

정신장애인의 회복에 영향을 미치는 요인에 관한 연구 : 가족탄력성의 조절효과를 중심으로

A Study on Factors Influencing the Recovery of People with a Mental Disorder: With a Focus on the Moderating Effects of Family Resilience

전순보, 이동영

가톨릭관동대학교 사회복지학과

Soon-Bo Jeon(jsbb4951@naver.com), Dong-Young Lee(welfarepolicy@hanmail.net)

요약

본 연구는 정신장애인의 회복과 관련한 영향요인과 가족탄력성의 조절효과를 실증적으로 분석하고자 하였다. 이에 생·심리·사회관점과 생태체계관점을 토대로, 선행연구를 통해 개인적·사회적 요인의 긍정적·부정적 요소를 모두 고려한 연구모형을 구축하고, 이들 요인들의 인과적 효과와 함께 가족탄력성의 조절효과에 대해 통계적 유의미성을 확인하였다. 조사대상은 정신장애인 관련기관 이용자 112명으로, 자료수집방법은 구조화된 설문지를 통한 면접조사로 이루어졌으며, 분석방법은 다중회귀분석을 적용하였다. 분석결과, 증상을 제외한 자아존중감과 사회적 낙인, 사회적 지지 모두 통계적 유의미성이 확인되었고 가족탄력성의 조절효과는 정(+)적으로 자아존중감과 사회적 지지에만 상승효과가 있는 것으로 확인되었다. 이에 효과적 회복접근을 위해 내·외적 지지체계 구축 및 가족탄력성의 체계화를 실천전략으로, 확인된 자아존중감과 사회적 지지의 긍정적 요소와 관련된 프로그램 강화를 통해 정신장애인의 순직한 회복지원을 위한 전략들에 대해 제안하였다.

■ 중심어 : | 정신장애인 | 가족탄력성 | 증상 | 사회적 낙인 | 사회적지지 |

Abstract

The purpose of this study was to analyze empirically influential factors related to the recovery of people with a mental disorder and also the moderating effects of family resilience. For this purpose, the investigator developed a research model that took into consideration both the positive and negative elements of individual and social factors based on the ecological, psychological, social, and ecosystem perspectives in previous studies and checked their causal effects and the moderating effects of family resilience in statistical significance. The subjects include 112 clients at an institution for people with a mental disorder. Data was collected with an interview based on a structured questionnaire. Collected data was put to the multiple regression analysis. The analysis results show that there was statistical significance in self-esteem, social stigma, and social support excluding symptoms and that the moderating effects of family resilience had positive(+) synergistic effects only on self-esteem and social support. Based on these results, the study made proposals about practice strategies including the establishment of internal and external support systems to make an effective approach to recovery and the systemization of family resilience and supportive strategies to promote the smooth recovery of people with a mental disorder through the reinforcement of programs related to the confirmed positive elements of self-esteem and social support.

■ keyword : | Mental Disabled | Family Resilience | Symptom | Social Stigma | Social Support |

1. 서론

인간은 생물학적인 존재로 태어나서 다양한 사회화 과정을 습득하며 인간답게 성장한다. 정신 장애인 역시 한 인간으로서 사회체계들과 상호교류하며 인간답게 산다는 것이 예외일 수 없으나 장애의 특성상 두려움의 대상으로 인식되어 입원치료라는 명분하에 사회와 격리되어 배제시키는 결과를 가져오게 되었다. 이로 인해 비장애인들은 정신장애인과 이웃해 사는 것을 마약중독자나 범죄자보다 더 꺼리며[1] 정신장애인 역시 그들의 증상이나 사회의 편견과 낙인으로 인해 사회구성원으로 살아가는 것을 꺼린다고 하였다[2].

하지만 이러한 부정적 견해는 최근 약물의 발달과 중단연구결과로 회복할 수 있다는 희망으로 대체되고 있어 개인의 정신병이 의료적 완치라는 것에 국한된 변화 노력의 제한성으로부터 과감히 탈각되어야함을 의미하는 것이고(회복관점모델의 적용), 동시에 개인과 사회의 복합적 영향에 대한 균형적 관점 정립이 요구된다는 의미이며(생태체계관점과 생 심리사회관점의 적용), 개인의 증상이나 사회적 낙인의 결과론적 소멸이라는 비현실적 접근보다는 존재인정 가운데 과정적 완화, 일방적 존재 개선보다는 가족과의 관계증진에 보다 초점 맞춤 필요가 있다는 의미(가족탄력성의적용)라 하겠다.

회복모델관점(recovery model)에서 정신장애인의 회복은 주관적 경험과 회복하는 과정을 중시하며, 만일 증상이 재발되어도 실패라고 생각하지 않고 회복과정으로 이해한다[3]. 원래대로 '되돌아오는 힘, 탄력성 혹은 유연성'은(resilience) 역경을 성숙한 경험으로 바꾸는 능력, 자신의 자원을 적절하게 이용할 수 있는 역량과 힘든 상황을 정복하여 정신적인 성장 능력 등으로 이해가능하다[4]. 이러한 탄력성 개념의 본질적 특성이 가족체계에 반영된 것을 가족탄력성(Family Resilience)이라고 하는데 이는 가족구성원이 장애나 위험한 상황에 직면했을 때 성공적으로 적응하는 가족을 설명하는 개념이다[5]. 1960년대까지만 해도 정신장애인에게 가족은 정신질환을 유발하는 원인으로 간주하여 가족을 과소평가하였다[6]. 하지만 정신건강복지 법에 의해 정신장애인의 인권 및 입원절차를 강화하여 입원보다는 지역사회중심으로 변화하면서 정신장애인의 가족체계는 보호자로

혹은 경제적 지원자로서 역할을 수행해야하는 만큼 그 어느 사회체계보다 중요하다고 할 수 있다.

이렇게 정신장애인의 통합적 삶의 과정에 중요한 회복관점의 정립과 사회 환경과의 관계 중심적 요인들, 그리고 가족탄력성 개념에 대해 각각의 부분들에 대한 중요성 인식과 이해는 일정부분 상당한 반면, 이 모두를 아우르는 전체적 맥락과 요소들 간의 관계 이해와 실천 적용은 매우 부족한 실정이다. 즉 실천적으로 각각의 요소들 간 관계 이해를 바탕으로 한 논리근거를 통해 효과적이고 체계적인 실천적용이라던가 학문적으로도 이를 뒷받침해 줄 객관적 근거마련에 대한 실증적 연구가 요구되나 정신 장애인이나 그 가족들에 대한 사회적 인식부족으로 조사접근의 한계 등으로 매우 부족한 실정이다. 이러한 필요성을 토대로 본 논문의 목적은 정신장애인의 회복 영향 요인으로 개인적인 요인과 사회적 요인을 규명하고, 가족탄력성이 이러한 효과에 어떻게 영향을 미치는지(조절하는지)에 대해 살펴봄으로써 가치 기반 근거중심실천(valuable evidence-based practice)의 기초가 되는 보다 효율성 있는 개입전략 구축의 시사점을 제공하고자 한다. 따라서 본 연구는 개인적 요인과 사회적 요인까지 영역을 확대하여 사회복지실천의 기본이 되는 PIE(Person In Environment perspective; PIE)관점과 질병과 장애에 대한 BPS(Bio-Psycho-Social perspective; BPS) 관점으로 살펴보고자 한다. 이에 연구의 목적과 필요성에 근거한 연구 문제는 다음과 같다. 첫째, 정신장애인에 대한 개인적 요인과 사회적 요인은 회복에 어떠한 영향을 미치는가? 둘째, 정신장애인의 개인적 요인과 사회적 요인이 회복에 대해 영향을 미침에 있어 가족탄력성의 조절효과는 존재하는가?

II. 문헌고찰

1. 정신장애인의 회복과 가족탄력성

정신장애는 간단하게 병리학적 용어로서 구분되는 개념이라기보다 사회문화역사적으로 의미가 변화되기 때문에 한마디로 규정하기 어렵다 하겠다[7]. 현행 우리나라 정신건강 및 정신질환자 복지서비스지원에 관한

법을 제3조에 따르면 “정신질환자라 함은 망상, 환각, 사교나 기분의 장애 등으로 인하여 독립적으로 일상생활을 영위하는데 중대한 제약이 있는 사람을 말한다.”라는 지침에 따라 정신 장애인을 구하고 정의하고 있다. 정신장애를 병리적 기준으로만 판단하는 의료적 관점에서의 정신질환은 입원치료라는 약물중심의 수동적이고 의존적인 객체로서 치료 불가능하다는 편견을 갖게 하여, 정신장애인 스스로도 병을 숨기거나 비협조적인 치료로 인해 만족하지 못한 결과를 초래하기도 하였다[8].

최근 회복의 정의를 보면 “회복은 정신질환의 파국적 영향을 넘어 성장함으로써 새로운 의미와 목적을 발전시키는 것으로, 증상의 경험이 여전히 존재하더라도 스스로 회복될 수 있다고 느끼고 믿을 수 있는 주관적 신념”이라 하였고, 회복과정의 경험과 정신적 스트레스의 경험을 스스로 고군분투하며 노력하는 과정을 회복이라 정의하였다[9][10]. 많은 연구자들의 선행연구에서는 회복을 ‘결과로서의 회복(Recovery from mental illness)’과 ‘과정으로서의 회복(Recovery in mental illness)’으로 구분 할 수 있다. 1980년대까지는 회복을 증상감소, 재입원, 주거 또는 취업등과 같은 결과로 간주하는 ‘결과로서의 회복’을 의미하였으나 현재는 정신장애인 당사자들의 주관적인 느낌과 평가를 의미하는 ‘과정으로서의 회복’을 의미 한다. ‘과정으로서의 회복(Recovery in mental illness)’은 당사자 관점에서의 회복으로 “증상이나 장애를 가지고도 자신의 태도, 감정, 지각, 신념, 역할, 목적들을 조정해가면서 살아가는 삶 전체적 과정을 회복으로 간주한다.” 이는 증상 조절이나 사회기능의 유지가 회복의 중요한 요소가 될 수는 있지만 그 척도 자체만으로 회복을 평가할 수 없음을 선행연구들은 강조하고 있다[11-14].

탄력성은 ‘튀겨서 올라오는 힘이 있는’, ‘탄성’, ‘회복력’이라는 뜻으로 가족이나 개인에 적용해 볼 때 다양한 도전에 대한 극복 능력으로 역경에서 다시 일어나거나 더 강해질 수 있는 능력이다. 가족탄력성은 90년대 이후 개인탄력성 개념에서 출발하여 개인에서 가족으로 범위가 확장된 것으로 위기상황에서 가족들이 대처하는 방법으로 가족마다 고유한 특성을 가지고 있다. 최근 들어 강점관점과 생태체계관점을 통해 가족을 부

각시키면서 나온 개념으로 이 또한 가족의 실패 보다는 위기상황 대처능력에 초점을 두는 것으로 가족탄력성의 의미는 “삶에 긍정적으로 대응하는 가족의 능력”, “역경을 극복하고 스트레스에서 생존하는 가족의 능력”으로 정의하고 있다[15][16]. 이에 가족탄력성의 접근은 문제발생 이전의 원래 그 상태로 돌아올 수 있게 만드는 상호작용들을 찾아 이를 강화시키는데 목적이 있다. 가족을 하나의 기능적 단위로 보고 이 가족이 처해 있는 문제들을 가족들 스스로 어떻게 극복하고 해결하는지에 관심을 두고 있다. 따라서 가족탄력성은 가족이 처해 있는 문제 상황에서 얼마나 빠르게 회복할 수 있는지에 따라 가족탄력성이 높고 낮음을 알 수 있다.

2. 선행연구 검토

정신장애인 들의 회복에는 다양한 요인들이 영향을 미친다는 선행연구 결과를 토대로 본 연구에서는 개인적 요인을 증상과 자아존중감으로, 사회적 요인을 사회적 낙인과 사회적 지지를 독립변수로, 조절변수로 가족탄력성을 구성하여 선행연구를 참고하여 고찰해보고자 한다.

첫째, 증상관련 요인으로 증상이 사회적이거나 회복에 직접적인 영향을 미치지 못한다는 연구와 잔여증상이나 약물부작용은 회복에 부정적 영향을 미친다는 연구도 있었다[17][18]. 둘째, 회복의 가장 핵심은 ‘자신’과 ‘자기의지’로 사회에 적응할 때 시련이나 좌절에 무너지지 않는 용기로, 좌절이나 극복을 반복적으로 자주 겪으면 점점 내적인 힘이 생겨남으로 설명하였다[19]. 셋째, 회복에 있어 사회적 지지는 중요한 자원으로 사회적지지가 증상을 완화하여 회복기간을 단축할 수 있으며, 사회적 지지는 회복에서 다른 변수에 영향을 미치는 자원으로 작용한다[20]. 넷째, 사회적 낙인은 정신장애인들 스스로 자신의 정신질환을 부정함으로써 적극 치료를 거부하여 정신과적 증상과 잦은 재발 때문에 비 정신장애인 들이 더욱 부정적 인식을 갖게 한다. 이처럼 사회적 낙인을 많이 느낄수록 정신장애인의 자아존중감이나 삶의 만족도는 낮아진다[21]. 다섯째, 가족탄력성은 정신장애인의 자기효능감, 스트레스 대처능력에 유의미한 영향을 미치며 특히, 가족탄력성의 하위 요인인 의사소통 과정이 높을수록 자기효능감이 높아

진다고 하였다. 정신장애인 가족스트레스와 가족적응간의 가족탄력성 조절효과에 관한 연구결과로는 가족탄력성이 정신장애 가족들의 스트레스를 완화하여 가족의 적응을 강하게 하는 조절 효과가 있음으로 나타났다 [6].

III. 연구방법

1. 연구모형 및 가설

본 연구 모형은 생 심리 사회적 관점과 생태체계 관점의 이론적인 기반 및 기존 선행연구의 고찰을 통해 구성되었다. 즉 정신장애인의 회복에는 다차원적인 구성요소(신체적, 심리적, 사회적 측면)가 영향을 미치는데 이것은 개인에게 둘러싸여 있는 환경 간의 상호작용이 개인적·사회적 요인에 영향을 미침으로 회복 영향요인의 구성요소로 충분한 의미가 있다. 아울러 앞서 살펴본 선행연구들에서 정신장애를 가진 개인의 회복 영향 요인의 주요변수는 긍정적 변수와 부정적 변수 모두 포함하고 있어 개인적·사회적 요인에 영향이 있는 변수를 설정함에 균형을 이루고자 하였다. 모형구성은 크게 개인적 요인과 사회적 요인으로 설정하고, 각 요인의 하위 변수로 긍정적인 변수와 부정적인 변수 중에서 상대적으로 중요성이 높은 변인 각 1개씩 선정하여 최종 모형에 포함시켰다. 결과적으로 개인적 요인의 증상(개인적 측면의 부정적 변인), 자아존중감(심리적 측면인 긍정적 변인), 사회적 요인의 사회적 낙인(사회적 측면인 부정적 변인), 사회적 지지(사회적 측면인 긍정적 변인)등이다. 끝으로 조절변인인 가족탄력성은 정신장애인 회복과 관련된 이론과 선행연구 검토를 통하여 조절 변인으로서의 충분한 가치가 있다고 판단되어 설정하였다.

<식 1> 연구모형(회귀식)

$$Y = B_0 + B_1X_1 + B_2X_2 + B_3X_3 + B_4X_4 + B_5X_1Z + B_6X_2Z + B_7X_3Z + B_8X_4Z$$

(Y=회복수준, X₁=증상, X₂=자아존중감, X₃=사회적 낙인,
X₄=사회적지지, Z=가족탄력성, B_i=회귀계수)

앞서 제시한 연구모형에 근거한 구체적인 연구가설은 다음과 같다. 즉, 개인적·사회적 요인, 그리고 가족탄력성의 조절효과에 관한 가설 등 세 가지이다. 첫째, 개인적 요인에 관한 가설로 자아존중감과 증상은 회복에 유의미하게 영향을 미칠 것이다. 둘째, 사회적 요인에 관한 가설로 사회적 낙인과 사회적 지지는 회복에 유의미하게 영향을 미칠 것이다. 셋째, 가족탄력성의 조절효과에 관한 가설로 개인적 변수(증상, 자아존중감)×가족탄력성 변수는 회복에 유의미하게 영향을 미칠 것이다, 사회적 변수(사회적 낙인, 사회적지지)×가족탄력성 변수는 회복에 유의미하게 영향을 미칠 것이다 등이 그것이다.

2. 대상선정 및 표집

본 연구의 조사대상은 강원지역의 정신건강 관련기관(정신의료기관의 개방병동, 정신건강복지센터, 정신재활시설)을 이용하고 있는 정신장애인 이다.¹⁾ 여기서의 정신장애인은 관련 기관의 진단과 판정을 통해 장애인복지법 상 장애인으로 등록되어 있는 장애인이다. 아울러 조사지역을 강원도(영동권) 7개 지역으로 한정된 것은 현실적으로 조사 대상자 접근의 어려움으로 사전협의나 동의과정이 가능한 지역으로, 대상자 선정을 위한 표집단위(sampling unit)는 1차 집단은 정신건강 관련기관, 2차 집단은 기관에 속한 정신장애인 이다. 표집방법(sampling method)은 비확률 표집방법으로 판단표집을 적용하였으며 1차 표집과정에서는 강원도 영동지역에 위치한 3개시의 정신건강 관련기관으로 선별하여 조사 접근을 시도하였고, 2단계 과정은 해당기

1) 본 연구를 수행함에 있어 윤리적 문제에 적극적으로 대응하기 위하여 다음의 노력을 지속적으로 견지하였음을 밝힌다. 첫째, 설문조사의 접근 시 해당 기관과 대상자에게 연구의 가치와 의미를 충분히 설명하여 사전 양해를 구하고, 자발 참여에 동의한 대상에 한하여 동의서를 받고 진행하였다. 둘째, 조사에 참여한 대상자에게는 조사내용을 충분히 안내하고 진행하였으며, 조사 중 불편함이나 사정변경에 따라 중단을 요청할 경우 즉시 중단이 가능함도 고지하였다. 셋째, 조사 중 발생할 수도 있는 정서적 불안이나 심리적 고통에 대비하여 해당기관 담당자 및 정신건강의학과 전문의와 충분히 상의하였으며, 문제발생 시 즉시 전문가 상담을 받을 수 있도록 사전 조치하였다. 넷째, 모든 조사 종결 후 비밀보장 및 익명처리에 대한 약속은 물론 대상자 응답에 대한 확인과 동의를 재차 확인함으로써 조사 참여의 협조적 태도에 대한 최종확인도 추가하였다.

관 동의하에 성별, 나이, 장애특성 등을 일정부분 감안하고 조사 대상이 적합하다고 평가되는 대상에 한정하여 표집 되었다. 이러한 과정을 통해 확보된 표집규모(sampling size)는 7개 기관의 120명으로 조사 중 조사 거부 및 불성실 응답 등 분석에 적합하지 않은 8명을 제외한 112명을 표집 하여 조사를 실시하였다.²⁾

3. 변수의 정의와 측정

우선 본 연구에서 종속변수는 회복에 해당한다. 회복을 측정하기 위하여 MHRM(Mental Health Recovery Measure)을 사용하였다[22]. 이 척도는 자기기입식으로 정신 장애인의 회복과정을 사정하기 위한 것으로 응답자의 회복 상태나 현재 수준을 증상 및 증상관리를 측정하는 것에 의존하지 않는 것이 목적으로 주요 우울 장애나 조현병과 같은 지속적이고 심각한 정신질환을 가진 정신 장애인들에게 사용되도록 고안되었다. 개념적 하위척도는 질병극복, 셀프 임파워먼트, 학습과 자기재정의, 일상적 기능, 전반적 웰빙 및 새로운 잠재력, 옹호, 풍족함, 형성 등이다. MHRM은 30문항으로 “강하게 동의하지 않음”에서 “강하게 동의함”에 해당하는 리커트 5점 척도로 이루어져 있다[23]. 척도에 대한 신뢰도 분석을 통한 Cronbach's α 값은 .890으로 나타났다.

다음으로 독립변수는 증상, 자아존중감, 사회적 낙인, 사회적지지 등 네 가지이다. 첫째, 증상 측정은 ‘콜로라도 증상척도(Colorado Symptom Index)’를 활용하였다. 하위 요인으로는 불안과 우울, 자타해 위험성, 정신증 등 14개 문항으로 구성되어 있다. 척도의 평가는 증상이 전혀 없다(1점), 한 달 한 번 이하(2점), 한 달 여러 번(3점), 일주일 여러 번(4점), 거의매일(5점)의 리커트 5점 척도로 점수가 높으면 증상이 자주 발생함을 뜻한다[24]. 척도에 대한 신뢰도 분석을 통한 Cronbach's α 값은 .832로 높게 나타났다. 둘째, 자아존중감은 로젠버그 자아존중감척도 RSE(Rosenberg Self-Esteem Scale)를 사용하였고 척도는 5점 척도로

역 문항을 포함하고 있다. 로젠버그 자아존중감 척도는 개발 후 많은 집단에서 사용된 것이 큰 장점이라고 하겠다. 척도에 대한 신뢰도 분석을 통한 Cronbach's α 값은 .860로 높게 나타났다[23].

셋째, 사회적 낙인은 1989년 link가 개발한 지각된 낙인척도 중 정신장애인 스스로 차별적 대우와 무가치하다고 믿는 정도를 측정하는 무가치-차별 척도로 무가치-차별 (devaluation and discrimination)12문항, 비밀(secretcy)5문항, 철회(withdrawal)7문항, 교육(education)5문항 등 4가지 척도를 포함하고 있으며 전혀 그렇지 않다(1점)에서 매우 그렇다(5점)의 Likert 식 5점 척도로 수정하여 사용하였다[25][26]. 척도에 대한 신뢰도 분석을 통한 Cronbach's α 값은 .758으로 나타났다. 넷째, 사회적지지 척도(Social Support Scale)는 1983년 Wittaker 외에 의해 고안된 척도로 가족의 지지를 제외한 주위사람들로부터의 받고 있는 지지(친구 혹은 이웃사람)를 묻는 8문항의 5점 리커트 형식의 척도이다[27-29]. 척도에 대한 신뢰도 분석을 통한 Cronbach's α 값은 .788로 높게 나타났다. 마지막으로 조절변수인 가족탄력성 척도는 Walsh의 가족탄력성 이론에 맞게 개발한 FRAS(Family Resilience Assessment Scale)의 척도로 총 66문항으로 구성되었다. 하위요인으로는 신념체계, 조직패턴, 의사소통과정으로 각 문항은 4점 Likert 척도로 구성되어 있다[5]. 척도에 대한 신뢰도 분석을 통한 Cronbach's α 값은 .948로 나타났다. 이처럼 모든 독립변수들의 신뢰도는 Cronbach's α 기준 0.75이상의 높은 수준임이 확인되었다.³⁾

4. 자료수집 및 분석방법

자료수집방법은 구조화된 설문지로 조사기관 및 대상자의 특성을 감안하여 개별면접조사를 적용하였다. 즉 조사대상자와 조사 참여에 대한 충분한 양해와 동의가 확보되면, 특정 장소와 시간을 정하여 연구자가 직접 조사대상자를 대면한 상태에서 설문조사를 진행하였다. 이러한 방식의 적용은 조사과정 중 발생 할 수 있

2) 표집규모는 일차적으로 현실적인 조사접근의 가능성이 고려된 수치이다. 즉 해당 지역 내 관련기관 및 대상의 사전 동의가 필요한 본 연구의 특성 상 가능 범위의 최대치 인 것이다. 아울러 변수의 수를 고려한 회귀분석 적용의 통계적 효율성을 감안하여 설정한 목표치에 충족한 수치이기도 함을 밝힌다.

3) 본 연구에서 활용한 모든 척도의 타당성은 내용타당도방법(content validity method)을 통해 확보하였다. 즉 관련 전문가의 체계적 검토과정을 통해 해당변수의 정확한 측정이 가능함을 인정받아 본 연구에 활용한 것이다.

는 다양한 상황(설문에 대한 질문 혹은 정서표현 등)에 긴밀하게 대처할 수 있었고, 설문지의 무응답도 최소화할 수 있었으며, 응답이유 등에 대한 추가정보 확보에 도움이 되었다.⁴⁾ 조사기간은 2018년 4월 5일부터 7월 20일까지 약 3개월이다. 이렇게 수집된 자료는 SPSS 20.0을 활용하여 분석하였는데, 독립변수가 종속변수에 영향이 있으며 조절변수효과(조절효과 또는 상호작용효과)검증을 위해서 다중회귀분석(multiple regression analysis)으로 적용하였다.⁵⁾

IV. 분석결과

1. 조사대상 및 주요변수에 대한 기술통계

표 1. 조사대상자의 특성

(N=112)

구분		빈도 (명)	비율 (%)	
성 별	남성	78	69.6	
	여성	34	30.4	
월 평균 가구소득	100만원미만	40	35.7	
	200-300만원 미만	11	9.8	
	300이상	5	4.47	
	기 타	56	50	
진 단 명	조현병	56	50	
	조울증	30	26.7	
	우울증	26	23.2	
장애인등록 여부	등 록	101	90.2	
	미등록	11	9.8	
구 분	평균	표준편차	최소 값	최대값
연 령(세)	17.80	1.500	14	19
진단기간(년)	4.25	.823	0.5	7
입원횟수(회)	3.20	.252	0	25

주: 범주 형 변수의 비율 값: 소수점 첫째자리에서 반올림 형 변수의 평균값은 소수 둘째자리에서 반올림하여 산출

조사응답자들의 인구사회학적 특성은 성별, 나이, 학

4) 표집과 자료수집의 적용은 모든 기관 및 모든 대상자에게 동일하게 적용되었다.

5) 다양한 독립변수와 회복(종속변수) 간 관계에 있어 역U가설의 성립가능성을 감안하여 polynomial regression을 우선적으로 고려하였으나, 이에 대한 모형검증 결과 유의미성이 확인되지 않아(p=.650) multiple linear regression을 적용하였다. 아울러 변수투입과정에서 상호작용변수는 두 변수 값에 대한 곱으로 구하되 이를 포함한 연속변수의 경우는 grand centering을, 비연속변수(범주형 변수)의 터미 변수경우는 uncentering을 각각 하였는데, 이를 통해 다중회귀모형의 분석경로가 산출과 절편(intercept) 해석에 문제가 없도록 하였다.

력, 소득 순으로 구분하였고, 성별로 남자는 69.6%(78명), 여자30.4%(34명)로 남자가 더 많은 비율을 차지하였다. 월평균 가구소득은 100만원 미만 35.7%(40명), 200-300만원 9.8%(11명), 300만 원 이상 4.47%(5명), 기타 50%(56명)로 나타났다. 기타 비율이 높은 이유는 조사응답자중 기초생활수급권자가 많음을 예상할 수 있다. 정신과적 진단명으로는 조현 병이 50%(56명)로 가장 많이 나타났고, 조울증 26.7%(30명), 우울증 23.2%(26명)로 나타났다. 장애인 등록여부는 등록이 미등록보다 현저하게 높게 나타났다.

다음은 그 밖의 주요 변수들의 기술적 특성으로 종속변수인 회복의 평균은 3.52(표준편차=.628)로 회복을 측정된 척도의 점수가 5점 리커트 척도로 측정된 점을 고려해 볼 때 회복 경험은 보통 이상으로 나타났다. 증상의 평균은 2.24(표준편차=.651)로 보통에 해당하는 중간 값 3점 보다는 낮은 수준으로 자아존중감은 평균 2.70(표준편차=.472), 사회적 낙인의 평균은 3.39(표준편차=.538), 사회적 지지는 평균이 3.38(표준편차=.655), 가족탄력성의 평균도 3.12(표준편차=.382)로 각각 나타났다.

표 2. 주요 변수의 기술

(N=112)

	평균	표준편차	최소값	최대값
증 상	2.24	.651	1.00	5.00
자아존중감	2.70	.472	1.00	5.00
사회적 낙인	3.39	.538	1.00	5.00
사회적 지지	3.38	.635	1.00	5.00
회 복	3.52	.628	1.00	5.00
가족탄력성	3.12	.382	1.00	5.00

2. 인과모형의 분석(다중회귀분석)

본 절은 앞에서 설명한 연구모형 및 분석방법에 기초한 구체적 분석시행을 통한 결과를 제시한 것으로 연구 모형 상 통제변수는 인구사회학적 특성을, 독립변수는 개인적·사회적 요인을, 종속변수는 회복을, 조절변수는 가족탄력성으로 각각 설정하여 분석하였다.⁶⁾ 독립변수

6) 구체적 분석 시행 전에 회귀분석의 기본 가정으로 정규성과 독립성, 등분산성을 충족하는지를 검증하였다. 정규성의 경우 히스토그램과 정규 확률도 분석을 통해 확인하였고, 히스토그램은 잔차 분포가 정규분포에 매우 근사 되어 있었으며, 정규 확률 도는 직선과 가깝게 위치한 것으로 나타나서 정규 성 있음이 확인되었다. 독립성은 더빈-왓슨 통계량 분석을 통하여 확인한 바, 통

인 개인 및 사회적 요인들이 종속변수인 회복에 미치는 영향과 조절변수에 대한 상호작용효과 검증을 위한 통제변수인 인구사회학적 특성변수(성별 등), 독립변수인 개인·사회적 요인변수(증상 등), 상호작용변수(증상×가족탄력성 등) 등을 투입한 다중회귀분석을 시행하였다. 우선 독립변수의 종속변수에 대한 영향을 살펴보자면, 먼저 모형 적합도는 F값이 41.28이고, 그에 대한 유의확률(P값)이 0.0000으로서 유의한 모형이라고 할 수 있고, R²값은 0.3827, 수정된 R²값은 0.362로 나타나 의미 있는 적합도를 나타낸다고 평가할 수 있다. 변수들의 유의미성을 살펴보자면, 유의수준 0.05에서 개인·사회적 요인은 자아존중감, 사회적 낙인, 사회적 지지가 유의미하게 나타났고 증상은 유의미하지 않았다. 또한, 개인적 요인의 자아존중감과 사회적 요인의 사회적 지지가 정(+)적인 방향으로, 사회적 낙인은 부(-)적 방향으로 영향을 미치는 것으로 나타났다. 여기서 증상의 유의미성이 미확인 된 것은 정신장애인의 회복은 기존의 관점처럼 증상의 경감이나 기능향상에 초점 맞춰 설명하기보다 증상은 있지만 회복은 가능하고 또한 회복과정에서 있음을 의미하는 것으로 이해할 수 있음을 주장하는 기존 연구들과 맥을 같이 하는 것이라 할 수 있다[17]. 또한 상대적 중요도를 알 수 있는 표준화 회귀계수(β)는 사회적 지지가 0.3125로 상대적 중요도가 높게 확인되었는데, 이는 정신장애인의 회복에 특히 긍정적인 사회적 영향으로서의 사회적 지지가 매우 중요하다 할 수 있다. 즉 정신장애인의 긍정적 요인인 사회적 지지가 높을수록 사회에 대한 부정적인 심리 감을 낮추고, 자기효능감이나 만족감, 사회적 관계 등에 긍정적 영향을 미친다는 기존 연구들과 궤를 같이 하는 것이라 할 수 있다[30][31]. 한편, 조절효과(상호작용효과)의 확인을 위해 상호작용 변수(독립변수×조절변수)의 유의미성을 확인한 결과, 자아존중감×가족탄력성

계량이 1.8139로 2의 값에 근사하게 나타나 자기상관 없음으로 평가할 수 있었다. 이는 오차항 간 독립성이 만족한다고 할 수 있으며 등분산성은 잔차 산점도를 통하여 확인하였다. 산점도는 표준화된 잔차의 범위가 ±2를 크게 벗어나지 않게 나타나 등분산 가정 또한 충족 한다고 평가할 수 있다. 이처럼 회귀분석의 기본가정을 충족함으로써 실질적인 분석적용에 대해 사전적 문제는 없는 것으로 확인되었다. 한편, 독립변수 간 다중 공선성 판단을 위해 공차 한계와 분산팽창요인을 확인하였고, 공차 한계는 모두 0.7이상, 분산팽창요인 1.5미만 값을 각각 나타내 일반적인 기준 값을 충족하여 다중공선성 문제는 없는 것으로 평가하였다.

변수(B=0.2725)와 사회적 지지×가족탄력성 변수(B=4078)만 유의미성이 확인되었다. 이러한 결과로 가족탄력성 변수는 독립변수 중 회복에 정(+)적 영향을 미치는 변수, 즉 자아존중감과 사회적 지지처럼 긍정적 요인에 정(+)적인 추가적 상승 영향을 미치나, 증상이나 사회적 낙인과 같이 부정적 요인에는 추가적 효과의 영향을 미치지 못함을 의미하는 것으로 해석 가능하다.

표 3. 다중회귀분석 결과

(N=112)

변수	B	β	SE	t
Intercept	37.3528		5.1420	8.1445
성 별	-0.2133***	0.1625	0.2852	-3.4425
소득1(상위)	0.1825	0.1628	0.0253	14228
소득2(중위)	0.2127	0.1706	0.0371	1.5369
연 령	1.0718***	1.0529	0.1392	1.3582
조 현 병	0.6527	0.6018	0.0752	0.9327
조 울 증	-1.3527	1.287	0.0870	-1.1587
우 울 증	-1.2280	1.1272	0.0784	-1.1081
장애인등록	0.8712	0.7554	0.7520	1.5230
진단 기간	-0.8520***	0.8180	0.7529	-1.6580
입원 횟수	0.2592	0.1428	0.2827	1.3580
증 상	-0.4885	0.3957	0.2489	-1.2481
자아존중감	0.1972***	0.1825	0.2350	2.1752
사회적 낙인	-0.1836***	0.1722	0.2079	-2.1352
사회적 지지	0.3258***	0.3125	0.2720	2.6420
가족탄력성	0.3725***	0.3651	0.2850	2.7208
증상×가족탄력성	-0.2183	0.2017	0.18500	-2.3520
자아존중감×가족탄력성	0.2725***	0.2524	0.1520	2.4280
사회적 낙인×가족탄력성	-0.2172	0.2078	0.0857	-2.1208
사회적 지지×가족탄력성	0.4078***	0.3980	0.2014	2.3580
F-Value	41.28***			
R ² Adjusted R ²	0.3827 0.3620			

*p<0.1, **p<0.05, ***p<0.01

따라서 자아존중감이나 사회적 지지의 긍정성에 대한 내면적 심리 축진이 중요함을 보여주는 결과라고 할 수 있다. 참고로, 통제변수로서 투입한 인구사회학적 특성 변수에서는 성별과 나이, 진단기간이 유의미하며 성별은 남성보다 여성, 연령이 높을수록, 진단기간이 짧을수록 회복수준이 높아지는 것으로 나타났다. 성별과 연령에 대한 결과는 선행연구들에서도 다소 차이를 보이는바 일반적 해석은 불가하다 사료되며, 따라서 인구학적 특성 자체에 따른 회복에의 직접적 영향이라기보다

는 조사대상 집단이 갖는 선행변수의 특성차이에 기인하는 것으로 판단하는 것이 보다 적절할 것이다. 이에 본 연구에서는 여성과 고 연령일수록 사회적 지지수준이 남성이나 저 연령층에 비해 상대적으로 높게 나타나는 것은 이러한 특성차이에서 기인한 결과로 추정된다. 진단기간이 짧을수록 회복수준이 높은 것은 다른 선행 연구들과 동일한 결과로, 기간의 장기화될수록 나타날 수 있는 증상의 만성화나 일차적 지지체계의 약화, 자존감저하 등 심리특성의 퇴보 등이 회복에 악영향을 미치기 때문이라 할 수 있다[32].

V. 결론 및 제언

본 연구는 회복모델에 근거한 회복에 미치는 영향을 개인적·사회적 요인과 가족탄력성이 정신장애인 이 회복함에 있어 어떠한 조절효과가 있는지에 대해서 알아보기 위해 실시되었다. 가설의 결과 개인적 요인인 증상은 유의미하지 않았고 자아존중감은 유의미하게 확인되었는데, 이는 기존 선행연구들과 비슷한 연구결과로 생의학적 진단에 의한 증상보다 정신장애인 스스로 통제할 수 있는 심리적인 속성이 회복과정에 보다 중요할 수 있음을 의미하는 것이다[18][19]. 이에 우선적으로 증상경감에만 초점 맞춘 전통적 의미에서의 의료적 관점이나 접근으로부터의 과감한 탈각이 요구되며, 결국 정신장애인의 증상은 회복과는 별개로 이는 회복되고 있는 과정임을 의미한다. 동시에 유의미성이 확인된 자아존중감 향상을 위해서는 다양한 사회기술훈련을 통해 필요과제를 직접 제시하고 이를 수행함으로써 실질적인 생활에 접근하여 작은 성취감을 느끼게 하는 것도 중요할 것이다.

둘째, 사회적 요인의 사회적 낙인, 사회적 지지는 모두 유의미하게 나타났으며 이는 사회적 요인을 분석에 포함시킨 기존 선행연구들과 동일한 결과로 정신장애인의 특성상 회복과정은 개인적 요인 뿐 만아니라 사회적 요인이 중요함을 보여주는 결과다[9][13]. 이에 사회적 낙인과 관련해서는 제도적으로 차별금지의 실효성 확보, 정신장애인 인식개선 프로그램의 체계화, 입원 등의 이유로 단절되었던 학업연계와 직업재활 등 역량강화

를 통한 사회적 역할가치부여(social role valorization)나 강화노력 등이 필요하고, 후자와 관련해서는 지역사회 연계지지 망 강화, 동료상담프로그램 체계화, 가족지프프로그램 도입 등이 필요하다. 후자의 동료상담은 이미 충분한 실천적 효과가 입증된 바, 회복에 초점을 맞춘 동료상담을 통해 공감 높은 내 외부 지지망의 연계 통로로 가치 발휘 가능하도록 접근하는 것이 중요하리라 판단된다.

셋째, 가족탄력성의 조절효과는 유의미한 결과로 확인된 바, 기존의 입원치료보다는 지역사회중심의 치료로 변화하는 현 시점에서 가족의 역할은 매우 중요하다고 할 수 있다. 또한 정신장애를 둔 가족들은 증상과 재발 및 약물관리나 위기상황대처에 대한 정보가 중요하기 때문에 이해하기 쉽고, 접근이 용이하고, 효과성이 입증된 Family Link를 통한 교육도 효과적이라 사료된다. 또한 정신장애인의 돌봄 자로 지치고 힘든 가족들에 대한 사회적 접근이 필요함에 따라 사회적지지망을 이용한 가족자조모임 결성도 정보공유와 스트레스 해소를 위해서도 매우 중요하다.

마지막으로, 본 연구는 조사접근이 어려운 정신장애인을 대상으로 회복 관점개념의 도입과 개인적·사회적 및 긍정적·부정적 요인의 균형적 적용, 그리고 가족탄력성의 조절효과의 의미발견이라는 긍정적 의의도 일부 있다고 사료되나 여전히 대표성을 담보할 수 있는 충분하고도 다양한 대상과 변수의 확보에는 일정부분 한계가 있다. 또한 보다 구체적인 영향과 효과의 메커니즘을 밝히는 데에도 제한이 있는 것은 사실이다. 이에 전자의 한계는 전국단위의 주기적 조사(패널 조사) 등을 통해, 후자는 심층적인 질적 연구 등을 통해 연구접근이 추가적으로 진행됨으로써 보다 실효성 높고 체계적인 회복노력의 과학화가 구현되기를 희망해본다.

참고 문헌

- [1] A. Farina, D. Gliha, L. A. Boarded, and M. Shareman, "Mental illness and impact of believing others know about it," j. Abnorm Psychology, Vol.77, pp.1-5, 1971.
- [2] S. E. Mason and R. Miller, "Stigma and

- Schizophrenia: Disorder in student Training”
Journal of Teaching in Social Work, Vol.26,
No.1/2, pp.73-91, 2006.
- [3] 조윤화, *정신장애인 지역사회 통합지원방안 연구*, 한국장애인개발원, 2004.
- [4] 김주환, *회복탄력성*, (주)위즈덤 하우스, 2011.
- [5] F. Walsh, *Strengthening Family Resilience*, New York: Guilford, 1998.
- [6] 김은지, *정신분열 환자의 개인·사회적 기능과 가족스 트레스의 관계에 관한 연구 가족탄력성의 조절효과를 중심으로*, 연세대학교, 석사학위논문, 2007.
- [7] 문인숙, 양옥경, *만성정신장애와 사회복지서비스 한국 정신건강복지연구원*, 서울 : 인간과 복지, 1994.
- [8] R. P. Lieberman and A. Kopelowicz, “Recovery from schizophrenia : A concept in search of research,” *Psychiatric Services*, Vol.56, No.6, pp.735-742, 2005.
- [9] Anthony, “Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s,” *Psychological Rehabilitation Journal*, Vol.16, No.4, pp.11-23, 1993.
- [10] D. Terner, “Mapping the routes to recovery,” *Mental Health Today*, 2002.7.29-31.
- [11] L. Davidson and D. Roe, “Recovery from versus recovery in serious mental illness; One strategem for lessening confusing plaguing recovery,” *Journal of Mental Health*, Vol.16, No.4, pp.11-19, 2007.
- [12] M. Mancine, *Theories of recovery elicited from individuals diagnosed with psychiatric disabilities*, Doctorial Dissertation, State University of New York, New York, USA, 2003.
- [13] K. T. Mueser, P. W. Corrigan, D. W. Hilton, B. A. Schaub, S. Gingerich, S. M. Essock, N. Tarrrier, B. Morey, S. Vogel-Scibilia, and M. I. Herz, “Illness management and recovery: A review of the research,” *Psychiatric Services*, Vol.53, No.10, pp.1272-1284, 2002.
- [14] L. Spaniol, N. J. Wewiorske, C. Gagne, and W. Anthony, “The Process of Recovery from Schizophrenia,” *International Review of Psychiatry*, Vol.14, pp.327-336, 2002.
- [15] H. I. McCubbin and M. A. Thompson, “Typologies of resilience families : Emerging Roles of Social Class and ethnicity,” *Family Relations*, Vol.37, pp.247-254, 1988.
- [16] L. Valentine and L. L. Feinauer, “Resilience factors associated with survivors of childhood sexual abuses,” *American Journal of Family Therapy*, Vol.21, No.3, pp.216-224, 1993.
- [17] 최윤정, 최송식, “정신장애인의 회복태도와 이에 영향을 미치는 요인에 관한 연구,” *정신보건과사회사업*, 제26권, pp.252-288, 2007.
- [18] 김나라, *만성정신분열병의 회복에 관한 연구*, 고려대학교, 석사학위논문, 2004.
- [19] 김지영, *정신분열병환자의 회복경험: 삶의 재구성 과정*, 이화여자대학교, 박사학위논문, 2003.
- [20] P. E. Deegan, “Recovery: The Lived Experience of Rehabilitation,” *Psychological Rehabilitation Journal*, Vol.11, No.4, pp.11-19, 1988.
- [21] 김정남, “정신장애인에 대한 사회적 낙인척도 개발,” *한국심리학회지*, 제8권, 제3호, pp.581-593, 2003.
- [22] S. L. Young and D. S. Ensing, “Exploring Recovery from the Perspective of People with Psychiatric Disabilities,” *Psychiatric Rehabilitation Journal*, Vol.22, No.3, pp.219-231, 1999.
- [23] 최윤정, *지역사회통합을 통한 정신장애인의 회복전략*, 부산대학교, 박사학위논문, 2010.
- [24] 하경희, *지역사회 정신보건서비스를 이용하는 정신장애인이 인식한 인파워먼트 실천효과에 관한 연구*, 서울대학교, 박사학위논문, 2007.
- [25] B. G. Link, F. T. Cullen, E. Stucning, and P. E. Shout, “A modified labeling theory approach to disorder and empirical assessment,” *American Sociological Review*, Vol.54, No.3, pp.400-426, 1989.
- [26] 서미경, “지각된 낙인이 정신장애인의 삶의 만족과 자아존중감에 미치는 영향,” *한국사회복지학*, 제56권, 제4호, pp.173-194, 2004.
- [27] A. Whittaker and R. Garbarino, *Social support Networks*, New York: Aldine Publishing Company, 1983.
- [28] 최인숙, *사회적 지지가 정신질환자들의 사회응에 미치는 영향에 관한 연구*, 성심여자대학교, 석사학위

논문, 1987.

- [29] 이상균, *정신건강에 대한 지역사회기반의 사회사업 실천에 관한 연구*, 서울대학교, 석사학위논문, 1992.
- [30] 강방글, *정신장애인 사회복귀 프로그램과 사회통합의 관계에 관한 연구*, 서울여자대학교, 석사학위논문, 2002.
- [31] 이진향, *강요가 정신장애인의 회복에 미치는 영향*, 경상대학교, 박사학위논문, 2009.
- [32] 강석임, *정신장애인의 회복과정 영향요인*, 가톨릭대학교, 박사학위논문, 2013.

저 자 소 개

전 순 보(Soon-Bo Jeon)

정회원



- 2017년 8월 : 가톨릭관동대학교 사회복지학과(석사)
- 2019년 3월 : 가톨릭관동대학교 사회복지학과(박사과정)

〈관심분야〉 : 정신보건사회복지, 사례관리

이 동 영(Dong-Young Lee)

정회원



- 2000년 2월 : 서강대학교 경영학과(경영학사)
- 2005년 2월 : 연세대학교 사회복지학과(사회복지석사)
- 2008년 2월 : 연세대학교 사회복지학과(사회복지박사)
- 2019년 3월 ~ 현재 : 가톨릭관동대학교 사회복지학과 부교수

〈관심분야〉 : 사회복지정책 및 행정, 장애인복지