

정신장애인 가족의 치료참여에 관한 연구*

서 미 경**

[요 약]

본 연구는 전문가-가족 간의 협력적인 파트너십을 바탕으로 치료과정에 가족의 적극적인 참여가 정신장애인 회복과 재활에 매우 중요하다는 전제를 가지고 가족의 치료참여를 예측할 수 있는 요인들을 알아보고자 하는 것이다. 따라서 정신보건전문가 275명과 정신장애인 가족 125명을 대상으로 서비스 제공자의 관련요인들(가족의 병리상에 대한 인식, 집속빈도, 조직기능, 전문직유형, 기관유형, 임상경력, 평균 환자 수)과 소비자(가족)의 관련요인들(전문직에 대한 인식, 정신장애인 예후에 대한 낙관적 인식, 가족기능, 정신장애인의 진단, 교육정도, 경제수준)이 가족의 치료참여에 대한 영향력을 분석하였다. 그 결과 서비스제공자의 관련요인들은 가족의 치료참여에 대한 통계적으로 유의한 영향력을 가지는 것으로 나타났고 그 설명력은 33.0%이다. 또한 서비스제공자의 입장에서 집속빈도, 기관유형, 전문직유형, 임상경력이 가족의 치료참여에 가장 영향력 있는 예측요인으로 나타났다. 그리고 서비스 소비자의 관련요인들도 가족의 치료참여에 통계적으로 유의한 영향력을 가지는 것으로 나타났고 그 설명력은 40.9%이다. 또한 가족의 경제수준, 전문직에 대한 인식, 정신장애인 예후에 대한 낙관적 인식, 교육수준이 치료참여의 가장 영향력 있는 예측요인으로 나타났다. 이러한 결과를 통해 가족이 적극적으로 치료에 참여하기 위해서는 치료체계에 가족의 접근성이 높아져야 하고 전문가들이 가족을 치료의 파트너로서 인식하고 그들에게 권한부여 하는 의식의 전환이 필요하다는 것을 알 수 있다.

주제어 : 가족참여, 서비스제공자, 서비스소비자, 권한부여, 가족의 병리상

* 이 논문은 2001년도 한국학술진흥재단의 지원에 의하여 연구되었음(KRF-2001-041-C00501).

** 경상대학교 사회복지학과 조교수.

1. 서 론

정신장애인 가족에 대한 관점은 가족을 정신장애의 발병원인으로 보던 것에서 최근 치료의 파트너십(partnership)으로 보는 관점까지 많은 변화가 있어 왔다. 1940~1950년대 탈시설화(de-institutionalization)이전에는 가족의 역기능과 부적절한 양육태도와 같은 가족의 특성을 정신분열병의 발병 요인으로 보고 이를 정신분열형 어머니(schizophrenogenic mother), 이중구속(double bind) 등의 개념으로 설명하였다.

1960~1970년대 정신장애의 생물학적 원인과 정신약물학에 대한 연구가 이루어지면서 더 이상 가족이 정신분열병의 발병원인은 아니지만 가족기능이 질병경과와 재발에 영향을 미친다고 생각하여 표출된 감정(expressed emotion), 가족 내의 의사소통에 관심을 가졌었다. 이러한 관점은 가족을 발병요인으로는 보지 않는다 하여도 여전히 치료와 변화의 대상으로 가족을 보았다.

1980년대 이후 가족은 더 이상 치료의 대상이 아니라 오히려 정신장애로 인해 고통받는 존재로 이해하기 시작했다(Bulger, et al., 1993; Francell et al., 1988; Hatfield, 1978; Jones et al., 1995; Loukissa, 1995; Noh & Avison, 1988 등). 국내에서도 1995년 정신보건법이 통과되면서 지역사회에서 일차적 보호책임을 지고 있는 가족들의 보호부담, 대처, 서비스 욕구에 대한 연구들(강동호 등, 1995; 양옥경, 1995; 서미경, 1999; 서미경, 2000; 김철권 등, 1999; 김철권 등, 2000 등)을 통해 가족의 부담을 경감시키고 궁극적인 정신장애인의 사회통합을 위한 방안과 대책을 제안하고 있다.

이처럼 정신장애에 반응하는 체계로서 가족을 이해하던 것에서 한 걸음 더 나아가 최근에는 가족을 치료의 파트너십으로 이해하고 정신장애인의 치료와 재활 전 과정에서 그들의 협력과 도움을 적극 활용하기에 이르렀다. 이러한 움직임은 사회 일반에 퍼지고 있는 소비자주의(consumerism)의 영향으로 가속화되어 권위와 의학적 지식의 차이로 수동적이던 가족이 자신들의 통제력을 증가시켜, 치료에 적극적으로 참여하고 결정하는 소비자의 입장을 취하게 된 것이다.

정신장애인은 그 장애의 특성 상 만성화되면서 사회적 기능이 심각하게 저하되고 일상생활 상의 판단력과 문제해결능력이 손상되어 집중적인 재활과 사례관리 서비스를 받지 않는 한 혹은 받는다 하여도 치료나 삶의 중요한 결정들을 가족들이 대신하게 된다. 뿐만 아니라 정신장애인의 77%가 가족에게 절대적으로 의존하게 되므로(한국보건사회연구원, 1999) 정신장애인 치료와 재활과정에 가족이 얼마나 적극적으로 참여하는가는 전체적인 치료효과에 매우 중요한 역할을 한다. 이처럼 가족이 치료의 파트너로서 서비스제공자인 전문가와 협력하게 되면, 정신장애인에게 가장 중요한 두 지지체계가 진단과 치료, 지역사회자원에 대한 정보를 공유하게 되고 그럼으로써 재발과 재 입원의 빈도를 줄일 수 있으며, 가족은 정신장애인의 문제에 효과적으로 대처할 수 있게 된다. 만약 가족의 치료적 참여가 제대로 이루어지지 않아 치료과정에서 배제되면, 가족은 많은 시간과 경비를 투자하고도 효과를 보지 못하는 것에 대해 불만을 갖게 되며 이러한 불만이 치료자의 입장에서 가족이 협조적이지 않다는 느낌을 받게 하여 더욱더 가족을 치료과정에서 배제시키는 악순환을 낳게 한다(Marshall, Solomon,

2000). 또한 가족이 치료에 참여하여 전문가와 협력적 관계를 맺지 못하면 정신장애인 회복과정에서 가장 영향을 미치는 두 지지체계간의 일관성 없는 태도로 인해 정신장애인 치료에 부정적 영향을 미치게 된다(Biegel et al., 1995).

이처럼 가족의 치료참여가 매우 중요함에도 불구하고 실제 임상에서는 여전히 가족을 초기 정보제공자로 볼 뿐 정보를 공유하는 협력체계로 보지 않는 경향이 많다(Biegel et al., 1995; Tessler et al., 1991; Holden & Lewine, 1982 등). 이런 측면에서 협력관계를 활성화하기 위해 가족의 치료참여에 영향을 미치는 요인들에 대한 연구들(Tessler, et al., 1991; Barker, et al., 1995; Wright, 1997; Marshall & Solomon, 2000 등)이 매우 제한적으로 이루어지고 있다. 그러나 이러한 연구들은 정보공유, 서비스 만족도, 가족들이 지각하는 치료적 협조관계, 집속빈도와 유형 등 특정 관련변수들과 치료참여와의 관계를 개별적으로 보고 있을 뿐 여러 가지 변수들을 함께 고려하여 치료참여를 결정하는 요인들의 영향력을 분석하지 못하고 있다. 또한 대부분의 연구들이 주로 가족을 연구대상으로 하고 있고 전문가를 대상으로 한 연구(Wright, 1997)에서는 조직적 변수의 영향력만을 보아, 서비스 제공자인 전문가와 소비자인 가족의 입장에서 치료참여에 영향을 미치는 요인들이 서로 어떻게 다른지를 분석하지 못하고 있다.

따라서 본 연구는 선행연구들을 바탕으로 서비스제공자인 정신보건전문가와 소비자인 가족이 치료참여를 결정하는 요인을 분석하여 가족의 치료참여를 활성화시킬 수 있는 대안을 제시하고자 한다.

본 연구의 연구질문은 다음과 같다.

1. 정신보건서비스 제공자(정신과의사, 사회복지사, 임상심리사, 간호사)가 가족을 치료에 참여시키는 정도에 관련요인들(가족의 병리성에 대한 인식, 가족과의 집속빈도, 조직기능, 전문직 유형, 기관유형, 임상경력, 평균환자 수)이 어느 정도 영향을 미치며 가족의 치료참여를 결정하는 예측요인은 무엇인가?
2. 정신보건서비스 소비자인 가족의 입장에서 관련요인들(전문직에 대한 인식, 정신장애인 예후에 대한 낙관적 인식, 가족기능, 정신장애인의 진단, 가족의 교육정도 및 경제수준)의 치료참여에 대한 영향력은 어느 정도이며 치료참여를 결정하는 예측요인은 무엇인가?

2. 문헌연구

정신보건영역에서 서비스 제공자인 정신보건전문가들과 주요 소비자인 가족과의 관계는 정신장애인 가족에 대한 사회적 해석(social constructions)이 시대적으로 변화되면서 같이 변화되어 왔다. 1950년대 탈시설화 운동이 일어나기 이전에는 정신장애인 대부분이 외딴 지역 대형시설에 수용되었었다. 그 당시에는 가족이 정신장애의 발병요인이 되는 스트레스와 병리적 환경을 제공하는 것으로 보았기 때문에 정신장애인이 가족과 떨어져 있는 것이 오히려 치료적 효과가 있다고 믿었고 따라서 전문가들 역시 가족과 상호작용 할 필요성이 거의 없었다. 1960년대 들어 지역사회정신보건사업이 활성화되면서 정신장애인에 대한 일차적 보호제공자가 시설에서 가족으로 옮겨졌다. 당시 정신장애의 생물학적

원인에 대한 인식이 확산되면서 더 이상 가족을 발병원인으로는 보지 않는다 하여도 가족 내의 역기능적인 의사소통과 지나친 감정표현(high expressed emotion)이 질병경과에 영향을 미쳐 재발의 원인이 된다고 보았다. 결국 가족들은 그들을 지지하고 그들의 욕구를 충족시켜 주는 서비스가 부재한 상태에서 정신장애인으로 인해 지속적인 사회적, 경제적 보호부담을 지게 된 것이다. 전문가들도 가족을 발병원인으로 보지는 않는다 하여도 여전히 가족기능과 가정환경이 질병경과에 영향을 미친다는 의료 모델에 입각하여 가족들의 보호부담을 과소평가하고 가족이 질병진행에 미친 병리적 영향을 파악하기 위해 주로 가족을 만났다. 따라서 전문가들은 가족을 진단을 위한 정보제공자나 변화되어야 할 블라인드로 보는 경향이 있었으며(Collins & Collins, 1990), 가족들은 전문가와의 관계에서 절망과 죄책감을 느끼고 전문가들이 별로 도움이 되지 않는다고 생각하였다(Bernheim, 1987 : 246).

1970~80년대에 들어 가족의 보호부담에 대한 관심이 증가되면서 가족을 정신장애로 인해 고통받는 존재로 인식하고 그들이 보이는 반응을 질병을 악화시키는 병리적 요인이 아니라 만성정신장애를 보호하는 과정에서 나타나는 정상적인 반응으로 이해하게 되었다. 따라서 전문가들은 가족을 지지하고 그들에게 필요한 정보를 제공하며 효과적인 대처를 교육하기 위한 프로그램에 관심을 갖게 되었다. 최근에는 가족에 대한 이해와 교육에 한발 더 나아가 가족을 치료와 재활에 중요한 자원으로 인식하고 파트너로서 정보를 공유하며 가족에게 적극적이고 능동적인 치료결정권과 선택권을 부여하게 되었다. 이러한 움직임은 소비자주의의 영향으로 정신보건서비스 소비자인 가족들은 제공자와의 관계에서 정보와 권위의 차이를 거부하고 필요한 정보와 지식을 제공받음으로써 치료에 대한 의사결정에 참여하고 더 나아가 정신보건서비스 전달체계와 그 계획에 영향력을 발휘할 수 있는 존재로 인식되게 되었다. 즉, 가족들은 스스로에게 권한부여(empowerment) 함으로써 무력감을 극복하고 관료적인 문제정의를 거부하며 자공심을 고양시키고 스스로의 권리를 확보하는 것이다(Bernheim, 1987 : 247).

결국 서비스제공자와 소비자인 가족이 서로를 치료와 재활에 핵심적 자원으로 인식하고, 가족이 치료에 적극적으로 참여하는 것이 매우 중요하다. 즉, 가족의 치료참여를 통해 정신장애인에게 가장 영향력 있는 두 지지체계간의 협력적인 파트너십은 정신장애인을 효과적으로 지지하고 다양한 정보를 공유함으로써 보다 효율적인 치료를 가능하게 한다. 특히 가족의 지지는 정신장애인에게 있어 최우선적 자원이며 지속적인 보호와 관심을 제공할 잠재력을 가진 유일한 제도라 할 수 있다(김시원, 1996).

가족의 치료참여(family involvement)란 "정신장애인 치료에 대한 가족의 통제력을 증가시켜 정신장애인과 그 치료에 대한 충분한 이해를 바탕으로 의사결정과정에 참여하고 서비스제공자와 정보를 공유하며 가족을 위한 프로그램에 참여하는 것"을 의미한다. 가족참여에 대한 선행연구들은 연구대상면에서 크게 서비스제공자의 입장에서 치료참여를 분석한 것과 소비자인 가족을 대상으로 치료참여를 분석한 것으로 나눌 수 있다.

서비스제공자의 입장에서 Barker 등(1995)은 정신장애를 가진 아동들의 거주치료시설(residential treatment center)에 있는 267명의 전문가를 대상으로 가족의 치료참여에 대한 태도에 영향을 주는 요인을 알아보았다. 그 결과 가족의 치료참여에 대한 지지적 태도를 예측할 수 있는 요인으로 연령, 성별, 경력 등의 인구학적 요인도 있지만 가장 강력한 예측요인은 가족에 대한 긍정적 태도와 가족의 변화가 치료적 이점을 가지고 있다고 믿는 정도였다. 따라서 연구자는 가족의 치료참여를 높이기 위

해서는 전문가의 가족에 대한 의식고양이 필요하다고 하였다. 또한 이 연구결과 전문가들은 가족의 치료참여를 매우 지지하면서도, 실제 가족을 대할 때는 시도 및 치료와 같은 돕는 자의 역할을 수행하려는 경향이 많고 가족에게 권한부여 하여 의사결정을 하거나 시설의 일상활동에 가족이 직접적으로 참여하는 것에 대해서는 지지가 적었다. 또한 Wright(1997)는 치료참여에 영향을 주는 요인으로 전문가가 지각하는 가족에 대한 태도와 직업 및 조직적 요인을 보았다. 그 결과 가족에 대한 인식은 의미 있는 영향력을 가지지 못했지만 직업 및 조직적 요인 즉, 전문직 유형, 교대근무여부, 조직의 기능이 전문가가 가족을 치료에 참여시키는 정도에 의미 있는 영향력을 가지는 요인이라고 하였다. Barker 등의 연구결과와 달리 여기서는 전문가가 지각하는 가족에 대한 태도는 통계적으로 영향력 있는 요인은 아니었으나 연구자는 전문가가 가족을 초기정보제공자로서 보고 오히려 정신장애인의 발병에 대해 그들을 비난하고 그들을 무시하는 태도는 가족을 치료의 파트너로서 참여시키는 것에 중요한 영향을 미칠 수 있으므로 이에 대한 후속연구가 필요하다고 제안하였다.

서비스소비자인 가족을 대상으로 한 연구들에서 우선 Holden & Lewine(1982)은 203명의 정신장애인 가족을 대상으로 조사한 결과 가족들의 53%가 전문가를 정신장애인으로 인한 문제 발생시 가장 적절한 자원으로 인식하면서도, 충분히 정보제공을 하지 않아 좌절과 무력감을 동시에 느끼게 하는 존재로 인식한다고 하였다. 또한 치료참여는 가족이 전문가로부터 받은 서비스를 어느 정도 만족하는지와 관련이 된다고 하면서 가족들의 74%가량이 서비스에 만족하지 않고 있는데 그 이유는 전문가들이 재활과정에 관여하지 않는다는 것과 가족이 정신장애인 증상에 대처하는데 필요한 도움을 거의 주지 않기 때문이라고 하였다. Biggel 등(1995)의 연구에서도 가족들은 전문가들이 자신들을 치료에 적극적으로 참여시키지 않으며, 정신장애인 이외의 다른 가족의 욕구에 무관심한 체계로 전문가를 인식하는 경향이 있었다.

Tessler 등(1991)은 정신장애인 가족 274명을 대상으로 각 전문가를 접촉하는 이유와 그에 대한 만족도를 조사하여 그것이 접촉횟수에 어떤 영향을 미치는지를 알아보았다. 그 결과 가족들은 주거, 소득, 주간보호 등의 이유로 만나게 되는 사회복지사를 가장 빈번히 접촉하고 있었으며 대체로 그러한 접촉에 만족한다고 하였다. 또한 정신과의사들은 주로 가족치료와 정신장애인의 행동상의 문제에 만나게 되고 사례관리자는 주로 고용과 교육의 문제 때문에 만난다고 하였다. 이 연구에 의하면 대체로 가족들은 전문가와의 접촉에 대해 만족하고 전문가들이 자신들을 잘 이해한다고 하면서도 대부분 응답자들은 전문가들이 충분한 정보를 제공하지 않으며 그들을 치료계획에 적극적으로 참여시키지 않는다고 믿고 있었다. Grella & Grunsky(1989)는 56명의 가족과의 면담을 통해 전문가와의 상호작용 특히 가족에게 정서적 지지를 제공하는 상호작용이 서비스의 만족도에 가장 영향력 있는 요인이라고 하였다.

Marshall과 Solomon(2000)은 가족과 전문가의 정보공유수준이 가족참여에 대한 정신장애인과 가족의 태도와 어떤 관련을 갖는지 알아보았다. 그 결과 서비스소비자인 가족과 정신장애인의 가족참여에 대한 태도는 정보공유수준과 통계적으로 유의한 긍정적 상관관계를 가지는 것으로 나타났다. 그러나 가족의 72% 정도가 정신장애인에 대한 구체적인 정보를 전문가로부터 제공받은 적이 있지만, 그것은 대부분 진단과 약물에 관한 것이고 치료계획에 대한 정보는 거의 없다고 하였다. 그리고 이러한 정보

공유도 주로 질병초기단계에서 이루어질 뿐 진행과정에서의 치료내용에 대한 정보는 많이 부족하다고 인식하고 있어 아직 가족과 전문가의 협력적 관계가 임상에서 일상적으로 실천되고 있지는 않다고 하였다.

선행연구들을 요약하자면, 서비스제공자의 입장에서 가족의 치료참여에 영향을 주는 요인으로는 전문가의 인구사회학적 요인과 직업, 조직적 요인 그리고 가족에 대한 태도 등을 보았고 서비스소비자의 입장에서 치료참여에 영향을 주는 요인으로는 전문직에 대한 태도, 접촉횟수, 서비스만족도, 정보공유 정도, 기타 가족의 인구사회학적, 경제적 요인 등을 보았다.

3. 조사방법

1) 조사대상

조사대상은 정신보건서비스 제공자인 전문가와 주요 소비자인 정신장애인 가족이다. 정신보건전문가들은 각 병·의원, 사회복지시설 및 지역사회정신보건센터에 근무하는 정신과 의사, 사회복지사, 임상심리사, 간호사 총 275명으로 이들의 인구사회학적 배경은 <표 1>과 같다.

<표 1> 서비스 제공자의 인구사회학적 특성

변 수	구 분	N(%)
성별	남	82(29.8)
	여	193(70.2)
전문직 유형	의사	74(27.0)
	사회복지사	81(29.6)
	임상심리사	26(9.5)
	간호사	93(33.9)
교육 정도	학사학위	168(62.0)
	석사학위	88(32.5)
	박사학위	15(5.5)
기관 유형	대학병원 및 종합병원	65(24.0)
	전문정신병원	164(60.5)
	지역사회정신보건센터 및 사회복지시설	42(15.5)
연령	32.6±6.37	
경력	78.58±62.07(개월)	
환자 수	63.89±70.57(명)	
계		275(100.0)

성별로는 여자가 70.2%로 남자 29.8%에 비해 많았고 전문직 유형으로는 정신과 의사 27.0%, 사회복지사 29.6%, 간호사 33.9%인데 비해 임상심리사는 9.5%로 상대적으로 적었다. 교육정도는 62.0%가

학사학위를 소지하고 있으며 석사학위가 32.5%, 박사학위 5.5%이다. 근무기관 유형으로는 60.5%가 전문정신병원에 근무하고 24.0%가 대학 및 종합병원에 그리고 15.5%가 지역사회정신보건센터 및 사회복지시설에 근무하고 있다. 전문가의 평균연령은 32.6세이고 경력은 78.58개월로 6.55년 정도이다. 일주일동안 보는 평균환자 수는 63.89명이다.

<표 2> 서비스소비자의 인구사회학적 배경

	항목	내용	N(%)
가	성별	남	51(41.1)
		여	73(58.9)
	연령	51.56±14.51	
	교육정도	무학	12(9.9)
		초등학교 정도	15(12.4)
중학교 정도		18(14.9)	
고등학교 정도		45(37.2)	
대학교 이상		31(25.6)	
경제수준	상	1(0.8)	
	중상	16(13.0)	
	중	49(39.8)	
	중하	34(27.6)	
	하	23(18.7)	
정신장애인 과의 관계	부	24(19.4)	
	모	48(38.7)	
	배우자	20(16.1)	
	형제·자매	17(13.7)	
	자녀	9(7.3)	
	기타	6(4.8)	
정 신 장 애 인	성별	남	70(56.5)
		여	54(43.5)
	연령	36.65±11.70	
	교육정도	무학	1(0.8)
		초등학교 정도	14(11.3)
중학교 정도		18(14.5)	
고등학교 정도		55(44.4)	
대학교 이상		36(29.0)	
진단	정신분열병	58(49.6)	
	양극성 기분장애	21(17.9)	
	우울증	15(12.8)	
	알코올 및 약물중독	14(12.0)	
	기타	9(7.7)	
유병 기간	10.71±8.68		
계		124(100.0)	

서비스소비자는 각 병·의원, 지역사회정신보건센터를 이용하는 정신장애인 가족 124명으로 가족과 정신장애인의 인구사회학적 배경은 <표 2>와 같다. 조사대상자의 58.9%가 여자이고 남자는 41.1%

이다. 그리고 58.1%가 정신장애인의 부모(부: 19.4%, 모: 38.7%)이고 배우자 16.1%, 형제-자매 13.7%, 자녀 7.3%, 기타 4.3% 순이었다. 이들의 평균연령은 51.56세이고 교육정도는 고등학교 정도가 37.2%, 대학교 이상이 25.6%이며 경제수준은 중이 39.8%, 중하가 27.6%, 하가 18.7%, 중상이 13.0%, 그리고 상이 0.8%이다. 정신장애인은 남자 56.5%, 여자 43.5%이고 평균연령은 36.65세이다. 교육정도는 고등학교 정도가 44.4%, 대학교 이상이 29.0%이고 진단은 정신분열병이 49.6%로 가장 많고 다음이 양극성기분장애(17.9%)와 우울증(12.8%)을 합친 기분장애가 30.7%이다. 평균 유병기간은 10.71년으로 대부분 만성정신장애인임을 알 수 있다.

2) 조사도구

본 연구에서는 가족의 치료참여를 “가족과 전문가가 정신장애와 그 치료과정에 대한 충분한 이해와 정보를 공유함으로써 가족의 대처능력을 향상시키고 치료와 관련된 의사결정권을 가지며, 가족을 위한 프로그램에 참여하는 정도”로 정의하였다. 설문문항은 전문가를 대상으로 가족의 치료참여를 연구한 Wright(1997)가 사용한 9문항과 가족을 대상으로 연구한 Pottick 등(1998)이 사용한 9문항을 수정 보완하여 본 연구에서는 12문항으로 가족의 치료참여 정도를 측정하였다. 이 척도는 <표 3>과 <표 4>의 요인분석결과 개념적 타당도가 검증되었고 신뢰도는 전문가를 대상으로 하였을 때 Cronbach α 값이 .9199이고 가족을 대상으로 하였을 때 Cronbach α 값은 .9161로 매우 높은 편이다.

전문가를 대상으로 한 설문문항은 크게 4가지로 나눌 수 있다. 첫째 서비스제공자가 가족을 어느 정도 치료에 참여시키는가 하는 것이다(F1 : 가족참여). 둘째, 제공자가 가족을 접촉하는 빈도로 이는 Tessler 등(1991)이 제시한 접촉이유별로 일주일에 몇 번이나 가족을 만나는지를 질문하였다(F2 : 가족과의 접촉빈도). 셋째, 제공자가 근무하는 조직의 기능에 대한 것으로 얼마나 정책이 분명하고 새로운 사고와 시도를 융통성 있게 수용하는가를 8문항으로 질문하였다. 이는 Wright(1997)의 조직기능에 관한 문항을 연구자가 수정 보완한 것이다(F3 : 조직기능). 넷째, 가족을 얼마나 질병의 원인과 관련시키며 치료와 재활의 방해자로 보는가 하는 가족의 병리성(family pathogenesis)에 대한 인식을 질문하였다. 이는 Riebschleger(2001)와 Rubin & Cardenas 등(1998)의 연구를 참고로 하여 연구자가 8문항을 만들어 사용하였다(F4 : 가족의 병리성에 대한 인식). 전문가를 대상으로 한 설문문항의 대부분이 선행연구를 바탕으로 연구자가 만들어 사용한 것이므로 각 척도가 개념을 제대로 측정하고 있는지, 그리고 각 척도들이 서로 이질적으로 묶이는지 타당도를 검증할 필요성이 있어 요인분석을 실시한 결과 <표 3>과 같다. 연구자의 목적대로 4개의 척도로 나뉘어져 각 개념의 타당도가 검증되었고 각 척도의 내적 일관성 신뢰도(internal consistency reliability) 검증을 위한 Cronbach α 값은 .9199~.6930으로 비교적 높아 각 척도가 신뢰할만하다고 할 수 있다.

<표 3> 서비스 제공자의 설문문항 타당도 검증을 위한 요인분석

문항	F1	F2	F3	F4	communality
가족에게 문제행동에 대한 대처방법을 설명	.769				.644
가족이 정신질환을 이해하도록 교육	.761				.635
가족이 환자를 적절히 통제하도록 교육	.745				.579
가족이 질병이 악화되는 것을 알 수 있도록 교육	.738				.592
가족에게 환자의 질병 진행 상태를 설명	.724				.547
가족에게 환자의 치료계획에 대해 설명	.710				.587
환자의 사후보호에 가족의 의견 적극적 반영	.709				.547
치료에 관한 결정을 할 때 가족의 의견 존중	.689				.481
약물의 효과를 가족에게 설명	.680				.539
약물의 부작용을 가족에게 설명	.677				.541
환자의 상태에 관한 가족의 애기에 관심을 가짐	.657				.475
환자를 돌보는 가족의 어려움에 관심을 가짐	.656				.489
가족의 어려움을 의논하기 위해 가족을 만남		.723			.588
약물복용과 관련된 문제로 가족을 만남		.712			.579
주간보호, 재활 등을 의논하기 위해 가족을 만남		.692			.545
환자인생의 중대사를 의논하기 위해 가족을 만남		.679			.544
경제적 문제를 의논하기 위해 가족을 만남		.645			.461
기관에서 환자생활을 알려주기 위해 가족을 만남		.640			.442
환자의 입·퇴원 문제 때문에 가족을 만남		.605			.385
진단이나 사정을 위해 가족을 만남		.601			.378
우리 기관은 새로운 사고와 시도에 수용적			.781		.622
우리 기관은 치료와 관련된 정책과 절차가 분명			.739		.562
우리 기관은 새로운 치료방법이 환영받지 못함*			.702		.531
우리 기관은 치료프로그램이 잘 짜여져 있음			.690		.519
우리 기관 사람들은 시간을 때우는 것처럼 보임*			.676		.466
우리 기관의 모든 일들은 순조롭게 진행됨			.591		.403
우리 기관은 오랫동안 같은 치료방식만을 고집*			.530		.353
정신질환은 건강하지 못한 부모가 주요 원인				.658	.324
가족역학이 정신질환에 영향을 미침				.653	.431
생물학적 요인보다 가족적 요인이 더 중요				.602	.387
건강한 가족에서는 정신질환이 발생하지 않음				.516	.324
변화에 대한 가족의 저항이 치료의 방해요인				.507	.270
가족은 일반적으로 치료에 비협조적				.446	.275
가족역학이 변하지 않는 한 개입은 비효과적				.443	.431
가족은 환자에게 정서적 지지를 주지 못함				.412	.251
eigen value	8.262	3.280	2.722	2.495	
variance	22.951	9.111	7.561	6.930	46.552
Cronbach α	.9199	.8476	.8159	.6619	

*역 점수를 부여한 문항

가족을 대상으로 한 설문문항 역시 4가지로 나누어진다. 첫째, 가족기능에 관한 20문항은 Olson(1986)이 만든 FACES III를 연구목적에 맞게 수정하여 사용하였는데 요인분석 결과 요인부하량이 낮은 4문항을 제외하고 본 연구에서는 16문항을 사용하였다(F1 : 가족기능). 가족기능에는 가족

성원들이 서로에 대해 느끼는 정서적 유대감 정도를 의미하는 결속력과 가족이 발달단계에 따라 얼마나 적절하게 권력구조와 역할관계를 변화시킬 수 있는가하는 적응력이 포함된다. 둘째, 가족이 치료에 어느 정도 참여하는가에 관한 것이다(F2 : 가족참여). 셋째, 가족들이 전문가로부터 얼마나 이해 받고 또한 그들을 협조적이라고 인식하는가 하는 전문직에 대한 인식정도를 10문항으로 질문하였다. 이는 Fischer & Turner(1970)가 전문직 도움요청에 대한 태도를 측정하는데 사용한 25문항을 참고로 연구목적에 맞게 10문항을 선택하였다(F3 : 전문직에 대한 인식). 넷째, 가족이 정신장애인의 증상과 재활에 대해 어느 정도 낙관적 인식을 갖는가에 관한 8문항을 질문하였다(F4 : 정신장애인 예후에 대한 낙관적 인식). 가족들을 대상으로 한 설문문항 역시 같은 개념으로 묶이는지 요인분석 한 결과 <표 4>와 같이 연구자의 의도대로 4개의 척도로 나뉘어져 각 개념의 타당도가 검증되었고 각 척도의 신뢰도 역시 .9562~.9111로 높아 각 척도가 신뢰할만하다고 할 수 있다.

3) 자료분석을 위한 통계적 방법

설문의 각 문항들이 같은 개념으로 묶여 개념적 타당도가 검증되는지 알아보기 위해 요인분석(factor analysis)을 실시하였고 연구질문에 답하기 위해 조사자료를 SPSS/WIN을 이용하여 연구목적에 맞게 t-검증(t-test), 분산분석(Analysis of variance : ANOVA), 단순적률상관관계(Pearson's correlation analysis), 중다회귀분석(multiple regression)과 단계적(step-wise) 회귀분석을 실시하였다.

<표 4> 서비스 소비자의 설문문항 타당도 검증을 위한 요인분석

문항	F1	F2	F3	F4	communality
가족은 어려울 때 서로 돕고 힘이 된다	.857				.787
남보다 가족에게 더 친근감을 느낀다	.822				.733
문제가 생기면 가족에게 먼저 상의한다	.796				.702
개인적인 결정은 가족과 먼저 상의한다	.755				.625
가족과 함께 지내는 것은 중요하나	.736				.627
의견불일치시 해결하려고 노력한다	.732				.575
기념일에는 모두 모이는 편이다	.717				.583
가족과 같이 시간을 보내는 것을 좋아한다	.695				.533
서로의 친구를 존중해 준다	.693				.511
가족은 생각이 다를 수 있음을 인정한다	.586				.502
가족 내에서 지켜야 할 규칙을 따른다	.584				.477
서로의 부정적인 면을 지적하여 준다	.583				.442
결정시 모두의 의견이 존중된다	.502				.562
감정을 상하지 않고도 의견을 주장한다	.498				.397
가족 내에서 자유롭게 얘기할 수 있다	.459				.353

짜우기 싫어 그냥 말 안하고 넘어간다	.258				.280
약물의 효과에 대해 치료자에게 질문		.856			.760
치료자에게 치료계획에 대한 설명을 요청		.837			.728
환자의 문제행동에 대처하는 방법 질문		.834			.705
약물의 부작용에 대해 질문		.796			.660
치료에 필요한 사항을 치료자에게 얘기		.775			.715
질병 진행상태에 대해 치료자에게 질문		.731			.614
앞으로 환자보호에 대해 가족의 의견전달		.729			.598
상태가 악화되는 징후를 치료자에게 질문		.727			.599
치료에 관한 결정시 가족의 의견전달		.614			.523
가족의 어려움을 치료자에게 얘기한다		.568			.410
환자를 돕는 것에 대한 교육프로그램 참여		.514			.396
정신질환 이해를 위한 교육프로그램 참여	.487				.356
치료자들은 환자 치료에 최선을 다한다			.828		.708
치료자들은 환자에게 진정한 관심이 있다			.805		.692
치료자들은 치료상황을 잘 설명해 준다			.796		.698
가족의 얘기에 치료자들은 관심을 가진다			.783		.736
힘을 때 치료자에게 얘기하면 편해진다			.768		.656
치료자들은 가족의 어려움을 이해해 준다			.763		.627
치료 프로그램은 환자에게 도움이 된다			.736		.671
치료자들은 환자에 관한 질문에 잘 대답해 준다			.731		.630
치료 안 받았다면 상태가 나빠졌을 것이다			.670		.527
문제가 생기면 해결책을 치료자와 의논한다			.612		.476
환자의 증상은 앞으로 호전될 것이다				.755	.804
언젠가 환자가 좋아져 직업을 가질 것이다				.751	.767
환자의 문제행동이 앞으로 사라질 것이다				.750	.838
언젠가 환자가 좋아져 가족을 돌볼 것이다				.742	.744
언젠가 환자가 좋아져 독립하여 살 것이다				.725	.666
언젠가 환자가 경제적으로 독립할 것이다				.700	.633
eigen valuc	14.990	4.861	4.128	3.475	
variance	31.229	10.218	8.601	7.239	57.196
Cronbach α	.9111	.9161	.9320	.9552	

4. 조사결과분석

1) 서비스제공자가 가족의 치료참여를 결정하는 요인

서비스제공자인 전문가가 가족을 치료에 참여시키기 위해 가장 많이 만나는 사람과 가족의 치료참여시 있을 수 있는 긍정적·부정적 영향을 알아본 결과 <표 5>와 같다. 전문가의 82.5%가 부모를 가장 많이 만난다고 하였고 10.9%에서 배우자를 만난다고 하였다. 이러한 결과는 정신장애인의 보호부담을 대부분 부모가 가장 많이 담당하고 있다는 선행연구결과들(서미경, 1999; 양옥경, 1995 등)과 일치된다. 본 연구에서도 가족을 대상으로 한 조사에서 응답자의 58.1%가 부모인 것으로 보아 정신장애인 보호에 있어 부모의 역할이 얼마나 중요한지 알 수 있다.

<표 5> 서비스 제공자가 본 가족 치료참여의 긍정적·부정적 영향(복수응답)

항 목	내 용	N(%)
전문가가 주로 만나는 가족	부모	227(82.5)
	환자의 배우자	30(10.9)
	환자의 자녀	3(1.1)
	환자의 형제·자매	11(4.0)
	기타	4(1.5)
치료참여의 긍정적 영향	가족간의 의사소통 증진	263(95.6)
	정신장애인의 문제행동에 대한 대처능력 향상	263(95.6)
	정신장애인이 가족으로부터 사랑 받는 느낌	239(86.9)
	가족간의 적응력 향상	234(85.1)
	가족간의 소속감 증가	232(84.4)
	치료프로그램 효과 향상	223(81.1)
	정신장애인에 대한 가족의 애정 증가	193(70.0)
치료참여의 부정적 영향	가족의 보호를 못 받는 다른 정신장애인의 소외감	79(28.7)
	가족-전문가간의 의견마찰 가능성 증가	73(26.5)
	정신장애인의 스트레스 증가	33(12.0)
	치료방식에 대한 정신장애인의 불만 증가	18(6.5)
	정신장애인-전문가의 관계 악화 가능성	9(3.3)

또한 가족의 치료참여로 인해 얻을 수 있는 긍정적 영향으로 전문가가 가장 많이 지적한 것이 가족간의 의사소통증진, 정신장애인의 문제행동에 대한 가족의 대처능력 향상, 가족으로부터 사랑 받는 느낌을 정신장애인이 갖는 것, 가족 간의 적응력 향상 등의 순으로 대체로 가족관계 향상을 들고 있다.

가족참여의 부정적 영향은 긍정적 영향에 비해 상대적으로 적게 지적되었는데 그중 28.7%가 가족의 보호를 받지 못하는 다른 정신장애인의 소외감을 지적하였고 다음이 26.5%에서 가족-전문가간의 의견마찰 가능성을 우려하였다. Barker 등(1995)의 연구에서도 전문가의 상당수가 가족의 치료참여로 인해 가족과 전문가의 마찰이 생길 수 있다고 응답하였다.

전문가의 인구사회학적 배경에 따른 가족의 치료참여정도의 차이를 보면 <표 6>과 같이 성별, 근무하는 기관유형, 전문직 유형, 연령, 임상경력에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보이고 있다. 즉, 남자가 여자보다 가족을 더 많이 참여시키고, 전문정신병원에 비해 대학병원 및 종합병원과 지역사회정신보건센터 및 사회복지시설이 가족을 더 많이 참여시키는 것으로 나타났다. 이는 전문정신병원과 같은 대형화된 치료시설들이 지역사회에 근거한 시설에 비해 가족들의 접근성이 떨어지는 위치에 있는 경우가 많고, 대학병원과 종합병원에 비해 만성화된 정신장애인이 많아 상대적으로 가족이 더 많이 지체되어 치료참여가 적게 나타날 수 있을 것으로 생각한다. 전문직 유형에 따른 차이에서는 정신과의사와 사회복지사가 임상심리사에 비해 가족을 더 많이 참여시키는 것으로 타나났는데 이는 기관 내 역할분담에 따른 차이로 추정된다. 전문가의 연령과 임상경력 면에서는 연령과 임상경력이 많을수록 가족을 더 많이 참여시키지만 평균 환자 수와는 통계적으로 유의한 관련을 보이지 않았다.

<표 6> 서비스제공자의 인구사회학적 배경에 따른 치료참여의 차이

항 목	내 용	평균	표준편차	t/F값	유의도
성별	남	4.1331	.3932	2.885	.004
	여	3.9197	.6183		
기관 유형	대학병원 및 종합병원	4.1198	.3606	9.809	.000
	전문정신병원	3.8669	.6440		
	정신보건센터 및 사회복지시설	4.2321	.3850		
전문직 유형	정신과의사	4.1734	.3583	10.247	.000
	사회복지사	4.0051	.5385		
	임상심리사	3.4936	.9597		
	간호사	3.9556	.5061		
연령	전문가의 연령			r = .231	.000
임상 경력	전문가의 정신보건 임상경력			r = .203	.001
평균 환자 수	일주일 동안의 평균 환자 수			r = -.065	.295

서비스제공자인 전문가가 가족의 치료참여를 결정하는 요인을 알아보기 위해 회귀분석을 실시한 결과 <표 7>과 같이 가족의 병리성에 대한 인식, 가족과의 접촉빈도, 조직기능, 전문직 유형, 기관유형, 임상경력, 평균 환자 수는 F값 11.169로 치료참여에 통계적으로 유의한 영향력을 가지는 것으로 나타났다. 이 요인들의 치료참여에 대한 설명력은 33.0%이다.

<표 7> 서비스 제공자가 가족의 치료참여를 결정하는 영향요인

변 수	Beta	t값	t값 유의도
가족의 병리성에 대한 인식	.047	.777	.438
가족과의 접촉빈도	.310	5.025	.000
조직기능	.077	1.294	.197
전문직 유형(사회복지사)*	-.267	-3.665	.000
전문직 유형(임상심리사)*	-.286	-4.305	.000
전문직 유형(간호사)*	-.234	-3.269	.001
기관유형(전문정신병원)**	-.136	-1.997	.047
기관유형(지역사회기관)**	.100	1.415	.158
정신보건 임상경력	.173	2.714	.007
평균환자 수	-.130	-2.190	.030

$R^2 = .330$ (F : 11.169, p = .000)

* 가변인: 준거집단(정신과 의사)

** 가변인: 준거집단(대학병원 및 종합병원)

전문가의 입장에서 가족의 치료참여를 가장 잘 설명할 수 있는 요인들을 알아보기 위해 단계적 회귀분석을 실시한 결과 <표 8>과 같이 가족과의 접촉빈도, 전문직 유형, 기관유형, 정신보건임상경력이 예측요인으로 나타났다. 즉, 이 네 요인만으로도 치료참여의 27.1%를 설명할 수 있고 다른 요인들은 전체적인 영향력에 유의한 변화를 일으키지 못하였다. 이 네 요인 중 가족과의 접촉빈도가 Beta 값 .338로 가장 영향력 있는 요인으로 나타나 가족과 자주 만날수록 정신장애와 치료에 대한 정보를 더 많이 공유하고 가족을 의사결정과정에 더 많이 참여시킬 수 있다는 것을 알 수 있다. 또한 기관유형, 전문직 유형, 임상경력 등의 직업적 변수들이 가족의 치료참여를 예측할 수 있는 요인이었다. 이러한 결과는 가족에 대한 인식이 중요한 요인이라는 Barker 등(1995)의 연구결과와는 다르지만 가족에 대한 태도보다 전문가의 직업적, 조직적 요인이 가족의 치료참여에 더 중요하다는 Wright(1991)의 연구결과와는 유사하다. 그러나 Wright(1991)의 연구에서는 전문직이 인식하는 조직기능이 치료참여를 가장 잘 설명할 수 있는 요인이었으나 본 연구에서는 조직기능의 영향력이 통계적으로 유의하지 않았다. 이는 가족을 치료에 얼마나 참여시키는지 하는 것은 조직정책이 얼마나 분명하고 새로운 시도를 어느 정도 수용하는가보다는 가족과의 접근가능성, 가족의 치료참여에 대한 전문직의 기본적 이해도 등이 더 결정적일 수 있기 때문으로 생각된다.

<표 8> 서비스제공자가 가족의 치료참여를 결정하는 요인의 단계적 회귀분석결과

변 수	Beta	t값	t값 유의도
가족과의 접촉빈도	.338	5.433	.000
전문직 유형	-.147	-2.469	.014
기관 유형	-.191	-3.227	.001
정신보건 임상경력	.141	2.310	.022

$R^2 = .271$ (F : 21.639, p = .000)

2) 서비스소비자가 가족의 치료참여를 결정하는 요인

서비스소비자인 가족의 입장에서 치료에 참여하지 못하는 이유는 <표 9>와 같이 '가족들이 시간이 없어서'가 가장 많았고 다음이 '치료에 참여해도 별 효과가 없어서', '가족들이 더 이상 정신장애인에게 관심이 없어서' 순이었다. 그러나 '치료자가 바빠거나 관심을 보이지 않아서' 혹은 '치료자의 말을 이해하기 힘들어서'라고 응답한 비율은 상대적으로 낮아 치료에 참여하지 못하는 대부분의 이유가 가족이 지치고 효과를 기대하기 힘들어서인 것으로 나타났다. Tessler 등(1991)의 연구에서도 가족들이 전문가를 만나지 않는 이유로 그것이 자신의 일임을 인식하지 않으며 실제 만나도 정신장애인이 변화 되는 것을 느끼기 힘들어서라고 응답하여 가족의 보호부담이 치료참여의 심각한 방해요인임을 알 수 있다.

가족의 인구사회학적 배경에 따른 치료참여의 차이를 보면 <표 10>과 같이 진단, 정신장애인과의 관계, 정신장애인과 가족의 연령, 유병기간과는 의미 있는 관련을 보이지 않았으나 정신장애인과 가족의 교육수준, 경제수준과 치료참여는 통계적으로 유의한 상관관계를 보였다. 따라서 정신장애인과 가족의 교육수준이 높을수록, 그리고 가족의 경제수준이 높을수록 치료참여가 높다는 것을 알 수 있다.

<표 9> 치료참여가 어려운 이유(복수응답)

치료참여가 어려운 이유	N(%)
가족들이 너무 시간이 없어서	51(41.1)
치료에 참여해도 효과를 기대할 수 없어서	29(23.4)
기타	21(16.9)
가족들이 더 이상 정신장애인에게 관심이 없어서	20(16.1)
치료자의 말을 이해하기 힘들어서	12(9.7)
치료자가 바빠서 만나기 힘들어	12(9.7)
치료자들이 가족에게 관심을 보이지 않아서	9(7.3)

<표 10> 서비스소비자의 인구사회학적 배경에 따른 가족의 치료참여 차이

항 목	내 용	평균	표준편차	t/F값	유의도
정신장애인 진단	정신분열병	3.4308	.8122	.393	.676
	기분장애	3.5880	.7066		
	알코올 및 기타 장애	3.5036	1.0046		
관계	부모	3.5669	.7774	1.063	.305
	부모 외 기타 가족	3.4050	.9118		
연령	정신장애인의 연령			r = -.025	.787
	가족의 연령			r = .020	.832
교육수준	정신장애인의 교육수준			r = .183	.049
	가족의 교육수준			r = .300	.001
경제수준	가족의 경제수준			r = .414	.000
유병기간	정신장애의 유병기간			r = -.099	.297

서비스소비자인 가족이 치료참여를 결정하는 요인을 알아보기 위해 회귀분석을 실시한 결과 <표 11>과 같이 전문직에 대한 인식, 정신장애인 예후에 대한 낙관적 인식, 가족기능, 진단, 가족의 교육정도, 경제수준은 F값 9.108로 치료참여에 통계적으로 유의한 영향력을 가지는 것으로 나타났다. 이 요인들의 치료참여에 대한 설명력은 42.6%이다.

가족의 입장에서 치료참여를 가장 잘 설명할 수 있는 요인들을 알아보기 위해 단계적 회귀분석을 실시한 결과 <표 12>와 같이 가족의 경제수준, 정신장애인 예후에 대한 낙관적 인식, 전문직에 대한 인식, 가족의 교육수준이 예측요인으로 나타났다. 즉, 이 네 요인만으로도 가족의 치료참여의 40.9%를 설명할 수 있고 다른 요인들은 전체적인 영향력에 유의한 변화를 일으키지 못한다는 것이다. 이 네 요인 중 가족의 경제수준이 Beta값 .307로 가장 영향력 있는 요인이었고 다음이 전문직에 대한 인식으로 Beta 값 .260, 정신장애인 예후에 대한 낙관적 인식이 Beta값 .239, 가족의 교육수준이 Beta값 .197순이다.

본 연구에서 가족의 경제적 수준과 교육수준의 영향력은 사회경제적 수준이 가족의 보호부담, 적극적인 대처, 부모사후의 평생계획 등과 밀접한 관련이 된다는 기존의 연구결과들(김철권 등, 2000; 서미경, 1999; 서미경, 2000)과 같이 생각해볼 필요가 있다. 가족이 정신장애인에게 관심을 가지고 치료에 참여하는 것이 어느 정도 정보를 공유할 수 있고 치료하고 보호하는데 있어 경제적 보호부담을 적게 느끼는 경우 가능하다는 것이다. 이는 정신장애인 가족에 대한 소득보장의 중요성을 시사한다. 또한 전문직이 정신장애인과 그 가족을 진심으로 이해하고 관심을 가져준다는 긍정적 인식이 가족의 치료참여를 높인다는 결과는 전문직이 가족을 치료의 자원으로써 인정하고 존중하며 그들에게 권한부여하는 접근방식이 중요하다는 것을 알게 해준다. 그리고 정신장애인 예후에 대한 낙관적 인식의 영향력은 가족들이 정신장애인의 회복과 재활가능성에 희망을 가지고 있을 때 치료에 보다 적극적으로 참여하게 된다는 것이다.

<표 11> 서비스 소비자가 치료참여를 결정하는 영향요인

변 수	Beta	t 값	t값 유의도
전문직에 대한 인식	.235	2.447	.016
정신장애인 예후에 대한 인식	.184	1.836	.070
가족기능	.123	1.205	.232
정신장애인의 진단 (기분장애)*	.032	.294	.769
정신장애인의 진단 (기타장애)*	.092	.871	.386
가족의 교육정도	.197	2.071	.041
가족의 경제수준	.299	3.076	.003

R² = .426 (F : 9.108, p = .000)

* 가변인 : 준거집단 (정신분열병)

<표 12> 서비스 소비자가 치료참여를 결정하는 요인의 단계적 회귀분석 결과

변 수	Beta	t값	t값 유의도
가족의 경제수준	.307	3.233	.002
정신장애인 예후에 대한 인식	.239	2.650	.010
전문직에 대한 인식	.260	2.877	.005
가족의 교육수준	.197	2.080	.040

R² = .409 (F : 15.421, p = .000)

5. 결 론

본 연구는 정신장애인 가족이 정신장애와 그 치료과정에 대한 충분한 이해와 정보를 바탕으로 치료와 관련된 의사결정에 참여하는 가족의 치료참여가 정신장애인의 회복과 재활에 매우 중요하다는 전제를 가지고 있다. 따라서 서비스제공자인 정신보건전문가와 275명과 서비스의 주요 소비자인 정신장애인 가족 124명을 대상으로 가족의 치료참여를 결정하는 요인이 무엇인지를 분석하였다.

조사결과 다음과 같은 사항들이 발견되었다.

첫째, 서비스제공자인 전문가의 입장에서 가족을 치료에 참여시키기 위해 가장 많이 만나는 사람은 정신장애인의 부모이고 가족의 치료참여를 통해 가족 간의 의사소통, 적응력, 대처능력 등이 향상될 수 있고 정신장애인이 가족으로부터 사랑 받는 느낌을 갖는 등의 긍정적 효과를 기대하는 반면 가족으로부터 보호받지 못하는 정신장애인의 소외감과 가족-전문가간의 의견차의 부정적 효과를 우려

하는 경향도 있었다.

둘째, 전문가의 가족의 병리성에 대한 인식, 가족과의 접촉빈도, 조직기능, 전문직 유형, 기관유형, 임상경력, 평균 환자 수와 같은 요인들이 전문가가 가족을 치료에 참여시키는 정도에 대한 영향력을 알아보기 위해 회귀분석을 실시한 결과, 그러한 요인들은 가족의 치료참여정도에 통계적으로 유의한 영향력을 보였고 그 설명력은 33.0%이다. 전문가가 가족의 치료참여를 결정하는 요인을 알아보기 위해 단계적 회귀분석을 실시한 결과 가족과의 접촉빈도, 기관유형, 전문직 유형, 임상경력이 결정요인으로 나타났다.

셋째, 서비스소비자인 가족이 치료에 적절히 참여하지 못하는 이유로는 “참여해도 효과가 없으므로”, “정신장애인에게 관심이 없어서” 등 가족이 바쁘고 지쳐서라는 응답이 많았다. 또한 가족의 인구사회학적 배경에 따른 치료참여 정도의 차이를 보면, 정신장애인과 가족의 교육수준이 높을수록, 가족의 경제수준이 높을수록 치료참여가 높았다. 그 외의 정신장애인과와의 관계, 연령, 정신장애인의 진단과 유병기간 등과는 통계적으로 의미 있는 차이를 보이지 않았다.

넷째, 가족의 전문직에 대한 인식, 정신장애인 예후에 대한 낙관적 인식, 가족기능, 교육수준, 경제수준 그리고 정신장애인의 진단 등의 요인들이 치료참여정도에 대한 영향력을 알아보기 위해 회귀분석을 실시한 결과, 그러한 요인들은 치료참여정도에 통계적으로 유의한 영향력을 보였고 그 설명력은 40.9%이다. 가족의 치료참여를 결정하는 요인을 알아보기 위해 단계적 회귀분석을 실시한 결과, 가족의 경제수준, 전문직에 대한 인식, 정신장애인 예후에 대한 낙관적 인식, 가족의 교육수준이 결정요인으로 나타났다.

서비스제공자의 입장에서 가족을 치료에 참여시키는 것에는 가족의 병리성에 대한 인식이나 조직의 효율적 기능보다 가족을 자주 만나는 것이 무엇보다 중요했고, 전문정신병원보다는 지역사회에 기반을 둔 기관이나 대학 및 종합병원인 경우, 가족을 참여시키는 정도가 더 많았다. 또한 전문직 유형에서도 정신과의사와 사회복지사가 다른 전문직보다 가족을 더 많이 참여시켰다. 이와 같은 연구결과로 볼 때 전문가가 가족을 치료에 참여시키기 위해서는 무엇보다 가족과의 접근성이 중요하다고 할 수 있다. 왜냐하면 접촉빈도의 영향력에서도 알 수 있지만 지역사회기관과 대학 및 종합병원이 전문정신병원보다 지리적으로 더 접근 가능한 위치에 있는 경우가 많기 때문이다. 물론 전문정신병원을 이용하는 정신장애인이 대학 및 종합병원보다 더 만성인 경우가 많은 것으로도 설명할 수 있지만 지역사회정신보건센터나 사회복지시설 역시 만성정신장애인이 많으므로 급·만성만으로 설명하기는 쉽지 않다. 또한 전문직 유형의 영향력을 볼 때 임상심리사와 간호사에 비해 사회복지사가 가족과 관련된 업무에 더 주도적인 역할을 하고 정신과의사의 경우 진단 및 입·퇴원과정에서 가족을 접촉하는 일이 많기 때문에 자주 접촉하는 것이 치료참여를 활성화시킬 수 있다고 생각된다.

따라서 가족이 적극적으로 치료에 참여하기 위해서는 치료체계에 대한 가족의 접근성을 높일 필요가 있다. 그러기 위해서는 임상적으로 가족이 여러 가지 형태로 전문가를 접할 수 있도록 그들의 욕구를 적절히 반영한 프로그램을 개발하고 무엇보다 전문가들이 가족의 치료참여에 대한 인식을 제고할 필요가 있다. 이러한 인식의 제고를 위해 병리적 모형에 익숙한 전문가들이 가족을 치료의 파트너로써 보고 그들을 활용할 수 있도록 가이드라인을 제시하는 개입모형의 개발이 선행되어야 한다. 그

리고 근본적으로 이러한 인식을 전문직 교육과정 초기부터 심어줄 필요가 있다. 그러나 무엇보다 정책적으로 정신보건서비스전달체계가 대형전문정신병원보다 지역사회 중심의 탈시설화된 형태로 전환되어 접근성을 높이는 것이 중요하다.

서비스소비자인 가족의 입장에서 치료참여를 결정하는 요인으로 가족의 경제수준과 교육수준, 그리고 정신장애인 예후와 전문직에 대한 긍정적 인식이 중요한 것으로 나타났다. 결국 가족들의 사회경제적 수준이 여유가 있을 때 치료에 참여할 여유도 생긴다는 점에서 무엇보다 이들에 대한 소득보장을 포함한 사회복지의 특별한 관심이 요구된다는 것을 알 수 있다. 특히 경제적 수준의 중요성은 정신장애인을 치료하고 보호하는 과정에서 경제적 부담을 경감하여 주는 정책적 지원이 매우 중요함을 시사한다. 또한 전문직에 대한 인식의 중요성을 통해 전문가의 가족에 대한 태도가 더 이상 의료모델에 입각하여 가족을 변화와 치료의 대상으로 보거나 관료적으로 문제를 정의하여서는 안 되고 가족을 파트너로써 존중하고 그들의 치료적 자원을 활용하는 권한부여 접근방식이 필요하다는 것을 알 수 있다. 그리고 정신장애인 예후에 대한 낙관적 인식도 가족의 치료참여를 결정하는 요인데 이는 가족이 더 이상 정신장애인에게 회복과 변화의 희망을 갖지 못하고 지쳐있는 경우, 치료참여를 기대하기 힘들다는 것이므로 따라서 가족이 정신장애인을 보호하는데 있어 느끼는 보호부담에 대한 전문가들의 보다 적극적인 관심이 요구된다.

참 고 문 헌

- 강동호·김철권·변원탄. 1995. "정신분열병 환자 가족의 객관적, 주관적 부담에 관한 연구", 『신경정신의학』, 제34호, pp. 193-203.
- 김서원. 1996. "정신장애인 치료과정에 있어서 가족의 참여에 영향을 미치는 요인 연구", 석사학위논문. 가톨릭대학교 대학원.
- 김철권·조진석·서지민·김용관·김호찬·김현수·김상수·재영묘. 1999. "정신분열병 환자의 가족부담 적도 개발에 대한 예비연구", 『신경정신의학』, 제38호, pp. 539-553.
- 김철권·김진원·서지민·이길자·김길중·변원탄. 2000. "정신분열병 환자의 주 보호자와 형제 자매에 시의 부담에 관한 연구", 『신경정신의학』, 제39호, pp. 113-127.
- 서미경. 1999. "정신장애인 가족의 대처에 관한 연구", 『한국사회복지학』, 제37호, pp. 217-239.
- _____. 2000. "성인정신장애인의 평생계획에 관한 연구", 『한국사회복지학』, 제43호, pp. 106-130.
- 양옥경. 1995. "정신장애인 가족에 관한 연구 - 가족의 보호부담, 대처기제, 서비스 욕구를 중심으로", 『신경정신의학』, 제34호, pp. 809-829.
- 한국보건사회연구원. 1999. 『전국 정신보건시설의 정신건강 프로그램 및 재원환자의 정신건강 실태조사』, 한국보건사회연구원 용역보고서, pp. 99-14.
- Barker, B.L., Heller, T.L., Blacher, J., & Pfeiffer, S.I. 1995. "Staff attitudes toward family involvement in residential treatment centers for children", *Psychiatric Services*, 46, pp. 60-65.
- Biegel, D.E., Song, L. Y., & Milligan, S.E. 1995. "A comparative analysis of family caregivers' perceived relationships with mental health professionals", *Psychiatric Services*, 46, pp. 477-482.
- Bernheim, K.F. 1987. "Family consumerism : Coping with the winds of change", In Hatfield, A.B., & Lefley, H(eds), *Families of the Mentally Ill : Coping and Adaptation*, pp. 244-260, New York : Guilford Press.
- Bulger, M.W., Wandersman, A., & Goldman, C.R. 1993. "Burden and gratifications of caregiving : Appraisal of parental care of adults with schizophrenia", *American Journal of Orthopsychiatry*, 63, pp. 255-265.
- Collins, B., & Collins, T. 1990. "Parent-professional relationships in the treatment of seriously emotionally disturbed children and adolescents", *Social Work*, 35, pp. 522-527.
- Dixon, L.B., & Lehman, A.F. 1995. "Family interventions for schizophrenia", *Schizophrenia Bulletin*, 21, pp. 631-643.
- Fischer, E.H., & Turner, J.L. 1970. "Orientations to seeking professional help : Development and research utility of an attitude scale", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 35, pp. 79-90.
- Francell, C.G., Conn, V.S., & Gray, D.P. 1988. "Families' perceptions of burden of care for chronic mentally ill relatives", *Hospital and Community Psychiatry*, 39, pp. 1296-1300.
- Grella, C.E., & Grusky, O. 1989. "Families of the seriously mentally ill and their satisfaction with services", *Hospital and Community Psychiatry*, 40, pp. 831-835.
- Hatfield, A.B. 1978. "Psychosocial costs of schizophrenia to the family", *Social Work*, 23, pp. 355-359.

- Holden, D.F., & Lewine, R.R. 1982. "How families evaluate mental health professionals, resources, and effects of illness", *Schizophrenia Bulletin*, 8, pp.626-63.
- Jones, S.L., Roth, D., & Jones, P.K. 1995. "Effect of demographic and behavioral variables on burden of care-givers of chronic mentally ill person", *Psychiatric Services*, 46, pp.141-145.
- Loukissa, D.A. 1995. "Family burden in chronic mental illness : a review of research studies", *Journal of Advanced Nursing*, 21, pp.248-255.
- Marshall, B., & Solomon, P. 2000. "Releasing information to families of person with severe mental illness : A survey of NAMI members", *Psychiatric Services*, 51, pp.1006-1011.
- Noh, S., & Avison, W.R. 1988. "Spouses of discharged patients ; factors associated with their experienced of burden", *Journal of Marriage and the Family*, 50, pp.377-389.
- Olson, D.H. 1986. "Circumplex model III : validation studies and FACES III", *Family Process*, 25, pp.337-351.
- Pottick, K.J., Hansell, S., & Barber, C.C. 1998. "An inpatient measure of adolescent and child psychosocial services and treatment", *Social Work Research*, 22, pp.217-231.
- Riebschleger, J. 2001. "Mental health professionals' social constructions of families of people with serious mental illness", Ph.D. dissertation, Case Western Reserve University.
- Rubin, A., & Cardenas, J. 1998. "Outdated practitioner views about family culpability and severe mental disorders", *Social Work*, 43, pp.412-423.
- Tessler, R.C., Gamache, G.M., & Fisher, G.A. 1991. "Patterns of contact of patients' families with mental health professionals and attitudes toward professionals", *Hospital and Community Psychiatry*, 42, pp.929-935.
- Wright, E.R. 1997. "The impact of organizational factors on mental health professionals' involvement with families", *Psychiatric Services*, 48, pp.921-927.

A Study on Family Involvement in Therapeutic Process of the Mentally Ill

Seo, Mi-Kyung

(Assistant Professor, Gyeongsang National University)

The main premise of this study is that family involvement which is based on professional-family collaborative partnership is very important for successful treatment and rehabilitation of the mentally ill. Accordingly, this study aims to find out factors which are related to family involvement in therapeutic process. This study conducted the survey with 275 service providers(i.e. mental health professionals) and with 124 service consumers(i.e. family members) in order to discover in what extent do related factors affect on the family involvement.

The major findings of the study are ; 1) From the service providers standpoint, using multiple regression, job characteristics, perception of family culpability, frequency of contact with family, functioning of their organization affect significantly on the family involvement by 33.0% of explanatory power. Using a step-wise multiple regression, the most powerful influenced factors on family involvement are frequency of contact with family, type of agency, type of profession, and their career. 2) From the service consumers standpoint, using multiple regression, socioeconomic level, attitudes of professionals, optimistic perception of prognosis, functioning of their family, diagnosis affect significantly on the family involvement by 40.9% of explanatory power. Using a step-wise multiple regression, the most powerful influenced factors on family involvement are economic level, attitudes of professionals, optimistic perception of prognosis, educational level.

In conclusion, family accessibility to the therapeutic system must be allowed and further, politically encouraged by the related legislation. Also this study recommends clinician to use an empowerment model for the families with the mentally ill.

Key words : family involvement, service provider, service consumer, empowerment, family pathogenesis.

[접수일 2002.7.29 게재확정일 2002.10.15]