한국심리학회지 : 임상
The Korean Journal of Clinical Psychology
2009, Vol. 28, No. 3, 811-831

정신장애인의 재기태도가 삶의 질에 미치는 영향: 모형검증을 중심으로*

배 정 규† 손 명 자 이 종 구
대구대학교 심리학과 새미래심리건강연구소 대구대학교 심리학과

본 연구의 목적은 정신장애인의 재기태도가 삶의 질에 미치는 영향을 확인하고, 증상, 기능, 사회적 지지, 그리고 경제수준이 삶의 질에 영향을 미치는 과정에 재기태도가 매개변인으로 작용하는지를 검증하는데 있다. 정신장애인 520명의 자료를 대상으로 삶의 질을 종속변인으로 하여 단계적 회귀분석을 수행한 결과, 삶의 질에 대한 설명력은 재기태도(43%), 경제수준(8%), 기능(8%), 그리고 사회적 지지(2%) 순이었고, 증상은 설명력이 유의하지 않았다. 선행연구들과 단계적 회귀분석 결과를 함께 고려하여 증상, 기능, 사회적 지지, 그리고 경제수준이 삶의 질에 영향을 미치는 과정에 재기태도가 매개효과를 보일 것이라는 가설적 모형(재기태도 매개모형)을 개발하였다. 모형검증을 위하여 공변량 구조분석을 수행한 결과, 전반적 부합지수는 χ^2 = 900.95 ($p < .001$), GFI = .915, AGFI = .905, NFI = .921, NNFI = .934, CFI = .940으로 χ^2를 제외한 모든 부합지수가 양호하였다. 공변량 구조분석에서 얻어진 경로계수를 분석한 결과, 증상을 제외한 나머지 변인들(재기태도, 기능, 사회적 지지, 경제수준)은 삶의 질에 미치는 직접효과가 정적으로 유의하게 나타났다. 그리고 경제수준을 제외한 나머지 변인들(증상, 기능, 사회적 지지)은 재기태도를 매개하여 삶의 질에 영향을 미치는 간접효과가 유의하게 나타났다. 결과를 바탕으로 본 연구의 시사점을 논의하였고, 후속연구와 임상실무에 대한 제언을 하였다.

주요어 : 재기, 재기태도, 회복, 삶의 질, 정신장애, 사회복귀

---

* 본 연구는 배정규(2005)의 박사학위논문 중 연구 2에 해당하는 내용을 요약하고 최근 연구결과를 고찰하여 서론과 논의의 일부를 수정・보완한 것임.

† 교신저자(Corresponding Author) : 배정규 / 대구대학교 심리학과 / 경북 경산시 진량읍 내리리
Tel : 011-9190-6365 / Fax : 053-850-6369 / E-mail : jkbae@daegu.ac.kr

정신장애에 대한 개입 활동에는 의료모형과 재활모형이 있다. 의료모형은 증상을 재활모형은 기능을 개선하고자 한다. 의료모형은 약물로써 재활모형은 기술훈련과 지원으로써 정신장애인의 삶의 질을 개선시켰다(Mancini, 2003). 새로운 약물과 효과적인 재활 개입법의 개발로 1980년대부터 정신장애인의 사회적응과 삶의 질이 이전보다 향상되었다(Anthony, 1990). 또한 소비자(정신장애인) 운동의 영향으로 정신장애인의 권익주장 활동도 활발해졌으며 많은 정신장애인이 자신의 경험을 수기를 통해 공개하기 시작하였다. Anthony(1990)는 소비자 수기를 검토한 결과, 질병에 대처하고 사회에 적응해가는 그들의 경험이 전문가들의 전통적인 가정과 상당히 다르다는 점을 발견하였다. 수기에서 소비자들은 증상이나 기능 그 자체보다, 그것과 상호작용하는 개인의 주관적인 경험의 중요성을 강조하였다. 즉 질병에 대처하고 사회에 적응해가는 과정에서 그들이 어떤 심리적 변화를 겪는지, 그러한 심리적 변화가 그들의 질병과 사회적응에 어떤 영향을 주는지를 묘사하였다.

Anthony(1990)는 수기에 등장하는 재기(recovery)라는 개념에 주목하였다. 그는 이 개념이 수기의 중심이 되는 핵심 개념임에도 불구하고 그에 대한 학술연구가 거의 수행되지 않았다는 점을 발견하였다. 또한 의료모형과 재활모형에 기초한 기존의 개입법들이 증상과 기능에만 초점을 두고, 개인의 주관적 경험, 즉 재기경험에 대한 고려가 부족함을 발견하였다. 재기경험에 대한 고려 없이 증상과 기능에만 초점을 둘 경우 그러한 서비스는 소비자의 욕구를 제대로 반영하지 못하며 때로는 해로울 수 있다. 이에 Anthony(1993)는 소비자의 주관적인 경험, 즉 재기경험에 대한 학술적인 연구와 이에 기초한 의료 서비스와 재활 서비스의 실천을 촉구하였다.

이후 이러한 입장은 재기 패러다임 또는 재기모형이라는 이름으로 미국 전역으로 확산되었다(Frese, Stanley, Kress, & Vogel-Scibilia, 2001; Jacobson & Curtis, 2000). 1990년대에 일어난 이러한 변화는 재기운동이라고 불릴 정도로 미국의 정신보건 정책과 실무에 커다란 변화를 가져오고 있다(Mancini, 2003). 소비자 운동가들이 재기모형을 적극적으로 수용하고 확산시키려 하는데 비하여 전문가들의 경우 재기모형의 확산을 우려하거나 반대하는 입장도 있다. 미국에서는 1990년대에 과학적인 근거를 바탕으로 치료하자는 운동이 일어났는데, 이를 증거에 입각한 실무(evidence-based practices)라고 한다. 이러한 입장을 취하는 전문가들은 재기모형이 의료모형과 갈등을 일으킬 수 있다고 우려하였으며(Frese et al., 2001), 이들 중 일부는 재기모형은 주관적이고 증거자료가 부족하며 과학적이지 못하다고 비판하였다(Preyer, 2001).

재기모형에 대하여 어떤 입장을 취하든 간에 그것은 실증적인 연구에 기초해야 할 것이다(Liberman et al., 2008). 1990년대 이후 재기에 대한 많은 연구가 이루어졌다. 그러나 수기를 분석하거나 면접 결과를 분석한 질적 연구는 많으나(Resnick, Rosenheck, & Lehman, 2004), 상대적으로 양적 연구는 부족한 상황이다. 양적 연구가 부족한 이유는 그것이 개인의 주관적 경험이기에 이를 정의하거나 측정하기가 쉽지 않기 때문이다(Resnick et al., 2004).

아직까지 재기에 대한 합의된 정의는 없지만 일반적으로 Anthony(1993)의 정의가 가장 널리 받아들여지고 있다. “재기란 개인의 태도, 가치, 감정, 목표, 기술, 그리고/또는 역할

이 변화하는 매우 개인적인, 즉 개인특유의 과정이다. 재기는 질병으로 인한 제약을 지니고 있으면서도 만족스럽고 희망적이며 가치있는 삶을 사는 방식이다. 재기는 개인이 정신질환의 파국적 영향을 극복하며 성장함에 따라 자신의 삶의 새로운 의미와 목적을 발달시키는 것을 포함한다."(Anthony, 1993, p.15). 재기는 질병이 아닌 성장과 관련되며, 과거로의 회귀가 아니라 미래지향적이고 목표지향적인 속성을 지닌다(Anthony, 1993; Deegan, 1988). 따라서 배정규(2005)는 "재기는 개인이 질병 및 환경과의 상호작용 경험을 통하여 끊임없이 변화하고 성장하는 개인특유의 심리적 발달과정이다"(배정규, 2005, p.10)라고 정의하였다.

국내의 선행연구들은 recovery라는 단어를 흔히 회복으로 번역하지만(김나라, 2004; 김지영, 2003; 노춘희, 2002; 장혜경, 박경애, 김오남, 2004), 본 연구는 재기로 번역하고자 한다. 국어사전에서 회복은 되찾거나 돌이킴, 재기는 다시 일어남을 뜻한다(한글학회, 1992). 회복은 원래의 상태를 복구한다는 의미이며, 동시에 의료적인 개념을 내포한다. 즉 증상의 경감 또는 제거라는 의미를 지닌다. 따라서 회복으로 번역할 경우, 재기 개념의 본질을 심각하게 훼손하게 된다.

Noordsy 등(2002)은 재기는 심리-주관차원 또는 행동-기능차원에서 조작적으로 정의될 수 있다고 제안하였다. 그러나 아직까지 행동-기능차원에서 재기를 측정하는 도구는 개발되지 않았으며, 현재 사용되고 있는 척도는 모두 재기를 심리-주관차원에서 정의하고 있다. 이러한 이유로 재기측정도구들은 재기라는 용어 대신에, 재기태도, 재기에 대한 견해, 재기 오리엔테이션 등의 용어를 사용하고 있다(Resnick et al., 2004). 본 연구도 재기를 심리-주관차원, 즉 태도차원에서 조작적으로 정의하고자 한다. 따라서 본 연구에서의 구성개념은 재기 그 자체가 아니라 재기태도이다. 배정규(2005)는 7개 요인 42문항(각 요인별 6문항)으로 구성된 재기태도척도를 개발하고 그 타당도를 검증하였는데, 본 연구에서는 이 척도를 사용할 것이다.

본 연구는 재기태도가 정신장애인의 삶의 질에 미치는 영향을 증상 및 기능이 미치는 영향과 비교하고자 한다. 전통적으로 의료모형은 증상의 경감 또는 제거를 목표로 하였고, 따라서 종속측정치로 증상을 중요시하였다. 1970년대에 재활모형이 등장하면서, 증상이 환자들의 지역사회 적응을 제대로 예측하지 못한다는 주장이 제기되었다. 즉 증상과 기능 간에는 유의한 상관이 없으며 증상보다는 기능이 환자들의 지역사회 적응을 보다 잘 예측한다는 연구결과들이 발표되었다(손명자, 1996). 재활모형의 등장으로 개입의 성과측정치는 다양해졌다. 예로써 사회적응과 관련된 다양한 객관적 측정치들이 사용되기 시작하였다. 즉 취업, 임금, 직무만족, 주거상태, 친구의 수, 지역사회 적응의 만족도, 사회기술 등과 같은 측정치들이다(Anthony, 1990). 또한 심리적 변인과 관련된 다양한 측정치들이 관심을 받게 되었다. 예로써 삶의 질, 생활만족도, 자기존중감, 자기효능감, 통제감과 같은 변인들이다(김이영, 2004). 이 중에서 최근 삶의 질에 대한 관심이 점차 높아지고 있다. 예로써 1989년 미국 의회는 임상시험을 할 때 삶의 질을 치료효과의 측정치로 포함시켜야 한다는 법안인 환자 치료효과 연구법령(Patient Outcome Research Act)을 제정하였다(Bobes & González, 1997).

삶의 질에 대한 정의는 다양하다. 1970년대 이전까지 삶의 질에 대한 초기연구들은 개인당 평균소득이나 교육수준과 같은 객관적 지표들을 중심으로 하였으나, 1970년대를 기점으로 주관적 평가를 중요시하게 되었다(윤창영, 2001). 일반적으로 삶의 질은 정적 정서, 부적 정서, 그리고 생활만족으로 정의되고 있으나(Diener, 1984), 임상연구에서는 질병, 사고, 치료 및 치료의 부작용과 관련된 주관적 안녕감(well-being)으로 정의하고 있다(국승희, 2001; Spilker, 1996). 다양한 임상연구들이 삶의 질에 영향을 미치는 임상적 변인을 밝히고자 하였다. 그 결과, 많은 연구들에서 증상이 삶의 질에 영향을 미치는 것으로 나타났다(국승희, 2001; 노은선, 2000; Awad, Voruganti, & Heslegrave, 1997; Bengtsson-Tops & Hansson, 1999; Bobes & González, 1997; Green et al., 2008). 이에 더하여 심리적 변인인 심리사회적 기능(Bengtsson-Tops & Hansson, 1999)과 사회적 지지(Carnon, Tempier, Mercier, & Leouffre, 1998)도 정신장애인의 삶의 질에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이 변인들은 의료모형과 재활모형에서 개입의 초점이 되어온 변인들이다. 즉 의료모형은 증상을, 재활모형은 기능과 사회적 지지를 중요시해왔다. 다른 임상적 변인들, 예로써 투병기간, 입원횟수, 약물부작용, 취업유무 등에 대한 연구도 수행되었으나, 삶의 질과의 분명한 관계가 입증되지 않았다(Prince & Prince, 2001). 본 연구는 삶의 질을 종속변인으로 할 때, 증상, 기능, 사회적 지지, 그리고 재기태도가 각각 어느 정도의 설명력을 갖는지를 비교하고자 한다. 별도의 가설을 수립하지 않고 단순히 설명력의 정도를 비교해 보고자 하는 것인데, 이유는 재기태도에 관해서는 가설 수립의 근거가 될 만한 선행연구가 없기 때문이다.

정신장애인의 삶의 질에 대한 모형으로는 Bigelow의 모형(정신건강 서비스의 치료성과로서의 삶의 질 모형), Lehman 등의 모형(삶의 질에 대한 일반적 모형), Skantze와 Malm의 모형(취약성-스트레스-대처 삶의 질 모형), Awad 등의 모형(항정신병 약물치료를 받는 정신분열증 환자를 위한 삶의 질의 통합적 모형), 그리고 Spilker의 모형(여과모형)이 있다(국승희, 2001). 이 모형들 중 심리적 변인이 삶의 질에 영향을 미치는 방식에 대해서는 서로 상반된 가정이 있다. 한 가지는 그것이 직접 삶의 질에 영향을 미치지 않고 임상적 변인을 매개하여 영향을 미친다는 가정이며(Awad et al., 1997), 또 한 가지는 심리적 변인이 직접 삶의 질에 영향을 미치며, 오히려 임상적 변인이 심리적 변인을 매개하여 삶의 질에 영향을 미친다는 가정이다(Spilker, 1996).

국내에서는 노은선(2000)과 국승희(2001)가 각각 이 가정들에 입각한 모형들을 검증하였다. 심리적 변인은 삶의 질에 직접 영향을 미치기보다는 임상적 변인을 매개하여 영향을 미칠 것이라는 노은선(2000)의 모형은 부분적으로만 지지되었다. 즉 심리적 변인(자기효능감, 자기존중감)은 임상적 변인(증상, 기능)을 매개하여 삶의 질에 영향을 미치기도 하지만, 직접 영향을 미치기도 하는 것으로 나타났다. 한편 심리적 변인이 삶의 질에 직접 영향을 미치고, 임상적 변인은 심리적 변인을 매개하여 삶의 질에 영향을 미칠 것이라는 가정을 채택한 국승희(2001)의 모형은 전적으로 지지되었다. 즉 심리적 변인(신경증적 경향성, 외향성, 자기존중감, 사회적 지지에 대한 지각, 외적 통제감)은 삶의 질에 직접 영향을 미쳤고, 임상적 변인(증상, 투약만족도)은 심리적

변인을 매개하여 삶의 질에 영향을 미쳤다. 두 연구의 결과를 종합하여 고려할 때, Awad 등(1997)의 가정보다는 Spilker(1996)의 가정이 보다 타당한 것으로 보인다.

재기태도는 심리적 변인이다. Spilker(1996)의 가정이 타당하다면, 재기태도는 삶의 질에 직접 영향을 미칠 것이며, 임상적 변인들의 경우 다른 심리적 변인들을 매개하는 것과 마찬가지로, 재기태도를 매개하여 삶의 질에 영향을 미칠 것이다. 따라서 본 연구는 증상, 기능, 그리고 사회적 지지가 삶의 질에 영향을 미치는데 있어서 재기태도가 매개효과(mediating effect)를 보일 것이라는 가설을 수립하였다. 본 연구는 임상적 변인과 마찬가지로 사회인구학적 변인에 대해서도 재기태도가 매개효과를 보일 것인지를 검증하고자 한다. 선행연구들에 따르면 대다수 사회인구학적 변인들은 삶의 질과 관계가 거의 없다(Bengtsson-Tops & Hansson, 1999; Prince & Prince, 2001; Sullivan, Wells, & Leake, 1992). 간혹 성별, 인종, 연령 등이 삶의 질에 유의한 영향을 미치는 것으로 보고된 경우가 있으나, 이 경우에도 삶의 질에 대한 설명력은 모두 합하여 1.5 ~ 2.5%에 불과하다(Lehman, Rachuba, & Postrado, 1995). 다만 재정상태의 경우 삶의 질에 유의한 영향을 미친다는 보고가 상대적으로 많은 편이다(Bengtsson-Tops & Hansson, 1999; Sullivan et al., 1992; Warner & Huxley, 1993). 현재로서는 삶의 질에 영향을 미칠 것으로 판단되는 사회인구학적 변인이 분명하지 않기에, 본 연구에서는 사회인구학적 변인들에 대해서는 미리 특정 변인을 지정하지 않고, 단계적 회귀분석

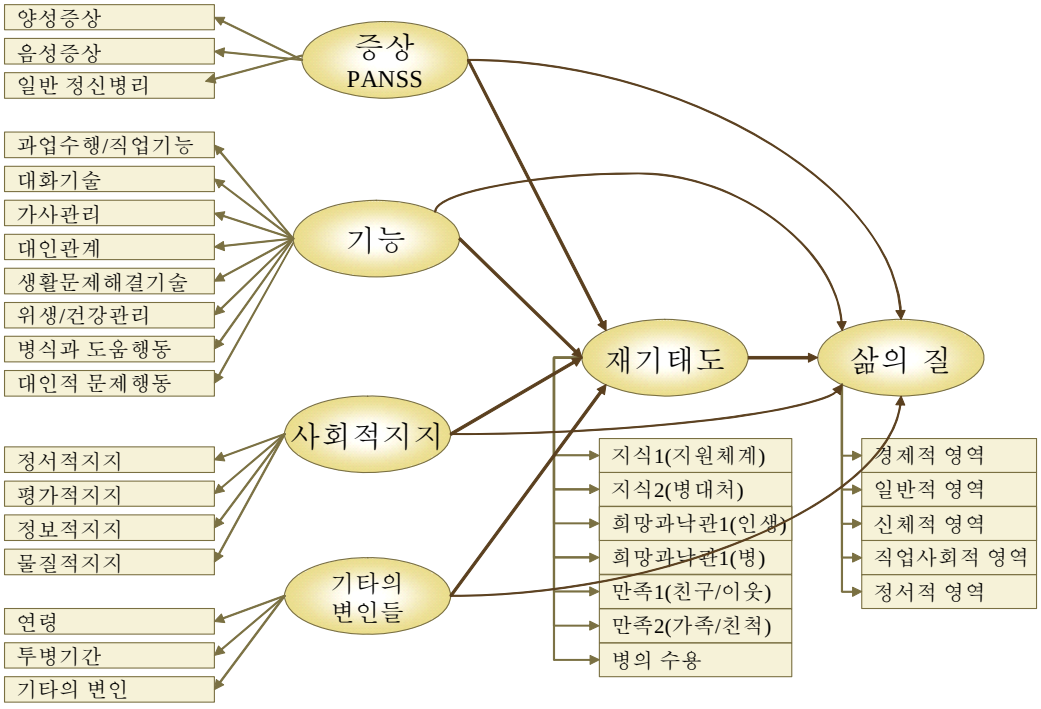

그림 1. 정신장애인의 삶의 질에 대한 재기태도 매개모형

결과 삶의 질에 대하여 유의한 설명력을 보이는 변인에 대해서만, 그것이 재기태도를 매개하여 삶의 질에 영향을 미치는지 검증하고자 한다. 본 연구는 재기태도, 증상, 기능, 사회적 지지, 그리고 사회인구학적 변인이 삶의 질에 영향을 미치는 방식에 대하여 그림 1과 같은 공변량구조모형(covariance structural model)을 수립하였다.

그림 1에 제시된 '정신장애인의 삶의 질에 대한 재기태도 매개모형'(이하 재기태도 매개모형)은 재기태도가 매개변인(mediator)일 것이라는 가설을 중심으로 변인들 간의 관계에 대한 모든 가설을 시각적으로 제시한 것이다. 모형에 대한 가설검증은 공변량구조분석(covariance structural analysis)을 통하여 모형의 적합성을 검증하는 방식으로 수행할 것이다. 그림 1에서 증상, 기능, 사회적 지지, 그리고 기타의 변인들은 외생변인(exogenous variables)이고, 재기태도와 삶의 질은 내생변인(endogenous variables)이다. 재기태도는 증상, 기능, 사회적 지지, 그리고 기타의 변인들의 종속변인이고 삶의 질의 선행변인(독립변인)이다.

방 법

연구대상

총 1,000부의 자료를 배포하여, 38개 기관(재활기관 32개소, 정신병원 6개소)에서 회수된 520명(남자 315명, 여자 205명)의 자료를 분석하였다. 재활기관(사회복귀시설 및 정신보건센터) 이용자가 435명(83.7%), 정신병원 입원환자가 85명(16.3%)이었다. 표 1에 성별에 따른 연구대상자의 진단, 투병기간, 그리고 연령 분포를 제시하였다. 진단별로는 정신분열증이 가장 많았다(79.4%).

표 2는 연구대상자의 연령 및 투병기간의 평균과 표준편차이다. 조사대상자의 평균연령은 36.3세였고, 평균 투병기간은 11.9년이었다. 성별로는 여자가, 진단별로는 정신분열증이 연령이 조금 높고, 투병기간도 길었다.

측정도구

재기태도척도, 희망척도, 양성 및 음성 증상척도(PANSS), 기능평가척도, 사회적 지지척도, 그리고 삶의 질 척도를 사용하였다.

재기태도척도

배정규(2005)가 개발하였으며, 7개 요인, 42문항(각 요인별 6문항)으로 구성되어 있다. 7개 요인은 ① 친구와 이웃에 대한 만족, ② 지원체계에 대한 지식, ③ 인생에 대한 희망과 낙관 ④ 병의 수용 ⑤ 가족과 친척에 대한 만족, ⑥ 병 대처에 대한 지식, ⑦ 병의 경과에 대한 희망과 낙관이다. 이 척도는 자기보고형 4점 평정척도(1점 = 전혀 그렇지 않다, 2점 = 그렇지 않다, 3점 = 그렇다, 4점 = 매우 그렇다)이며, 점수가 높을수록 재기태도가 양호한 것을 의미한다. 배정규(2005)는 내적 신뢰도(Cronbach's α)를 .74 ~ .80, 요인간 상관을 .34 ~ .64로 보고하였는데, 본 연구에서는 내적 신뢰도가 .77 ~ .85, 요인간 상관이 .36 ~ .66이었다.

희망척도(Hope Scale)

재기태도의 가장 중요한 구성요인이 희망이기에(Ochocka, Nelson, & Jansen, 2005; Onken, Craig, Ridgway, Ralph, & Cook, 2007) 재기태도

표 1. 성별에 따른 연구대상자의 진단, 투병기간, 그리고 연령 분포

		성별		전 체
		남	여	
	전 체	315(60.6)	205(39.4)	520(100.0)
진단				
	정신분열증	242(76.8)	171(83.4)	413(79.4)
	양극성장애	21 (6.7)	10 (4.9)	31 (6.0)
	우울장애	7 (2.2)	6 (2.9)	13 (2.5)
	분열정동장애	8 (2.5)	5 (2.4)	13 (2.5)
	기타/무응답	37(11.7)	3 (6.3)	50 (9.6)
투병기간				
	5년 이하	59(19.2)	48(23.8)	107(21.0)
	6-10년	60(19.5)	34(16.8)	94(18.4)
	11-15년	73(23.7)	43(21.3)	116(22.7)
	16년 이상	49(15.9)	26(12.9)	75(14.7)
	20년 이상	45(14.6)	32(15.8)	77(15.1)
	무응답	22 (7.1)	19 (9.4)	41 (8.0)
연 령				
	10-20대	76(24.1)	55(26.8)	131(25.2)
	30대	126(40.0)	73(35.6)	199(38.3)
	40대	88(27.9)	54(26.3)	142(27.3)
	50대 이상	23 (7.3)	21(10.2)	44 (8.5)
	무응답	2 (0.6)	2 (1.0)	4 (0.8)

( )안은 %

표 2. 연구대상자의 연령 및 투병기간의 평균과 표준편차

	성별		기관별		진단별		전 체
	남	여	재활기관	병원	정신분열	기 타	
연 령(세)	36.02(8.91)	36.79(10.02)	35.58(8.65)	40.08(11.73)	36.72(9.52)	34.78(8.62)	36.32(9.36)
투병기간(년)	12.03(7.99)	11.74(8.39)	11.68(7.68)	13.32(10.44)	12.29(8.17)	10.48(7.87)	11.92(8.14)

( )안은 표준편차

와 희망 간의 관계를 확인할 목적으로 실시하였다. 희망척도는 Snyder 등(1991)이 개발한 자기보고형 척도를 연구자가 번안하여 사용하였다. 이 척도는 총 12문항인데, 목표지향척도 4문항, 경로척도 4문항, 그리고 주의분산(distracters) 4문항으로 구성되어 있다. 주의분산을 위한 4개 문항은 채점되지 않는다. 본 연구에서는 채점에 이용되는 8개 문항만을 사용하였다. 자기보고형 4점 평정척도(1점 = 전혀 그렇지 않다, 2점 = 그렇지 않다, 3점 = 그렇다, 4점 = 매우 그렇다)로 실시하였으며, 점수가 높을수록 자신의 미래를 희망적으로 전망함을 의미한다. Snyder 등(1991)은 내적 신뢰도를 .74 ~ .84, 10주 간격의 검사-재검사 신뢰도를 .80으로 보고하였다. 본 연구에서는 8문항이 하나의 단일요인으로 수렴되었고 내적 신뢰도는 .89로 나타났다.

양성 및 음성 증상척도(Positive and Negative Syndrome Scale: PANSS)

Kay, Fiszbein, 그리고 Opler(1987/1991)가 개발하였으며, 3개 하위척도, 총 30문항으로 구성되어 있다. 3개 하위척도는 양성척도(7개 문항), 음성척도(7개 문항), 그리고 일반적 정신병리척도(16개 문항)이다. 전문가가 7점 평정척도(1 = 없음, 7 = 최고도)로 평정하며, 점수가 높을수록 증상이 심함을 의미한다. 본 연구는 PANSS와 관련된 분석에는 정신과전문의, 정신과전공의, 또는 정신보건전문요원이 평정한 PANSS 자료만을 사용하였는데, 그 수는 400명으로서 전체 연구대상자 520명의 76.9%에 해당한다. 이렇게 평정자의 자격을 제한한 이유는 평정자 신뢰도를 유지하기 위해서였다. 본 연구에서 평정자들의 임상현장 경력은 평균 7.12년(*SD* = 5.86년)이었다. Kay 등(1987/1991)은 내적 신뢰도를 .73 ~ .83, 평정자간 신뢰도를 .83 ~ .87, 검사-재검사 신뢰도를 .77 ~ .89로 보고하였다. 본 연구에서는 내적 신뢰도가 .85 ~ .96, 요인간 상관이 .58 ~ .76이었다.

기능평가척도

손명자, 박동건, 최영희, 이선희, 그리고 배정규(2001)가 개발한 8개 요인, 95문항으로 구성된 척도를 본 연구에서 일부 수정하여 사용하였다. 즉 본 연구를 위하여 손명자 등(2001)의 원자료를 사용하여 확인적 요인분석을 수행하였으며, 그 결과를 토대로 8개 요인, 40문항(요인별 5문항)으로 척도를 재구성하였다. 각 요인별 문항이 이전과 달라졌기에, 요인의 명칭을 일부 수정하였다. 요인의 명칭은 ① 과업수행, ② 대화기술, ③ 가사관리, ④ 대인관계, ⑤ 생활문제해결기술, ⑥ 위생/건강관리, ⑦ 병식과 도움요청, ⑧ 대인적 문제행동이다. 이 요인들 중 대인적 문제행동(요인 8)은 다른 요인들과 상관이 대체로 유의하지 않았으며, 기능총점과도 -.02의 상관을 보였다. 또한 그 내용이 기능에 해당한다기보다는 증상에 가까운 것으로 판단되었다. 따라서 본 연구에서는 이 요인을 제외하고, 7개 요인, 35개 문항으로 결과를 분석하였다. 자기보고형 4점 평정척도(1점 = 전혀 그렇지 않다, 2점 = 가끔 그렇다, 3점 = 자주 그렇다, 4점 = 항상 그렇다)이며 점수가 높을수록 기능이 양호함을 의미한다. 본 연구에서 내적 신뢰도는 .75 ~ .86이었고, 대인적 문제행동(요인 8)을 제외한 나머지 요인들의 요인간 상관은 .35 ~ .77이었다.

사회적 지지척도

박지원(1985)이 개발한 척도를 김희정(1992)

이 정신과 환자들이 보다 쉽게 이해할 수 있도록 문장을 수정한 것을 사용하였다. 이 척도는 4개 요인, 25문항으로 구성되어 있다. 4개 요인은 정서적 지지(7개 문항), 정보적 지지(6개 문항), 물질적 지지(6개 문항), 평가적 지지(6개 문항)이다. 자기보고형 5점 평정척도이며(1점 = 모두 그렇다, 2점 = 그렇지 않은 편이다, 3점 = 보통이다, 4점 = 그런 편이다, 5점 = 모두 그렇다), 점수가 높을수록 개인이 지각하는 사회적 지지가 높다는 것을 의미한다. 김희정(1992)은 내적 신뢰도를 .93으로 보고하였다. 본 연구에서 내적 신뢰도는 .84 ~ .90, 요인간 상관은 .82 ~ .97이었다. 본 연구에서 나타난 이 척도의 요인간 상관은 지나치게 높은 수치인데, 이는 4개의 요인이 서로 독립적이지 않고 중복된 개념일 가능성을 시사해주는 결과이다.

삶의 질 척도(Happy-QoL)

국승희(2001)가 정신분열증 환자의 삶의 질을 평가하기 위해 개발하였다. 국승희(2001)는 기존의 4개의 삶의 질 척도로부터 문항을 선별하여 36개 문항으로 예비문항을 구성하였고, 270명의 정신분열증 환자를 대상으로 자료를 수집하여, 탐색적 요인분석과 확인적 요인분석을 하였다. 그 결과 최종 5개 요인, 25개 문항(요인별 5개 문항)으로 구성된 척도를 개발하였다. 5개 요인은 경제적 영역, 일반적 영역, 신체적 영역, 직업/사회적 영역, 그리고 정서적 영역이며, 정서적 영역에 속하는 문항들은 역방향 채점문항이다. 자기보고형 5점 평정척도(1점 = 전혀 그렇지 않다, 2점 = 다소 그렇지 않다, 3점 = 보통이다, 4점 = 다소 그렇다, 5점 = 매우 그렇다)이며, 점수가 높을수록 주관적으로 지각하는 삶의 질이 높음을 의미한다. 국승희(2001)는 검사-재검사 신뢰도를 .84(1주 간격 및 2주 간격의 경우)에서 .96(4주 간격의 경우)으로 보고하였다. 본 연구에서는 내적 신뢰도가 .80 ~ .88, 요인간 상관이 .12 ~ .88이었다.

자료분석

공변량 구조분석을 제외한 모든 자료분석은 SAS 8.01판을 이용하였으며, 공변량 구조분석은 LISREL 8.30판을 이용하였다. PANSS 자료가 포함되지 않은 분석에서는 520명의 자료를 이용하였고 PANSS 자료가 포함되는 분석에서는 신뢰할만한 평정자가 평가한 400명의 자료만을 이용하였다.

결 과

본 연구의 첫 번째 과제는 삶의 질을 종속변인으로 했을 때, 증상, 기능, 그리고 사회적 지지와 비교하여 재기태도의 설명력이 어느 정도인지를 확인하는 것이고, 두 번째 과제는 재기태도가 증상, 기능, 그리고 사회적 지지가 삶의 질에 영향을 미치는 과정에서 매개효과를 보일 것이라는 가설을 중심으로 수립된 재기태도 매개모형(그림 1)을 검증하는 것이다. 아래에 과제의 순서대로 결과를 제시하였다.

삶의 질에 대한 재기태도의 설명력

삶의 질에 대한 재기태도의 설명력이 어느 정도인지를 검증하기 위하여 먼저 본 연구에서 수집된 모든 변인들 간의 단순상관분석과 단계적 회귀분석을 실시하였다. 재기태도척도

표 3. 재기태도척도의 하위요인과 다른 척도들 간의 상관행렬

	만족1	지식1	희망 /낙관1	병수용	만족2	지식2	희망 /낙관2	재기 총점
희망	.48***	.49***	.70***	.49***	.55***	.63***	.60***	.74***
기능총점	.41***	.40***	.55***	.44***	.43***	.58**	.51***	.62***
사회적지지총점	.40***	.29***	.42***	.42***	.47***	.44***	.45***	.54***
삶의 질 총점	.49***	.36***	.58***	.42***	.52***	.51***	.56***	.64***
경제수준	.10	.12*	.16**	.12*	.34***	.17***	.14**	.21***
PANSS양성증상	-.10*	-.17***	-.11*	-.08	-.11*	-.12*	-.06	-.14**
PANSS음성증상	-.21***	-.31***	-.22***	-.23***	-.08***	-.22***	-.13***	-.26***
PANSS 일반적 정신병리	-.22***	-.31***	-.22***	-.19***	-.18***	-.19***	-.13*	-.27***
PANSS총점	-.20***	-.30***	-.21***	-.19***	-.14**	-.20***	-.12*	-.25***

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

의 7개 하위요인들과 다른 척도들의 총점 간의 상관행렬을 표 3에 제시하였다. 다만 PANSS의 경우에는 하위척도의 결과도 제시하였다. 재기태도척도의 7개 하위요인들과 본 연구에서 수집한 모든 사회인구학적/임상적 변인들(성별, 연령, 발병시기, 학력, 결혼상태, 진단, 정신과 이용방식, 입원하지 않고 지낸 기간, 직업, 가정형편, 자신의 생활수준, 주요 수입원, 월급, 하루 평균 근무시간, 지난 1년간 직업을 가진 기간) 간의 단순상관을 분석해 보았는데, 그 결과 경제수준(가정형편, 자신의 생활수준) 만이 일관되게 유의한 상관을 보였다.

표 4는 본 연구에서 사용된 모든 척도들 간

표 4. 본 연구에서 사용된 모든 척도들 간의 상관행렬

	재기 태도	희망	기능	지지	삶의 질	경제 수준	직업 정도	PANSS 총점
재기태도총점	1.00							
희망	.74***	1.00						
기능총점	.62***	.59***	1.00					
사회적지지총점	.54***	.48***	.50***	1.00				
삶의 질 총점	.64***	.62***	.61***	.55***	1.00			
경제수준	.21***	.24***	.09	.26***	.41***	1.00		
PANSS총점	-.25***	-.13**	-.24***	-.12*	-.20***	.01	.12*	1.00

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

표 5. 삶의 질에 대한 단계적 및 동시 회귀분석 결과

변인	동시회귀분석		단계적 회귀분석		
	b	β	sr^2	누적 sr^2	F
절편	-.44	0			
재기태도총점	.39	.22	.43	.43	283.16**
경제수준	.22	.27	.08	.51	62.35**
기능총점	.14	.16	.08	.59	70.76**
사회적지지총점	.19	.15	.02	.60	16.15**
희망	.36	.27	.01	.61	8.26*

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

의 상관행렬표이다. 재기태도, 기능, 사회적 지지, 그리고 삶의 질은 서로 간에 .50 이상의 높은 상관을 보였다. 표 3에서와 같은 이유로 경제수준에 따른 상관도 제시하였는데, 경제수준은 재기태도, 기능, 사회적 지지, 그리고 삶의 질과 다소 낮지만 유의한 정적 상관을 보였다. 한편 PANSS 총점은 다른 모든 변인들과 -.12 ~ -.25 사이의 유의한 부적 상관을 보였으며, 경제수준과는 유의한 상관이 없었다.

단순상관분석 결과를 토대로 단계적 회귀분석에 사용할 변인을 선정하였다. 즉 재기태도 또는 삶의 질과 유의한 상관을 보인 변인들을 선정하였다. 증상, 기능, 사회적 지지, 희망, 그리고 경제수준이 선택되었다. 이때 증상은 하위변인들(음성증상, 양성증상, 일반적 정신병리) 모두를 독립변인으로 선정하였다. 양성증상이 삶의 질과 상관이 가장 크다는 연구도 있고(Awad et al., 1997), 음성증상과 일반적 정신병리가 삶의 질과 상관이 더 크다는 선행연구들도 있는데(Bobes & González, 1997; Bengtsson-Tops & Hansson, 1999), 본 연구의 단순상관분석에서도 증상들 간에 재기태도와의 상관의 정도에서 차이가 있을 가능성이 시사되었기 때문이다(표 3 참조).

표 5는 삶의 질을 종속변인로, 8개의 변인들(PANSS의 음성증상, 양성증상, 일반적 정신병리, 재기태도, 기능, 경제수준, 사회적 지지, 희망)을 독립변인으로 단계별 회귀분석을 한 후 유의한 변인들만을 대상으로 동시회귀분석을 한 결과이다. 단계적 회귀분석 결과 재기태도, 경제수준, 기능, 사회적 지지, 그리고 희망이 유의하게 나타났으며, 재기태도가 삶의 질 변량에 대한 설명력이 가장 큰 것으로 나타났고(43%), 그 다음으로 경제수준(8%), 기능총점(8%), 사회적 지지(2%), 그리고 희망(1%) 순이었다. PANSS의 3개 변인(양성증상, 음성증상, 일반적 정신병리)은 결과가 유의하지 않았다.

재기태도의 매개효과 검증

표 6은 재기태도를 종속변인으로, 7개의 변인들(PANSS의 음성증상, 양성증상, 일반적 정신병리, 기능, 경제수준, 사회적 지지, 희망)을 독립변인으로 단계적 회귀분석을 한 후 유의한 변인들만을 대상으로 동시회귀분석을 한

표 6. 재기태도에 대한 단계적 및 동시 회귀분석 결과

변인	동시 회귀분석		단계적 회귀분석		
	b	β	sr^2	누적 sr^2	F
절편	1.30				
희망	.37	.53	.55	.55	473.07*
기능총점	.14	.19	.05	.60	46.04*
사회적지지총점	.09	.18	.02	.63	23.06*
PANSS 일반적 정신병리	-.00	-.13	.02	.64	17.96*

*p < .001.

결과이다. 이러한 분석을 수행한 이유는 재기태도에 유의한 영향을 주는 변인을 공변량 구조모형의 외생변인으로 선정하기 위한 것이다. 단계적 회귀분석 결과 재기태도에 대해서는 희망의 설명력이 가장 높게 나타났으며(55%), 기능(5%), 사회적 지지(2%), 그리고 PANSS의 일반적 정신병리(2%)가 유의하게 나타났다.

단계적 회귀분석 결과 삶의 질 또는 재기태도에 대하여 유의한 설명력을 지닌 변인들을 공변량 구조분석의 외생변인으로 선택하였다. 다만 희망은 제외하였다. 그 이유는 희망이 재기태도의 핵심적인 요인이기에, 개념이 중복된다고 판단하였기 때문이다. 증상의 경우 양성증상과 음성증상은 삶의 질과 재기태도 모두에 대하여 유의한 설명력이 없었으나, 일반적 정신병리가 재기태도에 대하여 유의한 설명력을 지닌 것으로 나왔기 때문에 외생변인으로 포함시키기로 하였다. 따라서 외생변인은 모두 4개이다. 즉 증상(3개 변인), 기능(7개 변인), 사회적 지지(4개 변인), 경제수준(1개 변인)이 그것이며, 이들 요인에 포함된 측정변인은 모두 15개이다. 재기태도(7개 변인)와 삶의 질(5개 변인)은 내생변인이며 12개의 측정변인을 포함하고 있다. 이 모형에서 사용된 측정변인들은 개별 문항점수가 아니라 하위요인들의 요인점수이므로 계산방법으로 다변량 정규분포를 가정하는 ML(maximum likelihood)법을 선택하였다. 모형에서 경제수준은 하나의 측정변인만을 포함하고 있기 때문에 경제수준 요인과 측정변인 간의 관계는 경제수준을 묻는 두 문항의 신뢰도로 고정하였다. 공변량

표 7. 내생변인(재기 및 삶의 질)의 요인계수(표준화)

측정변인	재 기	삶의 질
만족1(친구/이웃)	.31	- -
지식1(지원체계)	.36	- -
희망/낙관1(인생)	.42	- -
병의 수용	.33	- -
만족2(가족/친척)	.35	- -
지식2(병에 대한 대처)	.43	- -
희망/낙관2(병)	.42	- -
경제적영역	- -	.62
일반적영역	- -	.88
신체적영역	- -	.66
직업사회적영역	- -	.75
정서적영역	- -	.40

구조분석 결과, 전반적 부합지수는 χ^2 = 900.95 (p < .001), 기초부합치(GFI: goodness of fit index) = .915, 조정부합치(AGFI: adjusted goodness of fit index) = .905, 표준부합치(NFI: normed fit index) = .921, 비표준부합치(NNFI: non-normed fit index) = .934, 비교부합치(CFI: comparative fit index) = .940으로 χ^2를 제외한 모든 부합지수가 양호하게 나타났다.

표 7은 내생변인의 요인계수 행렬이며, 표 8은 외생변인의 요인계수 행렬, 표 9는 내외

표 8. 외생변인의 요인계수

측정변인	증상	기능	사회적지지	경제수준
음성증상	.91	- -	- -	- -
양성증상	.84	- -	- -	- -
일반적정신병리	.88	- -	- -	- -
과업수행/직업기능	- -	.56	- -	- -
대화기술	- -	.60	- -	- -
가사관리	- -	.54	- -	- -
대인관계	- -	.48	- -	- -
생활문제해결기술	- -	.50	- -	- -
위생/건강관리	- -	.36	- -	- -
병식과 도움행동	- -	.51	- -	- -
정서적지지	- -	- -	.84	- -
평가적지지	- -	- -	.80	- -
정보적지지	- -	- -	.82	- -
물질적지지	- -	- -	.76	- -
경제적 수준	- -	- -	- -	.74

표 9. 내외생변인간 상관

요인	재기	삶의 질	증상	기능	사회적지지	경제수준
재기	1.00					
삶의 질	.73	1.00				
증상	-.27	-.21	1.00			
기능	.74	.75	-.20	1.00		
사회적 지지	.57	.62	-.13	.55	1.00	
경제수준	.29	.49	-.02	.18	.33	1.00

생변인간 상관행렬이다. 모든 요인계수와 상관들의 고정지수(T-value)들은 모두 2.0 이상으로 나타났다. 표 9의 상관행렬표에 있는 요인간 상관은 표 4의 요인간 상관과 다소 중복된다. 단 표 4의 요인간 상관은 척도에 포함된 문항들의 평균치들 간의 상관으로 측정오차가 포함되어 있고, 표 9의 상관은 요인점수들 간의 상관이기 때문에 측정오차가 포함되어 있지 않다. 측정오차가 포함될 경우 상관이 축소될 가능성이 있다. 따라서 표 9에 제시된 변인간의 상관이 표 4에 제시된 상관보다 다소 더 클 가능성이 있다.

그림 2는 공변량 구조분석 결과를 그림으로 제시한 것이다. 그림 2의 경로도형에 공변량 구조분석 결과 얻어진 경로계수의 유의 여부를 표시하였다. 공변량 구조분석의 결과는 다음과 같다. 증상을 제외한 나머지 변인들(재기태도, 기능, 사회적 지지, 경제수준)은 삶의 질에 정적 영향을 미치는 직접효과가 유의하게 나타났다. 그리고 경제수준을 제외한 나머지 변인들(증상, 기능, 사회적 지지)은 재기태도를 매개하여 삶의 질에 영향을 미치는 간접효과가 유의하게 나타났다. 이러한 결과는 본 연구가 가정한 재개태도 매개모형이 타당함을

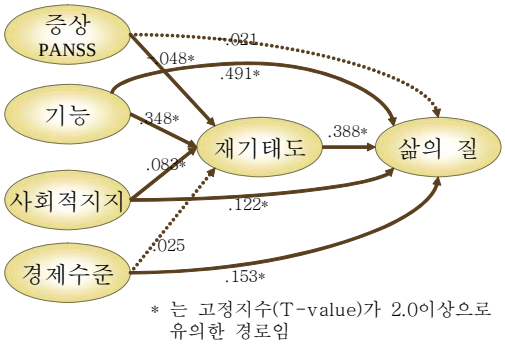

그림 2. 공변량 구조분석 결과

지지하는 결과이다. 결과의 의미를 각 변인별로 살펴보면 다음과 같다. 기능은 삶의 질에 직접적으로 영향을 주기도 하고, 재기태도를 매개하여 간접적으로 영향을 주기도 한다. 사회적 지지 또한 삶의 질에 직접적으로 영향을 주기도 하고, 재기태도를 매개하여 간접적으로 영향을 주기도 한다. 그러나 증상과 경제수준의 경우 그 양상이 다르다. 증상은 삶의 질에 직접적으로 영향을 주지 않으며, 단지 재기태도를 매개하여 삶의 질에 간접적으로 부적 영향을 미친다. 반대로 경제수준은 삶의 질에 직접적으로 영향을 미칠 뿐, 재기태도를 매개하는 간접효과는 없다.

논 의

본 연구는 정신장애인의 재기태도가 삶의 질에 미치는 영향을 확인하고, 증상, 기능, 사회적 지지, 그리고 경제수준이 삶의 질에 영향을 미치는 과정에 재기태도가 매개변인으로 작용하는지를 검증하였다. 단계적 회귀분석 결과, 삶의 질에 대한 설명력은 재기(43%), 경제수준(8%), 기능(8%), 그리고 사회적 지지(2%) 순이었으며, 증상은 설명력이 유의하지 않았다. 물론 이 설명력은 회귀모형에 변인이 포함되는 순서에 따라 달라지며 다른 변인이 삶의 질에 미치는 효과를 제외시키면 재기태도의 설명력이 현저히 낮아질 수도 있다. 그러나 재기태도는 삶의 질과 영차(zero-order) 상관이 가장 높고(r = .64, p < .001), 단계적 회귀분석에서 가장 먼저 고려되었다는 점은 이 변인이 삶의 질에 매우 중요한 설명변인임을 의미한다. 본 연구는 선행연구를 고찰한 결과와 단계적 회귀분석 결과를 함께 고려하여 '재기

태도 매개모형'을 가정하였고, 공변량 구조분석을 수행하여 모형이 타당함을 지지하는 결과를 얻었다.

본 연구에서 모형의 타당성이 지지되었다는 것이 다른 모형의 가능성을 기각하는 것은 아니다. 가설적 모형을 개발할 때 심리적 변인은 독립변인(선행변인)이 될 수도 있고(노은선, 2000; Awad et al., 1997), 매개변인이 될 수도 있으며(국승희, 2000; Spilker, 1996), 종속변인이 될 수도 있다(Green, 2008). 본 연구는 재기 개념이 임상적으로 중요한 개념이라는 점을 확인하기 위하여, 전통적으로 중요시되어온 증상, 기능, 그리고 사회적 지지와 재기태도를 비교하는 방식으로 연구를 수행하였고, 선행연구를 고찰하는 과정에서 재기태도를 매개변인으로 가정하는 것이 합리적이라고 판단하여, 그 가정을 검증한 것이다. 연구의 의도와 목적에 따라서, 재기태도에 대하여 본 연구와는 상이한 모형을 가정하고 검증하는 것이 가능할 것이다.

'재기태도' 변인에 대한 논의

본 연구의 가장 큰 의의는 재기태도가 임상적으로 중요한 변인이라는 것을 입증하였다는 점과 재기태도가 어떠한 방식으로 삶의 질에 영향을 미치는지에 대한 가설적 모형을 제안하고 그 타당성을 검증하였다는 점이다. 본 연구는 재기태도에 대하여 다음의 특징을 확인하였다. 첫째, 재기태도는 삶의 질에 직접적인 영향을 미치는 변인이다. 재기태도 매개모형 검증을 위한 공변량 구조분석 결과, 재기태도가 삶의 질에 미치는 직접효과가 유의하게 나타났다. 둘째, 재기태도는 삶의 질에 대한 설명력이 높은 변인이다. 단계적 회귀분석 결과, 삶의 질 변량에 대한 재기태도의 설명력은 43%였다. 단, 이 수치는 다른 변인의 효과를 감안하지 않은 것으로 다른 변인의 영향을 통제한 후의 재기태도의 설명력은 이보다 낮아질 수 있다. 셋째, 재기태도는 증상, 기능, 그리고 사회적 지지가 삶의 질에 영향을 미치는 과정에서 매개효과를 보인다. 넷째, 재기태도는 희망과 밀접한 관련이 있다. 즉 희망과 재기태도 간의 단순상관은 .74로 매우 높게 나타났다.

본 연구에서 밝혀진 재기태도의 특징과 관련하여 몇 가지 논의를 하고자 한다. 본 연구는 재기태도가 매개변인의 속성을 지닌다는 결과를 얻었다. 배정규(2005)는 재기태도가 조절변인(moderator)일 가능성을 검증하였다. 재기태도가 매개변인이라면 재기태도는 다른 변인들의 종속변인이면서 동시에 삶의 질의 선행변인(독립변인)이다. 이에 비하여 조절변인이라면 재기태도는 다른 변인들의 종속변인이 아니다. 즉 증상, 기능, 그리고 사회적 지지 등으로부터 영향을 받지 않을 것이라고 가정된다. 이 경우 증상, 기능, 그리고 사회적 지지도 삶의 질에 대한 독립변인이고 재기태도 또한 독립변인이다. 다만 재기태도는 독립변인이기는 하지만 이 변인이 단독으로 삶의 질에 영향을 주는지 여부는 주된 관심이 아니다. 이때의 주된 관심은 증상, 기능, 그리고 사회적 지지가 삶의 질을 좌우하는지, 그리고 그 과정에서 재기태도에 따라 증상, 기능, 그리고 사회적 지지가 삶의 질에 미치는 영향력의 정도가 달라지는지가 관심의 초점이 된다. 이러한 이유로 배정규(2005)는 증상과 재기태도를 독립변인으로 하고 삶의 질을 종속변인으로 하여 이원변량분석을 수행하였는데, 상호작용효과가 유의하지 않았다. 또한 기능과 재기태

도를 독립변인으로 하고 삶의 질을 종속변인으로 하여 이원변량분석을 수행하였는데, 상호작용효과가 유의하지 않았다. 따라서 재기태도가 조절변인일 것이라는 가설은 기각되었다.

재기태도는 희망과 밀접한 관련이 있다. 본 연구에서 희망이 재기태도 변량의 55%를 설명하였다. 희망은 재기태도의 중요한 구성요인이며 종종 가장 중요한 요인으로 간주된다(Ochocka et al., 2005; Onken et al., 2007). 본 연구에서 사용한 재기태도척도(배정규, 2005)도 7개 요인 중 2개 요인이 희망/낙관 요인이다(인생에 대한 희망과 낙관, 병의 경과에 대한 희망과 낙관). 희망이 재기태도의 중요한 구성요인이라면, 재기태도를 개선하기 위한 개입전략을 수립할 때, 희망이라는 변인의 중요성에 착안하여야 할 것이다.

'증상' 변인에 대한 논의

증상은 전통적으로 의료모형의 관점에서 중요시되는 변인이다. 본 연구에서는 증상이 삶의 질에 영향을 미치는 직접효과는 유의하지 않게 나타났고, 재기태도를 매개하여 삶의 질에 부적인 영향을 미치는 간접효과는 유의한 것으로 나타났다. 이 결과는 증상과 투약만족도는 삶의 질에 영향을 미치기는 하나, 직접 영향을 미치지 않고 심리적 변인을 매개하여 영향을 미친다는 국승희(2001)의 결과와 일치한다. 그러나 본 연구와는 달리 노은선(2000)은 증상이 삶의 질에 직접효과가 있다는 연구결과를 보고하였다. 최근 Green(2008)은 전문가-환자 관계 독립변인들이(재기지향적이면서 환자주도적인 서비스, 전문가에 대한 만족도) 매개변인들(투약에 대한 만족도, 증상)을 거쳐서 종속변인들(재기, 삶의 질)에 영향을 미칠 것이라는 모형을 검증하였는데, 증상이 재기와 삶의 질 모두에 직접 영향을 미치는 효과가 있는 것으로 보고하였다. 이렇듯 상이한 연구결과가 나온 이유는 각 연구의 모형이 서로 달랐기 때문이다. 즉 노은선(2000)은 심리적 변인(자기존중감, 자기효능감)을 독립변인으로, 증상을 매개변인으로, 삶의 질을 종속변인으로 가정하는 모형을 검증하였다. Green(2008)은 증상을 매개변인으로, 심리적 변인(재기)을 종속변인으로 가정하는 모형을 검증하였다. 국승희(2001)는 본 연구와 마찬가지로 증상을 독립변인으로, 심리적 변인(신경증적 경향성, 외향성, 자기존중감, 사회적 지지에 대한 지각, 외적 통제감)을 매개변인으로, 삶의 질을 종속변인으로 가정하는 모형을 검증하였다. 모형이 다르면 결과가 다르게 나오는 것은 당연할 것이다. 따라서 본 연구의 결과는 국승희(2001)와 비교하는 것이 합당할 것이다. 이 경우 본 연구의 결과는 국승희(2001)의 연구결과와 일치한다.

증상이 삶의 질에 미치는 영향력에 관해서는 양성증상의 영향력이 가장 크다는 연구결과도 있으나(Awad et al., 1997), 일반적으로는 양성증상보다는 음성증상(Bobes & González, 1997) 또는 우울과 불안(Bengtsson-Tops & Hansson, 1999)이 삶의 질과 보다 밀접한 관련이 있는 것으로 보고되고 있다. 본 연구에서 증상은 삶의 질에는 영향력이 없었고, 재기태도에 대해서만 PANSS의 '일반적 정신병리'가 유의한 영향력(2%)이 있는 것으로 나타났다. 본 연구의 결과와 선행연구의 결과를 종합해 볼 때, 증상은 전통적으로 중요시되어 온 변인이기는 하나, 삶의 질을 종속변인으로 놓고 보자면 그 영향력이 약한 것 같다.

기능, 사회적 지지, 경제수준 변인에 대한 논의

기능과 사회적 지지는 재활모형의 관점에서 중요시되는 변인들이다. 본 연구에서는 기능과 사회적 지지 모두 삶의 질에 미치는 직접효과뿐 아니라 재기태도를 매개하여 삶의 질에 영향을 미치는 간접효과도 유의한 것으로 나타났다. 삶의 질에 대한 설명력은 기능이 8%, 사회적 지지가 2%였으며, 재기태도에 대한 설명력은 기능이 5%, 사회적 지지가 2%였다. 본 연구와는 달리 노은선(2000)은 사회적 지지가 삶의 질에 직접효과는 없고, 증상을 매개하는 간접효과만 유의한 것으로 보고하였다.

사회인구학적 변인들은 대부분 삶의 질과 관련이 없는 것으로 보고되고 있는데, 그나마 관련이 있는 요인으로 가장 빈번히 보고되는 것은 재정 상태이다(Bengtsson-Tops & Hansson, 1999: Sullivan et al., 1992; Warner & Huxley, 1993). 국승희(2001)는 사회인구학적 변인들 중 삶의 질에 유일하게 영향을 미치는 변인을 용돈으로 보고, 이를 자신의 삶의 질 모형에 포함시켰으며, 용돈이 심리적 변인들을 매개하여 삶의 질에 영향을 준다고 보고하였다. 본 연구에서 경제수준에 관한 질문은 2문항이었다. 한 문항은 '귀하의 가정 형편은 어떻습니까?'였고, 또 한 문항은 '귀하 가정의 생활수준과 관계없이 귀하 자신의 생활수준은 어느 정도라고 생각하십니까?'라는 문항이었다(배정규, 2005). 본 연구에서도 사회인구학적 변인들 중 경제수준만이 유일하게 삶의 질에 대하여 설명력(8%)이 유의하였다. 경제수준은 삶의 질에 직접 영향을 주는 것으로 나타났으며, 재기태도에는 영향을 미치지 않는 것으로 나타났고, 재기태도를 매개하여 삶의 질에 영향을 미치는 간접효과도 유의하지 않은 것으로 나타났다.

연구에 대한 시사점

본 연구는 참고적으로 수집한 모든 사회인구학적/임상적 변인들(성별, 연령, 발병시기, 학력, 결혼상태, 진단, 정신과 이용방식, 입원하지 않고 지낸 기간, 직업, 가정형편, 자신의 생활수준, 주요 수입원, 월급, 하루 평균 근무시간, 지난 1년간 직업을 가진 기간)에 대하여 각 변인과 재기태도척도의 7개 요인 간에 상관이 유의한지를 분석하였는데, 경제수준 이외의 모든 변인에서 유의한 상관이 나타나지 않았다. 그러나 이 결과를 너무 진지하게 받아들이지는 말아야 한다. 본 연구는 재기태도와 이들 변인 간에 상관이 있는지를 엄밀하게 검증하려는 목적이 아니라, 단지 본 연구에 포함시킬만한 변인을 선정하려고 상관분석을 수행했을 뿐이다. 본 연구는 각 변인에 대하여 단지 한 두 문항의 질문만으로 자료를 수집하였다. 만일 상관관계를 엄격히 검증하고자 한다면 보다 정밀한 척도를 사용해야 할 것이다. 그렇게 할 경우 본 연구와는 다른 결과가 나올 수 있다. 따라서 본 연구의 상관분석 결과를 근거로 재기태도와 본 연구에서 분석한 다양한 사회인구학적/임상적 변인 간에 상관이 없을 것으로 가정하지 말아야 한다.

본 연구의 대상자 총 520명 중 435명(83.7%)이 재활기관(사회복귀시설 및 정신보건센터) 이용자였고, 정신병원 입원환자는 85명(16.3%)이었다. 또한 진단별로는 정신분열증이 413명(79.4%)이었고, 기타 107명(20.6%)이었다. 따라서 표집이 재활기관을 이용하는 정신분열증 환자 중심이었다. 향후 입원환자들을 주요 대

상으로, 또한 정신분열증 이외의 진단군을 주요 대상으로 본 연구를 반복함으로써, 본 연구에서 제안한 재기태도 매개모형이 여전히 타당할 것인지를 검증해 볼 필요가 있다. 특히 본 연구에서 증상의 영향력이 약하게 나온 이유가 본 연구의 대상자가 주로 재활기관 이용자였기 때문일 수 있다. 재활센터 이용자에 비하여 입원환자의 경우 증상이 보다 심하므로, 증상이 재기태도와 삶의 질에 미치는 부정적 영향의 정도가 커질 수 있다.

참고문헌

국승희 (2001). 정신분열병 환자의 삶의 질 모델 개발. 전북대학교 박사학위논문.

김나라 (2004). 만성 정신분열병의 회복에 관한 연구. 고려대학교 석사학위논문.

김이영 (2004). 통합 정신재활 서비스와 재활성과 및 삶의 질에 관한 연구. 계명대학교 박사학위논문.

김지영 (2003). 정신분열병 환자의 회복경험: '삶의 재구성' 과정. 이화여자대학교 박사학위논문.

김희정 (1992). 퇴원한 정신질환자가 지각한 사회적 지지와 정신건강상태와의 관계. 이화여자대학교 석사학위논문.

노은선 (2000). 정신분열병환자의 삶의 질 모형 개발. 중앙대학교 박사학위논문.

노춘희 (2002). 직업재활 프로그램에 참여하는 만성 정신질환자의 회복경험. 정신간호학회지, 11(1), 5-18.

박지원 (1985). 사회적 지지척도 개발을 위한 일 연구. 연세대학교 박사학위논문.

배정규 (2005). 정신장애인의 재기태도와 삶의 질: 척도개발과 모형검증을 중심으로. 계명대학교 박사학위논문.

손명자 (1996). 기능평가: 재활정신의학의 진단. 한국심리학회지: 임상, 15(1), 235-254.

손명자, 박동건, 최영희, 이선희, 배정규 (2001). 정신장애인 기능평가도구 개발연구. 한국심리학회지: 임상, 20(4), 731-749.

윤창영 (2001). 기혼직장여성의 주관적 삶의 질에 대한 연구: 직장-가정 갈등모형과 영역별 삶의 질 모형의 통합. 성균관대학교 박사학위논문.

장혜경, 박경애, 김오남 (2004). 정신분열병을 가진 개인들의 회복, 가능한가? 회복 패러다임을 중심으로. 지역사회정신보건, 6, 207 -237.

한글학회 (1992). 우리말 큰사전. 서울: 어문각.

Anthony, W. A. (1990). *Toward a vision of recovery.* Boston, MA: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health services system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 16*(4), 11-23.

Awad, A. G., Voruganti, L. N. P., & Heslegrave, R. J. (1997). A conceptual model of quality of life in schizophrenia: Description and preliminary clinical validation. *Quality of Life Research, 6*, 21-26.

Bengtsson-Tops, A., & Hansson, L. (1999). Subjective quality of life in schizophrenic patients living in the community: Relationship to clinical and social characteristics. *European Psychiatry, 14*, 256-263.

Bobes, J., & González, M. P. (1997). Quality of life in schizophrenia. In H. Katschnig, H.

Freeman, & N. Sartorius (Eds.), *Quality of life in mental disorders* (pp.165-178). New York: John Wiley & Sons.

Carnon, J., Tempier, R., Mercier, C., & Leouffre, P. (1998). Components of social support and quality of life in severely mentally ill, low income individuals and a general population group. *Community Mental Health Journal, 34*(5), 459-475.

Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. In W. Anthony, & L. Spanial (Eds.), *Readings in Psychiatric Rehabilitation* (pp.149-161). Boston, MA: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin, 95*, 542-575.

Frese, F. J., Stanley, J., Kress, K., & Vogel-Scibilia, S. (2001). Integrating evidence-based practices and the recovery model. *Psychiatric Services, 52*(11), 1462-1468.

Green, C. A., Polen, M. R., Janoff, L., Castleton, D. K., Wisdom, J. P., Vuckovic, N., Perrin, N. A., Paulson, R. I., & Oken, S. (2008). Understanding how clinician-patient relationships and relational continuity of care affect recovery from serious mental illness: STARS study results. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 32*(1), 9-22.

Jacobson, N., & Curtis, L. (2000). Recovery as policy in mental health services: Strategies emerging from the states. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 23*(4), 333-341.

Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1991). 양성 및 음성 증상척도 평가지침서[The Positive and Negative Syndrome Scale(PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 13*, 261-276]. (한국얀센 역). 서울: (주)한국얀센 메디칼부. (원전은 1987년에 출판).

Lehman, A. F., Rachuba, L. T., & Postrado, L. T. (1995). Demographic influences on quality of life among persons with chronic mental illnesses. *Evaluation and Program Planning, 18*(2), 155-164.

Liberman, J. A., Drake, R. E., Sederer, L. I., Belger, A., Keefe, R., Perkins, D., Stroup, S. (2008). Science and recovery in schizophrenia. *Psychiatric Services, 59*(5), 487-496.

Mancini, M. (2003). *Theories of recovery elicited from individuals diagnosed with psychiatric disabilities.* Unpublished doctorial dissertation. State University of New York, New York.

McLean, A. (1995). Empower and the psychiatric consumer/ex-patient movement in the US: Contradictions, crisis, and change. *Social Science & Medicine, 40,* 1053-1071.

Noordsy, D., Torrey, W., Mueser, K., Mead, S., O'Keefe, C., & Fox, L. (2002). Recovery from severe mental illness: An intrapersonal and functional outcome definition. *International Review of Psychiatry*, *14*, 318-326.

Ochocka, J., Nelson, G., & Jansen, R. (2005). Moving forward: Negotiating self and external circumstances in recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 28*(4), 315-322.

Onken, S. J., Craig, C. M., Ridgway, P., Ralph, R., & Cook, J. A. (2007). An analysis of the definitions and elements of recovery: A review of literature. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 31*(1), 9-21.

Preyer, H. (2001). What is recovery? A commentary. *Psychiatric Services, 52*, 486-487.

Prince, P. N., & Prince, C. R. (2001). Subjective quality of life in the evaluation of programs for people with serious and persistent mental illness. *Clinical Psychology Review, 21*(7), 1005-1036.

Resnick, S. G., Rosenheck, R. A., & Lehman, A. F. (2004). An exploratory analysis of correlates of recovery. *Psychiatric Services, 55*(5), 540-547.

Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langelle, C., & Harney, P. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology, 60*(4), 570-585.

Spilker, B. (1996). Introduction. In B. Spilker (Ed.), *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials, 2nd ed.* (pp.2-10). Philadelphia: Lippincott-Raven.

Sullivan, G., Wells K. B., Leake, B. (1992). Clinical factors associated with better quality of life in a seriously mentally ill population. *Hospital and Community Psychiatry, 43,* 794-798.

Warner, R., Huxley, P. (1993). Psychopathology and quality of life among mentally ill patients in the community: British and US samples compared. *British Journal of Psychiatry, 163*, 505-509.

원고접수일 : 2009. 5. 10.
게재결정일 : 2009. 5. 19.

한국심리학회지 : 임상
The Korean Journal of Clinical Psychology
2009, Vol. 28, No. 3, 811-831

The Effects of Attitude toward Recovery on Quality of Life among Persons with Psychiatric Disabilities: Test of Mediating Effects Model

Jeong-Kyu Bae
Department of psychology
Daegu University

Myung-Ja Son
Semire Psychological
Health Center

Jong Goo Lee
Department of psychology
Daegu University

The purposes of this study were 1) to identify the effects of attitude toward recovery on quality of life among persons with psychiatric disabilities, and 2) to test whether the individual effects of relevant variables (i.e., psychological symptoms, psychological functions, social support, and economic status) on quality of life variable are mediated by attitude toward recovery. Results from a stepwise regression analysis (N = 520 persons with psychiatric disabilities) with quality of life as a dependent variable showed that attitude toward recovery explained 43% of the total variance in quality of life. Economic status, psychological functions and social support explained 8%, 8%, and 2% of the total variance, respectively. Psychological symptoms were not a significant predictor. Based on previous studies and these results, a hypothetical model (Attitude toward recovery mediating effects model) was developed. This model predicted that the effects of psychological symptoms, psychological functions, social support, and economic status on quality of life would be mediated by paticipants' attitude toward recovery. A covariance structural analysis produced favorable goodness of fit indexes (GFI = .915, AGFI = .905, NFI = .921, NNFI = .934, CFI = .940) except for the chi-square value (χ^2 = 900.95, p<.001). Analysis of the path coefficients in this model showed that each direct effect of attitude toward recovery, psychological functions, and social support on quality of life was positively significant, but the direct effect of psychological symptoms on quality of life was not significant. Also, the results showed that each indirect effects of psychological symptoms, psychological functions and social support on quality of life were significant when mediated by attitude toward recovery. However, the indirect effect of economic status, when mediated by attitude toward recovery, was not significant. In conclusion, the proposed attitude toward recovery mediating effects model was supported by the results of the current study. Implications of the study and applicability of the results were discussed.

Key words : recovery, recovery attitude, quality of life, psychiatric disability