

## 정신장애인 기능평가도구 개발연구

손명자\* 박동건 최영희 이선희 배정규

계명대학교 고려대학교 인제대학교 이화여자대학교 대구대학교

본 연구는 지역사회에서 삶을 영위해 나가는데 필요한 기능이 손상된 만성 정신질환자들을 판별해내기 위한 현 정신장애 판정체계가 지나치게 증상에 근거함을 지적하고 증상이 아닌 기능 중심의 판정체계를 지향하기 위해 표준화된 기능평가척도를 개발하고자 하였다. 선행연구들에서 입증된 기능과 증상간의 독립적 관계성은 정신장애가 증상이 아닌 기능에 근거하여 판정되어야 할 필요성을 강력하게 지지한다. 척도개발은 3단계로 이루어졌다. 연구 I에서는 문헌조사 및 심층면접결과를 토대로 169개 초기문항을 수집하였고, 내용타당도를 토대로 133개의 1차 문항선정을 하였다. 연구 II에서는 선정된 문항들을 병원 및 지역사회 거주 정신질환자들에게 실시한 후 요인분석결과를 토대로 95개 2차 문항선정을 하였으며 얻어진 8요인별로 .72에서 .94에 이르는 신뢰도를 얻었다. 연구 III에서는 새로운 표본에 대하여 95개 문항들을 실시하여 연구 II와 유사한 요인구조 및 요인별 신뢰도를 얻었다. 변별타당도 검증에서, 연구 II에서 얻어진 최종 척도는 정신장애인과 일반인은 물론이고 지역사회에 거주하는 정신장애인과 입원환자를 성공적으로 판별하였으나 정신장애인을 장애등급별로 변별하지 못하였다. 구인타당도 검증에서, 최종 척도는 현 정신장애 판정체계에서 사용되고 있는 GAF와 관계성이 낮았다( $r < .30$ ). 그러나 이러한 결과들은 최종 척도의 변별타당도나 구인타당도가 낮음을 나타내기 보다 증상평가 중심의 현행장애판정체계 및 GAF의 문제점을 나타낼 가능성이 더 높다. 이러한 가능성을 검증해 보이기 위해서는 증상측정치, GAF, 장애등급, 그리고 최종 척도간의 중다 관계성을 검증하는 추후연구가 필요하다. 그밖에 연구의 제한점과 시사점이 논의되었다.

주요어: 정신재활, 만성정신질환, 정신장애, 기능평가, 장애판정

\* 이 논문은 1999년도 한국학술진흥재단의 연구비에 의하여 지원되었음(KRF-99-042-C00225)

† 교신저자(Corresponding Author): 손명자 / 계명대학교 사회과학대학 심리학과 대구광역시 달서구 신당동 1000번지 / FAX : 053-580-5313 / E-mail: mjs285@knu.ac.kr

탈시설화 운동은 정신장애인이 시설에 오래 머물 수록 거의 아무 것도 요구받지 않는 과보호적 “환자” 역할에 안주하게 되어 오히려 더 무능해질 수 있다는 우려에서 시작되었다. 그러나 퇴원(소) 후 지역사회에서의 적응을 돕는 어떤 지원이나 대책도 없이 갑작스럽게 독립적이고 생산적인 역할을 수행하도록 기대됨으로써 정신장애인의 기능적 손상은 두드러지게 나타나기 시작하였다(김용익, 조맹제, 김병우, 김병후, 1994; Goldstrom & Manderscheid, 1982). 이와 같이 장기 시설 수용에 수반되는 역기능적 요소들이 제거되었음에도 불구하고 여전히 여러 측면에서 나타나는 정신장애인의 기능결손은 기존의 정신의학적 치료접근의 한계로 지적되었다. 정신의학적 치료접근은 증상완화에는 크게 기여해왔으나 증상의 완화가 곧 사회에서의 생존 기술 재획득으로 연결되지는 않는다(Anthony & Farkas, 1982).

증상완화가 기능향상으로 즉각 연결되지 않는 주요 이유는, 환자의 초기 병리가 시간이 지나면서 그 개인의 주변환경과 상호 작용하여 새로운 문제들을 유발하기 때문이다. 즉, 증상으로부터 어느 정도 회복되더라도 심리 사회적 수준과 사회적 수준에서 발생하는 문제들은 잔존하게 되고 이러한 문제들은 개인 내적 수준에서 개입하는 기존의 정신의학적 접근만으로는 해결되기 어려운 것들이다. 정신재활(psychiatric rehabilitation)은 정신의학적 접근의 이러한 한계를 보완하는 새로운 개입방법으로 등장하였다(손명자 역, 1998; Anthony & Liberman, 1992).

전통적인 초점대상이었던 정신질환적 증상보다 정신질환에 대한 개인의 사회 심리적 반응과 사회의 역 반응 및 장벽들을 다루고자 하는 정신재활이, 전통적인 평가(traditional assessment)와는 다른 류의 평가를 필요로 하리라는 것은 두말할 나위도 없다. 기존의 정신의학적 접근의 진단적 평가와 임상심리학자들이 해온 심리평가는 주로 정신병리적 증상의 유형, 강도, 기간, 그리고 예후에 관한 정보를 제공해왔다. 반면 정신재활접근은 정신장애인이 지역사회 생활에 적응하는데 어떠한 어려움을 갖고 무엇을 필요로 하는지에 관한 정보를 요구한다(Farkas, O'Brien, Cohen, &

Anthony, 1994). 정신재활에서 기능평가의 필요성은 기능평가가 바로 이러한 류의 정보를 제공해줄 수 있다는 데 있다.

정신재활접근에서 기능평가의 필요성은, 기존의 심리평가가 행동의 정상성(normality)에 주목하는 반면 기능평가는 적응성(adaptiveness)에 초점을 둔다는 데서도 찾아볼 수 있다. 즉, 심리평가에서는 행동이 드물게 발생하는가, 사회적 규범에 위반되는가, 혹은 타인이나 자신에게 고통을 유발하는가가 평가의 기준이 되지만, 기능평가에서는 개인이 살고 일하고 배우고 교제하는 환경에 성공적으로 적응하는가가 평가의 기준이 된다(Yoman & Edelstein, 1994). 물론 정상성과 적응성은 중복되기도 한다(예를 들어, 생명의 위협을 받는 환경에서 자신을 방어하기 위한 공격적 행동은 정상적인 동시에 적응적이기도 한 것이다). 그러나 정상적 행동과 적응적 행동은 동일한 것이 아니며 상호 독립적이다(예를 들어, 빈곤과 실업에 대한 우울반응은 정상적인 행동이지만 명백히 적응적 행동은 아닐 것이다. 한편 사람과의 접촉을 꺼리는 비정상적인 행동은 혼자서 작업할 것을 요구하는 직무환경에서는 적응적일 것이지만, 사람들과 어울려야 하는 장면에서는 비적용적일 것이다). 정상적 행동에 비해 적응적 행동은 환경적 요구나 개인의 목적과 더 밀접히 연관하여 정의되기 때문이다. 따라서, 행동의 정상성에 관한 정보를 제공하는 심리평가만으로는 행동의 적응성에 관한 정보를 충분하고도 적절하게 얻을 수 없다.

기능평가의 일반적 필요성에 더하여 특히, 본 연구에서 제기된 기능평가의 필요성은 우리나라 정신장애 판정체계의 문제점으로부터 비롯되었다. 2000년부터 정신장애인 등록이 시작됨에 따라 만성 정신질환의 분류와 판정이 중요해지고 있는 시점에서, 현행 정신장애 판정기준 및 판정요령은 지나치게 증상평가에 의존하고 있고, 기능측정치로 사용되고 있는 GAF(Global Assessment of Functioning)척도도 증상과 기능간의 상관이 낮음에도 불구하고 증상과 기능이 병행적으로 기술되어 있어 사실상 양자간의 정적 관계성을 가정하고 있다(손명자, 1996; Goldman, Skodol, & Lave, 1992; Roy-Byrne, Dagadakis, Unutzer, & Ries, 1996). 그

그러나 증상과 기능간의 독립성은 경험적으로 많은 연구들에 의해 증명되었다(김철권, 정순민, 김진원, 김상수 & 변원탄, 1999; Dellario, Goldfield, Farkas, & Cohen, 1984; Farkas, O'Brien, Cohen & Anthony, 1994; Gaebel & Pietzker, 1987; Townes, Martin, Nelson, Prosser, Pepping, Maxwell, Peel, & Preston, 1985). 증상과 기능간의 이러한 독립적 관계성과 더불어, 기능적 손상때문에 도움 없이는 지역사회의 생활을 영위하기 어려운 만성 정신질환자들을 가려내고자 하는 것이 정신장애 판정의 기본목적임을 고려해볼 때, 현행 증상 위주의 판정체계는 기능중심의 판정체계로 시급히 전환되어야 할 것이다. 그러기 위해서는 판정체계에 사용될 새로운 기능평가도구의 개발이 필수적이다.

물론 증상과 기능이 전혀 관계가 없는 것은 아닐 것이다. 증상이 완화되면 기능도 회복되리라는 것은 상식이다. 정신질환적 증상이란 정신질환으로 일어난 인지적, 사회적, 정서적 손상이라 할 수 있고, 기능은 어떤 종류이든지 기본적으로 인지적 대인적 정서적 기술을 요하므로 증상이 기능에 영향 미치리라는 것은 논리적 귀결이다. 더욱이 재활현장의 전문가들도 증상이 기능에 영향을 미친다는데 의문을 갖지 않는다. 실제로 증상과 기능간의 관계성을 보여준 소수의 연구들(McGlashan, 1987; Wilson, Berry, & Miskimins, 1969)이 있다. 게다가 증상과 기능간의 독립적 관계성을 보여준 많은 연구들에서 연구방법상의 오류들이 관계의 강도를 실제보다 약화시켰으리라는 지적도 있다(이성규, 김상희, 2001).

그러나 증상과 기능간에 관계성을 어느정도 인정하더라도 그 관계성이 단순하지 않다는 것은 분명하다. 증상은 개인차가 커서 동일 진단범주 내에서도 개인에 따라 다른 양상으로 나타날 수 있으며 환자가 일단 안정기에 이르면 증상이 기능에 미치는 영향력은 개인이 대처하고 통제하는 능력에 따라 달라질 수 있다. 다시 말하여, 증상과 기능간에 관계성이 존재하더라도 양자간에는 수많은 개인적 환경적 요인들이 존재하여 그 관계성의 강도와 방향을 얼마든지 변화시킬 수 있다. 증상평가만으로 기능에 관한 정확한 정보를 얻기 어려운 것은 바로 이러한 이유 때문이기

도 하다.

위에서 지적한 여러 가지 기능평가의 필요성에 근거하여, 본 연구는 증상이 아닌 기능중심의 새로운 정신장애 판정체계에서 사용될 수 있는 기능평가도구를 개발하고자 하였다. 그리고 그러한 기능평가도구를 제작하는데 있어, 크게 세가지 원칙 즉, 표준화, 전반적 기능(global functioning), 그리고 자기-보고 방식을 채택하였다.

원칙적으로 기능평가가 효과적이라면 개별적이고 환경 특정적으로 평가되어야 한다. 내담자 각자가 삶을 영위하기 위해 선택하는 환경이 다를 것이고 환경이 달라지면 요구되는 기술도 다를 것이기 때문이다. 게다가 동일한 내담자라도 환경이 달라지면 다른 기능수준과 양상을 나타내 보일 수 있다(Farkas, O'Brien, Cohen, & Anthony, 1994). 또한 개별적이고 환경 특정한 기능평가는 기능결손의 원인을 이해하는데도 이점을 가진다(Cohen & Anthony, 1984). 그럼에도 불구하고 본 연구에서 표준화된 도구를 의도한 이유는, 기능평가가 장애(등급) 판정 시 이용되기 위해서는 다수를 동일한 준거 상에서 비교할 수 있는 도구가 필요하기 때문이다. 개별성 파악의 어려움과 환경특정성 부족이라는 표준화된 도구의 제한점은, 각 재활장면에서 개별적 행동관찰을 병행 사용함으로써 보완될 수 있는 문제이다. 또한 표준화된 도구는, 특정 재활장면만이 아닌, 전국의 재활기관들에 걸쳐 사용될 수 있고 따라서 재활프로그램의 총체적 효과를 알 수 있는 것은 물론, 기관간 프로그램 성과를 비교할 수 있는 장점을 가진다.

본 기능평가도구는 국소적(focal)이기보다 전반적(global)이고 개인특정적이기 보다 보편성을 갖도록 제작되었다. 개인별로 효과적인 개입의 유형과 전략을 계획하기 위해서는 개인 특유의(idiosyncratic) 아주 국소적인 행동들에 초점을 둔 평가가 필요할 것이다. 그러나 구체성이 강한 평가일수록 적용 가능한 장면과 대상은 제한된다. 따라서 내담자 개개인을 평가하는데 드는 시간과 비용이 엄청날 것이다. 또한, 특정 개인이나 특정 기관 내에서는 유용하겠지만 개인간이나 기관간에 통용되기 어렵기 때문에 내담자를 선별

하거나, 내담자간 프로그램의 효과를 비교하여 특정 프로그램으로부터 특별히 이득을 얻는 내담자 유형을 발견하거나, 프로그램의 전체적 성과를 추정하거나, 프로그램들간의 효과를 비교하는데는 유용하지 않다.

본 기능평가는 정신장애인의 자기-보고 방식을 선택하였다. 자기-보고 방식의 평가는 전문가가 적절하다고 제안한 재활과정에 수동적으로 따르기보다 내담자 스스로 재활과정에 적극 참여하여 주도적인 역할을 하도록 하는데 도움이 된다. 이는 정신재활에서 중요시하고 있는 내담자 참여(participation) 및 선택(choice)의 가치와 일치한다. 내담자가 자신의 기능을 스스로 평가할 때 재활과정의 관심과 참여동기는 더욱 높아지게 될 것이다. 자기-보고 방식의 또 다른 장점은 서비스의 성과지향적 추세와 일치한다는 것이다. 최근 서비스의 질적 측면이 강조되면서 내담자에 의해 주관적으로 정의된 서비스 성과의 성취여부가 서비스의 질을 결정하는 핵심적 준거로 부각되었다(Gardner & Nudler, 1997). 자기-보고 방식의 평가야말로 내담자의 주관적 관점을 가장 잘 반영하는 서비스 성과평가 방법이다.

물론 자기-보고 방식의 자료는 일반적으로 사회적 바람직성(social desirability)이나 자기-방어적 동기(self-defense)에 의해 편파된 반응을 유발할 가능성이 있다(Nunnally, 1978). 게다가, 정신장애인들은 일반인보다 부주의하거나 혼란된 상태에 놓이기 쉬울 것이다. 또한 정신장애인들은 일반인보다 사회적 경험과 활동이 제한되어 있을 가능성이 높으므로, 질문지에서 묻고 있는 자신의 행동에 대해 정말로 잘 모르거나 혹은 잘못 알고 있을 수도 있다. 그러나 이상에서 지적된 자기-보고 방식의 문제점들은 설문지를 어떻게 실시하는가에 따라 상당 부분 해결될 수 있다. 예를 들어, 편안하고 조용한 분위기의 장소에서 소그룹으로 질문지를 실시하면서 조사요원이 명료한 지시와 설명을 제공한다면 부주의나 혼돈, 경험의 제한으로 인한 잘못된 반응을 감소시킬 수 있다. 게다가 정신장애인의 자기-보고 방식에 대한 취약성은 어디까지나 그럴 가능성이 높다는 것이므로 경험적으로 검증되어야 할 문제이다.

요약하여, 본 연구는 현 정신장애 판정체계가 기능

중심의 체계로 전환하는데 기여할 수 있는 표준화된 기능평가척도를 개발하여 그 신뢰도와 타당도를 검증하고자 하였다. 개발되는 도구는 정신장애인을 위한 정신재활개입 계획을 수립하는데, 그리고 개입과정과 그 성과를 평가하는데도 유용하게 사용될 수 있을 것이다.

## 연구 I

연구 I에서는 문헌조사와 심층면접(정신장애인, 가족, 전문가 대상)을 통해 1차 문항을 수집한 다음, 내용 타당도를 근거로 적절한 문항들을 선정하였다.

## 방 법

### 문항 수집과정

기존 기능평가척도들의 대부분은 규준적인 판단(normative judgement)을 토대로 평정할 것을 요구해왔다는 지적이 있다(Birchwood, Smith, Cohan, Wetton & Copestake, 1990). 다수가 위치하는 지점을 정상성의 기준으로 삼는 규준적 판단에 근거할 때 발생할 수 있는 문제점은, 정신장애인의 장점보다는 결손에 초점을 두는 평가도구가 되어버릴 수 있다는 것과 정신장애인을 다수인 비장애인의 기준에 비추어 판단함으로써 독특한 특성을 가진 인격체이기보다 열등한 속성을 가진 집단으로 고정관념화하게 된다는 것이다. 그렇다고 적용성에 치중하면 평가도구는 지나치게 환경-특정적이 되어버리는 경향이 있어 표준화하기가 어렵다. 따라서 문항수집에 있어 정상성과 적용성이 중복되는 기능을 포함하는 문항들에 초점을 두었다. 또한 기능을 측정하는 기존의 척도들이 만성정신질환을 가진 사람들 대부분과 무관한 역할들을 포함하고 있다는 지적이 있어왔으므로(Weissman & Bothwell, 1976), 가능한한 정신장애인 대다수와 관련된, 아주 기본적으로 요구되는 기술과 역할들을 포함하는 문항

들을 수집하고자 하였다.

문항수집에 이용된 방법은 주로 문헌조사와 심층 면접이었다. 그리고 질문지의 응답형태는 이분적 응답형태보다 더 높은 신뢰도를 산출하는 것으로 알려진(Garner, 1960; Guilford, 1954) 4단계 응답형태 즉, 전혀 아니다, 가끔 그렇다, 자주 그렇다, 항상 그렇다를 선택하였다. 정신장애인의 경우 대부분 의사결정을 하는데 어려움을 가지므로 중립이 없는 짝수단계를 선택하였다.

**문헌 조사**

본 연구에서 참고한 기존의 기능평가척도는 Burnes와 Rosen(1967)의 지역사회적응(Community Adaptation Schedule), Carlo와 Riechman(1977)의 덴버 지역사회정신건강질문지(Denver Community Mental Health Questionnaire), Wallace(1986)의 독립생활기술(Independent and Living Skills), Rosen과 Hadzi-Pavlovic과 Parker(1989)의 생활기술프로파일(Life Skills Profile), Lehman(1988)의 삶의질면담(Quality of Life Interview), Baker와 Hall(1983)의 재활

평가(Rehabilitation Evaluation), Schooler와 Hogarty와 Weissman(1979)의 사회적적응척도 II(Social Adjustment Scale II), Serban(1978)의 사회적스트레스및기능목록(Social Stress & Functioning Inventory) 등이다.

**심층 면접**

기능평가의 구성문항들은 정신장애인, 가족, 전문가의 관점을 골고루 반영하고 있어야 한다. 이를 위해 질적 연구방법으로서 문항수집과정에 포커스 그룹을 이용하였다. 포커스 그룹의 세부 진행절차는 김성재와 김후자와 이경자 및 이선옥(1999)을 참고로 하였다. 그룹은 서로 다른 2개 정신장애인 집단, 4개 가족집단, 그리고 1개 전문가 집단에 진행하였다. 전문가 집단의 경우 두 번째 그룹 실시에서 새로운 내용이 나타나지 않는 것으로 판단되어 더 이상 진행하지 않았다.

**초기 문항**

문헌조사와 심층면접을 통해 얻어진 초기 문항들

표 1-1 기능영역별 초기문항 수

구분	기본적 기능영역	기능 범주	문항수
1	건강관련 섭식행동 및 습관	자기-관리 기능	11
2	신체 및 의복의 청결		12
3	건강관리 및 전문가의 도움요청		11
4	취미생활		15
5	금전 관리, 올바른 거래 및 계산	사회생활기능	10
6	교통 및 시설(은행, 관공서, 대중서비스)이용		11
7	의사소통		19
8	기본 예절		13
9	대인관계/단체활동		12
10	가정내 기본적 활동	가정생활기능	10
11	가족관계		10
12	학습활동	직업/학업기능	17
13	구직/과업수행		18
전 체			169

의 기능영역 및 각 영역별 문항 수는 <표 1-1>에 제시되어 있다.

### 1차 문항 선정

#### 조사대상

문헌조사와 심층면접을 통해 169개 초기 문항들을 수집하였다. 이들 문항들에 대해 59명의 전문가들(남=10, 여=49)에게 각 문항이 정신장애인 기능평가 문항으로 적절한 정도를 평정하도록 하였고 또다른 전문가들 55명(남=5, 여=50)에게는 각 문항이 기술하고 있는 정신장애인의 행동을 전문가 입장에서 평가하기가 얼마나 쉬운지를 평정하도록 하였다. 조사된 전문가들은 대략 7년간 정신장애인과 일해온 약 33세의 여성(약 87%) 정신보건전문요원 또는 수련생(약 75%)이었다. 또한 전문가 대상 질문지의 문항 기술양식 및 반응형태를 적절하게 변형하여, 정신장애인들 입장에서 각 기능을 수행할 때 타인의 도움이 얼마나 필요한지에 대한 자료도 수집하였다. 도움 필요성 평가에는 청년기 이후 약 10년간 주로 정신분열병(76.4%)을 앓아온 평균 33세(표준편차 8.2)의 청년층 정신장애인(남=36, 여=18)이 참여하였다. 전문가의 적절성 평가와 정신장애인의 도움필요성 평가는 정신장애인용 척도를 구성하려는 목적에서, 그리고 전문가의 평정용이성 평가는 전문가의 입장에서 평정하기 쉬운 문항들로 된 단축형 전문가용 척도를 구성하여 정신장애인 평정치와의 일치도를 보려는 목적에서 수행되었다.

부정적으로 기술된 문항들은 모두 역코딩하여 점수가 높을수록 더 높은 기능을 나타내도록 하였다. 빈도와 평균 등의 모든 기초통계치들을 산출하는데는 SAS 6.12판이 이용되었다.

### 결 과

정신장애인용 척도의 경우, 적절성 평균이 높고 도움필요성 평균 또한 높은 순으로 문항을 선정하였다.

문항제거의 기준점은 초기문항의 약 80%를 보유하는 수준에서 선택되었다. 그 결과, 적절성 평균 평정치가 2.5점 이하, 그리고 도움필요성 평균 평정치가 1.5점 이하를 가지는 문항들이 제거되어 133개의 문항들이 보유되었다. 한편 전문가용 척도의 경우, 전문가들이 각 정신장애인에 대해 133개 문항들을 모두 평정한다는 것은 현실적으로 어려움이 있고 문항에 따라서는 기술하고 있는 행동에 대한 관찰기회가 전혀 주어지지 않을 수 있으므로 전문가가 평가하기 쉽다고 응답한 순으로 20문항 내외를 선정하였다. 보유된 문항수가 20문항 내외가 되도록 문항 제거 기준점을 조정 한 결과, 평정용이성 평균 평정치가 2.90 이상인 26문항이 최종적으로 선정되었다.

## 연구 II

연구 II에서는 요인분석을 통해 2차 문항선정을 하였고, 요인별 내적 신뢰도와 정신장애인과 전문가간 평정 일치도를 검증하였다.

### 방 법

#### 자료수집 및 코딩

연구 II를 위한 설문지는 연구 I에서 선정된 133개의 정신장애인용 문항들에 26개의 전문가용 문항들이 첨부된 형식으로 구성되었다. 조사요원들은 대구지역에 있는 두 대학의 심리학과 대학원생들 40명이었다. 이들은 설문지 실시 전 약 이틀간에 걸쳐 실시절차 및 유의사항에 대하여 두 연구자에 의해 교육을 받았다. 설문지는 조사요원들이 주로 대구 중심의 관련 기관들에 전화하여 설문지 실시에 대하여 기관장의 동의를 얻고 실시 일정 및 방법에 대해 협의한 후 전국 25개 기관에 직접 방문함으로써 실시되었다. 조사요원들은 약 한 달에 걸쳐 2인조로 파견되었는데 한 번에 평균 8~10명의 소그룹에 설문지를 실시하였다.

한편 전문가들의 경우, 업무가 방해되지 않는 편리한 시간에 천천히 설문지를 작성하여 우편으로 회송하도록 하였다. 회수기간의 중간 시점에서 설문지를 배포한 기관에 전화를 걸어 응답을 독려했고 설문지 작성상의 의문점에 대해 설명을 제공하였다. 총 372부(74.4%)의 설문지가 회수되었다.

### 조사대상자

총 369명의 유효 응답자 가운데 장애 등급이 1급인 응답자는 33명(8.94%), 2급은 38명(10.30%), 3급은 26명(7.05%)이었으며 미등록자가 236명(63.96%)이었다. 정신장애 유형별 응답자는 정신분열병이 210명(56.91%)으로 가장 많았고, 그 다음이 반복성 우울장애(7.32%), 양극성 정동장애(7.05%) 순이었다. 이송기관별 응답자는 병원이 288명(78.05%)으로 가장 많았고, 사회복지시설과 정신보건센터가 각각 48명(13.01%), 29명(7.86%)이었다. 주로 30대(35.50%)와 40대(29.54%)인 응답자의 평균연령은 38세(표준편차 9.77)이었고 평균 병력은 9.27년(표준편차 8.06)이었다. 그리고 응답자 가운데 남자는 235명(63.69%), 여자는 134명(36.31%)이었다. 응답자의 학력은 고졸과 전문대졸이 각각 138명(37.40%), 83명(22.49%)으로 비교적 많았고, 국졸과 대졸이 각각 37명(10.03%), 42명(11.38%)이었다. 그리고 응답자의 결혼상태는 미혼이 244명(66.12%)으로 가장 많았고 결혼한 사람이 60명(16.26%)이었으며, 결혼한 경험이 있지만 지금은 이혼/별거상태에 있는 사람이 55명(14.91%), 그리고 사별한 사람이 7명(1.9%)이었다. 한편 전문가는 조사대상자인 정신장애인을 가장 잘 알고 있는 현장의 전문가 70명이었다. 이들 전문가들은 정신과의(14.2%), 간호사(32.9%), 임상심리사(52.9%)였으며 한 전문가가 최대 7명에서 최소 12명의 정신장애인을 평정하여 전문가 한명 당 평균 8.8명을 평정하였다.

### 분석

각 분석에는 SAS 6.12판이 이용되었다. 빈도분석을

이용하여 수집된 자료의 누락치와 반응범주별 빈도가 검토되었다. 그 결과, 총 23개의 오류가 탐지되었고 이는 즉각 수정되었다. 그리고 누락치가 10개를 넘는 사례 3개는 무효 처리되었다. 133개 문항들에 대하여 탐색적 요인분석(exploratory factor analysis)과 요인간 상관분석을 실시하였고 요인별 신뢰도 계수  $\alpha$ 를 산출하였다. 요인을 추출하는 기법으로는 단일주축분해법(principal axis factoring)이 사용되었다. 이때 공통변량(commonality)의 초기치는 문항과 나머지 문항들간의 다중상관자승치(squared multiple correlation)를 사용하였다. 요인의 회전은 베리막스(Varimax)법을 이용하였다. 그리고 정신장애인의 평정치와 전문가 평정치간의 상관계수가 계산되었다.

## 결 과

### 요인분석 및 요인별 신뢰도 계수

정신장애인용 척도 133문항들 가운데 남성 또는 여성에게만 해당하는 두 문항(수염을 깨끗하게 깎는다, 화장을 자연스럽게 한다)을 제외시키고 요인의 수를 결정할 목적으로 주축분해법을 이용하여 요인을 추출하였다. 고유치와 스크리 검중(scree test), 그리고 해석적 의미를 모두 고려한 결과, 적절한 요인의 수는 8개였다.

요인의 수를 8개로 지정하고 요인분석을 수행하였다. 그리고 산출된 최종해를 검토하여, 아주 낮은 요인계수를 얻은 36개의 문항들을 제외시킨 후 최종 95문항을 선정하였다. 부록 1은 95문항의 회전요인행렬을 제시하고 있다.

요인 1은 고유치 9.77을 가지고 변량의 22.23%를 설명하고 있다. 요인 1은 '주어진 일을 끝까지 수행한다', '일에 대한 지시를 정확히 파악한다', '시간에 맞추어 일을 수행한다', '주어진 일을 혼자서 해낸다', '공부할 때 주의집중력이 좋다', '출퇴근 시간을 지킨다', '배운 내용을 이해한다' 등의 20문항을 포함하고 있다. 특정 직종에 관한 것이기보다 직종 전반에 걸

쳐 일반적으로 필요로 하는 과제수행 및 학습능력에 관한 것이기 때문에 '직업적 기능'으로 볼 수 있다.

요인 2는 고유치 9.63을 가지고 변량의 21.90%를 설명하고 있다. 요인 2에는 '말의 양이 적절하고 충분하다', '적절한 속도로 이야기한다', '자신의 감정을 적절하게 표현한다', '상대방의 감정을 적절하게 이해한다', '대화시 적절한 제스처를 사용한다', '조리 있게 이야기한다' 등의 20문항을 포함하고 있다. 이는 의사소통에 필요한 표현 및 수용 언어기술과 감정이입에 관한 것으로 '대화기술'을 나타내고 있다.

요인 3은 5.61의 고유치를 가지고 변량의 12.77%를 설명하고 있다. 요인 3은 '식후 설거지나 뒷정리를 한다', '집안청소를 한다', '간단한 음식을 요리한다', '부모님 일을 거든다', '이부자리는 스스로 깔고 깎는다' 등의 11개 문항을 포함하고 있는데 가사를 꾸려 나가는데 필요한 일에 관련된 것으로 '가사관리'를 나타내고 있다.

요인 4는 4.97의 고유치를 가지고 변량의 11.31%를 설명하고 있다. 이 요인은 '동창회나 계모임에 참석한다', '이성친구를 만난다', '가족들과 자주 대화한다', '사람들에게 전화나 편지를 한다', '친구와 무언가를 함께 한다' 등의 11개 문항을 포함하고 있는데 주변 사람들과 어울리고 관계하는 능력을 나타내므로 '대인적 관계기능'이라 명명하였다.

요인 5는 고유치 4.56을 가지고 변량의 10.14%를

설명하고 있다. '혼자 은행/병원/약국 이용한다', '지하철/버스노선 안내판을 이용한다', '돈을 계산할 줄 안다', '길을 모를 때 물어서 찾아간다', '혼자서 필요한 물건을 구입한다' 등의 11개 문항을 포함하고 있다. 기본적인 생활문제들을 스스로 해결해나가는 것이므로 이 요인을 '생활문제해결기술'이라 명명하였다.

요인 6은 고유치 3.76을 가지고 변량의 8.56%를 설명하고 있다. '타인에게 화내거나 욕한다', '단체활동에서 문제를 일으킨다', '지저분하거나 민망한 행동을 한다', '가족들을 피한다', '밤중에 불필요한 전화를 한다' 등의 10개 문항이 포함되어 있다. 문제행동이면서도 주로 사회적 상황에서 문제가 되는 내용이므로 '대인적 문제행동'이라 명명하였다.

요인 7은 고유치 3.06을 가지고 변량의 6.97%를 설명하고 있다. '하루에 세끼를 챙겨 먹는다', '적당한 속도로 식사한다', '한번에 적당하게 취식한다', '매일 아침 세수한다', '매일 1회 이상 양치질한다', '제때에 스스로 약을 복용한다' 등의 7개 문항을 포함하고 있다. 건강과 밀접히 관련되어 있는 기본적 위생과 정신건강 유지에 중요한 규칙적인 약 복용 습관에 관한 것으로 '건강관리'를 나타내고 있다.

요인 8은 고유치 2.69를 가지고 변량의 6.12%를 설명하고 있다. 이 요인은 '불면/증상변화시 의사와 상의한다', '약의 부작용을 의사와 상의한다', '아플 때

표 2-2 요인간 상관 행렬

요인	요인1	요인2	요인3	요인4	요인5	요인6	요인7	요인8
1 직업적 기능								
2 대화기술	0.78							
3 가사관리	0.68	0.59						
4 대인적 관계기능	0.65	0.62	0.54					
5 생활문제 해결기술	0.62	0.65	0.59	0.51				
6 대인적 문제행동	0.23	0.26	0.18	-0.05	0.20			
7 건강관리	0.45	0.46	0.46	0.27	0.46	0.24		
8 병식과 도움요청	0.54	0.57	0.43	0.46	0.52	0.17	0.46	

주) 요인 4와 요인 6행의 상관계수( $r=-0.05$ )를 제외하고는 모든 상관계수들이 유의함( $p<.001$ )



이야기하거나 도움을 요청한다', '신체건강을 돌본다' 등의 5개 문항을 포함하고 있다. 신체적으로나 정신적으로나 문제가 생길 때 이를 스스로 인식하고 도움을 구하는 내용으로 '병식과 도움요청'을 나타내고 있다.

### 요인간 상관

<표 2-2>는 요인간 상관을 나타내는 행렬이다. 요인 6(대인적 문제행동)과 다른 요인간의 상관을 제외하고는 모든 상관이 0.4~0.7의 범위내에 있다. 대인적 문제행동이 다른 요인들과 상관이 낮는데 대하여 두 가지 설명이 가능하다. 첫째, 대인적 문제행동을 일종의 행동적 증상으로 볼 때 이는 증상과 기능간의 독립성 가정을 지지하는 결과일 수 있다. 둘째, 대인적 문제행동의 문항들은 모두 부정적으로 진술되어 있었으므로, 조사대상자들이 문제행동의 빈도보다 진술문에 나타난 부정적 의미에 반응한 때문일 수 있다.

### 평정자간 신뢰도

전문가용 척도는 정신장애인 기능평가 척도의 133개 문항에서 95개 문항으로 선별되는 과정에서 7개 문항이 제외되었기 때문에 19개 문항으로 축소되었다. 19문항에 대한 크론바하의 신뢰도계수(Cronbach's  $\alpha$ )는 .93으로 양호하게 나타났으며 각 문항의 문항-총점 상관계수들(item-total correlation coefficients)도  $r > .30$ 으로 양호하게 나타났다. 그러나 정신장애인-전문가간 신뢰도는 .12~.29로 낮게 나타났다.

## 연구 III

연구 III의 목적은 연구 II에서 얻어진 척도의 교차 타당화(cross-validation)와 구인타당도 및 변별타당도 검증이다.

## 방 법

### 척도와 자료수집 절차

연구 III에서 사용한 척도는 연구 II에서 얻어진 95문항이었다. 자료수집 절차는 연구 II와 동일하였다. 일반인 자료는 2주간에 걸쳐 대학 강의시간이나 교회 모임에서 수집되었다. 일반인용 질문지는 인구학적 특성에 관한 질문들을 제외하고는 정신장애인용 질문과 동일하였다.

### 조사대상자

연구 III에 참여한 총 312명의 정신장애인 가운데 장애 등급이 1급인 응답자는 28명(8.97%), 2급은 31명(9.94%), 3급은 27명(8.65%)이었으며 미등록자가 192명(61.54%)이었다. 진단별 응답자는 정신분열병이 202명(64.74%)으로 가장 많았고, 그 다음이 양극성 정동장애(5.77%), 반복성 우울(4.81%) 순이었다. 이용기관별 정신장애인은 병원이 240명(76.92%)으로 가장 많았고, 사회복지시설과 정신보건센터가 각각 40명(12.82%), 27명(8.65%)이었다. 30대와 40대가 각각 121명(38.78%), 97명(31.09%)으로 가장 많았고, 응답자의 평균연령은 38세(표준편차 9.37)이며 평균 병력은 9.87년(표준편차 8.04)이었다. 정신장애인 응답자 가운데 남자는 201명(64.62%), 여자는 110명(35.26%)이었다. 학력은 고졸과 대학재학 중이거나 전문대졸이 각각 126명(40.38%), 54명(17.31%), 44명(14.10%)이었다. 결혼은 미혼이 196명(62.82%)으로 가장 많았고 결혼했거나 이혼/별거중이거나 사별한 응답자가 각각 54명(17.31%), 48명(15.38%), 7명(2.24%)이었다. 전반적으로, 연구 II와 III에 참여한 정신장애인의 특성은 상당히 유사했다. 연구 III에 참여한 전문가들의 특성도 연구 II와 유사하였으므로 별도의 기술을 생략하기로 한다.

조사된 일반인 응답자 가운데 남자는 36명(27.5%)이며 여자는 95명(72.5%)으로 정신장애인의 경우와는 달리 여자가 많았다. 일반인 응답자의 평균연령은 37.52세(표준편차, 8.41)이었다. 일반인 응답자의 학력

은 대학재학 중이거나 전문대졸, 그리고 대졸이 각각 75명(57.25%), 36명(27.48%)으로 대부분을 차지하였고 고졸이 18명(13.74%), 중졸이하가 1명(0.76%)이었다.

**자료분석 방법**

연구 II를 토대로 추출된 기능평가 척도의 문항은 총 95개였다. 이들 문항들을 확인적 요인분석의 모형에 모두 포함시킬 경우 모형이 지나치게 복잡하기 때문에 연구 III의 탐색적 요인분석 결과와 신뢰도 분석 결과를 토대로 교차타당화 분석에 포함시킬 문항들을 재선정하였다. 간명성(parsimony) 원칙에 따라 가급적 적은 수의 문항으로 많은 정보를 포함시키기 위해 요인 부하량과 문항-총점 상관(변별도)이 큰 순서로 문항을 선정하여 총 54개의 문항이 확인적 요인분석 모형에 포함되었다.

확인적 요인분석은 Windows LISREL 8.12a판을 이용하였다. 확인적 요인분석에서 각 문항은 한 개의 요인에만 관계되도록 하였으며, 잔차간의 상관은 영이고 모든 요인들간에는 상관이 존재하는 모형을 설정하였다. 확인적 요인분석은 우선적으로, 측정변수들간에 약한 다변량 정규분포를 가정하여 척도 개발에 적절한 방법인 일반최소자승법(generalized least square method, GLS)으로 분석을 해보았으나 수렴이 되지 않

아 Shapiro-Wilks의 정규분포 가능성 검증(normality test)을 하였다. 그 결과, 분석에 포함된 많은 변수들이 정규분포에서 이탈되어 있었다. 따라서 개별 측정변수의 정규분포를 가정할 수 없을 때 이용하는 비가중 최소자승법(unweighted least square method, UL)으로 계산하였다. 모형과 경험적 자료간의 전반적인 부합 정도를 나타내는 전반적 부합지수(overall fit measure)로는 다변량 정규분포가 위배되어도 크게 영향받지 않는 기초 부합치(GFI=Goodness-of-Fit Index), 조정 부합치(AGFI=Adjusted Goodness-of-Fit Index), 그리고 표준 부합치(NFI=Normed Fit Index)를 이용하였고, 분석 자료는 상관행렬을 이용하였다. 확인적 요인분석을 포함하여 상관분석, 분산분석, 신뢰도 분석 및 판별분석이 실시되었는데 모두 SAS 6.12판이 이용되었다.

**결 과**

**요인별 신뢰도**

요인별 크론바하의 신뢰도 계수  $\alpha$ 는 0.69~0.94 사이에 위치하여 비교적 양호하게 나타났다. 요인간의 상관에서 요인 6(대인적 문제행동)을 제외하고는 대체로 0.4~0.7의 중간 수준의 상관을 보여주었다(표 3-1).

표 3-1 요인간 상관 행렬

요인	요인1	요인2	요인3	요인4	요인5	요인6	요인7	요인8
1 직업적 기능								
2 대화기술	0.78***							
3 가사관리	0.73***	0.63***						
4 대인적 관계기능	0.63***	0.61***	0.55***					
5 생활문제 해결기술	0.60***	0.67***	0.60***	0.53***				
6 대인적 문제행동	0.18**	0.11	0.14*	-0.04	0.09			
7 건강관리	0.55***	0.57***	0.46***	0.37***	0.50***	0.16**		
8 병식과 도움요청	0.53***	0.55***	0.52***	0.40***	0.54***	0.17**	0.45***	

\* p<.05 \*\* p<.01 \*\*\*p<.001

연구 II에서와 마찬가지로 대인적 문제행동은 다른 요인들과 거의 상관이 없었다. 전체적으로, 연구 II에서의 요인간 상관행렬(표 2-2)과 그 패턴이 유사하였다.

### 교차타당화(확인적 요인분석)

앞에서 언급된 절차를 통해 걸러진 54개 문항 척도에 대해 확인적 요인분석을 실시한 결과, 얻어진 네 가지 전반적 부합지수들 즉, GFI(=.96), AGFI(=.96), NFI(=.95)는 모두 .90을 넘어 우수한 부합도를 보여 주었다. RMSR(Roor-Mean-Square Residual)도 상관행렬로 분석하였을 때 우수한 부합수준인 .05에 거의 근사한 .06으로 나타나 8요인 모형은 비교적 양호하였다. 또한, 8개 요인에 대한 요인계수 추정치와 요인간 상관 추정치의 고정지수(T-value)가 모두 절대치 2.0을 넘는 유의한 값을 나타냈다. 이 결과들로 비추어 볼 때, 설정한 모형이 적절하다고 말할 수 있다. 54개 문항에 대한 요인간 상관분석 결과 역시, 95개 문항들에서 얻어진 요인간 상관계수 패턴과 유사하게, 중간에서 높은 수준의 상관을 보였다.

### 구인 타당도

본 연구에서 개발한 척도와 현행 정신장애 판정체계에서 사용되고 있는 기능측정치인 GAF의 상관관계를 알아보았다. GAF 점수를 가지고 있는 101명의 자료만이 포함되었다. 본 척도의 총점과 GAF점수간의 상관은  $r=.24(p<.05)$ 으로 나타났다. 그리고 직업적 기능, 대화기술, 병식 및 도움요청을 제외하고 가사관리( $r=.22, p<.05$ ), 대인적 관계기능( $r=.23, p<.05$ ), 생활문제해결기술( $r=.25, p<.05$ ), 건강관리( $r=.25, p<.05$ ) 하위척도는 GAF와 낮지만 통계적으로는 유의미한 상관을 보였다.

### 변별 타당도

#### 장애등급 판별

본 연구의 기능평가척도가 장애심도를 나타내는

장애등급별로 등록 정신장애인을 구분하여 주는지를 알아보았다. 이를 위해 장애등급을 독립변수로 하고 기능평가척도 총점과 하위척도 각각을 종속변수로 하여 분산분석을 9번 실시하였다. 그 결과, 건강관리 하위척도( $F2, 83=5.45, p<.001$ )를 제외하고는 등급별 기능차이는 없었다.

#### 거주 상태에 따른 장애등급별 기능 차이

거주상태(병원 대 지역사회)를 첫 번째 요인으로 하고 장애등급(1, 2, 3급 및 미등록)을 두 번째 요인으로 하며 각 하위척도 점수 8개와 전체척도의 총점 1(8개 하위척도의 총점), 총점 2(대인적 문제행동을 제외한 7개 하위척도의 총점)를 각각 종속변수로 하는 2요인 분산분석을 실시하였다. 그 결과 거주지 상태 주효과(main effect)는 대인적 문제행동과 병식 및 도움요청 두 하위척도를 제외한 나머지 종속변수들에서 유의미하였다. 즉, 직업적 기능( $F3, 595=19.65, p<.000$ ), 대화기술( $F3, 595=32.58, p<.000$ ), 가사관리기능( $F3, 595=11.55, p<.000$ ), 대인적 관계기술( $F3, 595=10.58, p<.001$ ), 생활문제해결기능( $F3, 595=5.66, p<.05$ ), 건강관리기술( $F3, 595=9.12, p<.01$ ), 그리고 총점 1( $F3, 595=14.11, p<.000$ )과 총점 2( $F3, 595=14.63, p<.000$ )에서 모두 지역사회 거주 정신장애인은 병원 입원환자보다 더 기능이 낮은 것으로 나타났다. 거주지 상태 및 장애등급의 상호작용 효과를 검증한 결과, 상호작용 효과는 대인적 문제행동 하위척도에서만 유의미하였다( $F3, 595=4.47, p<.01$ ). 즉, 지역사회 거주 정신장애인의 경우 장애정도가 낮을수록 대인적 문제행동을 적게 보인 반면 입원환자의 경우 장애정도에 따라 문제행동에 차이가 없었다.

#### 정신장애인과 일반인의 판별

전체 기능평가척도가 정신장애인과 일반인을 유의하게 판별하는지 그리고 하위척도들의 상대적 판별력을 알아보기 위해 판별분석을 수행하였다. 판별분석에 포함된 정신장애인 집단은 지역사회 거주 정신장애인, 즉, 정신보건센터와 사회복지시설 이용자만을 포함하였다. 그 이유는, 지역사회 거주 정신질환자를

대상으로 장애 판정에 사용될 기능평가척도개발이 본 연구의 주목적이기 때문이다. 일반인에게 해당되는 문항이 적은 요인인 '병식 및 도움요청' 척도를 제외한 7개 척도들을 독립변수들로, '일반인과 정신장애인 집단을 종속변수로 하여 판별분석을 실시한 결과, 7개 요인의 선형 조합(linear combination)으로 이루어진 판별 함수는 유의한 것으로 나타났다(Wilks' Lambda=0.60,  $F(7, 190)=18.13, p<.0001$ ). 7개의 하위척도 점수를 이용하여 정신장애인-일반인 집단을 분류했을 때 분류의 정확도(hit ratio)는 85.35%로 비교적 높게 나타났다. 정신장애인과 일반인이 7개 하위척도들에 의해 성공적으로 판별되었다는 것은 전반적 기능수준에서 정신장애인과 일반인이 다르다는 것을 의미한다. 그러나 일반인집단의 오분류율은 5.34%에 지나지 않는 반면, 정신장애인 집단은 32.84%이나 되었다. 이는 판별함수를 이용하여 판별시, 정신장애인의 32.84%는 정상으로 잘못 분류될 가능성이 있음을 의미한다.

판별구조 계수를 살펴보면, '직업적 기능(판별함수: .89)', '대화기술(판별함수: .74)', '가사관리(판별함수: .85)', '대인적 관계기능(판별함수: .71)', '생활문제해결 기술(판별함수: .77)' 척도들은 판별함수와의 상관성이 비교적 크게 나타난 반면, '대인적 문제행동(판별함수: .38)'과 '건강관리(판별함수: .31)' 척도는 상대적으

로 낮게 나타났다. 그러나 모든 상관성이 .30 이상으로 7개 요인 모두 판별함수와 관련성이 있는 것으로 나타났다.

이는 전반적 기능수준 뿐 아니라 기능패턴에 있어서도 정신장애인과 일반인이 다른 양상을 보임을 의미한다. <그림 1-1>에서 볼 수 있듯이, 정신장애인은 특히 직업적 기능, 일상생활기능(가사관리, 생활문제 해결기술), 사회적 기능(대화기술, 대인적 관계기능) 측면에서 일반인에 비해 뚜렷한 취약성을 보였다.

부가적으로, 의미있는 판별력을 갖는 최소의 하위 척도군을 발견하기 위해 단계적 판별분석을 실시하였다. 그 결과, '직업적 기능( $F(1, 190)=91.80, p<.001$ )', '가사관리( $F(1, 190)=11.83, p<.001$ )', '대인적 관계( $F(1, 190)=7.71, p<.001$ )' 의 세 하위척도들을 얻었다.

### 평정자간 신뢰도

한편 전문가 척도 19문항의 내적 신뢰도는  $\alpha=.94$ 로 매우 높았고 문항-총점 상관계수들(item-total correlation coefficients)도 모두 .45 이상으로 양호하게 나타났다. 전문가 평정치와 정신장애인 평정치간의 상관분석 결과 19개 상관계수들의 범위는 .09~.38이었다.

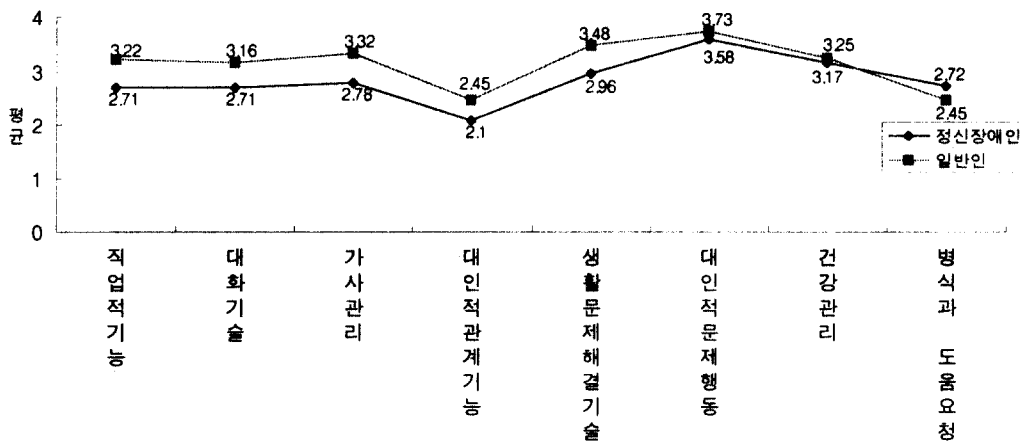


표 IV-1 정신장애인과 일반인의 기능패턴

## 논 의

한 개인이 사회적 환경에서 성공적으로 적응하는데 필요한 기술(skills)과 장점(strengths)을 평가하는 기능평가는, 증상에 수반되는 심리사회적 기능결손 및 사회적 핸디캡을 개입의 초점으로 하는 정신재활접근이 대두되면서 그 필요성이 제기되었다. 또한 기능평가는 행동의 정상성에 초점을 두는 진단평가나 증상평가와 달리 행동의 적용성에 관한 정보를 제공할 수 있다.

본 연구의 기능평가척도 개발의 필요성은 이러한 보편적인 필요성 외에도 현재 우리 나라 정신장애 판정체제의 문제점에서 제기되었다. 본 연구자들은 현행 정신장애 판정체제가 주로 증상평가에 의존하고 있을 뿐 아니라 증상과 기능간의 독립성이 입증되었음에도 불구하고 정적인 관계를 전제하고 있음을 지적하고 이를 개선하기 위해 현 체제에 보완적으로 사용될 표준화된 기능평가도구를 개발하고자 하였다.

이러한 목적에서 개발된 척도는 '직업적 기능', '대화기술', '가사관리', '대인적 관계기능', '생활문제해결기술', '대인적 문제행동', '건강관리', 그리고 '병식과 도움요청'의 8개 하위 기능영역으로 구분되었다. 이러한 하위구조는 연구 II와 III에서 재차 확인되어 안정적이라 볼 수 있다. 중요하게 나타난 하위 기능들은 직업적기능, 사회적기능(대화기술, 대인적 관계기능, 대인적 문제행동), 일상생활기능(가사관리, 생활문제해결기술)이었다. 본 척도의 하위기능들이 외국의 선행연구들에 나타난 하위기능들과 일치할 뿐 아니라 정신재활의 주요 개입영역으로 알려진, 직업적 서비스, 사회적 기술훈련, 일상생활기술훈련에 대응되었다는 것은 주목할만하다.

척도의 신뢰성은 내적 신뢰도와 평정자간 신뢰도, 두 측면에서 검토되었다. 각 하위척도별 내적 신뢰도 모두 연구 II, III에서 .70에서 .95의 우수한 수준을 보여주었다. 한편 정신장애인-전문가간 평정 일치도는 거의 모든 하위척도에서 .30 미만으로 낮게 나타났다. 정신장애인과 전문가의 평정치가 잘 일치하지 않는다는 것은 선행연구들에서 지적되어온 바이다(Wallace,

1986). 본 연구에서는 전문가가 현장에서 관찰하기 어려운 행동을 기술하고 있는 문항들을 제외시켜 보았음에도 불구하고 정신장애인-전문가 평정간에 일치도는 여전히 낮게 나타났다. 흔히 정신장애인-전문가 평정간에 일치도가 낮으면 정신장애인의 보고의 타당성을 의심하기 쉽다. 정신장애인은 일반인에 비해 상대적으로 부주의와 혼동에 취약할 가능성이 있다고 보기 때문이다. 정말로 그러한지 검증하려면 동일한 혹은 거의 유사한 내용의 문항들을 포함시켜 이들에 반대로 응답한 경우가 있는지, 역으로, 반대적인 내용의 두 문항에 동일하게 응답한 경우가 있는지 검토해 보아야 할 것이다. 물론 비밀관외게 반응했다고 해서 이를 반드시 부주의나 혼돈의 직접적 증거로 간주하기는 어렵다. 부주의하지 않고 혼란 되지 않은 사람이라도 비밀관된 반응을 할 수도 있기 때문이다(Nunnally, 1978). 그럼에도 불구하고, 최소한 부주의나 혼동을 시사하는 증거를 얻으려면 반복문항이나 반대문항을 반드시 포함시켜야 할 것이다. 재활계획을 수립하고 재활성과를 결정하는데 있어 장애인의 주관적 관점이 중요시되는 시점에서, 정신장애인-전문가 평정간에 일치도가 서로 다른 관점의 다른 견해 때문인지 정신장애인의 부주의나 혼동 때문인지 가려내는 것은 중요하다.

척도가 정신장애인 판정에 유용한지 검증한 결과, 본 척도는 장애등급별로 정신장애인들을 구분하여 지지 못하였고 현행 판정체제에서 사용되고 있는 기능측정치인 GAF와도 관계성이 낮게 나타났다. 그러나 이러한 결과로부터 본 척도가 정신장애판정에 유용성이 없었다고 결론 내리기는 어렵다. 왜냐하면 증상평가에 주로 의존하여 얻어진 장애등급이나 GAF점수가 기능 중심의 본 척도점수와 관계성이 낮으리라는 것은 당연한 것인지도 모른다. 이러한 해석의 적절성을 직접적으로 검증하기 위해서는 증상측정치와 GAF, 장애등급, 그리고 본 척도간의 중다 관계성이 검토되어야 할 것이다. 본 연구에서는 기능평가척도 자체가 길었기 때문에 별도의 증상측정치를 사용하지 않았고 기록된 증상측정치를 사용하고자 하였으나 거의 얻을 수 없었다. 후속연구에서는 기능평가척도를 단축하는

동시에 증상 측정치를 직접 실시하여야 할 것이다.

본 척도는 지역사회 거주 정신질환자들과 입원환자들을 성공적으로 판별하였다. 즉, 지역사회 거주 정신질환자들은 입원환자보다 대인적 문제행동과 병식 및 도움요청을 제외한 모든 기능영역에서 더 기능이 낮았다. 이는 실제 기능차이라기보다 지역사회가 병원보다 요구되는 기능수준이 더 높는데 기인할 수 있다. 즉, 요구되는 기능수준이 높을 경우 자신의 기능을 평가할 때 기준점도 상향으로 이동하여 실제보다 자신을 낮게 평정할 수 있다. 게다가 기능 외에 두 집단을 구분하는 핵심적인 특성이 무엇인지 밝혀내는 연구가 필요하다. 예를 들어, 두 집단은 정신장애의 정의적 차원으로 알려져 있는 만성성(chronicity)과 심도(severity)에서 다를 수 있을 것이다.

일반인과 정신장애인에 대한 하위척도들의 상대적 판별력을 검토한 결과, 직업적 기능이 가장 중요하였고 그 다음으로 일상생활기능(가사관리, 생활문제해결기술), 사회적 기능(대화기술, 대인적 관계기능) 순이었다. 재활문헌을 통틀어 이 세 기능은 장애인의 삶의 질을 방해하는 주요 요인들로 지적되어 왔고 정신재활 현장에서 일상생활기술훈련이나 사회성기술훈련을 포함하여 직업재활이 강조되어 왔다는 점을 고려해볼 때, 이러한 결과는 이론적으로나 실제적으로나 상당히 의미 있다.

본 연구의 기능평가도구는 정신장애인 판정용도 이외에도 몇 가지 면에서 의의가 있다. 기능평가도구는 재활진단과 재활계획 수립에 유용하게 사용될 수 있다. 기능평가 항목들은 곧 내담자의 성과목표들이기도 하다. 따라서 기능평가자료는 내담자가 현 시점에서 수행할 수 있는 기술과 환경이 요구하는 기술간의 차이를 알려주기 때문에 성과목표들을 달성하는데 있어 어떤 구체적인 문제들을 갖는지 발견하게끔 해준다. 재활전문가는 이러한 평가자료를 이용하여 내담자를 진단하고 기술훈련의 영역 및 강도에 관한 의사결정을 할 수 있을 것이다(Farkas, O'Brien, Cohen, & Anthony, 1994). 예를 들어, 본 연구에서 정신장애인은 일반인에 비해 전반적으로 기능이 낮았지만 특히 직업적 기능, 가사관리, 그리고 대인적 관계기능에서 차

이가 현격하였다. 이는 정신재활의 중점 개입영역이 무엇이어야 하는가를 말해주고 있다.

또한 기능평가도구는 내담자의 변화를 모니터링하고 서비스의 성과를 평가하는데 이용될 수 있다. 내담자가 처음 서비스체계에 들어왔을 때의 기능과 서비스에 일정기간 참여한 후의 기능을 비교해봄으로써 서비스로 인하여 내담자에게서 일어난 변화가 어느 정도인지 알 수 있다. 그리고 내담자의 영역별 기능변화와 시간에 걸친 변화추이를 알 수 있으므로 서비스간 조정이 원활해지고 사례관리와 같은 개별화된 재활과정이 더욱 촉진될 수 있을 것이다. 게다가 표준화된 척도는 기관간 서비스 성과를 비교하는데도 유용하다.

자기-보고식 기능평가는 환경에 대한 내담자의 통제감을 변화시킨다는 점에서 그 자체가 개입적 효과를 가질 수 있다. 내담자가 자신의 기능을 평가한 후 부족한 기술에 대한 훈련을 받고 일정 시점이 지난 후에 스스로 재평가를 해봄으로써 자신의 기능이 훈련으로 인하여 얼마나 변화하였는지 알게 된다. 이와 같은 변화의 모니터링은 행동과 결과간의 유관을 인식하게 하기 때문에 환경에 대한 통제감과 효능감을 증대시킬 수 있고 내담자가 개입에서 적극적으로 주체적인 역할을 하게끔 한다(Cohen & Anthony, 1984).

후속연구에서 보완되어야 할 몇 가지 사항들이 있다. 첫째, 증상과 기능간의 독립적 관계성이 외국의 선행 연구들에서 입증되었다 하더라도 문화적 차이와 연구 특정한 상황차이 등을 고려해볼 때 그리고 바로 본 연구의 핵심적 논거를 지지하는 증거라는 점을 고려해볼 때 해당 연구상황에서도 검증되어야 할 것이다. 둘째, 대표적 표본이 사용되어야 한다. 본 연구는 표준화된 기능평가척도개발의 가능성을 탐색한 예비연구로서 편의표집에 의거한 표본을 사용하였다. 후속 연구는 인구학적 특성은 물론이고 기능에 영향미치는 특성 측면에서 대표성을 지닌 표본을 사용해야 할 것이다. 또한 본 연구의 표본은 지역사회보다 입원환자에 편중되었으나 기능평가도구는 지역사회 거주 정신질환자들을 대상으로 제작되어야 할 것이다. 기능평가도구는 궁극적으로 지역사회에서의 적용을 평가하

는 도구일 뿐 아니라, 지역사회 정신장애인과 입원환자에게 요구되는 기능이 각각 다를 수 있기 때문이다. 셋째, 후속 연구에서는 표준표를 제시할 필요가 있다. 표준적 판단은 자칫 정신장애인의 장점보다 결손에 초점을 두게 되고 정신장애인을 다수의 일반인에 비해 열등한 지점에 위치한 집단으로 고정관념화할 위험성이 있다. 그러나 정신질환자만을 대상으로 한 표준표를 제시한다면 이러한 위험성을 극복할 수 있고 기능적 측면에서 의미있는 하위유형군을 발견하는 등의 잇점을 얻을 수 있다. 하위유형화는 정신질환의 원인을 이해하고 효과적인 개입방법을 발견하는데 중요하다. 넷째, 검사-재검사 절차가 포함되어야 한다. 기능평가도구는 가능한 한 적은 측정오류로 내담자의 기능을 신뢰롭게 측정할 뿐 만 아니라, 개입에 따른 내담자의 변화수준을 민감하게 탐지할 수 있어야 한다.

결론적으로, 후속연구에서 이러한 제한점들을 보완한다면 본 척도는 정신장애 판정은 물론이고 재활계획 수립 및 재활성과평가에 중요한 역할을 할 수 있을 것으로 기대된다.

### 참고문헌

- 김성재, 김후자, 이경자, 이선옥(1999). 포커스 그룹 연구방법. 현문사.
- 김용익 조맹제, 김병후(1994). 정신보건의 현황과 정책과제. 보건복지부.
- 김철권, 정순민, 김진원, 김상수, 변원탄(1999). 정신분열병 외래환자에서 사회기능, 정신병리, 그리고 주의력 결손간의 관계. 사단법인 한국정신사회재활협회 99 추계학술대회.
- 손명자 역(1998). 정신재활. 성원사(Anthony, Cohen & Farkas(1990). *Psychiatric Rehabilitation*, Center for Psychiatric Rehabilitation.)
- 손명자(1996). 기능평가. 재활정신의학의 진단. 한국심리학회지: 임상, 15(1), 235-254.
- 이성규, 김상희(2001). 정신장애인의 지원서비스 홍익재
- Anthony, W. A., & Farkas, M. D. (1982). A client outcome planning model for assessing psychiatric rehabilitation interventions. *Schizophrenia Bulletin*, 8, 13-38.
- Anthony, W. A., & Liberman, R. P. (1992). Principles and practice of psychiatric rehabilitation. In R. P. Liberman(Ed.), *Handbook of psychiatric rehabilitation*. Needham, MA: Allyn & Bacon.
- Birchwood, M., Smith, J., Cochrane, R., Wetton, S., & Copestake, S. (1990). The Social Functioning Scale: The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 157, 853-859.
- Baker, R., & Hall, J. M. (1983). *Rehabilitation Evaluation of Hall and Baker(REHAB)*. Aberdeen, Scotland, Vine.
- Ciarlo, J. A., & Riehman, J. (1997). The Denver Community Health Questionnaire: Development of a multi-dimensional program evaluation instrument. In R. Coursey, & G. Spector, B. Hunt. (Eds.,) *Program evaluation for mental health*. New York. Grune & Stratton.
- Cohen, B. F., & Anthony, W. A. (1984). Functional assessment in psychiatric rehabilitation. In A. S. Halpern & M. J. Fuhrer (Eds.), *Functional assessment in rehabilitation* (pp. 79-100). Baltimore: Paul Brookes.
- Dellario, D. J., Goldfield, E., Farkas, M. D., & Cohen, M. R. (1984). Functional assessment of psychiatrically disabled adults: Implication of research findings for functional skill training. In A. S. Halpern & M. J. Fuhrer (Eds.), *Functional assessment in rehabilitation* (pp.239-252). Baltimore: Paul Brookes.
- Farkas, M. D., O'Brien, Cohen, M. R., & Anthony, W. A. (1994). Assessment and planning in psychiatric rehabilitation. In J. R. Bedell (Ed.), *Psychological assessment and treatment of persons with severe mental*

- disorders* (pp. 3-30). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Gaebel, W., & Pietzcker, A. (1987). Prospective study of course of illness in schizophrenia: Part II: Prediction of outcome. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 299-306.
- Gardner, J. F., & Nudler, S. (1997). Beyond compliance to responsiveness: Accreditation reconsidered. In R. L. Schalock & G. N. Siperstein(Eds.), *Quality of life vol. II: Application to persons with disabilities*(pp. 135-148). Austin, TX: American Association on Mental Retardation.
- Garner, W. R. (1960). Rating scales, discriminability, and information transmission. *Psychological Review*, 67, 343-352.
- Goldman, H. H., Skodol, A. E., & Lave, T. R. (1992). Revising Axis V for DSM-IV: A review of measures of social functioning. *American Journal of Psychiatry*, 149, 9, 1148-1156.
- Goldstrom, I. D., & Manderscheid, R. W. (1982). The chronically mentally ill: A descriptive analysis from the Uniform Client Data Instrument. *Community Mental Health Journal*, 19, 17-26.
- Guilford, J. P. (1954). *Psychometric methods*. New York: McGraw-Hill.
- Lehman, A. F. (1988). A quality of life interview for the chronically mentally ill. *Evaluation and Program Planning*, 11, 51-62.
- McGlashan, T. H. (1987). Recovery style from mental illness and long-term outcome. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 681-685.
- Nunnally, J. C.(1978). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.
- Rosen, A., Hadzi-Pavlovic, D., Parker, G. (1989). The Life skills profile: a measure assessing function and disability in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 325-337.
- Roy-Byrne, P., Dagadakis, C., Unutzer, J., & Ries, R. (1996). Evidence for limited validity of the revised global assessment of functioning scale. *Psychiatric Services*, 47, 9, 864-866.
- Schooler, N., Hogarty, G., & Weissman. (1979). *Social Adjustment Scale II*. Materials for Community Health Program Evaluators.
- Serban, G. (1978). Social Stress and Functioning Inventory for Psychiatric Disorder(SSFIPD): Measurement and prediction of schizophrenics' community adjustment. *Comprehensive Psychiatry*, 19, 337-347.
- Townes, B. D., Martin, D. C., Nelson, D., Prosser, R., Pepping, M., Maxwell, J., Peel, J., & Preston, M. (1985). Neurobehavioral approach to classification of psychiatric patients using a competency model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 33-42.
- Wallace, C. J. (1986). Functional assessment in rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 604-630.
- Weissman, M. M., & Bothwell, S. (1976). The assessment of social adjustment by patient self-report. *Archives of General Psychiatry*, 33, 1111-1115.
- Wilson, L. T., Berry, K. L., & Miskimins, R. W. (1969). An assessment of characteristics related to vocational success among restored psychiatric patients. *The Vocational Guidance Quarterly*, 18, 110-114.
- Yoman, J., & Edelstein, A. E. (1994). Functional assessment in psychiatric disability. In E. J. Bedell(Ed.), *Psychological assessment and treatment of persons with severe mental disorders* (pp. 31-56). Washington, DC: Taylor & Francis.

원고접수일 : 2001. 6. 11.  
 수정원고접수일 : 2001. 8. 31.  
 게재결정일 : 2001. 10. 10.



## A Study on the Development of Functional Assessment Scale for persons with psychiatric disability

Son, Myung Ja   Park, Dong Gun   Choi, Young Hee  
Lee, Sun Hee   Bae, Jeong Kyu

Authors critically noted that in spite of the numerous empirical findings of independent relation between psychiatric symptom and functioning, were overly symptom-based both the current psychiatric disability-identifying system and its functional measure, GAF. Accordingly, it was proposed to construct a standardized, self-report functional assessment scale which is not symptom-based but functioning-focused. In study I, 169 items were generated from the literature review and three separate focus group interviews with the psychiatrically ill, their families, and professionals. Then, 133 items were selected from the initial pool, on the basis of item appropriateness and degree of independent performance on each item, respectively rated by the professionals and psychiatrically ill. In study II, a 133-item scale was administered to 369 persons with psychiatric illness. Factor analysis on the resultant data derived a 95-item scale of 8 subscales. In study III, the cross-validation on an independent sample demonstrated the scales' stability. Confirmatory factor analytic results showed good fit between the specified factor structure and the actual data. The final scale succeeded in separating the discharged from the hospitalized, and the combined patient group from the non-patient group. More importantly, two groups of patients and non-patients showed the differences in functional patterns as well as functional levels. The scale was only weakly related to GAF. It also failed to classify the psychiatric disability-registered patients into their respective groups according to three disability levels. However, these results are more likely to indicate problems inherent in the GAF and current psychiatric disability-identifying system, rather than low validity of this scale. To test this possibility, further study is needed to examine multi-relationships among symptom measure, GAF, disability levels, and this scale. Implications and limitations of this study were discussed.

Keywords : psychiatric rehabilitation, chronic mental illness, psychiatric disability, functional assessment, disability identifying system

**부록 1. 정신장애인 기능평가도구 최종 95문항에 대한 회전요인행렬**

요 인	내 용	요 인	공통분산
직업적 기능	주어진 일을 끝까지 수행한다.	.72	.63
	일에 대한 지시를 정확히 파악한다.	.68	.70
	시간에 맞추어 일을 해낸다.	.68	.63
	자신이 해야 할 일을 빨리 파악한다.	.66	.61
	다소 어려워 보이는 일도 한다.	.63	.55
	면접을 볼 때 자신감 있는 태도를 보인다.	.60	.65
	자신이 해야 할 일을 회피하지 않는다.	.59	.51
	주어진 일을 혼자서 해낸다.	.56	.56
	공부할 때 주의집중력이 좋다.	.56	.50
	부지런하다.	.56	.53
	과제를 빠짐없이 한다.	.54	.56
	지시나 충고를 잘 받아들인다.	.53	.46
	학습한 내용을 조리 있게 설명한다.	.53	.60
	출퇴근 시간을 지킨다.	.52	.52
	약속을 지킨다.	.52	.52
	발표력이 좋다.	.46	.55
	배운 내용을 이해한다.	.45	.54
	수업 또는 프로그램 참여태도가 좋다.	.43	.39
	징해진 규칙을 지킨다.	.42	.43
	전국 어디나 혼자서 목적지까지 갈 수 있다.	.38	.39
대화기술	말의 양이 적절하면서도 충분하다.	.68	.63
	상대방의 질문에 적절하게 대답한다.	.64	.64
	적절한 속도로 이야기한다.	.64	.61
	감정과 상황에 맞는 얼굴표정을 짓는다.	.64	.48
	말의 내용이나 감정에 따라 억양이 적절하게 변한다.	.62	.49
	상대방에게 자신의 감정을 적절하게 표현한다.	.61	.57
	상대방의 말을 듣고 난 후 적절한 시간적인 간격을 두고 대답한다.	.61	.50
	이야기할 때 목소리의 크기가 적절하다.	.61	.57
	상대방을 적절하게 바라보며 말한다.	.60	.53
	대화하는 동안에 적절하게 질문한다.	.59	.54
	상대방과 별 문제없이 대화한다.	.59	.51
	말하는 동안에 고개와 손을 적절히 움직인다.	.59	.44
	조리 있게 이야기한다.	.58	.58
	상대방의 감정을 적절히 이해한다.	.57	.56
	자신감 있게 이야기한다.	.52	.54
	말이 분명해서 쉽게 이해할 수 있다.	.49	.50
	가족 외의 사람들과 어울린다.	.47	.40
	동료와 관계가 원만하다.	.42	.49
	공손한 자세로 말한다.	.39	.43
	친구나 친척집을 방문한다.	.38	.41
가사관리	식후 설거지나 뒷정리를 한다.	.69	.54
	걸레, 빗자루, 혹은 청소기를 이용하여 집안청소를 한다.	.67	.55
	빨랫감을 내어놓거나 스스로 본다.	.67	.58
	집안 일을 맡아서 한다.	.64	.57
	자기 방은 스스로 청소한다.	.63	.57
	집안의 어질러진 물건을 정리한다.	.59	.55
	간단한 음식을 요리한다.	.51	.44
	집안에서 자신의 책임을 다한다.	.51	.62
	부모님 일을 거든다.	.48	.52
	이부자리는 스스로 깔고 깎는다.	.46	.42
옷을 벗으면 개어 놓거나 옷걸이에 걸어둔다.	.33	.36	

번호	내용	요인	공통분산
대인적 관계기능	정기적으로 동창회나 계모임에 참석한다.	.56	.41
	각종 친목단체에 참여한다.	.53	.38
	취업정보를 제공하는 기관을 방문한다.	.50	.33
	이성친구를 만난다.	.47	.41
	신문이나 베품시장의 구인란을 본다.	.46	.32
	가족에게 자신의 생각과 기분을 적절하게 표현한다.	.44	.45
	가족들과 자주 대화를 나눈다.	.44	.44
	가까운 친구와 무언가를 함께 한다.	.42	.38
	주변사람들에게 일자리를 부탁한다.	.42	.26
	집안 행사에 참여한다.	.41	.38
생활문제 해결기술	사람들에게 전화를 하거나 편지를 쓴다.	.36	.47
	혼자서 동사무소를 이용한다.	.68	.67
	혼자서 은행을 이용한다.	.67	.61
	혼자서 이발소, 미용실, 목욕탕 등을 이용한다.	.56	.53
	혼자 병원이나 약국을 이용한다.	.54	.50
	자신이 입을 옷이나 신은 스스로 고른다.	.47	.47
	필요할 때 지하철이나 버스노선 안내판을 이용한다.	.45	.36
	돈을 계산할 줄 안다.	.42	.33
	가는 길을 모를 때, 물어서 찾아가는다.	.37	.30
	혼자서 필요한 물건을 산다.	.36	.29
대인적 문제행동	동네에서는 길을 잃어버리지 않는다.	.33	.25
	필요하면 혼자서 밥을 차려 먹는다.	.30	.22
	사람들에게 화를 내거나 욕을 한다.	.66	.48
	단체활동에서 문제를 일으킨다.	.61	.43
	주변에 사람이 있는데도 지저분하거나 민망한 행동을 한다.	.56	.35
	가족들을 피한다.	.55	.40
	다른 사람들의 대화에 갑자기 끼여든다.	.54	.37
	타인에 피해를 주는 행동을 한다.	.52	.34
	가족들과 자주 다툰다.	.52	.32
	동료와 싸우거나 다툰다.	.48	.29
건강관리	가족에게 폭력행사를 한다.	.45	.31
	밤늦게 불필요한 전화를 한다.	.38	.18
	하루에 세끼를 챙겨 먹는다.	.61	.41
	음식을 적당한 속도로 먹는다.	.54	.38
	한번에 적당한 양의 음식을 먹는다.	.53	.41
	매일 아침 세수를 한다.	.47	.42
	일주일에 한번은 목욕을 한다.	.43	.30
	하루에 적어도 한번은 이를 닦는다.	.40	.33
	시간에 맞추어 스스로 약을 복용한다.	.34	.26
	병식과 도움요청	잠을 못 자거나 증상이 변화되면 의사와 상의한다.	.62
약의 효과와 부작용을 의사와 상의한다.		.59	.46
몸이 아프면 제때 적절히 이야기하고 도움을 청한다.		.49	.44
신체건강을 돌본다.		.37	.41
	담당 선생님과 자연스럽게 이야기한다.	.30	.34