

회복지향실천이 정신장애인의 정신과적 증상에 미치는 영향

이인정¹, 김미영^{2*}

¹호서대학교 사회복지학부 교수, ²한라대학교 사회복지학과 교수

The Effects of Recovery Oriented Practices on Psychiatric Symptoms of People with Mental Disorder

In-Jeong Lee¹, Mi-Young Kim^{2*}

¹School of Social Welfare, Hoseo University, Professor

²Department of Social Welfare, Halla University, Professor

요 약 본 연구는 회복지향실천이 정신장애인의 정신과적 증상에 미치는 영향을 살펴보고 나아가 회복지향실천의 각 하위 영역 중 어떠한 요인이 정신과적 증상에 영향을 미치는지 탐색함으로써 지역사회 정신보건기관의 회복지향실천 적용을 위한 실천적 의의를 제시하는데 그 목적이 있다. 이를 위해 전국 정신장애인 사회복지시설을 이용하는 정신장애인 378명을 대상으로 설문조사를 실시하였으며, 상관관계분석 및 위계적 회귀분석을 실시하였다. 연구결과, 연령과 유병기간을 포함한 회복지향실천의 5개 하위요인 중 '삶의 목표', '관여', '치료대안의 다양성'이 정신장애인들의 증상을 완화시키는 것으로 확인되었다. 이러한 연구결과를 바탕으로 국내 정신보건기관이 회복지향실천의 가치와 요소를 반영하여 정신장애인의 회복을 촉진시킬 수 있도록 정신의학 및 사회복지학의 융복합적 의의를 제시하였다.

주제어 : 정신장애인, 회복지향실천, 정신과적 증상, 회복, 융합

Abstract This study examines the effects of recovery-oriented practices on psychiatric symptoms of people with mental disorder and further explores the impact of recovery-oriented practices in each subcategories on psychiatric symptoms, thereby demonstrating the intent of restoring the community mental health rehabilitation center. For this, a survey was conducted on 378 people with mental disorder who used community mental health rehabilitation center and correlation and hierarchical regression analysis were conducted. The study found that among the five subcategories of recovery, including age and duration of illness, 'Life Goal,' 'Involvement,' and 'diversity of treatment options' alleviate symptoms of people with mental disorder. Based on these findings, community mental health rehabilitation center has presented the combined significance of psychiatry and social welfare programs to facilitate the recovery of the mentally handicapped by reflecting the value and factors of recovery-oriented practice.

Key Words : People with Mental Disorder, Recovery Oriented Practice, Psychiatric Symptom, Recovery, Convergence

1. 서론

정신장애인의 탈원화가 시작된 이래 퇴원 이후 정신장애인들이 많은 시간을 보내는 지역사회 정신보건 서비

스의 중요성이 꾸준히 증가되어 왔다. 이에 따라 정신보건서비스에 관한 기존의 연구들은 어떠한 내용의 프로그램과 개입기법이 정신장애인의 증상완화 및 삶의 질 개선에 긍정적 영향을 미치는지 등 서비스 효과성을 중심

*Corresponding Author : Mi-Young Kim(mykim@halla.ac.kr)

Received September 7, 2018

Accepted November 20, 2018

Revised October 18, 2018

Published November 28, 2018

으로 진행되어 왔으나, 최근에는 서비스가 제공되는 분위기, 소비자-서비스제공자와의 관계와 같은 기관의 실천환경에 대한 관심이 증가하고 있다[1].

1990년대부터 정신장애인 당사자들의 수기와 질적연구로 시작된 회복의 초기연구에 의하면 병식, 증상관리 등 질병관련 요소와 지지체계 및 치료체계 등 환경적 요소의 상호작용으로 정신장애인의 회복이 증진됨을 보고하고 있다[2,3]. 특히 증상의 관리와 조절은 정신장애인들이 자신의 삶에 대해 스스로 책임감을 갖고 능동적 주체로 나아가도록 하는 시작점이자 회복을 유지하는 중요한 요인으로 간주된다[4].

정신과적 증상은 사고 장애, 지각 장애, 기분 및 정동 장애, 의식 장애, 지남력 장애, 기억 장애, 지능 장애, 주의력 및 집중력 장애, 행동 장애로 구분된다. 특히 중증만성 정신장애의 가장 흔한 진단인 조현병의 경우 망상과 환각, 사고장애 등의 양성증상과 둔마된 정서와 같은 음성증상이 대표적으로 나타난다[5]. 조현병 환자의 치료에 관한 선행연구에 따르면 양성증상은 약물에 잘 반응하는 반면 음성증상은 인지적, 사회적 기능 손상을 초래하기 때문에 사회적응의 장애물로 인식되어 왔다. 따라서 약물치료와 동시에 환자가 증상에 대한 관리 및 조절능력을 갖고 인지적, 사회적 기능장애를 최소화하여 지역사회에 통합되어 살아가기 위해서는 이를 위한 정신건강서비스의 제공이 상당히 중요하다[6,7].

우리나라에서는 1995년 정신보건법이 시행되면서 지역사회 정신보건기관이 수적으로 증가하여왔고, 각 기관은 정신장애인이 성공적인 지역사회적응을 할 수 있도록 증상 완화를 위한 질병관리, 사회기능향상을 목표로 서비스를 제공해왔다. 특히 최근 정신장애인의 강점을 강화하고 자율성과 참여를 촉진함으로써 회복을 촉진하는 회복모델이 등장함에 따라 지역사회 정신건강서비스 또한 회복지향실천을 반영하는 기관들이 증가하고 있다.

회복지향실천(recovery-oriented practice)이란, 정신장애인 당사자의 권리를 존중하고, 이들 개개인에 맞는 개별화된 서비스를 제공하며, 회복에의 희망을 고취시키고 서비스가 제공되는 과정에 당사자의 능동적인 참여를 가능케 하는 서비스 환경을 의미한다[8]. 이는 서비스 체계와 서비스 전달방식까지 모든 서비스환경이 회복을 지향하도록 하는 포괄적인 전환을 뜻한다[9].

과거 의료모델에 기반한 강압적인 치료 환경은 환자를 병리적 관점으로만 바라봄으로써 정신장애인을 오

려 수동적인 존재로 만들었으며, 증상의 완치만을 회복으로 정의내림에 따라 무력감과 절망감을 주기도 하였다[10]. 그러나 1990년대 이후 정신장애인 당사자의 자기결정과 참여를 존중하는 치료환경이 오히려 정신장애인들이 질병에 적극적으로 대처할 수 있게 한다는 선행연구들이 보고되었으며[11], 서비스제공자와의 관계가 전문가 대 수혜자가 아닌 동등하고 협력적인 관계가 될 때 정신장애인이 삶에 대한 통제력을 가지고 회복에의 희망을 가지게 된다고 하였다[12]. 이러한 연구결과들은 회복지향실천이 정신장애인의 참여와 자율성을 촉진하고 자신의 강점을 강화시킴으로써 삶의 만족을 높이고 진정한 회복에 이르게 함을 입증하는 것이라 볼 수 있다.

그럼에도 불구하고 이제까지 회복지향실천에 대한 국내의 선행연구는 상당히 부족한 편이며, 대부분의 연구들은 회복지향실천이 정신장애인의 희망이나 삶의 질 같은 주관적 평가지표에 미치는 영향만을 살펴보았다. 비록 회복관점에서는 정신장애인의 모든 증상이나 고통이 사라지는 완치를 회복으로 개념화하지 않기 때문에 증상의 존재여부가 회복과정에서 중요하지 않은 것으로 여겨지기도 한다[12]. 그러나 증상의 완화와 조절은 회복을 견인하는 중요한 요인이며, 특히 주관적으로 지각하는 정신과적 증상은 재발을 초기에 발견하고 질병의 경과를 관찰하며 관리하는데 매우 중요하다고 알려져 있다[13].

이에 본 연구에서는 회복지향실천이 정신장애인의 정신과적 증상에 미치는 영향을 살펴보고 나아가 회복지향실천의 각 하위영역 중 어떠한 요인이 특히 정신과적 증상과 관계가 있는지 탐색함으로써 지역사회 정신보건기관의 회복지향실천 적용을 위한 실천적 의의를 제시하고자 한다.

2. 연구방법

2.1 연구대상

본 연구를 위해 2015년 3월부터 4월까지 전국 정신장애인 사회복지시설 중 이용시설을 이용하고 있는 정신장애인을 대상으로 설문조사를 실시하였다. 표집방법은 임의표본추출방법으로, 전국 정신장애인 사회복지시설의 목록을 확보하여 기관 담당자에게 전화로 연구목적과 연구내용을 설명하였고, 설문조사에 동의한 기관 내 이용자를 대상으로 우편설문조사를 실시하였다. 연구참여자

는 만 18세 이상 사회복지시설에 등록되어 있는 성인으로 총 22개 기관에서 386명이 조사에 참여하였다. 연구자들의 서명이 누락된 8명을 제외한 총 378명의 응답이 최종 분석에 사용되었으며, 일부 결측치는 선형보간법으로 대체하였다.

2.2 측정도구

2.2.1 독립변수: 회복지향실천

조사대상자가 이용하고 있는 기관의 회복지향실천의 정도를 측정하기 위한 척도로 ‘회복자기평가척도(Recovery Self-Assessment)’를 사용하였으며[14], 본 연구에서는 국내에서 타당화 검증을 한 한국어판(K-RSA)을 활용하였다[15]. 본 척도는 정신보건서비스의 회복지향실천 수준을 사정하기 위해 개발된 척도로 원척도의 개정판은 32문항으로 개발되었으나 한국어판으로 타당화 한 연구에서는 28문항이 적합한 것으로 검증되었다. K-RSA는 ①삶의 목표, ② 관여, ③치료대안의 다양성, ④선택, ⑤ 개별화된 서비스의 5개 하위영역¹⁾으로 구성되어 있으며, 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .947$ 이었다.

2.2.2 종속변수: 정신과적 증상

조사대상자의 증상은 ‘콜로라도 증상척도(Colorado Symptom Index)’를 사용하여 측정하였다[16]. 본 척도는 정신장애인이 해당 증상을 얼마나 자주 경험하는가를 측정하는 척도로 불안, 정신증, 자해 및 타해위험의 3개 하위영역, 총 14개의 문항²⁾으로 구성되어 있다. 5점 리커트 척도로 측정되며, 점수가 높을수록 증상이 빈번히 발생함을 의미한다. 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .915$ 이었다.

1) 각 하위영역별 문항의 예를 들면 다음과 같다 - “직원들은 내가 나 자신의 목표를 달성하는 과정을 돕기 위해 열심히 일한다”(삶의 목표), “내가 원할 경우 기관의 자문위원회나 운영회의에 참석할 수 있다”(관여), “직원들은 역할모델 또는 멘토의 역할을 할 수 있는 회복중인 당사자들을 나에게 소개해준다”(치료대안의 다양성), “직원들은 나의 치료 및 보호에 관한 나의 결정을 존중하고 경청해준다”(선택), “직원들은 나의 문화적 경험, 흥미, 관심에 경청하고 반응한다”(개별화된 서비스)

2) 정신과적 증상 척도의 문항 예시로는 “당신은 초조함, 긴장, 걱정, 좌절, 두려운 기분을 얼마나 자주 느끼십니까?”, “사람들은 얼마나 자주 당신에 대해서 나쁘게 이야기하거나 혹은 당신에게 해를 끼치려고 합니까?”, “당신은 당신의 행동이 다른 사람의 행동과 다르거나 이상하다고 얼마나 자주 느끼십니까?” 등이 있다.

2.2.3 통제변수

종속변수에 대한 독립변수의 영향력을 명확화하기 위해 인구학적 변인 및 질병관련 변인을 통제변수로 투입하였다. 먼저 인구학적 변인으로는 성별과 연령을 투입하였는데, 성별 변수는 남성을 준거집단으로 하여 더미변수로 모형에 투입하였다. 질병관련 변인으로는 유병기간, 진단명, 장애등록여부를 투입하였으며, 진단명의 경우 조현병을 준거집단으로, 장애등록여부 변인은 장애등록을 한 경우를 준거집단으로 하여 더미변수 처리하였다.

2.3 자료분석방법

본 연구의 분석을 위해 spss 22.0을 활용하였다. 조사대상자의 일반적 특성을 파악하기 위해 빈도분석을 실시하였으며, 각 변인간의 관계를 살펴보기 위해 상관관계 분석을 실시하였다. 마지막으로 회복지향실천의 각 영역이 조사대상자의 정신과적 증상에 미치는 영향을 검증하기 위해 위계적 회귀분석을 실시하였다.

3. 연구결과

3.1 대상자의 일반적 특성

조사대상자의 일반적 특성은 아래의 Table 1과 같다. 성별은 남성이 213명(56.3%), 여성이 163명(43.1%)로 남성이 많았다. 연령의 경우 40대가 142(37.6%)으로 가장 많았으며, 30대가 111명(29.4%), 50대가 79명(19.0%)의 순으로 높은 빈도를 보였다. 교육수준은 고졸이 224명(59.3%)으로 가장 많았으며, 초대졸 또는 대졸이 107명(28.4%)으로 고졸 이상의 학력이 전체의 88%가량을 차지하는 것을 알 수 있다. 가계의 월수입을 살펴보면 100만원 미만인 158명(41.8%)로 절반 가까운 수를 보여 적지 않은 정신장애인들이 경제적 어려움을 가지고 있음을 알 수 있다. 이 외 100만원~300만원 미만인 경우가 76명(20.1%)로 보고되었다. 조사대상자의 진단명을 살펴보면 조현병이 281명(74.3%)로 가장 높은 빈도를 보였으며, 그 다음으로 조울증 30명(7.9%), 우울증 20명(5.3)이 뒤를 이었다. 장애등록여부를 보면 장애등록을 한 대상자가 285명(75.4%), 장애등록을 하지 않은 대상자가 78명(20.6%)인 것으로 보아 대부분의 조사대상자의 정신질환이 만성화되어있는 상태임을 유추할 수 있다. 이와 관련하여 조사대상자의 유병기간을 살펴보면 10-19년이 130명

(34.4%)로 가장 높은 빈도를 나타냈으며, 20-29년 또한 105명(27.8%)로 높아 절반 이상의 대상자들이 상당히 오랫동안 정신질환을 앓아 온 만성정신장애인임을 알 수 있다.

Table 1. Sample Characteristics

Variable		(N=378)	
		n	%
Gender	male	213	56.3
	female	163	43.1
	missing	2	0.5
Age	20-29	43	11.4
	30-39	111	29.4
	40-49	142	37.6
	50-59	72	19.0
	Over age 60	7	1.9
	missing	3	0.8
Education	Elementary-school	18	4.8
	Middle-school	23	6.1
	High-school	224	59.3
	More than a college	107	28.4
	missing	6	1.6
income (monthly)	lower 100million won	158	41.8
	100-300 million won	76	20.1
	300-500 million won	27	7.1
	higher 500 million won	14	3.7
	missing	103	27.7
diagnosis	Schizophrenia	281	74.3
	Bipolar Disorder	30	7.9
	Depression	20	5.3
	Schizoaffective Disorder	18	4.8
	other	19	5.1
	missing	10	2.6
Disability Registration	Yes	285	75.4
	No	78	20.6
	missing	15	4.0
Duration of mental disorder	below 5years	34	9.0
	5-9years	49	13.0
	10-19years	130	34.4
	20-29years	105	27.8
	above 30years	29	7.7
missing	31	8.2	

3.2 주요 변수의 특성

본 연구에 활용된 주요변수로 회복지향실천과 조사대상자가 인식한 정신과적 증상의 일반적인 경향을 알아보기 위해 각 변인의 평균값과 표준편차를 확인하였다. 다음의 Table 2에 제시한 바와 같이 회복지향실천의 하위 요인들은 5점 만점에서 평균 3.51점에서 3.96점 (SD=.68~.71) 사이의 분포를 보여 조사대상자들이 이용

하고 있는 사회복지시설의 회복지향실천 수준이 높은 편임을 파악할 수 있다. 정신과적 증상의 경우 응답자의 평균은 5점 만점에 2.18점(SD=.81)으로 보통수준보다 낮은 편인 것으로 확인되었다.

Table 2. Variables Characteristics

		(N=378)			
		min	max	mean	SD
Recovery-oriented practice	Choice	1.25	5.00	3.96	.68
	Individually-Tailored services	1.00	5.00	3.78	.71
	Life Goals	1.00	5.00	3.79	.60
	Involvement	1.00	5.00	3.52	.70
	Diversity of Treatment	1.00	5.00	3.51	.69
Psychiatric Symptom		1.00	4.71	2.18	.81

3.3 주요 변수간 상관관계

본 연구 모형에 포함된 주요 변수의 독립성을 확인해 보고자 상관관계분석을 실시하였으며, 그 결과는 Table 3에 제시하였다. 상관 계수의 값이 .85 이상이면 변수들 간의 다공선성이 존재한다고 볼 수 있는데[17], 전체 변수들이 .85를 넘는 상관관계를 나타내지 않았다. 따라서 다중공선성의 문제는 없는 것으로 판단된다.

Table 3. Correlations among variables

		(N=378)							
Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1								
2	.462**	1							
3	-.003	-.026	1						
4	.008	-.068	.658**	1					
5	.029	-.044	.738**	.814**	1				
6	.078	-.004	.515**	.705**	.727**	1			
7	.066	-.024	.594**	.719**	.784**	.738**	1		
8	.099	-.194**	-.145**	-.143**	-.207**	-.102**	-.202**	1	

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

1.age, 2.duration of mental disorder, 3.choice, 4.Individually-Tailored services, 5.life goals, 6.involvement, 7.diversity of treatment, 8.psychiatric symptom

3.4 위계적 회귀분석 결과

정신과적 증상을 종속변수로 한 위계적 회귀분석의 결과를 아래의 Table 4에 제시하였다. 먼저 모형1에서 통제변수로 투입된 연령과 성별의 영향력을 볼 때, 성별은

정신과적 증상에 유의한 영향을 미치지 않았으나, 연령은 증가할수록 정신과적 증상의 수준이 높은 것으로 나타났다($\beta=.180, p<.05$). 이는 연령이 높을수록 정신질환이 만성화 과정을 거치기 때문인 것으로 보인다.

Table 4. The result of hierarchical regression analysis (N=378)

Variables	Model 1		Model 2		Model 3	
	B	β	B	β	B	β
(Constant)	30.679		22.994		43.240	
Gender†	-.664	-.029	-.539	-.024	-.164	-.007
Age	.010	.008	.206	.168*	.220	.180*
Duration of mental disorder			-.413	-.287***	-.426	-.296***
Diagnosis†			-.211	-.008	-.353	-.013
Disability Registration†			2.246	.084	2.089	.078
Choice					.112	.038
Reco Individually-T					.171	.042
very-ailored						
orien services					-.407	-.235*
ted Life Goals						
practiInvolvement					-.578	-.179
ce Diversity of					-.706	-.215*
Treatment						
F	.148		4.435**		4.714***	
R ²	.001		.063		.126	
ΔR^2			.062		.064	

*p<.05, **p<.01, ***p<.001
 † : dummy variable
 reference group: gender-male, Diagnosis-Schizophrenia, Disability Registration-yes.

두 번째 모형으로 일반적 변인을 통제한 상태에서 질병관련변인을 투입한 결과, 모형1의 설명력은 1%였으나, 모형2의 설명력은 6.3%로 증가하였다. 유병기간은 정신과적 증상에 부적인 영향력을 보였다($\beta=-.296, p<.001$). 즉, 유병기간이 짧을수록 정신과적 증상이 더 심하다는 결과로, 유병기간이 짧은 경우 급성증상에 대한 치료과정 중일 가능성이 높기 때문인 것으로 판단된다. 이 외 진단명이나 장애등록여부는 정신과적 증상에 통계적으로 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 확인되었다.

마지막으로 조사대상자의 일반적 변인과 질병관련변인의 영향력을 통제한 상태에서 회복지향실천의 5개 하위요인을 독립변수로 모형에 투입한 결과, 모형2보다 설명력이 6.4% 증가한 12.6%임을 알 수 있다. 개별 변인을 살펴보면, '선택'과 '개별화된 서비스'는 정신과적 증상에 유의한 영향을 미치지 않은 반면, '삶의 목표'($\beta=-.235, p<.01$), '관여'($\beta=-.179, p<.01$), '치료대안의 다양성'($\beta=-.215, p<.01$)는 정신과적 증상에 유의한 영향을 미치는 것으로

보고되었다. 이는 정신장애인이 이용하는 사회복지시설의 프로그램 환경이 당사자가 삶의 목표를 형성하고 희망을 지향할 수 있도록 하고, 개인의 욕구에 맞춘 서비스를 제공할수록, 또한 서비스 계획 및 기관 운영에 소비자가 관여할 수 있는 환경일수록 정신과적 증상의 수준이 낮아진다는 것을 의미한다. 이들 변수들은 삶의 목표, 치료대안의 다양성, 관여의 순으로 정신과적 증상에의 영향력이 높음을 알 수 있다.

4. 결론 및 논의

본 연구는 전국의 정신장애인 사회복지시설을 이용하는 정신장애인 378명을 대상으로 회복지향실천이 정신장애인의 정신과적 증상에 미치는 영향을 밝히는 것을 목적으로 수행되었다. 분석에 의한 주요 연구결과를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 조사대상자의 일반적 특성을 살펴보면, 남성이 여성보다 많았으며, 30-40대의 연령빈도가 높은 비율을 차지하였다. 교육수준은 고졸이상이 전체의 88%가량을 차지하였고, 절반에 가까운 조사대상자가 가계월수입이 100만원 미만이었다. 조사대상자의 진단명은 조현병이 가장 많았으며, 그 외 조울증, 우울증 등의 만성정신질환이 주를 이루었다. 조사대상자의 75.4%는 정신장애인으로 장애등록이 되어있으며, 유병기간 또한 62%가량이 10년-30년의 범위에 있는 것으로 확인되어 상당수가 만성정신장애인임을 알 수 있었다.

둘째, 본 연구의 대상자들이 이용하는 기관의 회복지향실천 수준은 하위영역별 평균 3점 후반대로 약간 높은 수준으로 조사대상자들이 자신이 이용하는 사회복지시설의 프로그램 환경에 대해 대체로 회복지향적으로 인식하고 있음을 알 수 있었다. 반면 정신과적 증상의 경우 2.18점으로 다소 낮은 편이었다. 이와 같이 정신과적 증상이 낮은 이유는 모든 조사대상자가 현재 사회복지시설을 이용하고 있으며, 기관차원에서 증상관리가 잘 이루어지고 있기 때문인 것으로 보인다.

셋째, 정신과적 증상에 대한 회복지향실천의 영향력을 위계적 회귀분석을 통해 분석한 결과, 전체 모형의 설명력은 12.6%로 확인되었다. 보다 구체적으로 '선택'과 '개별화된 서비스' 하위요인은 정신과적 증상에 유의한 영향을 미치지 않은 반면, '삶의 목표', '관여', '치료 대안의 다양성'은 통계적으로 유의한 영향을 미치는 것으로 나

타나 회복지향실천이 정신장애인들의 정신과적 증상을 낮춘다는 결과를 확인할 수 있었다. 이러한 결과는 의학적인 개입 외 정신재활프로그램이나 회복환경 등 지역사회 정신건강 서비스 요인 또한 정신과적 증상의 치료에 있어 중요한 요인이 된다는 선행연구와 일치하는 결과이며[18], 특히 서비스제공자 및 서비스 환경이 회복에 대한 가치와 신념을 반영할 때 정신장애인의 회복이 촉진된다는 연구결과와도 일관된다[11,19]. 다만 '선택' 및 '개별화된 서비스'가 유의한 영향을 미치지 않은 결과에 대해서는 증상관리 외 자기결정, 희망, 지역사회와 연결된 느낌 등 회복의 다른 요소와 더 큰 관련성을 가질 것으로 추측해볼 수 있다. 이에 대해서는 추후 관련 연구를 통해 검증이 필요할 것이다.

이러한 연구결과를 바탕으로 연구에 대한 논의와 제언을 제시하면 다음과 같다. 우선, 본 연구를 통해 우리는 개인의 환경체계에 대한 적응 능력을 강화시키고 능동적인 주체로서의 삶을 가능케 하는 회복지향실천이 정신의학적 영역의 문제로 간주되어 왔던 정신과적 증상을 감소시킬 수 있다는 결론을 얻을 수 있다. 따라서 약물치료를 통한 증상이 완화된 후에야 지역사회에서의 생활이 가능하다는 의료모델의 가정을 넘어 지역사회내에서 회복지향적 실천환경을 조성하고 역량강화할 수 있는 환경을 제공함으로써 삶의 과정안에서 증상을 관리하며 삶의 만족을 높일 수 있도록 접근하여야 할 것이다[20].

1990년대 이후 국내의 지역사회정신보건사업은 정신보건법의 제정과 맞물려 급속한 진보를 이어왔으며, 주로 대상자의 사회기능 향상 및 직업재활 등에 초점을 둔 정신사회재활모형을 근거로 서비스를 제공하여 왔다. 이에 더하여 본 연구결과를 통해 회복지향실천의 효과성이 검증된 만큼 향후 보다 많은 지역사회정신보건 기관들이 회복지향실천의 가치를 반영하고 프로그램 내용 또한 회복의 요소를 반영할 필요가 있다. 이미 미국과 호주 등 서구에서는 지역사회 기관에서 회복지향실천을 적용하고 주정부 정신보건기관 또한 매뉴얼과 지표를 개발하여 회복지향실천의 적용을 권장하고 있다[21]. 따라서 국내에서도 정신보건기관 및 정신보건실무자를 대상으로 회복지향 패러다임 및 회복지향실천의 요소에 대한 보수교육을 확대하고 프로그램 적용을 지원할 필요가 있다. 의사, 임상심리사, 사회복지사 등 정신건강 전문가들이 회복 패러다임을 이해하고 정서적 소진을 예방하며 서비스 안에서 당사자의 역할이 더욱 확대될 수 있도록 역량강

화와 지지를 제공한다면 많은 정신장애인들이 회복의 과정안에서 능동적인 삶을 이어나갈 수 있을 것이다[22].

다만 본 연구는 위계적 회귀분석을 이용한 탐색적 분석방법을 활용하였으며, 횡단조사라는 한계가 있는 만큼 차후 변수간 인과관계를 명확히 할 수 있는 추가 연구가 진행되어야 할 것이다. 즉 회복지향적 실천이 정신장애인의 증상을 감소시키는지, 또는 증상이 완화되고 증상관리를 잘 하는 경우 사회복지 프로그램에 보다 자발적이고 능동적으로 참여하여 환경을 회복지향적으로 인식하는지 등 방향성에 대해 보다 면밀한 검증이 진행된다면 정신의학 및 사회복지학 영역의 융복합적 실천적 의의를 구체화할 수 있을 것이다.

REFERENCES

- [1] J. H. Jenkins & E. Carpenter-Song. (2005). The new paradigm of recovery from schizophrenia: Cultural conundrums of improvement without cure. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 29(4), 379-413.
- [2] P. E. Deegan. (1998). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19.
- [3] S. L. Young & D. S. Ensing. (1999). Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(3), 219-231.
- [4] D. Schuldberg, D. M. Quinlan & W. Glazer. (1999). Positive and negative symptoms and adjustment in severely mentally ill outpatients. *Psychiatry Research*, 85, 177-188.
- [5] J. S. Kwon. (2017). *Social welfare in Mental Health*. Kyunggi: Knowledge Community Publishing.
- [6] H. J. Kim. (2009). Meaning of Recovery from Mental Illness: Findings of a Qualitative Study. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(4), 379-389.
- [7] N. Jacobson & D. Greenley. (2001). What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatric Services*, 52(4), 482-485.
- [8] S. A. Kidd, K. J. Mckenzie & G. Virdee. (2014). Mental health reform at a systems level: Widening the lens on recovery-oriented care. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59, 243-249.
- [9] L. Davidson, M. O'Connell, J. S. Tondora, M. R. Lawless & A. C. Evans. (2005). Recovery in serious

- mental illness: A new wine or just a new bottle? *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(5), 480-487.
- [10] K. M. Strack. (2008). *Empowerment and meaning within the context of coercive treatment of individuals with serious mental illness*. Unpublished doctoral dissertation. University of Mississippi.
- [11] A. Topor, M. Borg, R. Mezzina, D. Sells, I. Marin & L. Davidson. (2006). Other: The role of family, friends, and professionals in the recovery process. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 9, 17-37.
- [12] D. B. Fisher. (2003). People are more important than pills in recovery from mental disorder. *Journal of Humanistic Psychology*, 43(2), 65-68.
- [13] J. Jaeger, I. Bitter, P. Czobor & J. Volavka. (1990). The measurement of subjective experience in schizophrenia: The subjective deficit syndrome scale. *Comprehensive Psychiatry*, 31(3), 216-226.
- [14] M. O'Connell, J. Tondora, G. Croog, A. Evans & L. Davidson. (2005). From rhetoric to routine: Assessing recovery-oriented practices in a state mental health and addiction system. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28(4), 378-386.
- [15] M. Y. Kim. (2017). A Validation Study of Korean Version of the Recovery Self-Assessment(K-RSA) Scale. *Mental Health and Social Work*, 45(1), 170-200.
- [16] D. Shern, B. Lee & A. Coen, (1996). *The Colorado symptom inventory: A self-report measure for psychiatric symptoms*. Tampa, FL: Louis de la Parte Mental Health Institute.
- [17] B. R. Bae. (2009). *Structural Equation Modeling with Amos 19: Principles and Practice*. Seoul: Chungnam.
- [18] J. S. Kim. (2002). The Effect of Psychiatric Rehabilitation Program focused on Reality Therapy on the Locus of Control and Psychopathology in Patients with Schizophrenia. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(2), 528-537.
- [19] M. Farkas, C. Gagne, W. Anthony & J. Chamberlin. (2005). Implementing recovery oriented evidence based programs: identifying the critical dimensions. *Community Mental Health Journal*, 41, 141-158.
- [20] K. H. Kim. & Y. E. Cho. (2016). The impact of depression and anxiety on life satisfaction in psychiatric patients: Moderating effect of humor style. *Journal of the Korea Convergence Society*, 7(6), 125-132.
- [21] P. Burgess, J. Pirakis & A. Rosen. (2010). *Review of Recovery Measures: Version 1.01, Australian Mental Health Outcomes and Classification Network, A Joint Australian, State and Territory Government Initiative*.
- [22] M. J. Kim & K. H. Kim. (2018). Effects of Job burn-out, Emotional labor on Mental Health of Mental Health Professionals-Focusing on Moderating Effect Model of Resilience. *Journal of the Korea Convergence Society*, 9(4), 251-259.

이 인 정(Lee, In Jeong) [정회원]

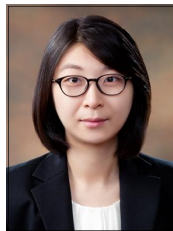


- 2002년 2월 : 이화여자대학교 사회복지학과(문학석사)
- 2011년 2월 : 이화여자대학교 사회복지전문대학원(사회복지학박사)
- 2013년 3월 ~ 현재 : 호서대 사회복지학과 교수

· 관심분야 : 임상사회복지, 정신보건

· E-Mail : mirrang@naver.com

김 미 영(Kim, Mi Young) [정회원]



- 2001년 2월 : 이화여자대학교 사회복지학과(문학석사)
- 2011년 2월 : 이화여자대학교 사회복지전문대학원(사회복지학박사)
- 2013년 3월 ~ 현재 : 한라대학교 사회복지학과 교수

· 관심분야 : 정신보건, 사회복지실천

· E-Mail : mykim@halla.ac.kr