

정신과 환자를 위한 한국판 회복평가척도(Recovery Assessment Scale)의 신뢰도 및 타당도 연구

Reliability and Validity of the Korean Version of the Recovery Assessment Scale(RAS) for Psychiatric Patients

임경민*, 신은식**, 심선화*, 정윤주***

연세대학교 일반대학원 작업치료학과*, 국립나주병원**, 충청남도광역치매센터***

Kyung-Min Lim(glory5@nate.com)*, Eun-Sik Shin(otsonamu@hanmail.net)**,

Sun-hwa Shim(2000choeun@daum.net)*, Yoon-Ju Jeong(estrella28@nate.com)***

요약

본 연구는 정신과 환자에게 한국판 회복평가척도(RAS-K)의 신뢰도와 타당도를 검사하기 위해 실시하였다. 회복평가척도의 원본을 가지고 번안, 역번안을 실시하여 한국판 회복평가척도를 만들었다. 이 연구는 만성적인 정신과적 문제를 가지고 있는 18세 이상의 142명의 대상자에게 실시하였다. 평가도구는 한국판 회복평가척도, 한국판 희망척도, 정신건강회복척도, 행동 및 증상 평가 척도를 사용하였다. 신뢰도 검사에서 내적일치도는 .92, 검사-재검사 신뢰도는 .79로 높은 내적일치도를 지니고 있음을 알 수 있었다. RAS-K와의 동시타당도는 한국판 희망척도($r=.675, p<0.01$), 정신건강회복척도($r=.816, p<0.01$)와는 유의미한 관계를 나타내었으나, 행동 및 증상 평가척도와는 관계는 낮았다. 요인분석 결과는 요인이 5개로 추출되었으며 전체 설명 비율이 62.476%였다. 이 연구는 RAS-K는 한국의 정신과적인 문제를 가진 사람들에게 회복을 평가하기에 적절한 도구라는 것을 보여준다.

■ 중심어 : | 회복평가척도 | 신뢰도 | 타당도 | 정신과 환자 |

Abstract

The aim of this study was to explore the reliability and validity of the Korean version of the Recovery Assessment Scale in psychiatric patients. The original RAS was translated into Korean and the content was verified through back-translation procedures. This study included 142 patients who had chronic mental illness and were aged 18 or older. The subjects were assessed by using RAS-K, the 12-item Dispositional Hope Scale(DHS), the 28-item Mental Health Recovery Measure(MHRM), the 32-item Behavior and Symptom Identification Scale (BASIS-32). In the reliability test, Cronbach's coefficient and test-retest reliabilities were 0.92 and 0.79, respectively, indicating that the RAS-K has good internal consistency. In the analysis of the concurrent validity of the RAS-K, there were significant correlations between the RAS-K and DHS($r=.675, p<0.01$), and between the RAS-K and MHRM($r=.816, p<0.01$), but lower correlations with symptoms and clinician-related measures of psychiatric functioning. Factor analysis resulted in a five factor solution accounting for 62.476% of the common variance. Our study indicates that the RAS-K is an appropriate instrument to assess recovery in Korean psychiatric patients.

■ keyword : | Recovery Assessment Scale | Reliability | Validity | Psychiatric Patients |

I. 서론

조현병 및 정동장애 등과 같은 중증 정신과적 질병은 일상생활에 혼란을 가져올 뿐만 아니라, 대인 및 가족 관계, 직업적 영역까지 심각한 문제를 일으킨다. 이러한 정신과적 질병은 만성화 되는 경향이 있기 때문에 일부 사람들은 질병에서 회복되지 못하고 입·퇴원을 반복하거나 평생에 걸쳐 기능적 어려움을 겪게 되면서 가족과 사회에 심리적, 경제적 부담을 안겨준다[1]. 또한 증상의 재발로 인해 정신과 환자들이 오랜 기간 겪게 되는 좌절은 회복에 대한 희망을 잃게 하고 사회로부터 받는 편견과 낙인은 환자를 더욱 고통스럽게 한다.

그러나 이와 같이 정신과적 질병으로 인한 파국적 영향에도 불구하고 사람들은 질병으로부터 회복하고 있으며, 이들이 증언하는 회복에 대한 경험은 여러 사람들의 관심을 불러일으켰다[2]. 특히 1990년대부터 시작된 미국의 소비자 운동은 정신과 환자를 사회의 부담이 되는 존재가 아닌 함께 더불어 살아가는 사람으로 인식하는데 도움이 되었다. 이는 정신과 환자의 치료 및 재활에 있어서, 기존의 정신과적 증상 관리와 심리사회적 기능장애의 감소에 초점을 두는 정신재활모델에서 스스로 자신의 치료 방식을 선택하고 목표를 정함으로써 주체적인 삶을 살아가는 과정을 중시하는 회복모델로의 변화를 촉진시키는 계기가 되었다[3].

정신과 영역에서의 회복이란 정신과적인 문제가 있음에도 불구하고 만족스럽고 의미 있는 삶을 살아가는 것을 말하는데[4-6], 소비자 중심의 회복 개념이 중요시되면서 회복을 촉진시키는 주요 요인에 대한 다양한 연구들이 활발히 진행되었다. Mead와 Copeland[7]는 희망, 개인적 책임, 교육, 권리 옹호, 상호관계와 지지가 회복의 필수 요소라고 하였으며, Andresen 등[8]은 희망을 찾고 유지하는 것, 긍정적 정체감을 재성립 하는 것, 의미 있는 삶을 건설하는 것, 책임과 통제를 갖는 것이 주요 요소라고 하였다. 심정순과 송순인[9]은 자신의 질병을 관리할 수 있는 능력, 자아능력 강화, 일상생활 유지, 원만한 대인관계유지, 도전적 삶, 직업 활동의 유지, 사회적 기능유지, 희망, 가족과의 관계변화가 회복의 중요 요소라고 하였다.

여러 연구에서 공통적으로 나타나는 회복의 주요 요소들을 살펴보면 그 첫 번째가 희망이다[7][8]. 희망이란 미래의 목표 성취에 대한 기대를 의미하며 진실되고 믿음이 있을 때 발생하는 것으로[4], 회복 과정을 촉진하며 이를 유지시켜주는 원동력이 된다[6]. Snyder 등[10]에 따르면, 희망 수준이 높은 사람은 건강을 회복시키기 위해 질병에 대한 정보를 적극적으로 이용하여 고통을 줄이며, 희망 수준이 낮은 사람은 질병에 대한 집중과 자신에 대한 연민으로 인해 오히려 고통을 증가시키고 치료과정을 위태롭게 한다.

두 번째 공통적 요소는 정신과적 증상의 관리이다[3][6][11]. 이는 회복하기 위해 반드시 증상이 완화되거나 정상 기능으로 복귀되어야 함을 의미하는 것이 아니라, 증상이 있음에도 불구하고 의미 있는 삶을 사는 것을 말한다[3]. 증상을 관리한다는 것은 단순히 수동적으로 치료를 받는 것을 벗어나 증상의 경중과 상관없이 자신의 선택에 따라 치료에 적극적으로 참여하는 것을 의미한다[6].

이러한 회복의 개념과 요소를 토대로 다양한 회복지향 프로그램이 임상에 적용되면서 회복을 객관적으로 측정하려는 도구들이 개발되고 있다. 대표적인 측정도구로는 회복평가척도(Recovery Assessment Scale: RAS), 질병 관리 및 회복 척도(Illness Management and Recovery Scales: IMR Scale), 회복단계측정도구(Stages of Recovery Instrument: STORI), 회복 과정 지표(Recovery Process Inventory: RPI), 정신건강회복 척도(Mental Health Recovery Measure: MHRM) 등이 있다[12].

이 중 RAS는 전 세계적으로 가장 많이 사용되는 도구 중 하나로 Giffort 등[13]이 개발하였다. 원래는 41문항이었으나, Corrigan 등[14]의 연구를 통해 24문항으로 개정되었으며, 자신감과 희망(personal confidence and hope), 도움을 요청하려는 의지(willingness to ask for help), 목표 및 성공지향(goal and success orientation), 타인에 대한 신뢰(reliance on others), 증상에 지배되지 않기(no domination by symptoms)의 5가지 요인이 추출되었다.

우리나라의 경우 최근 정신과 환자의 회복에 대한 관

심이 높아져, 일부 지역정신건강센터와 국립병원을 중심으로 회복 지향의 정신재활프로그램이 도입되고 있는 실정이다. 이에 따라 환자들의 회복 상태를 측정할 수 있는 객관적이고 타당한 측정도구의 필요성이 증대되고 있으나 우리나라는 검증된 회복평가척도가 매우 부족한 편이다. RAS도 사용되는 도구 중 하나로 검사 소요시간이 약 20분 정도로 짧고, 다양한 국가에서 타당도와 신뢰도가 검증된 도구이다. 이에 본 도구는 국내 임상현장에서 사용되고 있으며 연구의 측정도구로도 많이 사용되고 있다. 그러나 RAS에 대한 신뢰도, 타당도 검증이 되어있지 않은 실정이다[15][16]. 따라서 본 연구에서는 24문항의 RAS를 정식적 절차를 거쳐 한국판 RAS를 만들어 신뢰도와 타당도를 검증하고, 한국판 RAS의 요인을 분석함으로써 정신과 환자의 회복 향상에 도움이 되고자 한다.

II. 연구방법

1. 연구대상

본 연구에서 동시타당도, 탐색적 요인분석, 신뢰도 검사는 2013년 4월부터 9월까지 만성정신과 환자 142명을 대상으로 하였으나, 검사-재검사 신뢰도는 142명 중 재검사시 퇴원이나 결석으로 인해 참석하지 못하거나 재검사를 거부한 29명은 제외하고 113명에게 실시되었다. 연구에 참석한 142명 중 정신병원에 입원한 사람은 52명이고 지역사회에 거주중인 사람은 76명이었다. 지역사회 거주중인 사람 중 20명은 사회복지시설에 입소중이었고, 56명은 정신보건센터에 등록된 상태였다. 대상자는 만성 정신질환자로 DSM-IV 진단기준에 따라 정신건강전문의로부터 정신과적 진단을 받은 사람으로 설문지의 문항을 이해하고 응답할 수 있으며 의사소통이 가능한 자로 하였다. 대상자 중 미성년자, 정신지체나 치매, 약물남용으로 진단받거나 외상성손상이 있는 자는 제외하였다[14][17][18]. 선정에 필요한 정보는 대상자의 의료기록과 치료사의 정보에서 얻었다. 설문 전 모든 연구 대상자들에게 연구 방법에 대하여 충분히 설명하고, 자발적 동의를 얻은 후 실시하였다.

응답자들의 일반적인 특성을 살펴보면 평균연령은 41.79±9.41세로, 정신분열병이 85.2%, 분열형 정동장애 7.0%, 양극성 정동장애 7.7%였다[표 1]. 입원환자와 지역사회 거주환자의 성별, 진단명, 나이, 발병나이, 종교, 결혼여부, 장애등급, 학력에 대한 동질성을 검증하기 위해 카이제곱검증을 실시한 결과 통계학적으로 유의미한 차이가 없었다($p>.05$).

내용 타당도에 참여한 대상자는 경력 20년 이상의 정신과 간호사 3명과 사회복지사 1명이었다.

2. 연구도구

2.1 한국판 회복평가척도(Korean version of the Recovery Assessment Scale: RAS-K)

회복평가척도(Recovery Assessment Scale - Revised : RAS-R)는 Giffort 등[13]이 정신장애인의 개인적인 회복수준을 평가하기 위해 개발되었고 Corrigan 등[14]에 의해 개정되었다. 이 도구는 5개의 하위요인으로 구분되어 있으며, 자신감과 희망 9문항, 도움을 요청하려는 의지 3문항, 목표 및 성공지향 5문항, 타인에 대한 신뢰 4문항, 증상에 지배되지 않기 3문항으로 총 24문항으로 구성되어 있다. 각 문항은 5점 리커트 척도(1=전혀 그렇지 않다, 5=매우 그렇다)이다. RAS를 한글로 번안하기에 앞서 RAS-R의 저자인 Corrigan으로부터 평가도구 번안 및 활용에 대한 승인을 얻었으며, 한글로 번안하는 과정은 최윤희[19]의 연구에서 사용했던 번안 및 역번안의 검증방법을 수정 및 보완하여 실시하였다. 번안 과정은 다음과 같은 단계로 진행되었다. 첫째, RAS-R을 정신과 근무경력 5년 이상인 석사학위 소지자 작업치료사 1인이 한글로 번안하였다. 둘째, 이중언어자이며, 문항을 본 적이 없는 임상심리학 박사학위 소지자 교수 1인이 번안된 한글본을 영어로 역번안(back-translation)하였다. 셋째, 영어원어인 2명이 각자 RAS-R 원문(english version)과 영어로 역번안된 척도(back-translated version)의 내용을 비교하였다. 두 척도의 일치도를 1점(전혀 일치하지 않음)부터 5점(완전히 일치함)까지의 5점 척도 상에서 평정하고 2점 이하인 문항에 대해서는 어떠한 문제가 있는지 의견을 적도록 하였다. 넷째, 3~5점으로 평정된 문

항을 우선 채택하였고 이 기준을 충족시키지 못한 2문항에 대해서는 다시 번안-역번안-재검토 과정을 통해서 최종적인 한글판 회복평가척도 문항을 완성하였다.

2.2 한국판 희망척도(Dispositional Hope Scale: K-DHS)

희망척도(Dispositional Hope Scale: DHS-)는 Snyder 등[20]이 개인의 기질적 특성을 통해 희망을 측정하기 위해 개발한 것으로 최유희 등[19]이 한국판으로 번안하여 표준화한 도구이다. 이 검사는 12항목으로

구성된 4점 척도(1=전혀 아니다, 4=분명히 그렇다)이며, 점수가 높을수록 희망수준이 높다는 것을 의미한다. 원 개발 당시 내적일치도(Cronbach's α)는 .74~.88 이었고, 최유희 등[19]의 연구에서 내적일치도(Cronbach's α)는 .77, 검사-재검사 신뢰도는 .80이었다.

2.3 정신건강회복척도(Mental Health Recovery Measure: MHRM-K)

정신건강회복척도(Mental Health Recovery Measure: MHRM)는 Young와 Ensing[21]이 개발한 것으로 증상

표 1. 연구대상자의 일반적 특성

(N= 142)

변인	구분	전체 (n=142) 명(%)	입원 (n=52;36.6%) 명(%)	지역사회 (n=90;63.4%) 명(%)	χ^2	p
거주지역	나주	66(46.5)	52(100)	14(15.6)		
	영광	20(14.1)		20(22.2)		
	원주	20(14.1)		20(22.2)		
	전주	29(20.4)		29(32.2)		
	태안	7(4.9)		7(7.8)		
성별	남성	83(58.5)	34(58.6)	54(60.0)	.243	.622
	여성	59(41.5)	24(41.4)	36(40.0)		
진단명	정신분열증	121(85.2)	45(86.5)	76(84.4)	1.577	.455
	분열형 정동장애	10(7.0)	2(3.8)	8(8.9)		
	양극성 정동장애	11(7.7)	5(9.6)	6(6.7)		
연령(세)	20~30	13(9.2)	3(5.8)	10(11.1)	32.580	.585
	31~40	48(33.8)	11(21.2)	37(41.4)		
	41~50	54(38.0)	27(51.9)	27(30.0)		
	51이상	27(19.0)	11(21.2)	16(17.8)		
발병 나이(세)	20이하	27(19.0)	15(28.8)	12(13.3)	31.920	.371
	21~30	83(58.5)	24(46.2)	59(65.6)		
	31~40	28(19.7)	12(23.1)	16(17.8)		
	41이상	4(2.8)	1(1.9)	3(3.3)		
종교	없음	32(22.5)	14(26.9)	18(20.0)	8.462	.076
	기독교	69(48.6)	24(46.2)	45(50.0)		
	불교	20(14.1)	7(13.5)	13(14.4)		
	천주교	9(6.3)	6(11.5)	3(3.3)		
	기타	12(8.5)	1(1.9)	11(12.2)		
결혼 여부	미혼	86(60.6)	28(53.8)	58(64.4)	3.739	.291
	기혼	27(19.0)	10(19.2)	17(18.9)		
	이혼/별거	25(17.6)	11(21.2)	14(15.6)		
	기타	4(2.8)	3(5.8)	1(1.1)		
장애등급	없음	15(10.6)	6(11.5)	9(10.0)	.295	.961
	1급	17(12.0)	7(13.5)	10(11.1)		
	2급	39(27.5)	14(26.9)	25(27.8)		
	3급	71(50.0)	25(48.1)	46(51.1)		
학력	무학	1(0.7)	0(0)	1(1.1)	2.545	.637
	초졸	11(7.7)	5(9.6)	6(6.7)		
	중졸	16(11.3)	8(15.4)	8(8.9)		
	고졸	74(52.1)	26(50.0)	48(53.3)		
	대졸	40(28.2)	13(25.0)	27(30.0)		
최근 3년 내 입원 횟수	(M±SD)	2.14±2.11	3.81±1.97	1.17±1.49		

의 의존없이 중증 정신질환으로부터 개인의 현재 회복 수준을 평가하기 위해 개발되었으며 송경옥[22]에 의해 한국판으로 번역되어 표준화되었다. 이 도구는 곤경 극복, 자기역량강화, 일반 기능성, 전반적인 삶의 질, 새로운 잠재력 달성, 옹호와 충만감, 영성의 8개 영역 28문항으로 구성되었으며, 5점 척도(0=전혀 그렇지 않다, 4=매우 그렇다)이다. 점수가 높을수록 회복수준이 높다는 것을 의미한다. 원 개발 당시 내적일치도(Cronbach's α)는 .93 이었고, 송경옥[22]의 연구에서 내적일치도(Cronbach's α)는 .95 이었다.

2.4 행동 및 증상 평가척도(Behavior and Symptom Identification Scale: BASIS-32)

행동 및 증상 평가척도(Behavior and Symptom Identification Scale: BASIS-32)는 Eisen 등[23]이 정신질환으로 인해 경험할 수 있는 주요 증상과 경험에서의 어려움을 평가하기 위해 개발한 것으로 배안 등[24]에 의해 한국판으로 번역되어 표준화되었다. 이 검사는 자신·타인과의 관계, 우울과 불안, 일상생활기능, 알코올과 약물 사용, 정신증의 5개 영역 32문항으로 구성되었으며, 5점 척도(1= 전혀 어려움이 없었다, 5=극히 어려웠다)이다.

원개발 당시 내적일치도(Cronbach's α)는 .89 이었고, 배안 등[24]의 연구에서 내적일치도(Cronbach's α)는 .93 이었다.

3. 연구 과정

RAS-K의 내용이 회복을 측정하기에 타당한지 검증하기 위해 경력 20년 이상의 정신과 간호사 3명, 사회복지사 1명을 대상으로 RAS-K의 내용타당도 검증을 실시하였고, K-DHS, MHRM-K, BASIS-32를 이용하여 동시타당도를 검증하였다. 또한 RAS-K의 구성이 타당한지 검증하기 위해 탐색적 요인분석(exploratory factor analysis)을 실시하였다.

내적일치도는 대상자 전체, 입원한 사람, 지역사회에 거주하는 사람으로 나누어서 검증하였고, 검사-재검사 신뢰도는 초기 평가를 실시한 후 2주 후에 재평가를 실시하였다.

4. 자료분석

한글판 RAS-R의 신뢰도 및 타당도 검증을 위해 SPSS 18.0 프로그램을 이용하여 자료를 분석하였다. 한글판 RAS의 내용타당도에 대하여 기술통계를 실시하였고, 동시타당도와 검사-재검사 신뢰도는 피어슨 상관계수(Pearson Correlation Coefficient), 내적합치도는 Cronbach's alpha, 요인분석을 위해 탐색적 요인분석을 실시하였다.

III. 연구결과

1. 타당도 검증

1.1 내용타당도

내용 타당도 검증은 경력 20년 이상의 정신과 간호사 3명과 사회복지사 1명에게 실시하였다.

각 문항의 적절성에 대해 매우 적합(1), 적합(2), 보통(3), 부적합(4), 매우 부적합(5) 척도로 평가한 뒤, 문항이 부적합(4점 이상)으로 응답한 문항에 대해서는 대체할 문항이나 그 이유를 기록하게 하였다. 그 밖에 추가할 문항이 있는지에 대한 의견을 기록하도록 하였다. 내용타당도 검증 결과 추가되어야 할 문항으로 '자신에 대한 수용'(25%), 삭제되어야 할 문항으로 24번 문항 '여러 친구를 사귀는 것은 중요하다'(25%)는 응답이 있었다[표 2]. 24번 문항이 삭제되어야 할 이유는 '우리나라 정서상 자기 안에서 무엇이 채워지면 밖에서 누군가를 찾지 않기 때문에 연관이 없다고 생각한다'고 응답하였다. 또 하위척도 영역 중 개인적인 자신감과 희망, 증상에 압도되지 않는 것의 영역이 다른 영역보다 회복을 측정하는 데 더 중요하다고 생각하고 있었다.

각 문항에 대한 내용타당도 점수가 평균 2.5 이상인 문항은 제거하도록 하였는데[25], 이에 해당하는 문항이 없었기 때문에 그대로 24 문항을 사용하였다[표 4].

1.2 동시타당도

RAS-K의 동시타당도를 알아보기 위하여 MHRM-K, K-DHS, BASIS-32와의 상관관계 분석을 실시하였다. RAS-K와 MHRM-K 상관관계는 .830으로 높은 상관

표 2. RAS 항목의 추가나 삭제에 대한 응답 (N= 4)

질문	척도	빈도(%)
본 평가의 문항 중 추가 되어야 할 문항이 있다고 생각하십니까?	예	1(25.0%)
	아니오	3(75.0%)
본 평가의 문항 중 삭제되어야 할 문항이 있다고 생각하십니까?	예	1(25%)
	아니오	3(75%)

표 3. 내용타당도 질문에 대한 응답 (N=4)

질문	평균점수
본 평가가 우리나라 문화에 적합하다고 생각하십니까?	2.25±0.500
본 평가가 우리나라 정신과 현장에서 사용하기에 적절하다고 생각하십니까?	2.25±0.500
본 평가가 회복의 의미 있는 변화를 확인할 수 있다고 생각하십니까?	2.50±0.577
평가의 하위척도인 개인적인 자신감과 희망이 회복을 측정하는 데 중요하다고 생각하십니까?	1.75±0.957
평가의 하위척도인 도움을 요청하고자 하는 의지가 회복을 측정하는 데 중요하다고 생각하십니까?	2.25±0.957
본 평가의 하위척도인 목표와 성공 지남력이 회복을 측정하는 데 중요하다고 생각하십니까?	2.00±0.861
평가의 하위척도인 다른 사람에 대한 신뢰가 회복을 측정하는 데 중요하다고 생각하십니까?	2.00±0.861
평가의 하위척도인 증상에 압도되지 않는 것이 회복을 측정하는 데 중요하다고 생각하십니까?	1.75±0.500

표 4. RAS 하위 항목의 내용타당도 평가 (N= 4)

질문	평균점수
1. 나는 성공하고 싶은 욕구가 있다	1.75±.957
2. 나는 어떻게 지금을 유지할 것인지 또는 더 나아질 것인지 계획을 갖고 있다.	1.75±.500
3. 나는 이루고 싶은 삶의 목표가 있다.	1.50±.577
4. 나는 지금 가지고 있는 목표를 성취할 수 있을 것이라고 믿는다.	1.50±.577
5. 나의 삶에는 목적(방향성)이 있다.	1.50±.577
6. 비록 내가 나를 돌보지 못할 때에도, 다른 사람들이 나를 돌봐준다.	1.75±.500
7. 두려움 때문에 내가 원하는 삶을 포기하지는 않는다.	1.25±.500
8. 나는 내 삶에서 일어나는 일을 다룰 수 있다.	2.25±.500
9. 나는 나 자신을 좋아한다.	1.50±.577
10. 만약 사람들이 진정한 나를 안다면, 나를 좋아할 것이다.	1.75±.957
11. 나는 내가 어떤 사람이 되고 싶은지 안다.	1.25±.500
12. 결국에는 잘 될 것이다.	1.25±.500
13. 나는 나의 미래에 대해 희망적이다.	1.00±.000
14. 나는 새로운 흥미거리가 계속 생겨난다.	1.50±.577
15. 내가 가진 병에 대처하는 것이 더 이상 내 삶의 주요 관심사는 아니다.	1.75±.500
16. 내 증상이 내 삶을 방해하는 정도가 점점 줄어든다.	1.50±.577
17. 나의 증상이 생길 때마다 그 증상이 문제되는 시간이 줄어들고 있다.	2.00±.816
18. 나는 도움을 청해야 할 때를 안다.	1.50±.577
19. 나는 도움을 요청할 의향이 있다.	2.00±.816
20. 나는 도움이 필요할 때 도움을 요청한다.	1.75±.957
21. 나는 스트레스를 조절할 수 있다.	1.75±.957
22. 나는 의지할 사람들이 있다.	1.25±.500
23. 비록 내가 나를 못 믿을 때라도 다른 사람들은 나를 믿어준다.	2.00±.816
24. 여러 친구를 사귀는 것은 중요하다.	1.75±.957

관계를 보였고, K-DHS와는 .637과는 중간 정도의 상관관계. BASIS-32와는 .257로 낮은 상관관계를 보였다 [표 5].

1.3 탐색적 요인분석

요인분석의 표본 적합도를 점검하고자 Kaiser-

Meyer-Olkin(KMO) 검정과 Bartlett의 구형성 검정을 실시한 결과, 표본 적합도를 나타내는 KMO가 .889로 나타났으며 Bartlett의 구형성 검증 결과 p<.001로 자료가 요인분석에 적합한 것으로 나타났다.

본 연구에서는 탐색적 요인분석(exploratory factor analysis)이 실시되었는데, 초기 요인분석에서는 고유

표 5. RAS-K와 타당도 변인들의 서비스기관 유형에 따른 상관관계분석

척도	전체 (n = 142)	입원 (n=52; 36.6 %)	지역사회 (n=90; 63.4 %)
MHRM-K	.816**	.799**	.822**
Hope	.675**	.583**	.703**
BASIS 32	-.225**	-.212	-.270*

*P<0.05, **P<0.01

표 6. RAS-K의 요인분석

요인	추출 제공합적재값			회전제공합적재값			부여한 요인명
	고유값	분산비율	누적비율	고유값	분산비율	누적비율	
요인1	9.025	37.602	37.602	4.372	18.216	18.216	목표와 성공지남력
요인2	2.081	8.673	46.275	3.887	16.196	34.412	개인적인 자신감과 희망
요인3	1.451	6.044	52.319	2.508	10.452	44.864	도움을 요청하고자 하는 의지
요인4	1.254	5.227	57.546	2.479	10.327	55.191	증상에 압도되지 않는 것
요인5	1.183	4.930	62.476	1.748	7.284	62.476	기타

표 7. 요인분석 결과

문항	요인부하량			
	1	2	3	4
3. 나는 이루고 싶은 삶의 목표가 있다.	.788	.134	.186	.155
1. 나는 성공하고 싶은 욕구가 있다	.750	.048	.097	.108
11. 나는 내가 어떤 사람이 되고 싶은지 안다.	.669	.347	.157	.039
5. 나의 삶에는 목적(방향성)이 있다.	.626	.488	.106	.029
2. 나는 어떻게 지금을 유지할 것인지 또는 더 나아질 것인지 계획을 갖고 있다.	.618	.341	.169	.341
24. 여러 친구를 사귀는 것은 중요하다.	.580	.189	.223	.094
4. 나는 지금 가지고 있는 목표를 성취할 수 있을 것이라고 믿는다.	.551	.516	.252	.121
7. 두려움 때문에 내가 원하는 삶을 포기하지는 않는다.	.397	.156	-.041	.375
9. 나는 나 자신을 좋아한다.	.264	.777	.158	.094
14. 나는 새로운 흥미거리가 계속 생겨난다.	.276	.710	-.040	.192
10. 만약 사람들이 진정한 나를 안다면, 나를 좋아할 것이다.	.399	.604	.141	.204
12. 결국에는 잘 될 것이다.	.504	.575	.116	-.006
23. 비록 내가 나를 못 믿을 때라도 다른 사람들은 나를 믿어준다.	-.060	.569	.297	.213
13. 나는 나의 미래에 대해 희망적이다.	.514	.533	.166	-.004
8. 나는 내 삶에서 일어나는 일을 다룰 수 있다.	.256	.485	.253	.458
20. 나는 도움이 필요할 때 도움을 요청한다.	.247	.241	.728	.137
22. 나는 의지할 사람들이 있다.	.102	.069	.705	.084
18. 나는 도움을 청해야 할 때를 안다.	.122	.002	.695	.328
19. 나는 도움을 요청할 의향이 있다.	.360	.293	.623	-.004
16. 내 증상이 내 삶을 방해하는 정도가 점점 줄어든다.	.085	.130	.067	.859
17. 나의 증상이 생길 때마다 그 증상이 문제되는 시간이 줄어들고 있다.	.125	.045	.210	.817
21. 나는 스트레스를 조절할 수 있다.	.102	.388	.258	.513
6. 비록 내가 나를 돌보지 못할 때에도, 다른 사람들이 나를 돌봐준다.	.166	-.082	.144	.071
15. 내가 가진 병에 대처하는 것이 더 이상 내 삶의 주요관심사는 아니다.	.022	.307	.102	.103

Extraction Method: Principal Component Analysis.
 Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.
 A Rotation converged in 8 iterations.

치(eigenvalues)가 1.0이상인 요인이 5개였으며, 이 요인의 전체 설명비율이 62.476%였다[표 6].

산출된 요인별 고유값, 분산비율, 누적설명비율은 표 5에 제시되어 있으며 산출된 요인을 개념화하기 위해

요인의 명칭을 부여하였다. 각 요인에 따른 문항별 요인 부하량은 절대값 .40 이상인 값만 제시하였다[표 7].

2. RAS-K의 신뢰도

RAS-K의 신뢰도를 알아보기 위하여 Cronbach의 내적합치도 계수를 산출하였다. 신뢰도 계수가 전체 대상자는 .923, 입원은 .895, 외래는 .932로 높은 문항 내적 일치도를 지니고 있음을 알 수 있었다.

검사-재검사 신뢰도는 전체 113명(입원 43, 외래 70명)에게 2주 간격으로 실시하여 피어슨 상관계수를 계산하였다. 검사-재검사 신뢰도는 전체 .796, 입원 .818, 외래 .781으로 나타나 시간적 안정성도 확인되었다[표 8].

표 8. RAS 신뢰도

신뢰도	전체	입원	외래
내적합치도	.923	.895	.932
검사-재검사	.796	.818	.781

IV. 고찰

본 연구에서는 Corrigan 등[14]에 의해 개정된 RAS를 다시 체계적으로 변안한 RAS-K의 타당도와 신뢰도를 확인하고자 하였다.

완성된 RAS-K의 타당도 검증을 위해 내용타당도, 동시타당도, 구성 타당도 검증이 실시되었다. 내용 타당도 검증 결과 RAS-K의 문항 추가의 필요성에서는 평균 75%의 응답자들이 필요하지 않다고 응답하였다. 하지만, 추가 문항이 필요하다고 한 응답자들의 구체적 설명을 보면 자신의 수용에 대한 문항이 필요하다고 하였다. 문항 삭제에 관한 질문에서는 평균 75%의 응답자들이 필요하지 않다고 하였다. 그러나 문항 삭제가 필요하다고 한 응답자는 24번 문항인 ‘여러 친구를 사귀는 것은 중요하다’를 삭제해야 한다고 하였다. 구체적 이유를 보면 우리나라 정서상 자기 안에서 무엇이 채워지면 밖에서 누군가를 찾지 않기 때문에 연관이 없다고 생각한다고 하였다. 하지만 Fehring[25]의 연구에 의하면 평균이 절반이하의 점수인 부적합한 문항의 제거는 하지 않았다.

구성타당도를 검증하기 위해 요인분석을 실시한 결과 최종적으로 5개의 요인이 추출되었다. 이는 Corrigan

등[14], McNaught 등[18]과 Chiba 등[17]의 연구에서 실시한 요인분석 결과와 비교하였을 때 추출된 요인의 수는 같으나 요인에 속하는 문항에서 다소 차이가 있는 결과였다. Corrigan 등[14]이 미국에서 실시한 연구와 McNaught 등[18]이 오스트리아에서 실시한 연구에서는 개인적인 자신감과 희망이 같은 요인으로 묶였으나 Chiba 등[16]이 일본에서 실시한 연구에서는 목표/성공 지남력과 희망이 같은 요인으로 묶였다. 본 연구에서 실시한 요인분석 결과 RAS-K는 Corrigan 등[14]와 McNaught 등[18]의 연구와 비슷하게 묶였다. 일본의 연구에서는 목표나 성공에 대한 지남력이 희망과 밀접하게 인식된다고 보았으나, 미국이나 오스트리아 그리고 본 연구에서는 개인적인 자신감이 희망과 밀접하게 인식되고 있었다. 또 RAS-K는 선행연구에서 나타난 요인인 다른 사람에 대한 신뢰 요인으로는 문항들이 묶이지 않았으며, 마지막 5요인은 서로 관련 없는 내용들이 묶임으로써 기타 요인으로 처리하였다[26]. Corrigan 등[14]과 Chiba 등[17]에서 다른 사람의 신뢰 항목에 포함된 항목 중 “6. 비록 내가 나를 돌보지 못할 때에도, 다른 사람들이 나를 돌봐준다.” 항목은 본 연구에서는 기타 항목에 포함되고, “22. 나는 의지할 사람들이 있다.” 항목은 도움을 요청하고자 하는 의지에 포함되고, “23. 비록 내가 나를 못 믿을 때라도 다른 사람들은 나를 믿어준다.” 항목은 개인적인 자신감과 희망에 포함되었다. 본 연구에서는 다른 사람과의 관계를 보기 보다는 우리나라 사람은 자신의 입장에서 상황들을 판단하는 것으로 보인다.

MHRM-K, Hope, BASIS 32와 RAS-K의 동시타당도를 보면, MHRM-K, Hope와는 긍정적인 높은 상관관계를 가지고 있으나, BASIS 32와는 상관관계가 낮다. 이러한 연구 결과는 Chiba 등[17]의 연구에서 보여준 Hope 척도와는 상관관계가 높고, The short form 8 health survey questionnaire (SF-8) 신체적 요소 척도나 BASIS-32와는 상관관계가 낮거나 부적인 영향이 있다는 연구 결과와 비슷하다. Anthony[4]의 연구에서 희망은 동기적인 힘에서 유발한 행동으로 미래의 목표 성취에 대한 기대를 의미하며 진실되고 믿음이 있을 때 발생하는 것으로 회복과 연결된다고 본 것과 비슷하다

[4]. 즉 희망은 회복과정을 촉진하며 이를 유지시켜주는 원동력이 되는 것이다[6]. 하지만 증상은 완화되거나 정상 기능으로 복귀하는 것이 회복을 위해서 반드시 필요하지는 않지만 증상의 경중과 상관없이 의미있는 삶을 살아가는 것이 회복의 주요 요인이라는 것이다[6]. 도구를 번안하고 그 타당성을 검증할 경우 하위요인에 대한 사전적 정의를 제시하여 요인의 명칭을 부여하는 것이 타당하다[27]. 본 연구의 결과로 추출된 요인은 회복에서의 필요한 하위 요인에 대한 사전적 정의와 조작적 정의를 제시하여 타당성을 부여하였다[27].

마지막으로 살펴 본, RAS-K의 신뢰도에서 입원과 외래 각각이나 전체 대상자의 내적합치도는 .85이상이다. 일본과 미국 오스트리아에서 실시된 예전의 연구에서도 내적합치도는 .70이상을 보였다[14][17][18]. 검사-재검사 신뢰도는 상관계수가 .75이상일 때 높은 신뢰도를 갖는 것으로 해석한다[25]. 본 연구에서 검사-재검사의 Pearson 상관계수는 전체 .796, 입원 .818, 외래 .781로 나타나 유의미하게 높은 상관관계를 보였다. Chiba 등[16]의 연구에서 1~2주 간격으로 실시한 검사-재검사 신뢰도는 .81로 나타나 높은 신뢰도를 보였다. 선행 연구와 비슷한 본 연구의 결과를 토대로 RAS-K는 내용적인 일관성과 시간적인 안정성을 지니고 있음을 확인 할 수 있다.

본 연구의 제한점은 첫째 내용 타당도 검증을 위한 연구 대상자의 수가 적었다는 것이다. 또한 내용타당도에 정신 증상을 치료하는 다양한 영역의 전문가 집단을 선정하지 못했다. 둘째 RAS-K는 자기보고식 질문지이므로 자신의 문제를 부인하거나 바람직한 방향으로 보이고자 하는 응답자의 영향으로 편향된 점수가 나올 수 있다. 셋째, 함축적이거나, 우리 정서상으로는 쉽게 이해할 수 없는 문항들이 있어서 상세한 설명을 해 주어야 했다. 즉 타당도 검증을 할 때 실제 대상자에 대한 문항 이해도 평가가 이루어지지 않았다. 향후 연구에서는 한국의 정서와 문화를 고려한 회복 평가 도구와 프로그램이 개발되어야 할 것이다.

V. 결론

본 연구는 한국판 회복평가 척도의 표준화를 위해 신뢰도와 타당도를 알아보기 위해 실시하였다. 대상자는 만성적인 정신과적 문제를 가지고 있는 18세 이상의 142명이었다. 평가도구는 한국판 회복평가척도, 한국판 희망척도, 정신건강회복척도, 행동 및 증상 평가 척도를 사용하였다. 신뢰도 검사에서 내적일치도는 0.92, 검사-재검사 신뢰도는 .79로 높은 내적일치도를 지니고 있음을 알 수 있었다. RAS-K와의 동시타당도는 한국판 희망평가척도($r=.675, p<0.01$) 정신건강회복척도($r=.816, p<0.01$)와는 유의미한 관계를 나타내었으나, 행동 및 증상 평가척도와와의 관계는 낮았다. 요인분석 결과는 요인이 5개로 추출되었으며 전체 설명 비율이 62.476%였다. 이 연구는 RAS-K는 한국의 정신과적 문제를 가진 사람들의 회복을 평가하기에 적절한 도구임을 보여준다. 회복평가척도는 정신과 환자의 치료 효과를 평가하는 데 적용될 수 있을 것이다.

참고 문헌

- [1] R. P. Liberman and A. Kopelowicz, "Recovery from schizophrenia: a concept in search of research," *Psychiatric Services*, Vol.56, No.6, pp.735-742, 2005.
- [2] G. Roberts and P. Wolfson, "The rediscovery of recovery: open to all," *Advances in Psychiatric Treatment*, Vol.10, No.1, pp.37-48, 2004.
- [3] L. Davidson, J. Tondora, M. J. O'Connell, T. Kirk Jr, P. Rockholz, and A. C. Evans, "Creating a recovery-oriented system of behavioral health care: moving from concept to reality," *Psychiatric Rehabilitation Journal*, Vol.31, No.1, pp.23-31, 2007.
- [4] W. A. Anthony, "Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s," *Psychosocial Rehabilitation Journal*, Vol.16, pp.11-13, 1993.
- [5] P. E. Deegan, "Recovery: The lived experience

- of rehabilitatio,” *Psychosocial Rehabilitation Journal*, Vol.11, No.4, pp.11-19, 1988.
- [6] B. Schrank and M. Slade, “Recovery in psychiatry,” *Psychiatric Bulletin*, Vol.31, No.9, pp.321-325, 2007.
- [7] S. Mead and M. E. Copeland, “What recovery means to us: consumers’ perspectives,” *Community mental health journal*, Vol.36, No.3, pp.315-328, 2000.
- [8] R. Andresen, L. Oades, and P. Caputi, “The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model,” *Australasian Psychiatry*, Vol.37, No.5, pp.586-594, 2003.
- [9] 심경순, 송순인, “정신보건전문가들이 인식하는 정신장애인의 회복에 관한 연구”, *정신보건과 사회사업*, 제32권, pp.78-105, 2009.
- [10] C. R. Snyder, C. Harris, J. R. Anderson, S. A. Holleran, L. M. Irving, S. T. Sigmon, and P. Harney, “The will and the ways: development and validation of an individual-differences measure of hope,” *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol.60, No.4, pp.570-585, 1991.
- [11] C. Gagne, W. White, and W. A. Anthony, “Recovery: A common vision for the fields of mental health and addictions,” *Psychiatric Rehabilitation Journal*, Vol.31, No.1, pp.32-37, 2007.
- [12] M. Cavelti, S. Kvrjic, E. M. Beck, J. Kossowsky, and R. Vauth, “Assessing recovery from schizophrenia as an individual process. A review of self-report instruments,” *European psychiatry*, Vol.27, No.1, pp.19-32, 2012.
- [13] D. Giffort, A. Schmook, C. Woody, C. Vollendorf, and M. Gervain, *Construction of a scale to measure consumer recovery*, Illinois Office of Mental Health, 1995.
- [14] P. W. Corrigan, M. Salzer, R. O. Ralph, Y. Sangster, and L. Keck, “Examining the factor structure of the recovery assessment scale,” *Schizophrenia bulletin*, Vol.30, No.4, pp.1035-1041, 2004.
- [15] 정영선, *만성정신분열병 환자가 지각하는 가족의 지지 및 표출정서가 회복평가에 미치는 영향*, 동의대학교 석사논문, 2010.
- [16] 김나라, 김명식, 권정혜, “만성정신분열병의 회복과 관련된 변인에 대한 연구”, *한국심리학회지:임상*, 제24권, 제4호, pp.739-754, 2005.
- [17] R. Chiba, Y. Miyamoto, and N. Kawakami, “Reliability and validity of the Japanese version of the Recovery Assessment Scale (RAS) for people with chronic mental illness: scale development,” *International journal of nursing studies*, Vol.47, No.3, pp.314-322, 2010.
- [18] M. McNaught, P. Caputi, L. G. Oades, and F. P. Deane, “Testing the validity of the Recovery Assessment Scale using an Australian sample,” *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, Vol.41, No.5, pp.450-457, 2007.
- [19] 최유희, 이희경, 이동귀, “Snyder의 희망척도 한국번역판의 타당화 연구”, *한국심리학회지*, 제22권, 제2호, pp.1-16, 2008.
- [20] C. R. Snyder, “Conceptualizing, measuring, and nurturing hope,” *Journal of Counseling and Development*, Vol.73, pp.355-360, 1995.
- [21] S. L. Young and D. Ending, “Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities,” *Psychiatric Rehabilitation Journal*, Vol.22, pp.219-231, 1999.
- [22] 송경옥, *한국어판 정신건강회복척도(MHRM-K)의 신뢰도와 타당도 평가*, *정신보건과 사회사업*, 제34권, 제4호, pp.154-188, 2010.
- [23] S. V. Eisen, D. L. Dill, and M. C. Grob, “Reliability and validity of a brief patient-report instrument for psychiatric outcome evaluation,”

Spital & community psychiatry, Vol.45, No.3, pp.242-247, 1994.

[24] 배안, 홍창희, 신경, “행동 및 증상 평가척도의 타당화 연구”, 한국심리학회지:임상, 제30권, 제4호, pp.929-941, 2011.

[25] R. J. Fehring, “Methods to validate nursing diagnoses,” Heart & Lung, Vol.16, No.6, pp.1-9, 1987.

[26] G. Roberts and P. Wolfson, “The rediscovery of recovery: open to all,” Advances in Psychiatric Treatment, Vol.10, No.1, pp.37-48, 2004.

[27] 김미량, 이연주, 황선환, “여가만족척도(LSS-Short form)의 타당도 검증과 적용”, 한국콘텐츠학회논문지, 제10권, 제11호, pp.435-445, 2010.

심 선 화(Sun-Hwa Shim)

정회원



- 2008년 2월 : 연세대학교 특수대학원 건강증진교육(석사)
- 2011년 3월 ~ 현재 : 연세대학교 일반대학원 작업치료학과(박사과정)

<관심분야> : 신경계작업치료, 지역사회작업치료

정 윤 주(Yoon-Ju Jeong)

정회원



- 2013년 8월 : 연세대학교 일반대학원 작업치료학과(석사)

<관심분야> : 노인작업치료, 신경계작업치료

저 자 소 개

임 경 민(Kyung-Min Lim)

정회원



- 2008년 2월 : 건국대학교 행정대학원 사회복지학과(석사)
- 2011년 9월 ~ 현재 : 연세대학교 일반대학원 작업치료학과(박사과정)

<관심분야> : 노인작업치료, 신경계작업치료

신 은 식(Eun-Sik Shin)

정회원



- 2008년 2월 : 한서대 일반대학원 작업치료학과(석사)
- 2012년 9월 ~ 현재 : 연세대학교 일반대학원 작업치료학과(박사과정)

<관심분야> : 정신사회작업치료