리 수행요소를 이론적으로 구축하였다. 초기 연구에서는 사례관리 수행에 영향을 미치는 주요 요인으로, 클라이언트 특성, 사례관리자 특성, 직무환경, 그리고 서비스 네트워크 등 4가지가 제시된 바 있다(Intagliata and Baker, 1983). 이 후 Thronicroft(1991)는 보다 광범위한 요소를 제시하였는데, 팀 유무, 직접 서비스 제공 정도, 사례관리 접촉 정도, 예산통제의 자율권, 의료 및 사회적 서비스 담당 실무자 포함 여부, 사례관리자의 전문성 및 전공분야, 클라이언트와 사례관리자와의 비율, 클라이언트의 참여정도, 접촉 장소, 개입 지점의 범위(클라이언트/가족을 포함한 지원 관계망/사회체계), 그리고 클라이언트의 특성이 포함되었다.

이후 앞서 제시된 요소를 수정, 첨가 혹은 삭제하면서 정신보건 사례관리 과정을 모니터링하기 위한 항목이 체계적으로 개발되었다. 특히, 만성질환자의 병원횟수, 삶의 질, 그리고 주거 상태 등에 긍정적 효과성이 입증된 근거기반의 실천(evidence-based practice)으로 평가받는 ACT(Assertive Community Treatment)모델을 모니터링하기 위해 수행요소들이 개발되고 세분화되었다(Teague, 1996; McGrew and Bond, 1997). 이는 실천적 차원에서 사례관리 과정을 모니터링할 수 있는 구체적 수행요소로 인정되었는데, 첫째, 클라이언트 특성-만성정신질환자, 약물 중독자, 이중진단 여부 등-, 둘째, 사례관리제공자(staffing) 특성-전문분야 등-, 셋째, 조직적 특성-팀구성 및 운영 관련 사항, 접근성, 클라이언트 참여도, 담당규모 등-, 그리고 넷째, 서비스 전달 특성-서비스 종류, 개입체계, 강도 및 빈도, 기간, 장소 등-이 고려되었다.

지금까지 다양하게 제시된 요소들을 기반으로 Mueser, Bond, Drake, and Resnick 연구(1998)에서는 정신보건 사례관리의 다양한 모델들의 수행요소를 비교하여 개념적으로 분류하였다. 담당 사례량, 지역사회접근도, 팀별 접근도, 24시간 접근성, 클라이언트 참여도, 일상생활 및 기능훈련의 강조성, 접촉 빈도 및 장소, 치료의 통합성, 직접서비스 제공정도, 그리고 대상자 규모가 주요 수행요소로 제시되었다.

다양한 사례관리 수행요소가 정신장애인에게 미치는 영향을 분석한 연구들이 미미하나마 진행되었다. McGrew 외(1994) 연구에서는 18개 기관을 대상으로 분석한 결과, 사례관리자의 전문분야, 사례관리 공유 정도 및 팀미팅의 일상화, 24시간 접근성 및 총 접촉 건수에 따라 정신장애인의 병원입원 기간과 긍정적 상관관계가 나타났다. 또 다른 연구(Oshima 외, 2004)에서는 총 295명의 정신장애인을 지방 정부, 공공 보건센터, 재활시설 및 병원 등 사례관리를 수행하는 다양한 세팅으로부터 추출한 뒤, 사례관리 수행요소의 특성이 정신장애인에게 미치는 성과를 측정하였다. 클라이언트의 욕구 및 사례관리과정에 있어서 이들의 참여에 기반 정도를 의미하는 '욕구 중심 접근' 원칙이 정신장애인의 삶의

질과 서비스 만족도에 긍정적 영향을 미치는 것으로 나타났다.

국내에서는 사례관리의 수행요소를 클라이언트, 제공자, 조직, 그리고 서비스 측면 등 4가지 틀로 구분한 뒤, 정신보건센터의 사례관리 수행 과정을 분석한 연구가 있다(민소영, 2006). 또한, 클라이언트, 인적 및 조직적 측면의 구성 요소들이 실천현장에서 실시되는 서비스 접촉 빈도와 상호관련성이 있는지 실증적으로 고찰되기도 하였다(민소영, 2005). 그러나 사례관리 수행요소 자체에 대한 분석에 머물러 있을 뿐, 정신장애인의 서비스 만족도 및 삶의 질과의 관계를 밝히는 데에는 이르지 못하였다.

이상을 종합하면, 정신장애인을 위한 사례관리 수행요소는 주로 클라이언트 특성, 실무자 특성(staffing), 조직적 특성, 서비스 특성으로 구분된다. 클라이언트 특성은 사례관리를 제공받는 대상자들의 규모 및 인구사회학적·임상적 특성이 포함되며, 실무자 특성은 사례관리를 수행하는 제공자와 관련된 것으로 전문성, 경력 등이 포함된다. 조직적 특성은 실제로 사례관리를 수행하는 조직적 구조와 관련된 항목들로 팀구조의 형태나 운영방식과 규모, 클라이언트 참여 구조 등이 포함된다. 마지막으로 서비스 특성은 서비스 개입 강도나 형태, 범위 등 서비스 전달 방식과 관련된다.

### 3) 사례관리 수행요소, 소비자 만족도 및 삶의 질의 관계

사례관리 수행요소가 소비자 만족도를 매개로 삶의 질에 미치는 영향 관계를 직접적으로 탐색한 연구는 없으나, 관련 연구들에서 그 논리적 추론을 찾아볼 수 있다. 앞서 사례관리 수행요소를 고찰하였던 선행 연구의 경험적 결과를 바탕으로 살펴보면, 주로 사례관리자의 전문분야, 팀접근, 클라이언트 참여, 그리고 담당 사례관리량 등이 소비자 만족도 및 삶의 질과 관계가 있다고 언급되었다.

먼저, 사례관리자 전문분야는 사례관리 수행요소 중 실무자 특성으로, 클라이언트에 개입하는 관점과 전략의 차이를 가져올 수 있다. 최근 국내 연구(민소영, 2006)에서는 전체 직원 중 사회복지사가 많은 정신보건센터의 경우 간호사가 많은 정신보건센터에 비하여 연계중심의 사례관리 활동이 이루어지는 것으로 보고된 바 있다. 지역사회 내 타서비스와 연계 중심적 사례관리를 수행함에 따라, 제공되는 서비스의 종류가 다양해지면서 소비자 만족도가 영향을 받을 수 있다.

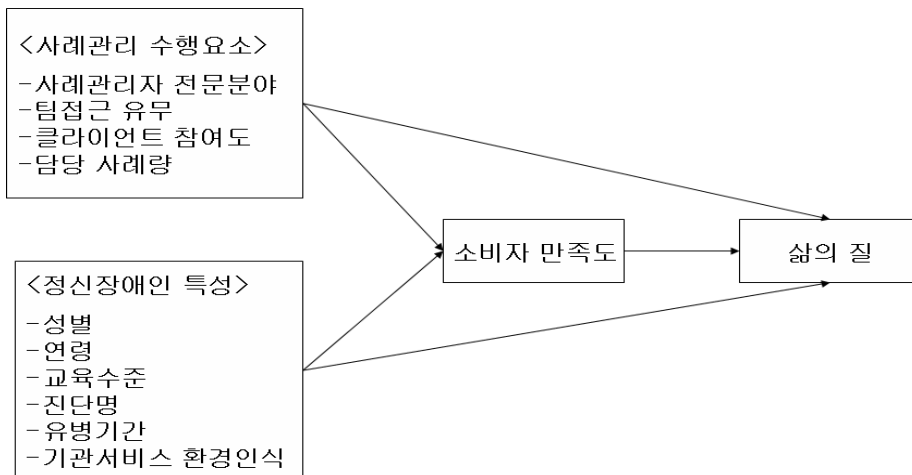
또한, 사례관리 수행의 조직적 특성 요소로써 중요하게 지적되는 것은 사례관리팀에 대한 것이다. 개별적으로 정신장애인에게 접근하는 모델보다는 팀을 구성하여 사례관리를 수행할 경우, 사례에 대한 개별 담당의 부담을 덜어주고 사례관리자 서로가 지지해줄 수 있다고 하였다(Solomon, 2004). 아울러 사례관리자의 소진이 예방될 수 있으며, 클라이언트 개입에 대한 다양한 아이디어도 개발될 수 있다. 이는 사례관리의 생산성을 높여서 소비자 만족도를 끌어올리게 하고, 궁극적으로는 정신장애인의 삶의 질에 긍정적 영향을 기대할 수 있게 한다. 한편, 사례관리 과정에서 클라이언트 참여라는 조직적 특성 요소는 사례관리 성과에 영향을 미치게 된다. 서비스 계획이나 결정 및 진행 과정에서 클라이언트 참여와 자기결정권의 존중은 사례관리자와의 치료적 동맹관계를 강화시켜 서비스에 대한 순응과 만족을 증가시킴으로써, 삶의 질에 긍정적 영향을 미치게(Solomon, Draine, Dalaney, 2005) 할 수 있기 때문이다.

마지막으로 담당 사례량은 사례관리의 수행요소 중 조직적 특성에 해당되면서 동시에 서비스 측면

의 개입의 질과 상당한 관계가 있는 요소로 자주 언급된다(민소영, 2005; 홍선미, 2006; King, Bas, Spooner, 2000). Intagliata(1982)는 정신장애인을 위한 사례관리 수행시 고려되어야할 중요한 요소로서 사례량을 언급하였다. 담당 사례량이 늘어날수록 사례관리자가 클라이언트를 만나는 빈도가 감소하게 되거나 클라이언트 접촉의 성격이나 질에 부정적 영향을 미칠 수 있다고 지적하였다. King 외 (2000) 연구에서도 사례관리량이 증가함에 따라 가정방문, 즉각적 반응, 정신병원 입원시 접촉빈도, 연계 및 옹호활동 등이 감소되었다. 이는 서비스 만족도를 감소시키며, 결국 삶의 질에도 부정적 결과를 초래할 수 있다.

한편, 지역사회 정신보건서비스 기관을 이용하는 정신장애인의 서비스 만족도가 삶의 질을 결정짓는 직접적 변수 및 매개적 변수로 나타났다. 지역거주 정신장애인 총 268명을 대상으로 주관적 삶의 질의 결정 요인을 분석한 결과((Ruggeri 외, 2002), 정신보건서비스에 대한 만족도가 높을수록 삶의 질이 높았으며, 다른 변수들보다도 가장 높은 설명력을 가졌다. 또 다른 연구에서는 소비자 만족도가 삶의 질을 결정짓는 주요한 변수들과의 관계에 매개적 역할을 수행한다는 결과가 검증되었다. 지역사회에 거주하면서 지역사회정신재활기관을 이용하는 정신장애인 322명을 대상으로, 소비자 만족도와 삶의 질 사이의 인과관계에 대한 경로를 검증하였다. 연구 결과, 정신장애인의 특성이 삶의 질에 직접적 영향을 미치는 반면, 소비자 만족도를 통하여 간접적으로도 삶의 질에 영향을 미치는 것으로 나타났다(강상경·좌현숙, 2007).

이상의 연구결과들을 종합하여 추론해 볼 때, 분절된 서비스 체계 속에서 서비스의 통합성과 접근성을 강조하는 사례관리 수행요소를 적절하게 조직화하는 것은 소비자 만족도를 높이고 이는 다시 삶의 질로도 연결될 수 있다는 경로를 도출할 수 있다. 본 연구는 이러한 내용에 근거하여 다음과 같은 연구모형을 설정하였다(〈그림 1〉 참조). 사례관리 수행요소가 소비자 만족도를 매개하여 삶의 질에 미치는 영향에 대한 경로를 검증하는 모형이다.



〈그림 1〉 사례관리수행요소, 소비자 만족도 및 삶의 질 분석 모형



기존 연구(강상경·좌현숙, 2007; 권태연·강상경, 2006; 신성희 외, 2006; 이진향·서미경, 2007)에서 소비자 만족도와 삶의 질에 유의미한 영향을 미쳤다고 보고된 정신장애인의 특성을 통제하였다. 성별, 연령, 교육수준, 진단명, 유병기간, 기관의 서비스 환경 인식이 포함되었다.

### 3. 연구방법

#### 1) 조사대상 및 자료수집

조사대상은 경기도에서 지역거주 정신장애인을 위해 사례관리를 수행하는 정신보건서비스기관과 기관을 이용하는 정신장애인이다. 정신보건서비스 기관은 정신보건센터, 사회복지시설, 정신의료기관을 포함한다. 정신보건센터는 사례관리가 필수업무로 규정(보건복지가족부, 2009)되어 있으며, 사회복지시설은 포괄적이고 다양한 서비스를 계획하고 제공하는 사례관리자의 역할이 요구되는 곳(이강, 2001)이다. 정신의료기관도 퇴원 후의 사회복지, 부분입원, 외래 치료 속에서 지역사회자원과의 연계 활동이나 사례관리 활동이 점차 확대되고 있어(김기태·황성동·최송식·박봉길·최말옥, 2003), 조사 대상으로 포함하였다. 경기도는 연구자의 접근성, 도시와 농촌의 다양성, 그리고 16개 시·도에서 지역사회기반 정신보건서비스 기관이 가장 많이 분포하기 때문에 선택되었다.

먼저 연구 대상 기관을 선정하기 위하여 분석 지역을 결정하였다. 구체적인 지역 선정은 정신보건 분야에서 사례관리를 대표적으로 수행하는 지역사회정신보건센터가 있는 지역을 연구모집단으로 선정하였다. 경기도의 총 27곳의 시·군에 정신보건센터가 있는 곳으로 조사되었다(2007년 말 현재). 이 지역을 도시의 규모와 형태를 중심으로 대도시, 중·소도시, 농어촌, 도·농 복합도시로 구분한 뒤 각 지역 형태 내에서 무작위 확률표집방식에 따라 지역을 선정하였다. 선정된 지역의 정신보건센터, 사회복지시설, 정신의료기관의 리스트를 수집하였다. 확보된 정신보건서비스 기관들에게 사례관리활동의 유무를 확인한 다음, 사례관리를 수행하는 기관에 대하여 구체적인 조사과정을 전화나 공문을 통해 협조를 의뢰하였다. 만약 선정된 지역의 어떠한 기관에서도 설문을 거부한 경우, 다른 지역을 재표집하는 반복적 방법을 취하였다. 또한, 정신장애인 조사의 경우 조사대상으로 선정된 각 기관에게 설문 조사에 응답할 수 있는 인지가능력이 있으면서 설문에 동의하는 약 10-30명 내외의 정신장애인을 임의로 선정하도록 요청하였다. 정신의료기관의 경우는, 외래환자를 조사대상에 포함시켰다.

자료수집은 정신보건서비스 기관의 경우, 구조화된 설문지를 작성하여 우편 또는 직접 방법을 통하여 조사하였으며, 전화 조사를 통하여 보완하였다. 정신장애인 조사의 경우, 연구자가 정신보건서비스 기관에 직접 방문하여 설문지를 배포하여 조사하거나, 정신보건서비스 기관의 실무직원에게 설문지를 전달하여 조사를 실시하였다. 정신보건서비스 기관의 경우 2008년 1월부터 4월까지 약 3달간 진행되었으며, 정신장애인 조사의 경우 4월부터 7월까지 약 3달간 진행되었다.

정신보건서비스 기관조사 및 정신장애인 조사의 두 가지 조사에 모두 응답한 기관은 총 10개 시·

군의 19개 기관이었다. 이 중 사례관리 수행요소에 대한 응답이 부실한 1개 기관을 제외하여 최종적으로 18개 기관(정신보건센터 11개 기관, 사회복지시설 6개 기관, 정신병원 1개 기관)이 최종 분석 기관에 포함되었다. 18개 기관에서 조사에 응답한 총 381명의 정신장애인이 최종 분석 대상에 포함되었다.

## 2) 변수의 정의와 측정

### (1) 소비자 만족도와 삶의 질

소비자 만족도는 Larsen, Attkisson, Hargreaves and Nguyen(1997)이 보건 및 휴먼서비스 이용자의 만족도를 측정하기 위해 개발한 소비자만족척도(The client satisfaction questionnaire:CSQ)을 이용하였다. 소비자만족척도는 정신건강서비스가 자신의 문제를 이해하거나 다루는 데 얼마나 도움이 되는지, 타인과 어울리는 데 얼마나 도움이 되는지 등의 도움 정도를 묻는 문항과 정신건강서비스의 이용가능성 및 접근성, 그리고 직원들의 친절도 및 정신보건서비스 기관에서 제공하는 서비스의 충분성을 질문한다. 총 8문항이며 각 문항은 4점 척도로 구성되어 있고, 점수가 높을수록 정신보건서비스에 대한 만족도가 높다. 본 연구에서 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha=.839$ 이었다.

삶의 질은 국승희(2001)가 정신분열병환자의 삶의 질을 평가하기 위해 타당도와 신뢰도 검사를 거쳐 개발한 척도를 이용하였다. 일반 정신장애인의 삶의 질을 측정한 연구(최일섭·고기숙, 2007)에서도 높은 신뢰도를 보이며 적용된 바 있다. 신체적 영역, 정서적 영역, 사회적 영역, 경제적 영역, 일반적 영역 등 5개 영역의 총 25문항으로 이루어져있다. 각 영역은 5점 척도의 5개 문항으로 구성되어 있으며, 점수가 높을수록 삶의 질이 높음을 의미한다. 이 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha=.908$ 이었다.

### (2) 사례관리 수행요소

소비자 만족도와 삶의 질의 결정 요인으로 제시되는 사례관리 수행요소는 사례관리자의 전문분야, 팀접근 유무, 클라이언트 참여도 그리고 담당 사례량이다. 모두 기관 차원에서 수집된 변수이다. 먼저, 사례관리자 전문분야는 사례관리를 수행하는 인력의 자격증을 바탕으로 구분하였다. 간호사와 사회복지사가 실무자의 대부분을 차지한다는 점을 감안하여, 분석 대상 기관의 사례관리자 수행인력 중 사회복지사(정신보건 사회복지사를 포함)의 비율이 간호사(정신보건 간호사를 포함)의 비율보다 많거나 동일한 경우를 1, 그 반대의 경우를 0으로 측정하였다.

둘째, 팀접근 유무는 사례관리 수행 시 팀의 구성 여부로 설정하였다(민소영, 2006). 사례관리 활동을 위한 전담팀 혹은 사례관리팀을 구성하고 있는 경우를 1, 사례관리자가 각자 개별적으로 사례관리를 수행하는 경우를 0으로 측정하였다. 셋째, 클라이언트 참여도는 사례관리 과정에서 클라이언트 참여의 적극성을 의미한다. 각 기관에서 클라이언트가 서비스 계획 및 서비스 연계 과정에서 파트너로써 얼마나 적극적으로 참여하게 하는지를 4점 척도의 한 문항으로 측정하였다. 점수가 높을수록 적극

적으로 참여하는 것을 의미한다. 마지막으로 담당 사례량은 실무자 1인당 담당하는 클라이언트 수로 측정하였다. 사례관리를 직접 혹은 간접적으로 수행하는 실무직원을 그 기관의 정신장애인 이용자 수로 나누어 측정하였다.

**(3) 통제변수**

통제변수는 정신장애인의 성별, 연령, 교육수준, 진단명, 유병기간, 기관서비스환경 인식이 포함되었다. 유병기간은 현재 연령에서 최초 정신병원을 이용한 연령을 뺀 값으로 측정하였다. 기관의 서비스 환경이란 서비스가 전달되는 기관 프로그램의 사회적 분위기를 의미한다. Moos(1997)가 개발한 지역 사회 지향 프로그램 환경 척도(Community-Oriented Programs Scale: COPES)의 수정 버전을 활용하였다(권태연·강상경, 2007). 총 40문항이며, 참여·지지·자발성·자율성·실천지향·개인적 문제 지향·분노와 공격성 표현·질서와 조직화·프로그램 명확성·직원통제 등 총 10개의 하위 영역으로 구성되어 있다. 각 영역별로 4개의 문항으로 이루어져있으며, 각 문항은 예와 아니오의 이분법으로 측정된다. 점수가 높을수록 기관 환경에 대해 긍정적으로 인지하는 것을 의미한다. 이 연구에서 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha=.725$ 이었다.

다음 <표 1>은 이 연구에서 사용된 주요 변수를 기관 수준과 클라이언트 수준으로 구분하여 정리하였다.

<표 1> 분석 변수 요약

변수수준	변수		변수값 또는 측정도구
클라이언트 수준	종속변수	삶의 질	삶에 대한 주관적 안녕 상태, 삶의 질 척도
	매개변수	소비자 만족도	이용 서비스에 대한 소비자 만족척도
기관수준	독립변수	사례관리자 전문분야	전체 직원 중 사회복지사 비율 $\geq$ 간호사 비율=1, 그 외=0
		팀접근 유무	사례관리전담팀 혹은 사례관리팀 구성=1, 개별 접근=0
		클라이언트 참여도	사례관리 과정에서 클라이언트의 참여의 적극성 정도
		담당 사례량	사례관리 실무자 1인당 담당하는 클라이언트 수
클라이언트 수준	통제변수	성별	여성=0, 남성=1
		연령	조사당시의 연령
		교육수준	조사당시의 교육 수준
		진단명	주 진단명, 정신분열증/기분장애/기타정신장애로 구분
		유병기간	현재 연령에서 최초 정신병원을 이용한 연령을 뺀 값
		기관서비스 환경 인식	지역사회지향 프로그램 환경 척도

### 3) 분석방법

먼저, 이 연구의 분석 대상에 포함된 정신장애인의 특성과 정신보건서비스 기관의 사례관리 수행요소에 대하여 기술통계분석을 실시하였다. 다음으로 사례관리 수행요소가 소비자 만족도 및 삶의 질에 미치는 영향에 대하여 경로분석하였다.

소비자 만족도 및 삶의 질에 이르는 경로 검증은 분석 단위가 다층적인 경우 적용되는 위계적 선형 모형(HLM)을 이용하여 분석하였다. 전통적 회귀분석은 관측치(observations)의 오차가 서로 상관이 없다는 가정을 전제한다. 이 연구에서는 정신장애인 381명이 서로 독립되어있다고 보다는 동일한 정신보건서비스 기관을 이용할 경우 비슷한 소비자 만족도나 삶의 질을 보일 가능성이 있으므로 오차의 비상관성 가정에 위반된다. 위계적 선형모형은 이러한 오차의 비상관성 가정을 해결하기 위한 분석방법이다(Bryk and Raudenbush, 1992). 끝으로, 통제변수와 사례관리 수행요소가 삶의 질에 미치는 직접 효과와 소비자 만족도를 매개하여 삶의 질에 미치는 간접 효과, 그리고 총효과를 측정하였다. 모든 분석은 SAS 9.1의 PROC MIXED 방법을 이용하였다.

## 4. 연구결과

### 1) 조사대상 정신장애인 및 정신보건서비스기관의 일반적 특성

#### (1) 정신보건서비스 이용자의 특성

다음 <표 2>는 이 연구의 조사대상자인 정신보건 서비스 이용자의 인구사회 및 임상적 특성을 보여준다. 남성이 과반수 이상(57%)을 차지하였다. 조사대상 정신장애인의 3분의 1이 30대로 가장 많았으며, 평균 연령은 38.1세였다. 학력 수준을 살펴보면, 약 4분의 3(71.2%)이 고졸 이하의 학력을 가지고 있었다.

임상적 상태를 살펴보면, 정신분열증이 72.7%로 가장 많았으며, 다음이 기분장애(15.6%)로 나타났다. 유병기간은 10년 미만까지가 전체 조사대상의 44.0%를 차지하였으며, 30년 이상의 유병기간을 경험한 경우는 가장 적지만 4.4%에 이르렀다. 평균적으로 약 12.5년 정도의 유병기간을 보였다. 이 외에 정신보건 서비스를 이용하는 기관의 서비스 환경에 대한 인식의 평균은 0.58점으로 나타났다(최소=0.2, 최대=1.0점)

끝으로 소비자 만족도의 평균은 3.03점이었다(최소=1, 최대=4). 삶의 질의 평균은 3.04점이었다(최소=1.2, 최대=4.96).

<표 2> 정신장애인의 인구사회 및 임상적 특성, 소비자 만족도와 삶의 질(N=381명)

변수	구분	빈도(백분율)
성별	남성	216(57.0)
	여성	163(43.0)
연령	20대 이하	87(22.9)
	30대	134(35.3)
	40대	106(27.9)
	50대 이상	53(13.9)
	평균 38.1세(±9.8)	
교육수준	초졸이하	28(7.4)
	중졸	27(7.1)
	고졸	215(56.7)
	전문대졸	48(12.7)
	대졸이상	61(16.1)
진단명	정신분열증	274(72.7)
	기분장애	59(15.6)
	기타	44(11.7)
유병기간	5년 미만	80(22.0)
	5년 이상 ~ 10년 미만	80(22.0)
	10년 이상 ~15년 미만	71(19.6)
	15년 이상 ~20년 미만	58(16.0)
	20년 이상 ~25년 미만	36(9.9)
	25년 이상 ~29년 미만	22(6.1)
	30년 이상	16(4.4)
평균 12.5년(±9.0)		
기관 서비스 환경 인식	평균 0.58점(±0.13)	
소비자 만족도	평균 3.03(±0.54)	
삶의 질	평균 3.04(±0.66)	

\*) 무응답 1명: 연령, 기관 서비스 환경 인식, 삶의 질, 무응답 2명: 성별, 교육수준  
 무응답 4명: 진단명, 무응답 18명: 유병기간

## (2) 정신보건서비스기관의 사례관리 수행 현황

18개 기관의 사례관리 수행 현황은 다음 <표 3>과 같다. 약 5분의 3(61.1%) 기관에서 총 사례관리 수행인력 중 사회복지사의 비율이 간호사 비율보다 높거나 동일하였다. 사례관리를 수행하는 접근 형태에서는 조사대상 기관의 과반수 이상(55.6%)이 개별접근보다는 팀접근 형태를 취하고 있었다. 사례관리 과정에 대한 클라이언트의 참여도를 살펴보면, 클라이언트가 사례관리 과정에 전혀 참여하지 않는다고 응답한 기관은 없었다. 조사대상 기관의 대부분(88.3%)이 클라이언트가 사례관리 과정에 대체로 혹은 적극적으로 참여하는 편이라고 응답하였다.

실무자 1인당 평균적으로 약 32.6명의 클라이언트를 담당하고 있었다. 정신보건센터를 중심으로 살펴본 기존 연구(민소영, 2005)에서는 약 1:44.6명으로 나타나, 본 연구에서는 약 10명 정도 낮은 담당 비율을 보였다. 소규모로 운영되는 사회복지시설이 포함되었기 때문으로 이해된다. 그러나 정신보건센터만을 살펴보았을 때는 기존 연구(민소영, 2005)보다 오히려 약간 많은 1:48.3이었다. 또한, 전체

조사대상 기관의 3분의 1이상(N=7개소, 38.9%)은 사례관리자가 담당하는 클라이언트 수가 약 40명이 넘었다.

〈표 3〉 사례관리수행 현황(N=18기관)

변수	구분	빈도(백분율)
사례관리자 전문분야	사회복지사비율 $\geq$ 간호사비율	11(61.1)
	사회복지사비율<간호사비율	7(38.9)
팀접근 유무	팀접근	10(55.6)
	개별접근	8(44.4)
클라이언트 참여도	전혀 참여하지 않는다	0(0.0)
	대체로 참여하지 않는다	2(11.8)
	대체로 참여하는 편이다	14(82.4)
	절대적으로 참여한다	1(5.9)
담당 사례량	평균 32.6명( $\pm$ 24.4)	

무응답 1기관: 클라이언트 참여도

## 2) 사례관리 수행구조가 정신장애인의 소비자 만족도 및 삶의 질에 미치는 영향

### (1) 사례관리 수행구조의 요소와 소비자 만족도

소비자 만족도에 영향을 미치는 요인을 분석한 연구 결과는 다음과 같다(〈표 4〉). 통제변수만 투입하여 위계적 선형모형(HLM)분석을 한 결과(모델 1), 교육수준과 기관서비스환경 인식이 소비자 만족도에 통계적으로 유의미한 영향을 미친 것으로 나타났다. 소비자 만족도 점수의 변량 중 8.43%는 정신장애인의 클라이언트 수준의 변수에 의해서 설명되었다(Singer, 1998).

모델 1에 사례관리 수행요소의 변수를 첨가하여 분석한 위계적 선형모형의 결과(모델 2), 클라이언트 수준의 변량에는 통계적으로 유의미한 증가를 보이지 않았다(8.43%→9.66%로 증가). 반면, 기관 수준 변수가 소비자 만족도에서 차지하는 변량은 45.90%였다. 클라이언트 수준의 변수에서는 모델 1에서 유의미하였던 교육수준과 기관서비스 환경에 대한 인식변수가 모델 2에서도 일관되게 소비자 만족도와 통계적으로 유의미한 관계를 보여주었다. 교육수준이 높을수록, 그리고 기관서비스 환경에 대하여 긍정적으로 인식할 수록 소비자 만족도가 높은 것으로 나타났다.

사례관리 수행요소와 소비자 만족도와의 관계에서는 팀접근의 유무가 제한적이지만, 통계적으로 유의미한 영향을 보였다( $p=.090$ ). 사례관리 개입 시 사례관리 활동을 위한 전담팀 혹은 사례관리팀이 있는 기관이 개별적으로 사례관리를 수행하는 기관보다 정신장애인의 소비자 만족도 점수가 평균적으로 약 0.11점 높은 것으로 나타났다.

〈표 4〉 사례관리 수행요소와 소비자 만족도와의 위계적 선형 모형 분석결과

변수	모델1	모델2
	b(s.e.)	b(s.e.)
상수	2.261(0.220)***	2.489(.312)***
클라이언트 수준 변수		
성별 <sup>1)</sup>	.094(0.057)	.074(.058)
연령	-.005(.004)	-.004(.004)
교육수준	.055(.026)**	.055(.027)**
진단명 <sup>2)</sup>		
기본장애	.041(.081)	.022(.082)
기타장애	.017(.092)	-.010(.093)
유병기간	.006(.004)	.005(.004)
기관서비스환경 인식	1.054(.215)***	1.141(.220)***
기관 수준 변수		
사례관리자전문분야 <sup>3)</sup>		-.028(.069)
팀접근유무 <sup>4)</sup>		.111(.065)*
클라이언트 참여도		-.100(.083)
담당 사례량		-.0003(.002)
설명변량(%)		
기관내(within)	8.43	9.66
기관간(between)		45.90

- 1) 기준변수=여성
- 2) 기준변수=정신분열증
- 3) 기준변수=사회복지사비율<간호사비율
- 4) 기준변수=개별접근
- 5) \*<.10, \*\*<.05, \*\*\*<.01

## (2) 사례관리 수행요소와 삶의 질

정신장애인의 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 분석한 위계적 선형 모형의 결과이다(〈표 5〉). 통제 변수만 투입하여 분석한 결과(모델 1), 연령, 교육수준, 유병기간, 그리고 기관서비스환경 인식이 삶의 질에 통계적으로 유의미한 영향을 보여주었다. 연령이 낮을수록, 교육수준이 높을수록, 유병기간이 길수록, 그리고 기관 서비스 환경에 대한 인식이 긍정적일수록 삶의 질에 대한 주관적 인식이 긍정적이었다. 삶의 질 점수의 변량 중 4.48%는 정신장애인의 개인 수준의 변수에 의해서 설명되었다(Singer, 1998).

모델 1에 사례관리 수행요소를 추가적으로 투입한 결과(모델 2), 클라이언트 수준의 변수가 차지하는 변량이 근소하게 증가하여(4.48%→5.47%), 통계적 유의미성이 나타나지 않았다. 기관 수준 변수는 삶의 질의 변량을 약 22.46% 설명하였다. 클라이언트 수준의 변수 중에서는 모델 1에서 유의미하였던 연령, 교육수준, 유병기간 및 기관서비스 환경에 대한 인식 변수가 삶의 질에 지속적으로 통계적으로 유의미한 영향을 미쳤다. 사례관리 투입 요소 중에는 실무자 1인당 담당하는 사례관리량이 정신장애

인의 삶의 질과 부적(-) 관계가 있었으며, 이는 통계적으로 유의미한 결과였다.

<표 5> 사례관리 수행요소와 삶의 질과의 위계적 선형 모형 분석결과

변수	모델1	모델 2	모델3
	추정치(표준오차)	추정치(표준오차)	추정치(표준오차)
상수	2.507(.273)***	2.989(.431)***	1.178(.402)***
클라이언트 수준 변수			
성별 <sup>1)</sup>	-.027(.071)	-.018(.072)	-.053(.067)
연령	-.007(.004)*	-.009(.005)*	-.007(.004)
교육수준	.070(.032)**	.065(.033)*	.040(.031)
진단명 <sup>2)</sup>			
기분장애	.041(.100)	.054(.102)	.042(.094)
기타장애	-.097(.114)	-.071(.116)	-.070(.107)
유병기간	.015(.005)***	.016(.005)***	.014(.004)***
기관서비스환경 인식	.613(.265)**	.620(.271)**	.071(.260)
소비자 만족도			.488(.063)***
기관 수준 변수			
사례관리자 전문분야 <sup>3)</sup>		-.100(.100)	-.081(.083)
팀접근 <sup>4)</sup>		.013(.095)	-.035(.079)
클라이언트 참여도		-.072(.120)	-.031(.101)
담당 사례량		-.005(.002)**	-.005(.002)***
설명변량(%)			
기관내(within)	4.48	5.47	19.22
기관간(between)		22.46	65.05

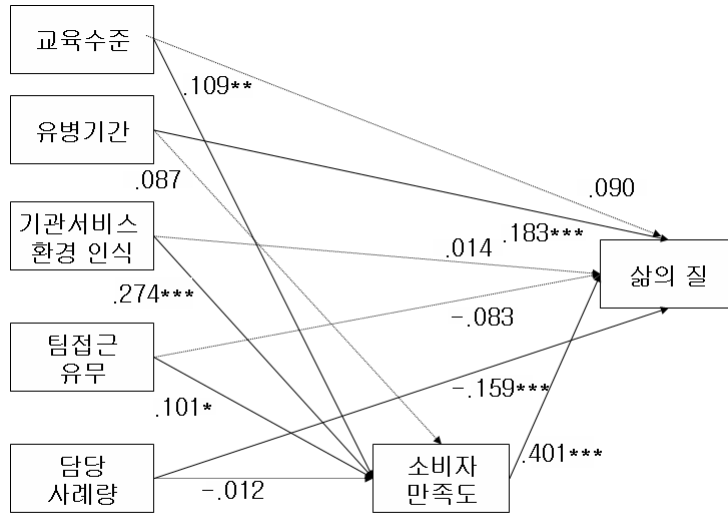
- 1) 기준변수=여성
- 2) 기준변수=정신분열증
- 3) 기준변수=사회복지사비율<간호사비율
- 4) 기준변수=개별접근
- 5) \*<.10, \*\*<.05, \*\*\*<.01

마지막으로 모델 2에 매개변수인 소비자 만족도를 첨가한 결과(모델 3), 삶의 질을 차지하는 총 변량 중 클라이언트 수준의 변수(5.47%→19.22%)와 기관 수준 변수가 차지하는 비율(22.46%→65.05%)이 증가하였다. 통계적으로도 유의미한 증가였다. 클라이언트 수준의 변수 중에서는 유병기간만이 삶의 질과 지속적으로 유의미한 통계적 관계를 보여주어 유병기간이 긴 사람일수록 삶의 질이 높은 것으로 나타났다. 사례관리 수행요소에서는 실무자의 담당 사례관리량이 여전히 삶의 질에 유의미한 영향을 보여주었다. 즉, 실무자 1인당 담당하는 사례관리량이 적을 수록 정신장애인의 삶의 질이 높은 것으로 나타났다. 매개변수로 설정되었던 소비자 만족도는 삶의 질에 통계적으로 유의미한 정적(+) 영향 관계가 있는 것으로 나타났다. 기관에서 이용하는 서비스에 대한 만족도가 높을수록, 정신장애인의 삶의 질도 높은 것으로 나타났다.

지금까지의 위계모형 분석결과에서 통계적으로 유의미한 영향을 미쳤던 변수들의 표준화회귀계수



를 측정하여(김근태, 2006, p97) 경로모형을 작성하였다(〈그림 2〉 참조).



\*<.10, \*\*<.05, \*\*\*<.01

〈그림 2〉 정신장애인 특성, 사례관리 수행구조, 소비자 만족도, 삶의 질 경로 모형

〈그림 2〉에서 나타난 변수들을 중심으로 정신장애인의 삶의 질에 미치는 영향을 직접 및 간접효과로 분해하여 나타난 결과가 다음 〈표 6〉이다. 정신장애인의 삶의 질에 가장 큰 영향력을 행사한 변수는 소비자 만족도(총효과=.401)로 나타났다. 그 다음이 유병기간(총효과=.218), 실무자의 담당 사례관리량(총효과=-.164), 교육수준(총효과=.134), 그리고 기관서비스 환경 인식(총효과=.124)의 순서였다. 가장 적은 효과를 보여준 변수는 팀접근 유무(총효과=-.078)였다.

〈표 6〉 정신장애인의 삶의 질에 대한 영향요인의 인과효과(표준화계수)

변수	직접효과	간접효과 (via 소비자 만족도)	총효과
클라이언트 수준 변수			
교육수준	.090	.044	.134
유병기간	.183	.035	.218
기관서비스 환경 인식	.014	.110	.124
소비자 만족도	.401		.401
기관 수준 변수			
팀접근 유무	-.083	.005	-.078
담당 사례량	-.159	-.005	-.164

〈그림 2〉와 〈표 6〉의 결과를 바탕으로 정신장애인의 특성과 사례관리 수행요소가 소비자 만족도를 통하여 삶의 질에 미치는 영향을 살펴보면 다음과 같다. 먼저, 통제변수와 소비자 만족도 및 삶의 질 사이의 경로에서는 교육수준과 기관서비스환경 인식이 소비자 만족도를 매개로 하여 간접적으로 삶의 질에 영향을 미친 것으로 나타났다. 한편 유병기간은 소비자 만족도를 통하지 않고 삶의 질에 직접적 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉, 교육수준이 높을수록, 그리고 기관서비스환경에 대하여 긍정적으로 인식할수록 소비자 만족도가 높으며 이것이 정신장애인의 삶의 질의 증가를 가져왔다. 유병기간이 길수록 정신장애인이 느끼는 주관적 삶의 질이 높은 결과를 보였다.

또한, 사례관리 수행요소와 소비자 만족도 및 삶의 질 사이의 관계에 대한 경로를 살펴보면, 팀접근 유무는 소비자 만족도에 유의미한 직접적 영향을 미쳤으나, 소비자 만족도를 통한 팀접근 유무의 간접효과는 .005로써, 삶의 질에 거의 영향력을 행사하지 못하였다. 반면, 실무자의 담당 사례량은 삶의 질에 직접적 영향을 미쳤으며, 담당 사례량이 많은 기관의 정신장애인일수록 주관적 삶의 질이 감소하였다.

## 5. 결론 및 제언

이 연구는 사례관리를 제공하는 정신보건서비스 기관과 서비스 이용자를 대상으로 사례관리 수행요소가 정신장애인의 서비스 만족도와 삶의 질에 미치는 영향을 분석하였다. 특히, 정신장애인의 개인 특성을 통제하면서 기관 차원의 사례관리 수행요소가 삶의 질에 미치는 영향을 소비자 만족도가 매개하는지의 경로를 분석하였다.

분석 결과, 유병기간은 정신장애인의 주관적 삶의 질에 직접적으로 영향을 미쳤는데, 유병기간이 길수록 삶의 질이 높은 것으로 나타났다. 한편, 교육수준과 기관서비스 환경에 대한 인식은 소비자 만족도를 통하여 삶의 질에 간접적으로 영향을 주었다. 교육 수준이 높을수록, 기관 서비스 환경에 대해 긍정적 인식을 가질수록 소비자 만족도가 높아지며, 이는 삶의 질을 향상시키는 것으로 나타났다.

이 연구의 초점인 사례관리 수행요소의 영향을 살펴본 결과, 실무자의 담당 사례량이 삶의 질에 직접적 영향을 주었다. 실무자의 담당 사례량이 증가할수록 정신장애인의 삶의 질은 감소하였다. 한편, 사례관리팀 접근은 제한적 수준에서 소비자 만족도에 직접적 영향을 미쳤다. 개별적 접근보다는 팀을 형성하여 사례관리를 수행할 때 서비스에 대한 정신장애인의 만족도가 높되, 삶의 질에 이르는 간접적 영향은 미미하였다. 마지막으로 소비자 만족도와 삶의 질에 대한 관계에서, 소비자 만족도가 삶의 질에 직접적 영향을 미쳤으며, 삶의 질의 가장 중요한 요인으로 나타났다.

이 연구의 분석 결과를 바탕으로 실천적 함의 및 후속연구에 대한 제언을 기술하였다. 첫째, 담당 사례량과 정신장애인의 삶의 질 사이에서 나타난 직접적 영향관계는 선행연구들에서 발견되지 않았던 것으로, 정신장애인의 삶의 질 향상을 위해서는 실무자 1인당 담당하는 사례량의 적절한 조정이 필요함을 보여주었다. 실무자가 담당하는 클라이언트 규모가 사례관리의 내용과 질에 중요한 영향을 미칠 수 있음을 주지한 외국의 경우, 만성적 정신장애인에게 욕구 사정, 사례 계획 개발 및 수정, 서비스 연

계, 모니터링 등의 다양한 활동을 수행하는 적극적 사례관리에서는 20여명을 초과하는 경우가 드물다 (Mueser 외, 1998; Solomon, 2004). 본 연구에서는 실무자 1인당 평균 30명을 초과하여 담당하는 것으로 나타났다. 더구나 지역사회 중심의 통합적인 정신질환자 관리체계 구축에 일차적 책임이 있는 정신보건센터의 경우, 담당사례가 50명에 가까운 수준이었다. 실무자가 정신장애인의 복합적 욕구에 대한 개별화(individualization)를 실천하여 이들의 긍정적 변화나 삶의 질의 향상을 달성하기에는 무리한 수준일 수 있다. 사례관리자가 보다 적극적으로 지역사회로 나아가 클라이언트를 충분히 만나고 서비스를 제공할 수 있도록 제도적, 정책적 지원이 필요할 것이다.

이를 위해서는 우리나라의 정신보건 실천 현장의 특성에 적합한 현실적인 사례관리량의 지표가 필요하다. 먼저 사례관리 담당량을 결정하는 정신장애인의 기능적 심각성 및 욕구 요인을 추출하고 이를 측정하는 정확한 사정을 마련이 필요하다. 이를 기반으로 담당사례량의 기준을 설정하여 지역사회 정신보건조직의 사례관리 인력을 배치할 수 있도록 체계적인 정부 지원이 필요하다. 또한, 외국에 비하여(King, Meadows, and Bas, 2004) 사례관리량의 결정요인에 대한 연구가 미흡한 우리나라에서는, 사례관리량에 영향을 미칠 수 있는 기관 및 클라이언트 측면의 요인을 발굴하여 사례관리량의 지표를 개발할 수 있는 후속 연구가 동시에 경주되어야 할 것이다.

둘째, 개별적 접근보다는 팀을 통한 사례관리 실천의 유용성이 발견되었다. 무엇보다도 소비자 만족도가 삶의 질의 강력한 결정요인으로 발견된 본 연구 결과를 고려할 때, 소비자 만족도에 긍정적 영향을 미친 팀접근에 대한 심도 있는 관심이 필요할 것이다. 선행 연구에서도 팀을 형성하여 개입할 때 사례관리 업무의 효율성과 생산성을 가져올 수 있으며(Solomon, 2004), 정신장애인의 입원기간을 감소시켰다는 긍정적 연구 결과를(McGrew 외, 1994) 보여주었다.

실제로 정신장애인의 다양한 욕구를 충족하기 위해서 의사, 간호사, 사회복지사, 임상심리사 등 다 학문적 팀접근이 필요한 이미 주지의 사실이다. 그럼에도 우리나라의 정신보건영역에서는 전문 영역에 대한 권위의식이 팽배하고, 타 영역과의 수평적 관계가 인정되지 못하여 클라이언트에 대한 정보의 공유 및 상호 책임성이 요구되는 유기적 사례관리팀을 형성하기에 많은 한계가 있음이 끊임없이 제기되는 것은 안타까운 실정이다. 또한, 팀을 형성하여도 주로 간호와 사회복지분야로만 구성되어 있어서 팀의 개념보다는 짝의 개념으로 운영되는 것이 일반적 현상이라고 보고(민소영, 2006)된 바 있다. 그러므로 자신의 고유한 전문성을 발휘할 수 있는 역할로 사례관리팀을 조정하여 실질적인 협력 관계를 이룰 수 있도록 다각적 모색이 필요할 것이다. 예를 들어, 사회복지사는 타 전문 영역에 비하여 지역자원의 발굴, 동원, 연계 활동에 보다 전문적 기반이 있으므로, 이러한 전문성이 발휘될 수 있는 실질적 권위를 부여하는 노력이 필요할 것이다. 이 외에도 사례관리팀 구성시 팀미팅의 주기, 사례공유의 내용 및 깊이 등의 구체적 가이드라인의 마련이 요구된다. 한편, 팀접근이 소비자 만족도에 제한적 수준에서만 영향을 미쳤다는 점( $p=.09$ )과 삶의 질까지는 그 영향이 미미하였다는 점을 감안할 때, 팀접근 활용의 영향에 대한 보다 심층적 후속 연구가 필요하겠다. 특히 팀접근 내부의 집단역동의 수준 등 보다 질적인 팀접근의 특성을 조사하여 그 영향에 대한 구체적 메커니즘을 밝히는 노력이 필요하겠다.

셋째, 기관서비스 환경에 대한 인식이 삶의 질에 직접적 영향을 미치지 않는 반면, 소비자 만족도

를 매개하여 삶의 질에 간접적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이와 관련하여 정신장애라는 만성적 특성과 지역사회 내 정신보건서비스 자원의 한정성을 고려해볼 수 있다. 정신장애라는 만성적 특성 때문에 오랫동안 정신보건서비스를 이용하게 된다. 서비스에 불만족 하더라도 빈곤이나 장애 그리고 지역 내 정신보건서비스 자원이 한정되어있기 때문에 다른 서비스기관으로 이동하거나 다른 서비스를 요구하기 어렵다. 결국 장기간 이용하게 되는 기관의 서비스 환경 속에서 서비스에 대한 불만이 생기면, 삶에 대한 스트레스 증가(강상경·좌현숙, 2007)와 삶의 질 감소로 이어지게 된다. 그러므로 기관에서는 정신장애인의 자율성을 보장하며, 클라이언트에게 지지적 분위기를 형성하여야 할 것이다. 제공되는 프로그램의 내용을 보다 조직화시키고 명료화시키는 작업도 필요할 것이다. 이것이 서비스에 대한 정신장애인의 만족도를 증가시키며, 나아가 삶의 질 향상으로 이어지게 된다.

넷째, 장기간의 유병기간을 가진 사람일수록 오히려 주관적으로 인식하는 삶의 질이 높은 것으로 나타났다. 기존 연구에 의하면(Cohen, Cohen, Blank, Gaitz, Katz, Leuchter, Maletta, Meyers, Sakauye and Shamoian, 2000), 정신장애가 장기화될수록 대처 기능이 향상되고 보다 적극적으로 회복 과정에 참여하게 된다. 가족들도 “상호 사회화”에 의해서 정신장애에 대한 이해가 향상되면서, 정신장애인에게 지지적이게 된다. 이는 정신장애인의 삶의 스트레스를 감소시키며, 나아가 삶의 질에 대한 주관적 인식을 긍정적이게 만든다. 그러므로 정신장애인과 가족에게 정신장애에 대한 이해 및 대처기술에 대한 교육 등의 지속적 개입이 지역사회차원에서 필요하겠다.

마지막으로 사례관리자 전문분야와 클라이언트 참여도가 본 연구의 가설과 달리 소비자 만족도나 삶의 질에 대하여 유의미한 영향관계가 나타나지 않았다. 선행 연구(민소영, 2006)에서는 사회복지사가 많은 정신보건센터의 경우 간호사가 많은 정신보건센터에 비하여 지역사회 내의 자원을 발굴하고 동원하며 연계하는 활동에 초점이 맞춰져있다고 보고하였다. 사례관리자의 전문성에 따라 사례관리의 수행 시 중점적 활동 내용이 다르다는 것이다. 반면 본 연구에서는 이러한 사례관리자의 차별화된 기능이 실제로 클라이언트의 서비스 만족이나 삶의 질에 대한 주관적 인식에는 영향을 미치지 않을 수 있음을 보여주었다. 사례관리자가 전문성에 따라 기관차원에서 이루어지는 중점 활동은 다르나, 클라이언트 개인을 대할 때는 일반적인 사례관리 활동이 진행되므로 이들의 소비자 만족도나 삶의 질과는 무관할 수 있다. 사례관리자 전문성에 따른 사례관리 개입 활동의 구체적 내용 및 클라이언트에 미치는 영향 관계를 심층적으로 밝히는 후속 노력이 필요할 것이다. 한편 본 연구에서는 대부분의 기관에서 클라이언트가 사례관리 과정에 대체로 참여한다고 응답하였다. 이는 정신장애인의 소비자 만족도 및 삶의 질 사이의 영향 관계를 분석할 수 있을 정도의 변이(variation)가 충분치 않아 연구 가설의 거증이 어려울 수 있다. 클라이언트 참여 형태에 대한 구체적 내용을 고려하여 그 영향을 살펴보는 후속 노력이 요구된다.

지금까지 살펴본 연구 결과를 해석함에 있어 몇 가지 제한점이 있다. 첫째, 경기도 지역을 대상으로 하였기 때문에, 모든 지역의 결과에 적용시키는 데 한계를 가질 수 있다. 그럼에도 경기도가 우리나라에서 정신보건서비스 기관이 가장 많이 분포한다는 점, 조사 대상 기관의 지역환경에서 도시의 규모나 농촌 도시의 포함 등 다양성을 추구하였다는 점에서 조사대상이 갖는 일반화의 한계를 상당히 극복할 수 있을 것이다. 둘째, 소비자 만족도나 삶의 질은 시간에 따라 변화하기 때문에, 측정 시기에 따

라 통제변수나 사례관리의 수행요소가 미치는 영향이 다르게 나타날 수 있게 된다. 인과관계 검증에 대한 횡단 연구의 미흡한 특성을 보완하기 위해 이 연구에서는 독립변수인 사례관리 수행요소를 먼저 조사한 이후 소비자 만족도와 삶의 질을 차후에 측정하였으나, 시간 차이가 충분하지 않을 수 있다. 그러므로 종단적 연구 등의 후속노력이 필요할 것이다. 셋째, 이 연구의 대상으로 포함된 정신보건센터, 사회복지시설, 병원의 경우, 사례관리 과정이나 수준이 기관의 특성별로 차이가 날 수 있다. 그러므로 기관 유형을 고려하여 사례관리 수행요소의 효과를 살피는 후속 연구가 이어져 기관특성별 사례관리 실천 전략을 도출하는 노력이 필요할 것이다. 그럼에도 이 연구를 바탕으로 지역사회 정신보건 서비스 조직들에게 사례관리 실천을 조직할 때 중요하게 고려해야 할 요소를 제안하였다는 데 그 의의가 있을 것이다. 끝으로, 본 연구에서는 자료 수집의 한계로 광범위한 사례관리 수행요소를 포괄하는 데 제한적이었다. 예를 들어 사례관리기간이나 빈도 등 보다 구체적으로 사례관리 수행 자체에 관련이 있는 변수를 반영하거나, 혹은 정신보건분야의 임상적 특성을 보다 직접적으로 반영할 수 있는 자료를 수집하여 분석하는 후속연구의 노력이 필요할 것이다.

## 참고문헌

- 강상경·좌현숙. 2007. “지역사회정신보건 재활서비스에 대한 소비자 만족도, 자기효능감 및 삶의 질 - 자기효능감의 매개효과를 중심으로 -.” 『사회복지연구』 33:185-213.
- 국승희. 2001. “정신분열병 환자의 삶의 질 모델 개발”. 『전북대학교 박사학위 논문』 권태연·강상경.
2006. “미국의 지역사회에 기반을 둔 정신재활서비스의 소비자만족도에 영향을 미치는 요인에 관한 연구.” 『한국정신보건사회사업학회지』 24:5-35.
- 김기태·황성동·최송식·박봉길·최말옥. 2003. 『정신보건복지론』 서울:양서원.
- 김근태. 2006. 『u-Can 회귀분석』 서울: 인간과 복지.
- 김미라·이기춘. 2004. “의료서비스에 대한 소비자 만족에 영향을 미치는 요인.” 『소비자학연구』 15(3): 111-131.
- 보건복지부(2009). 『2009년도 정신보건사업안내』. 서울: 보건복지부
- 민소영. 2005. “지역사회 정신보건센터의 사례관리 구조에 관한 탐색적 고찰.” 『사회과학연구』 21: 139-163.
- 민소영. 2006. “만성정신장애인을 위한 사례관리의 모형과 수행구조에 대한 탐색적 연구.” 『사회복지연구』 30: 215-242.
- 신성희·김윤희·김정숙. 2006. “지역사회 정신보건서비스가 정신장애인의 가족지지와 삶의 질에 미치는 영향.” 『대한보건연구』 32(2): 113-119.
- 이강(2001). “정신장애인 사회복지를 위한 사례관리 효과성에 관한 연구: 지역사회 기반의 적극적인 사례관리 모델.” 『동강』 98: 62-105.
- 이선영. 2004. “생태체계관점에서 본 정신장애인의 삶의 질 영향요인 연구”. 『서울여자대학교 박사학위 논문』.
- 이진향·서미경. 2007. “프로그램 참여도와 프로그램 환경이 정신장애인의 삶의 만족과 사회적응에 미치는 영향”. 『사회복지연구』 35: 67-92.
- 정순돌(2005), 사례관리실천의 이해: 한국적 경험, 서울:학지사

- 진기남·김상희·조선진. 1998. "장애인의 삶의 질: 개념적 모델의 역할." 『장애인고용』 28: 50-61.
- 한금선·이평숙·박은영. 2001. "퇴원한 만성정신질환자의 삶의 질과 영향요인에 관한 연구." 『대한간호학회지』 22(3): 265-275.
- 홍선미. 2006. "자활지원 사례관리 모형과 운영방안 연구." 『사회복지연구』 29: 133-165.
- 최일섭·고기숙. 2007. "정신장애인의 서비스 이용, 가족 지지, 사회적 지지가 삶의 질에 미치는 영향: 정신요양시설 거주 정신장애인을 중심으로." 『정신보건과 사회사업』 27: 331-359.
- Attkisson, C.C., and R. Swick. 1982. "The client satisfaction questionnaire: Psychiatric propertise and correlation with service utilization and psychotherapy outcome." *Evaluation and Program Planning* 5: 233-257.
- Austin, C. D. "Case management: Who needs it? Does it work?" *Case Management Journal* 3(4): 178-184.
- Baker, F., and J. Intagliata. 1982. "Quality of life in the evaluation of community support systems." *Evaluation and Program Planning* 5:69-79.
- Björkman, T., Hansson, L. and M. Sandlund. 2002. "Outcome of case management based on the strengths model compared to standard care. A randomized controlled trial." *Social Psychiatry and Psychiatrist Epidemiology* 37: 147-152.
- Bryk, A. S. and S. W. Raudenbush. 1992. *Hierarchical Linear Models*. Newbury Park: Calif Sage Publications.
- Chamberlain, R. and C. A. Rapp. 1991. "A decade of case management: A methodological review of outome research." *Community Mental Health Journal* 27(3): 171-188.
- Chan, P.S., Krupa, T., Lawson, J. S. and Eastabrook, S. 2005. "An outcome in need of clarity: Building a predictive model of subjective quality of life for persons with severe mental illness living in the community." *The American Journal of Occupational Therapy* 59(2): 181-190.
- Cohen, C. I., Cohen, G. D., Blank, K., Gaitz, C., Katz, I. R., Leuchter, A., Maletta, G., Meyers, B., Sakauye, K. and C. Shamoian. 2000. "Schizophrenia and lder adults - An overview: Directions for research and policy." *American Journal of Geriatric Psychiatry* 8(1): 19-28.
- Garland, A. F., Aarons, G. A., Saltzman, M. D. and M. Kruse. 2000. "Correlates of adolescents' satisfaction with mental health serivce". *Mental Health Services Research* 2(2): 127-139.
- Greenfield, T. K. and C. C. Attkisson. 1989. "Steps toward a multifactorial satisfaction scale for primary care and mental health services." *Evaluation and Program Planning* 12: 271-289.
- Holloway, F. and J. Carson. 1998. "Intensive case management for the severely mentally ill. Controlled trial." *The British Journal of Psychiatry* 172: 19-22.
- Intagliata, J. 1982. "Improving the quality of community care for the chronically mentally disabled: The role of case management." *Schizophrenia Bulletin* 8(4): 655-674
- Intagliata, J. and F. Baker. 1983. "Factors affecting case management services for the chronically mentally ill." *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 11(2): 75-91
- Kelly, S. McKenna, H. and K. Parahoo. 2001. "The relationship between involvement in activities and quality of life for people with severe and enduring mental illness." *Journal of Psychiatic and*

- Mental Health Nursing* 8: 139-146.
- King, R., Bas, J. L. and D. Spooner. 2000. "The impact of caseload on the personal efficacy of mental health case managers." *Psychiatric Services* 51(3): 364-368.
- King, R., Meadows, G. and J. L. Bas. 2004. "Compiling a caseload index for mental health case management." *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 38: 455-462.
- Larsen D.L., C.C. Attkisson, W.A. Hargreaves, and T.D. Nguyen. 1979. "Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale." *Evaluation Program Planning* 2:197 - 207
- Lehman(1983). "The effects of psychiatric symptoms on quality of assessments among the chronically mentally ill." *Evaluation and Program Planning* 6: 143-151.
- Lehman, A.F. 1995. "Measuring quality of life in a reformed health system." *Health Affairs* 14: 90-101.
- Linder-Pelz, S. 1982. Social psychological determinants of patient satisfaction: A test of five hypothesis. *Social Science and Medicine* 15(5): 583-389.
- McGrew, J. H., Bond, G. R., Dietzen, L. and Salyers, M. 1994. "Measuring the fidelity of implementation of a mental health program model." *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62(4): 670-678.
- McGrew, J. H., and G. R. Bond. 1997. The Association between program characteristics and service delivery in Assertive Community Treatment. *Administration and Policy in Mental Health* 25: 175-189.
- Moos, R. H. 1997. *Evaluating Treatment Environments: The Quality of Psychiatric and Substance Abuse Programs*. New Brunswick, London: Transaction Publishers.
- Mowbray, C. T., Moxley, D. P., Jasper, C., and L. Howell, L. (Eds.). 1997. *Consumers as providers in psychiatric rehabilitation*. Columbia, Md.: International Association of Psychosocial Rehabilitation Services.
- Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E. and S. G. Resnick. 1998. "Models of community care for severe mental illness: A review of research on case management." *Schizophrenia Bulletin* 24(1): 37-74
- Oshima, I., Cho, N. and K. Takahashi. 2004. "Effective components of a nationwide case management program in Japan for individuals with severe mental illness." *Community Mental Health Journal* 40(6): 525-537.
- Pascoe, G.C. 1983. "Patient satisfaction in primary health care: A literature review and analysis." *Evaluation and Program Planning* 6:185-210.
- Prince, P. N. and C. R. Prince. 2001. "Subjective quality of life in the evolution of programs for people with serious and persistence mental illness." *Clinical Psychology Review* 21(7): 1005-1036.
- Roberts, R. E. and Attkisson, C. C. 1983. "Assessing client satisfaction among hispanics." *Evaluation and Program Planning* 6: 401-413.
- Ruggeri, M., Gater, R., Biscoffi, G., Barbui, C. and M. Tansella. 2002. "Determinants of subjective quality of life in patients attending community-based mental health services: The South-Verona Outcome Project 5." *ACTA Psychiatrica Scandinavica* 105: 131-140
- Simmons, S. 1994. "Quality of life in community mental health care - a review." *International Journal*

- of Nursing Studies* 31(2): 183-193.
- Singer, J.D. 1998. Using SAS PROC MIXED to fit multilevel models, hierarchical models, and individual growth models. *Journal of Educational and Behavioral Statistics* 24(4): 323-355.
- Solomon, L. P. 2004. "Case management for adults with severe mental illness: Implications for elder care." *경성대학교 사회복지학과 20주년 초청강연 발표문*.
- Solomon, P., Draine, J., and M.A. Dalaney. 1995. "The working alliance and consumer case management." *The Journal of Mental Health Administration* 22(2): 126-134.
- Summers, M. 2000. "Facilitating comparisons between evaluations of case management programs". *Care Management Journals* 2(2): 86-92.
- Teague, G. 1996. *Case Management Comparability Study*. Presentation at the Semiannual ACCESS Grantee Meeting. Bethesda, MD.
- Thronicroft, G. 1991. "The concept of case management for long-term mental illness." *International Review of Psychiatry* 3: 125-132
- WHO. 2001. "Mental health: New understanding new hope." *The World Health Report*.
- Ziguras, S. J. and G. W. Stuart. 2000. "A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years." *Psychiatric Services* 51(11): 1410-1421.



## A Path Analysis of the Case Management Implementation Factors with Client Satisfaction and Quality of Life among the Mentally Ill Persons in the Community

So-Young Min

(소속?????????????????????)

This study examined the relationships among the case management implementation factors, client satisfaction and quality of life among the persons with mental illness. The survey and interviews were conducted to the 18 community-based mental health service agencies which were implementing case management, and the 381 mentally ill persons who were living in the community and were receiving services from the agencies. The path analysis and the hierarchical linear modeling were used to examine the association among the independent, mediator, and dependent variables.

The major finding of this study were that the caseload had the direct relationship with the quality of life. The case management team approach had the direct relationship with the client satisfaction. The suggestions were made that more focus should be on the maintenance of the appropriate caseload, the increase of the number of the case manager, and the team approach.

Key words: case management, mental illness, client satisfaction, quality of life, hierarchical linear modeling, path analysis

[논문 접수일 : 09. 05. 02 심사일: 09. 07. 14 게재 확정일 : 09. 07. 27]