



정신보건전문가들의 회복에 대한 인식 정도와 업무 만족

김선아¹ · 금 란² · 김현례³ · 김성은²

연세대학교 간호대학 교수¹, 박사과정², 연구교수³

The Perception of Recovery and Job Satisfaction in Community Mental Health Professionals

Kim, Sunah¹ · Keum, Ran² · Kim, Hyun Lye³ · Kim, Seong Eun²

¹Professor, ²Doctoral Student, ³Research Professor, College of Nursing, Yonsei University

Purpose: The relationship between perception of recovery by people with mental health problems and job satisfaction in community mental health professionals was examined in this study. **Methods:** A correlational survey design was used. Data were collected from 176 community mental health professionals who worked in 29 community mental health centers in Gyeonggi Province. The perception of recovery was measured with the Recovery Knowledge Inventory (RKI) by Bedregal, O'Connell & Davidson (2006) and job satisfaction was measured with Job Satisfaction Scale developed by Lee (2009). Participants completed a self-report questionnaire. The SPSS/WIN 12.0 program was used for descriptive analysis, t-test, ANOVA and Pearson correlation coefficients. **Results:** There was no correlation between perception of recovery and job satisfaction. But a statistically significant difference was found between the roles of self-definition and peers in recovery and the job satisfaction. **Conclusion:** The results of this study show that community mental health professionals are still have a low level for perception of recovery. The results also suggest that health professionals' understanding of the concept of recovery is not sufficient. It is necessary to include recovery knowledge for community mental health professionals in education programs.

Key Words: Community mental health, Recovery, Job satisfaction

서 론

1. 연구의 필요성

정신분열병과 같은 만성정신질환자들에게 있어서 회복이 가능한가에 대한 질문은 환자와 가족뿐 아니라 정신보건전문가, 의료정책자들의 지속적인 의문이었다. 그동안 회복개념은 질병이 완치된 상태 또는 증상이 소멸된 상태에 더 중요한 의미를 두고 정의되어 왔다(Mancini, 2003;

Resnick, Rosenheck, & Lehman, 2004). 이러한 견해로 본다면 정신질환자들처럼 지속적으로 약물을 복용하거나 재활치료를 받아야하는 환자들에게 있어서 회복은 불가능한 수준이며 만성질환자와 회복 개념은 전혀 관련이 없는 것으로 인식되어 왔다. 그러나 최근에는 정신질환자들에게 회복이란 자신에 대해서 개인적이고 주관적인 평가를 해가는 과정으로(Mueser et al., 2002) 보아야 한다는 주장이 제기되고 있다. 미국 보건복지부의 물질남용 및 정신건강서비스 행정국의 정신건강서비스센터에서는 정신건강 회복이

주요어: 정신보건전문가, 회복, 업무만족

Address reprint requests to: Kim, Seong Eun, College of Nursing, Yonsei University, 134 Shinchon-dong, Seodaemun-gu, Seoul 120-752, Korea. Tel: 82-17-743-9943, Fax: 82-2-392-5440, E-mail: fromutoh@hanmail.net

- 이 논문은 연세대학교 간호대학 교내 학술연구비에 의해 지원되었음.
- This study was supported by the Yonsei University Research Fund.

투고일 2010년 4월 27일 / 수정일 1차: 2010년 5월 28일, 2차: 2010년 6월 5일 / 게재확정일 2010년 6월 6일

란 “정신 건강문제를 갖고 있는 사람이 자신의 잠재력을 최대한 발휘할 수 있도록 지역사회에서 의미 있게 살아가는 치유와 변화의 여정”이라고 공식적으로 정의하였다(Center for Mental Health Services of the Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2004). 그동안 정신질환자들의 회복에 대한 연구는 그동안 정신보건전문가들 사이에서 “회복” 개념을 명확하게 정의하는데 주력해 왔다. 특히 이 개념을 학문적, 과학적으로 발전시키기 위해 회복 개념의 속성을 파악하는 방향으로 연구가 진행되어 왔다. 회복 개념의 속성을 확인하는 과정에서 정신보건전문가나 치료자의 인식보다는 정신질환으로부터 회복을 경험하였거나 경험하고 있는 환자들의 인식이 더 중요하기 때문에 정신질환자 본인의 경험을 매우 중요하게 다루었다(Bonney & Stickley, 2008; Frese, Knight, & Saks, 2009; Jacobson, 2001; Smith, 2000; Tsai & Salyers, 2008). 정신질환자의 회복경험은 삶에 대한 환자의 총체적인 경험이므로 정신보건전문가는 이 경험들을 이해하려고 노력할 수는 있지만 환자와 동일한 수준으로 인식할 수는 없기 때문이다. 정신질환자들이 진술한 회복 경험은 환자 스스로 삶의 목적을 정의하고, 이 목적을 향해 각자의 강점이나 자원을 고려하여 인생을 살아가도록 의사결정의 권한 및 책임이 있어야 한다는 점이 강조되어 왔다(Anthony, 1993; Frese et al., 2009; Lunt, 2000).

회복의 속성을 찾아내는 과정에서 질병 또는 환경과의 관계에서 정신질환자들은 단순히 수동적인 존재가 아님을 알게 되었다. 정신질환자들이 회복을 하기 위해서는 정신보건서비스 이외의 운동이나 친목단체, 종교 활동 및 단체 활동에 적극적으로 참여해야 하고, 지지그룹도 반드시 필요하다는 것을 확인하였다(Frese et al., 2009; Jacobson & Greenley, 2001; Lunt, 2000). 또한 회복은 자기수용과 자신에 대한 올바른 인식을 통해서, 보다 나은 미래를 위한 희망을 획득해 나아가기 위하여, 목표지향적인 방향성을 가지고 정신질환자 개인이 변화와 성장을 해나가며 치유해가는 과정으로 인식하는 것이다. 이와 같이 회복은 목표점 또는 종착점이 아니라 끝나지 않는, 도달할 수 없는, 끊임없이 추구해야 하는, 계속 진행 중인 여정, 경로로 표현될 수 있고, 늘 한걸 인식일직선의 상태가 아니라 전진과 후퇴가 있을 수 있다(Anthony, 1993; Deegan, 1988; Frese et al., 2009; Jacobson & Greenley, 2001; Mancini, 2003).

1990년대 이후 우리나라의 정신보건 전달체계도 회복 중심의 새로운 패러다임을 지향하고 있다. 정신보건전문가들이

정신질환자들의 회복을 어떻게 인식하고 있는가는 환자가 자신의 회복정도를 예측하거나 치료 과정을 결정하는데 직접적인 영향을 줄 수 있다. 특히 지역사회에서 사례관리자로서 환자와 가족들을 면담하고 치료와 재활계획을 세우며, 타 의료인이나 사회복지 시설요원들에게 환자를 연계하는 역할을 담당하는 정신보건전문가들의 회복에 대한 인식은 환자를 위한 모든 활동에 중요한 영향을 미치게 될 것이다. 그러므로 “회복중심의 정신보건 의료체계”를 정착시키기 위해서는 정신질환자들의 회복을 어떻게 이해하고 개념화하고 있는지에 대해서 치료자들 간에 합의를 이끌어내는 것이 무엇보다 중요하다. 그럼에도 불구하고 아직도 정신질환자들을 돌보는 정신보건전문가들은 회복에 대한 정의를 매우 다양한 수준으로 하고 있다. 단순히 정신질환의 응급 증상이 사라진 상태로 보는 치료자도 있고, 질병의 증상들이 재발되지 않는 상태나 직업재활을 하고 있는 상태, 또는 환자 자신이 회복에 대한 이해를 하고 있는 상태 등 치료자의 철학이나 가치관에 따라 매우 다름을 알 수 있다. 이처럼 회복에 대한 치료자들의 인식이나 관점이 매우 중요함에도 불구하고 치료자들이 인식하는 회복에 대한 연구는 아직까지 초기 단계에 머물러 있는 실정으로 국내에서는 Kim과 Kim (2002)의 연구가 유일하다.

Kim과 Kim (2002)은 전국 43곳의 지역사회 정신보건센터 및 사회복지시설, 보건소에서 근무하는 정신보건전문가 50명을 대상으로 서면질문을 통해 “정신장애로부터 회복이라는 것이 어떤 상태를 말하는 것인가?”에 대한 질문에 응답한 내용을 분석한 결과 직업적 기능 유지, 증상의 완화, 치료 순응, 병식 형성, 일상생활의 유지, 원만한 대인관계 유지, 독립적인 역할 수행, 사회적 기능 향상, 자아기능의 회복, 증상관리 능력, 가족관계 및 가정생활의 유지, 병전 기능 상태로의 회환으로 분류하고 명명하였다. 이 결과를 바탕으로 우리나라 정신보건전문가들이 지각한 정신장애로부터의 회복상태란 환자가 병식을 가지고 치료에 순응하며 증상이 완화되고 자아기능이 회복되고 증상관리 능력을 갖추어 일반적, 사회적 기능향상을 이루고 이를 토대로 일상생활이나, 대인관계, 독립적인 역할을 수행하며 나아가 가정생활은 물론 직업적 기능을 원만히 유지하게 되는 상태로 정의하였다. 그러나 Kim과 Kim (2002)의 연구에서 보고된 내용을 살펴보면, 아직도 우리나라의 정신보건전문가들이 회복 개념을 의학적 모델이나 재활모형에 근거한 질병의 증상과 환자의 기능에 초점을 둔 결과 중심적 개념 틀을 크게 벗어나지 못한 채, 회복 패러다임으로의 이동이 제대로 이루어지지 않고 있음을 알 수 있다.

정신보건전문가들의 업무는 환자의 응급상황, 신체적인 폭력에 대한 위협, 잦은 증상 재발과 만성화의 질병특성을 나타내는 정신질환자들의 건강문제들을 돌보아야 하는 매우 특수한 경험이기 때문에 업무 수행과정에 높은 수준의 스트레스가 있음을 이미 연구자들에 의해 논의되어 왔다 (Yang, Lee, & Yu, 2004). 따라서 정신보건전문가들의 업무 스트레스로 인하여 정서적인 피로 상태를 경험하고 심지어 우울, 불안 등의 정신건강 문제들에 이환되는 빈도가 높다고 보고된 바 있다 (Moore & Burrows, 1996). 정신보건전문가들이 자신의 업무에 대한 만족도는 개인마다 매우 차이가 있는 것으로 나타났는데, 업무에 만족할수록 정신질환자의 치료적 효과에 기여하는 바가 클 것이라고 예상되고 있다 (Yang et al., 2004). 정신보건서비스의 핵심적인 부분인 치료자와 대상자 사이의 신뢰관계를 바탕으로 치료 효과를 높이기 위해서 정신보건전문가의 안정된 심리상태가 중요하다. 정신보건전문가들의 업무 불만족과 잦은 이직은 환자들에게 다양한 치료 프로그램을 제공하고, 사례관리자로서 일 대 일의 관계를 유지해야 하는 과정에 매우 부정적인 영향을 주고 있다. 또한 정신보건전문가들이 인식하는 회복의 개념에 따라 업무 활동의 목표와 내용이 달라질 수밖에 없기 때문에 이에 따른 업무만족도에도 차이가 있을 것으로 판단되나, 이에 대한 선행연구는 국외와 국내 모두 전무한 실정이다.

정신질환자들의 회복을 성공적으로 이끄는 데 가장 중요한 요소가 돌봄과 격려를 주는 지지자와의 의미 있는 관계라고 보고하고 있다 (Kim & Kim, 2002). 치료자가 그 의미 있는 관계의 중심에 있다는 것을 고려해 볼 때 전문가들의 치료 및 재활실천 노력은 정신질환자들의 회복경험에 대한 이해를 바탕으로 이루어져야 하며 이로 인해 치료자들이 인식하는 회복 개념에 대한 확인은 매우 중요하다. 이에 본 연구는 현재 우리나라 정신보건전문가들의 정신건강회복에 대한 인식정도를 살펴보고 회복의 인식 정도와 업무만족 간의 관계를 조사하고자 한다.

본 연구의 결과는 정신보건전문가들의 회복 개념에 대한 인식수준을 파악하여 정신보건전문가의 교육과 훈련 프로그램에 적용할 수 있을 것이며, 정신질환자를 위한 회복 촉진적인 서비스 환경을 조성하고, 개인의 회복단계를 고려하여 각각의 단계에 적합한 방식으로 서비스를 제공할 수 있을 것으로 기대한다 (Anthony, 1993). 또한 이러한 대상자 중심의 회복촉진적인 서비스를 제공함으로써 정신보건전문가도 자신의 업무에서 유쾌하고 긍정적인 경험을 한다면

정신질환자에 대한 긍정적인 태도를 갖게 되고 제공하는 서비스 질도 높일 수 있을 것으로 기대된다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 정신보건전문가들의 회복에 대한 인식과 업무만족 간의 관련성을 조사하고자 함이며 그 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 정신보건전문가들의 회복에 대한 인식과 업무만족 정도를 파악한다.
- 정신보건전문가들의 회복에 대한 인식 정도와 업무만족 간의 상관관계를 확인한다.

연구방법

1. 연구설계

본 연구는 정신보건전문가들의 회복에 대한 인식 정도와 업무만족 정도를 알아보고, 그 관련성을 파악하기 위한 상관관계 조사연구이다.

2. 연구대상 및 자료수집

본 연구의 대상자는 경기지역에 소재한 정신보건센터에 근무하는 정신보건전문가를 근접모집단으로 하여 29곳에서 임의 표출하였다. 자료수집을 실시하기 전, 본 연구자의 기관 내 연구윤리심의위원회의 심의과정을 거친 후 자료수집이 이루어졌으며, 자료수집기간은 2009년 8월 27일부터 11월 13일까지 이루어졌다. 연구자가 각 센터의 팀장들에게 먼저 연구의 목적과 설문지의 내용에 대해 설명하고 자료수집에 관한 도움을 구하였다. 정신보건센터의 팀장이 대상 정신보건센터에 근무하는 정신보건전문가에게 연구목적과 비밀유지보장에 대해 충분히 설명한 후 연구참여에 동의하는 대상자에게 설문지를 작성하도록 한 후 수거하였다. 설문지는 총 206부를 배부하고 183부를 회수하여 응답이 불성실한 것을 제외한 176부를 분석에 이용하였다. Cohen (1988)에 의하면 중간효과크기 0.3 (검정력.9, 유의수준.05)에서 단일집단 상관관계연구에 필요한 최소 대상자는 130명이었다. 따라서 본 연구의 대상자 수는 총 176명으로 충분하다고 할 수 있다.

3. 연구도구

본 연구의 도구는 구조화된 질문지를 사용하였으며, 질문지의 내용은 일반적 특성과 회복에 대한 인식 20문항, 업무만족 30문항으로 구성되었다.

1) 회복에 대한 인식

회복에 대한 인식 척도는 Bedregal, O'Connell과 Davidson (2006)이 개발한 Recovery Knowledge Inventory (RKI)로 본 연구의 연구자인 본간호학 교수 1인이 번역하여 석·박사 학위 중의 연구원 3명과 함께 검토한 후 정신보건전문가들의 예비조사를 통한 의견을 수렴하여 최종 수정하였다. 총 20문항으로 이루어진 본 회복에 대한 인식 척도는 4개의 하부 영역으로 이루어졌는데, 구체적인 내용은 다음과 같다. “회복에 대한 역할과 책임감” 영역은 7문항으로, ‘정신질환자들에게 일상생활을 수행하는데 요구되는 책임감을 부과하지 말아야 한다’와 같은 문항 내용으로 구성되었다. “비선형적인 회복과정” 영역은 6문항으로 이루어졌으며, ‘증상조절은 정신질환으로부터 회복하는 첫 번째 단계이다’와 같은 문항 내용이었다. “회복에 대한 환자의 이해와 동료의 역할” 영역은 5문항으로 이루어졌으며 ‘취미와 여가활동은 회복에 중요하다’와 같은 문항 내용으로 이루어졌다. “회복에 대한 기대” 영역은 2문항으로 ‘모든 환자가 회복과정에 적극적으로 참여할 수는 없다’와 같은 문항으로 이루어졌다. 각 문항은 1점 ‘전혀 그렇지 않다’부터 5점 ‘매우 그렇다’까지 5점 Likert척도로 구성되어 있으며 평점평균점수가 높을수록 긍정적인 회복에 대한 인식을 나타낸다. 본 도구가 개발 될 당시의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .81$ 이었으며, 본 연구에서는 Cronbach's $\alpha = .66$ 이었다.

2) 업무만족

업무만족은 Slavitt, Stamps, Piedmont와 B. Hasse (1978)가 의사, 간호사, 보건인력의 직무만족을 측정하기 위해 개발하고 Lee (2009)가 수정·보완한 34문항 도구를 본 연구의 대상자에 맞추어 일부 수정하고 적절하지 않은 문항을 제외하여 사용하였다. 본 도구는 6개의 하부 영역으로 이루어졌으며 보수와 승진 5문항, 전문직업적 수준 9문항, 업무요구 4문항, 대인관계 3문항, 행정 5문항, 자율성 4문항으로 총 30문항으로 이루어져 있다. 이 도구는 Likert 5점 척도로 각 문항별로 1점 ‘전혀 그렇지 않다’부터 5점 ‘매우 그렇다’로 배정하였으며, 부정문항은 역산 처리하여 평균평점 점수가

높을수록 업무만족도가 높은 것을 의미한다. Lee (2009)의 연구에서 Cronbach's $\alpha = .78$ 이었으며, 본 연구에서는 Cronbach's $\alpha = .80$ 이었다.

4. 자료분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 12.0 프로그램을 이용하여 분석하였으며, 구체적인 자료분석방법은 다음과 같다.

- 대상자의 일반적 특성과 회복에 대한 인식 및 업무만족 정도는 기술통계로 분석하였다.
- 정신보건전문가들의 회복에 대한 항목별 인식의 정도는 기술통계로 분석하였다.
- 회복에 대한 인식 정도와 업무만족 간의 관계는 Pearson's correlation으로 분석하였다.

연구결과

대상자의 성별은 여성이 151명(85.8%)으로 대부분을 차지하였다. 연령은 평균 32.8세로 30대가 77명(43.8%)으로 가장 많았다. 학력은 대졸이 87명(49.4%)로 가장 많았다. 직종은 간호사가 85명(48.3%)로 가장 많았고 사회복지사 75명(42.7%), 의사와 임상심리사가 각각 8명(4.5%) 순으로 나타났다. 정신보건 분야에서의 근무경력은 평균 4.7년이었으며 5년 이상 근무한 대상자가 58명(33.0%)으로 가장 많았고, 현재 근무지에서의 경력은 평균 2.5년으로 1년 이상 3년 미만인 71명(40.3%)을 차지하였다(Table 1).

일반적인 특성에 따른 회복에 대한 인식에서 유의한 차이가 나타난 변수는 직종이었다. 즉, 대학교 졸업자가 전문대 졸업자보다 회복에 대해 긍정적으로 인식하고 있었다($p = .014$). 임상심리사가 평균 3.3점으로 회복에 대해 가장 긍정적으로 인식하고 있었다. 사회복지사, 간호사 순이었고, 의사가 평균 3.0점으로 회복에 대해 가장 부정적으로 인식하고 있었다($p = .037$). 일반적인 특성에 따른 업무만족 정도에서 유의한 차이가 나타난 변수는 없었다(Table 1).

1. 회복에 대한 인식과 업무만족 정도

본 연구에 참여한 176명의 정신보건 전문가들이 정신질환자의 회복에 대한 인식정도를 분석한 결과 평균점수는 3.2점이었으며 최소 2.3점에서 최대 4.1점까지 분포하였다. 업무만족도의 평균점수는 3.3점이었으며 최소 2.3점에

서 최대 4.57점까지 분포하였다. 회복에 대한 인식에서 하위 영역별 항목의 평균점수는 “회복에 대한 환자의 이해와 동료의 역할” 영역이 평균 3.8점으로 가장 높게 나타났으며 그 다음은 “회복에 대한 역할과 책임감”이 3.3점, “회복에 대한 기대” 2.8점 순으로 나타났고, “비선형적인 회복과정”

은 2.7점으로 가장 낮게 나타났다. 업무만족의 하위영역에서는 대인관계 영역의 평균이 3.9점으로 가장 높게 나타났으며, 자율성 3.8점, 전문직업적 수준 3.7점, 행정 3.0점, 보수와 승진 2.9점 순이었고, 업무요구의 평균이 2.6점으로 가장 낮게 나타났다(Table 2).

Table 1. Recovery Knowledge and Job Satisfaction Distribution according to General Characteristics (N=176)

Characteristics	Categories	n (%)	M±SD	Recovery knowledge		Job satisfaction	
				M±SD	t or F (p)	M±SD	t or F (p)
Gender	Male	25 (14.2)	32.8±7.23	3.1±0.32	-1.079 (.282)	3.4±0.44	1.553 (.122)
	Female	151 (85.8)		3.2±0.28		3.3±0.35	
Age (year)	20~29	70 (39.8)	32.8±7.23	3.2±0.25	1.203 (.303)	3.3±0.38	1.085 (.340)
	30~39	77 (43.8)		3.2±0.31		3.4±0.37	
	≥40	27 (15.3)		3.1±0.31		3.4±0.31	
Marital status	Married	93 (52.8)	32.8±7.23	3.2±0.30	-1.675 (.096)	3.4±0.37	1.733 (.085)
	Unmarried	81 (46.0)		3.2±0.26		3.3±0.36	
Education	College graduated ^a	48 (27.3)	32.8±7.23	3.1±0.29	4.355 (.014) a<b	3.3±0.41	.135 (.874)
	University graduated ^b	87 (49.4)		3.2±0.24		3.3±0.31	
	≥Graduate school	40 (22.7)		3.2±0.33		3.3±0.42	
Type of occupation	Doctor	8 (4.5)	32.8±7.23	3.0±0.24	2.890 (.037)	3.5±0.47	1.079 (.359)
	Nurse	85 (48.3)		3.2±0.29		3.3±0.34	
	Social worker	75 (42.7)		3.2±0.26		3.3±0.38	
	Clinical counselor	8 (4.5)		3.3±0.39		3.2±0.38	
Years worked in mental health	< 1	31 (17.6)	4.7±4.80	3.1±0.31	.779 (.507)	3.4±0.37	1.660 (.178)
	≥ 1 ~ < 3	43 (24.4)		3.2±0.26		3.3±0.40	
	≥ 3 ~ < 5	44 (25.0)		3.2±0.19		3.2±0.34	
	≥ 5	58 (33.0)		3.2±0.34		3.4±0.34	
Years worked in current service-area	< 1	54 (30.7)	2.5±2.58	3.2±0.30	1.557 (.202)	3.4±0.43	1.065 (.365)
	≥ 1 ~ < 3	71 (40.3)		3.2±0.30		3.3±0.35	
	≥ 3 ~ < 5	25 (14.2)		3.2±0.17		3.3±0.29	
	≥ 5	25 (14.2)		3.1±0.30		3.4±0.32	

† Excluded no response, Bonferroni test: significant difference between group marked a and b

Table 2. Recovery Knowledge and Job Satisfaction Distribution (N=176)

Variables	M±SD	Min	Max
Recovery knowledge	3.2±0.28	2.3	4.1
The roles of self-definition and peer in recovery	3.8±0.45	2.4	5.0
Roles and responsibilities in recovery	3.3±0.38	2.0	4.3
Expectations regarding recovery	2.8±0.73	1.0	5.0
Non-linearity of the recovery process	2.7±0.47	1.2	4.0
Job satisfaction	3.3±0.36	2.3	4.6
Interpersonal relationship	3.9±0.47	2.3	5.0
Autonomy	3.8±0.53	1.5	5.0
Professional level	3.7±0.46	2.6	4.9
Administration	3.0±0.58	1.2	4.4
Pay and promotion	2.9±0.63	1.2	4.4
Service need	2.6±0.58	1.3	4.5

정신보건전문가의 회복에 대한 인식의 평점평균을 살펴 보면 Table 3과 같다. ‘취미와 여가활동은 회복에 중요하다’는 문항이 평균 4.2점으로 가장 높은 점수를 보였고, ‘정신 질환자들에게 일상생활 수행하는데 요구되는 책임감을 부과하지 말아야 한다.’, ‘양성증상을 나타내는 정신질환자들과 회복의 단계는 무관하다’, ‘질병상태와는 관계없이 한 인간으로서 특성을 명확하게 아는 것이 회복을 이해하는 필수적인 요소이다.’, ‘현재 정신질환 치료를 받고 있는 사람들

은 치료 및 회복 목표를 스스로 정할 수 없다.’의 순으로 높은 점수를 나타내었다. 가장 낮은 점수를 보인 문항은 평균 2.0점인 ‘실패와 좌절을 경험하는 환자를 지지하는 것이 정신보건전문가의 책임이다.’였으며, ‘증상조절은 정신질환 으로부터 회복하는 첫 번째 단계이다.’, ‘회복에 대한 기대와 희망은 환자의 건강상태에 따라 조정되어야 한다.’, ‘증상감소는 회복의 필수요소이다.’, ‘환자에 대해 너무 높은 기대를 갖는 것이 오히려 해로운 경우가 있다.’의 순으로 낮

Table 3. Answered Recovery Knowledge Inventory in Sub-dimension

(N=176)

Dimension	Item	M±SD
R1	6. People with mental illness/substance abuse should not be burdened with the responsibilities of everyday life. †	4.1±0.63
	11. Recovery is not as relevant for those who are actively psychotic or abusing substances. †	4.0±0.75
	2. People receiving psychiatric/substance abuse treatment are unlikely to be able to decide their own treatment and rehabilitation goals. †	3.8±0.80
	10. Only people who are clinically stable should be involved in making decisions about their care. †	3.6±0.98
	18. The idea of recovery is most relevant for those people who have completed, or are close to completing, active treatment. †	2.8±1.01
	7. Recovery in serious mental illness/substance abuse is achieved by following a prescribed set of procedures. †	2.8±0.93
	9. It is the responsibility of professionals to protect their clients against possible failures and disappointments. †	2.0±0.80
R2 †	14. There is little that professionals can do to help a person recover if he/she is not ready to accept his/her illness/condition or need for treatment. †	3.4±0.94
	15. Recovery is characterized by a person making gradual steps forward without major steps back. †	3.2±0.89
	19. The more a person complies with treatment, the more likely he/she is to recover. †	2.7±0.93
	16. Symptom reduction is an essential component of recovery. †	2.5±0.81
	17. Expectations and hope for recovery should be adjusted according to the severity of a person's illness/condition. †	2.4±0.88
	4. Symptom management is the first step towards recovery from mental illness/substance abuse. †	2.0±0.89
R3 †	8. The pursuit of hobbies and leisure activities is important for recovery.	4.2±0.57
	12. Defining who one is, apart from his/her illness/condition, is an essential component of recovery.	4.0±0.93
	3. All professionals should encourage clients to take risks in the pursuit of recovery.	3.8±0.78
	20. Other people who have a serious mental illness or are recovering from substance abuse can be as instrumental to a person's recovery as mental health professionals.	3.7±0.82
	1. The concept of recovery is equally relevant to all phases of treatment.	3.4±1.14
R4 †	5. Not everyone is capable of actively participating in the recovery process. †	3.1±1.01
	13. It is often harmful to have too high of expectations for clients. †	2.6±0.78

† R1=roles and responsibilities in recovery; R2=none-linearity of recovery process; R3=the roles of self-definition and peers in recovery;

R4=expectations regarding recovery.

† Reversed item.

은 점수를 나타내었다.

2. 회복에 대한 인식과 업무만족 간의 상관관계

회복에 대한 인식과 업무만족 간의 관계를 살펴본 결과는 Table 4와 같다. 회복에 대한 인식과 업무만족 간에는 통계적으로 유의한 상관관계를 보이지 않았다($r=.04, p=.613$). 즉 회복에 대한 인식과 업무만족 간에는 서로 영향을 미치지 않았다. 그러나 회복 인식과 업무만족의 각 하위 영역에 따른 상관관계를 분석한 결과, 업무만족과 회복인식의 하위 항목인 회복에 대한 환자의 이해와 동료의 역할($r=.28, p<.001$)이 정적인 상관관계를 보였다.

논 의

본 연구에서는 정신건강분야에서 새로운 패러다임으로 논의되는 회복에 대해 정신보건전문가들은 어떻게 인식하고 있으며 업무만족은 어느 정도인가를 파악하여, 회복에 대한 인식과 업무만족 간의 관계를 탐구하고자 하였다. 본 연구결과를 고찰하면 다음과 같다.

본 연구에서 회복에 대한 인식은 평균 3.2점으로 Bedregal, O'Connell과 Davidson (2006)이 도구개발 당시에 3.5점, 아일랜드의 정신건강전문가 130명을 대상으로 한 Cleary와 Dowling (2009)의 연구에서 3.4점이었던 것보다 낮은 수준으로 나타났다. 회복에 대한 인식의 하위 영역 중 가장 점수가 높게 나타난 것은 평균 3.8점의 회복에 대한 환자의 이해와 동료의 역할이었고 두 번째는 평균 3.3점의 회복에 대한 역할과 책임감이었다. 그 다음으로는 회복에 대한 기대영역(2.8점)으로 나타났다. 가장 점수가 낮게 나타

난 영역은 평균 2.7점인 비선형적인 회복과정이었다. 이러한 연구결과는 같은 도구를 사용한 Cleary와 Dowling (2009)의 연구와 Bedregal 등(2006)의 도구개발 당시의 연구결과와도 일치하였다. 그러나 회복에 대한 인식의 네 하위 영역 모두에서 기존의 두 연구에서보다 모두 낮은 평균 점수를 보였다. 이는 우리나라의 정신보건 전달체계도 기존의 질병 중심의 패러다임에서 전향하여 회복 중심의 새로운 패러다임을 지향하고 있으나 그 실정은 새로운 패러다임으로의 인식 변화가 아직 미미한 것으로 볼 수 있다.

Hwang (2007)은 정신장애인들이 인식하는 회복 연구를 통해서 회복 개념의 하위범주로 증상이 조절된 상태를 증상의 통제 영역으로 제시하였고, Kim (2009)은 행동과 사고관련 증상완화를 회복의 범주로 보고함으로써, 국내 연구에서 회복 개념은 과정보다는 결과를 더 중요하게 인식하고 있음을 알 수 있었다. 본 연구에서도 연구에 참여한 정신보건 전문요원들이 회복을 비선형적인 과정에 대한 영역을 가장 낮게 인식하고 있는 것으로 나타났다. 그러나 회복은 단계적인 과정이 아니라 때에 따라서는 일시적으로 후퇴할 수도 있지만 이 경험을 바탕으로 자기수용과 자기 자신에 대한 믿음의 재인식을 할 수 있게 되어, 개인이 변화와 발달, 성장하는 과정으로 미래지향적이고 목표지향적인 방향성을 가진 치유와 관련된 비선형적인 회복과정이 매우 중요하다. SAMHSA (2004)도 비선형성을 회복의 기본 요소 중 하나로 제시한 바 있는데, 점차 우리나라 정신보건전문가들의 회복에 대한 인식도 증상을 회복의 결과 지표로 이해하기 보다는 과정으로서 이해하는 인식의 변화가 필요하다고 판단 된다.

정신질환자에 대해 긍정적인 기대를 갖고 모든 환자가 회복과정에 적극적으로 참여하게 하는 회복에 대한 기대도

Table 4. Correlation between Recovery Knowledge and Job Satisfaction

(N=176)

Variables	R1 [†]	R2 [†]	R3 [†]	R4 [†]	Recovery knowledge	Job satisfaction
R1 [†]	1,000					
R2 [†]	.39 (<.000)	1,000				
R3 [†]	.10 (.172)	-.01 (.870)	1,000			
R4 [†]	.14 (.066)	.22 (.003)	.01 (.930)	1,000		
Recovery knowledge	.74 (<.000)	.73 (<.000)	.44 (<.000)	.43 (<.000)	1,000	
Job satisfaction	-.01 (.887)	-.14 (.068)	.28 (<.000)	.01 (.931)	.04 (.613)	1,000

[†]R1=Roles and responsibilities in recovery; R2=None-linearity of recovery process; R3=The roles of self-definition and peers in recovery; R4=Expectations regarding recovery.

Hwang (2007), Kim과 Kim (2002)과 Kim (2009)의 연구에서 인정받는 자신에 대한 긍정적인 자각과 희망이 회복에 중요한 의미를 제시한다며 정신질환자와 정신보건전문가 사이에 의견의 일치를 보였음에도 불구하고 본 연구에서는 정신보건전문가로서 회복에 대한 현실적 기대와 희망을 불어넣어주어야 한다는 회복에 대한 기대와 관련된 문항들에 대해 낮게 인식하고 있는 것으로 나타났다. 그러나 회복 과정에서 희망과 기대는 매우 중요한 요소로 인식된 만큼 (Choi, Kim, & Noh, 2005; Kim, 2009) 향후 정신질환자를 대상으로 희망과 회복에 대한 기대를 포함하는 긍정적인 태도를 촉진할 수 있는 연구가 많이 시도되어야 할 것이다.

업무만족도는 5점 만점에 평균 3.3점으로 나타나, 이는 응급실 간호사를 대상으로 한 Lee (2009)의 3.0점, Lee (2003)의 2.8점 그리고 대학병원 간호사를 대상으로 한 Kim과 Kim (1997)의 2.9점 보다 다소 높은 점수를 보였다. 업무만족도를 구성하고 있는 6개의 하부 영역 중에서 대인관계와 자율성, 전문직업적 수준 요인에서 높은 만족도를 나타낸 반면 업무요구와 보수와 승진 요인에서는 낮은 만족도를 보였다. 이는 자율성, 전문직업적 수준, 대인관계에 대한 만족도가 높고 보수와 승진에 대한 만족도가 낮은 Lee (2009)의 연구와 유사하였다. 이러한 결과는 만성정신질환자의 긴 회복과정을 함께 해야 하는 정신보건전문가들에게 상대적으로 보수나 승진의 기회가 적어 업무만족이 낮았던 것으로 사료된다.

정신보건전문가의 회복에 대한 인식과 업무 만족 간의 상관관계를 분석한 결과, 두 변인의 총점은 통계적으로 유의한 상관관계를 보이지 않았다. 즉, 회복에 대한 인식과 업무 만족 간에는 서로 영향을 미치지 않았다. 그러나 회복 인식과 업무만족의 각 하위 영역에 따른 상관관계를 분석한 결과, 업무만족과 회복인식의 하위 항목인 회복에 대한 환자의 이해와 동료의 역할($r=.28, p<.001$)이 정적인 상관관계를 보였다. 환자의 이해와 동료의 역할은 환자 자신이 정신질환자인 것을 넘어서서 그들의 삶에서 자신들의 정체성을 정의하고 이 과정을 통해 동료들에게도 중요한 역할을 할 수 있다는 것으로 정의된다. 정신보건전문가는 이러한 환자의 회복에 대한 인식을 같이 하고, 다양한 증재를 제공함으로써 환자가 한 인간으로서 스스로를 이해하고 공동체 안에서 활발히 상호작용하며 살아가게 되는 환자들을 보며 치료 제공자로서의 보람과 성취감을 경험하게 되고 이는 업무만족으로까지 이어진 것으로 보인다. 또한 회복에 대한 하위 영역 중 환자의 이해와 동료의 역할이 다른 하위 영역 중

가장 높은 점수를 나타내었다.

회복인식과 업무만족의 총점 간의 의미 있는 상관관계가 없었던 결과에 대해 추가적으로 논의하면 다음과 같다. 이는 정신보건전문가의 회복에 대한 인식과 업무 만족 간의 관계를 살펴 본 선행연구가 없어 타 연구결과와 비교하기에는 무리가 있으나 다음과 같은 요인과 관련이 있을 것으로 판단된다.

첫째, 본 연구의 회복에 대한 인식을 측정하기 위해 사용된 도구의 낮은 신뢰도(Cronbach's $\alpha=.66$)를 생각해 볼 수 있겠다. 이는 도구에서 설명하고 있는 회복의 개념이 기존의 연구(Hwang, 2007; Kim, 2009; Kim & Kim, 2002)에서 나타난 개념들과는 차이가 있는 새로 소개되는 개념들이었다. 지금까지 국내에서 정신보건전문가들을 대상으로 회복에 대한 인식을 살펴본 연구들(Kim, 2009; Kim & Kim, 2002)에서는 '증상, 투약, 병식을 포함하는 질병 전반이 관리되고, 만족스런 인간관계가 기반이 된 사회적 기능이 실현되며, 내적으로는 개인이 건강한 개체로서 기능하는데 기반이 되는 자아기능이 안정화되어 현실을 감당하고 도전할 수 있으며, 미래를 낙관적인 자세로 바라볼 수 있는 상태'를 회복으로 인식하고 있음을 확인할 수 있었다. 그러나 본 연구에서 제시한 회복의 개념은 '긍정적인 방향으로 나아진 상태'로서의 회복이 아닌 '비선형적인 과정'으로서의 회복과 회복에 대한 정신질환자 스스로의 이해와 역할 및 책임 뿐만 아니라 동료로서의 역할을 강조하는 그야말로 소비자 중심의 회복모델을 바탕으로 한 회복개념을 반영한 것이었다. 따라서 회복에 대한 인식을 묻는 도구의 문항 자체가 대상자들이 이해하기 어렵게 느껴졌을 수 있다고 판단된다.

둘째, 본 연구의 대상자는 간호사뿐 만 아니라 사회복지사, 임상심리사, 의사를 포함하고 있으며 이들이 절반 이상을 차지하고 있었다. 그러나 본 연구에서 업무 만족을 측정하기 위해 사용한 도구는 개발 당시 간호사를 대상으로 하였고 이를 이용한 것도 영향을 미쳤을 것이라고 판단된다.

셋째, 회복에 대한 인식의 점수가 낮은 것도 업무만족과 상관관계가 없게 나타나도록 한 것에 영향을 미쳤을 것으로 사료된다. 이는 아직 우리나라 정신보건전문가들이 회복에 대한 인식수준이 제공자인 치료자중심에서 소비자인 정신질환자 중심으로의 패러다임 전환이 잘 이루어지지 않은 상태를 보여준다. 정신질환자들의 회복의 개념에 대한 이해를 바탕으로 돌봄과 격려를 제공하는 치료자와의 의미 있는 관계에서 정신질환자는 질병 및 환경과의 상호작용 경험을 통하여 끊임없이 변화하고 성장하는 개인 특유의 심리적

발달과정을 경험할 수 있게 된다. 이러한 회복에 대한 긍정적 경험은 정신보건전문가의 업무만족에도 영향을 미칠 수 있을 것으로 기대되므로 추후 회복에 대한 긍정적인 인식 고취를 위한 정신보건전문가 대상의 교육 프로그램 개발을 제안한다.

결론

본 연구는 경기지역에 소재한 정신보건센터에 근무하는 정신보건전문가 176명을 대상으로 회복에 대한 인식 정도와 업무 만족 간의 관계를 규명하기 위한 상관관계 조사연구이다.

본 연구결과 회복에 대한 인식 정도는 평균 3.2점이었고 업무 만족 정도는 평균 3.3점이었다. 회복에 대한 인식에서 하위 영역별 항목의 평균점수는 “회복에 대한 환자의 이해와 동료의 역할”, “회복에 대한 역할과 책임감”, “회복에 대한 기대”, “비선형적인 회복과정” 순으로 높았다. 업무만족의 하위영역에서는 대인관계 영역, 자율성, 전문직업적 수준, 행정, 보수와 승진, 업무요구 순으로 평균점수가 높았다. 회복에 대한 인식과 업무 만족 간에는 유의미한 상관관계가 없는 것으로 나타났다. 그러나 업무만족과 회복인식의 하위 항목 중 “회복에 대한 환자의 이해와 동료의 역할” ($r=.28, p<.001$)간에는 정적인 상관관계가 있는 것으로 나타났다.

결론적으로 본 연구에서 정신보건전문가들이 아직 회복에 대한 인식이 낮으며, 정신보건전문가들 간에 충분한 합의가 이루어지지 않았다. 즉, 정신보건전달체계에서 재활에서 회복의 개념으로 패러다임의 전환을 맞이하고 있지만 (Anthony, 1993) 우리나라 정신보건전문가들의 회복에 대한 인식수준이 제공자인 치료자중심에서 소비자인 정신질환자중심으로의 패러다임 전환이 아직 제대로 이루어지지 않은 상태임을 확인하였다.

REFERENCES

- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health services system in the 1990s. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 16*(4), 11-23.
- Bedregal, L. E., O'Connell, M., & Davidson, L. (2006). The recovery knowledge inventory: Assessment of mental health staff knowledge and attitudes about recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 30*(2), 96-103.
- Bonney, S., & Stickley, T. (2008). Recovery and mental health: A review of the British literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 15*(2), 140-153.
- Choi, K. S., Kim, H. J., & Noh, C. H. (2005). Hope in people with schizophrenia: Concept clarification. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing, 14*(4), 417-427.
- Cleary, A., & Dowling, M. (2009). Knowledge and attitudes of mental health professionals in Ireland to the concept of recovery in mental health: A questionnaire survey. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 16*(6), 539-545.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 11*, 11-19.
- Frese, F. J. 3rd, Knight, E. L., Saks, E. (2009). Recovery from schizophrenia: With views of psychiatrists, psychologists, and others diagnosed with this disorder. *Schizophrenia Bulletin, 35*(2), 370-380.
- Hwang, S. Y. (2007). The perception of recovery: Perspectives from people with mental illness. *Mental Health & Social Work, 27*, 28-63.
- Jacobson, N. (2001). Experiencing Recovery: A dimensional analysis of consumers' recovery narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 24*(3), 248-256.
- Jacobson, N., & Greenley, D. (2001). What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatric Services, 52* (4), 482-485.
- Kim, H. J. (2009). Meaning of recovery from mental illness: Findings of a qualitative study. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing, 18*(4), 379-389.
- Kim, H. J., & Kim, G. H. (2002). Psychiatric mental health professional' perception of recovery state from the psychiatric disability. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing, 11*(4), 452-461.
- Kim, S. I., & Kim, J. A. (1997). A study on nursing unit culture, efficiency on nursing performance, job satisfaction and turnover intention. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration, 3*(2), 17-40.
- Lee, K. M. (2003). *A study on relationship of work stress, fatigue, and job satisfaction of emergency room nurses*. Unpublished master's thesis, Chonnam National University, Gwangju.
- Lee, Y. M. (2009). *Activities, stress and job satisfaction of triage nurses working in university affiliated hospitals*. Unpublished master's thesis, Yonsei University, Seoul.
- Lunt, A. (2000). Recovery: Moving from concept toward a theory. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 23*(4), 401-404.

- Mancini, M. A. (2003). *Theories of recovery elicited from individuals diagnosed with psychiatric disabilities*. Unpublished doctoral dissertation, State University of New York, New York, USA.
- Moore, K. A., & Burrows, G. D. (1996). *Stress and mental health*. In Coper C. L. (Ed.), *Stress, medicine and health*. Journal of Stress & Mental Health, 87-100.
- Mueser, K. T., Corrigan, P. W., Hilton, D. W., Tanzman, B., Schaub, A., Gingerich, S., et al. (2002). Illness management and recovery: A review of the research. *Psychiatric Services*, 53(10), 1272-1284.
- Resnick, S. G., Rosenheck, R. A., & Lehman, A. F. (2004). An exploratory analysis of correlates of recovery. *Psychiatric Services*, 55(5), 540-547.
- Slavitt, D. B., Stamps, P. L., Piedmont, E. B., & B. Hasse, A. M. (1978). Nurse's satisfaction with their work situation. *Nursing Research*, 27(2), 114-120.
- Smith, M. K. (2000). Recovery from a severe psychiatric disability: Findings of a qualitative study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(2), 149-159.
- Tsai, J., & Salyers, M. P. (2008). Recovery orientation in hospital and community settings. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 17, [Epub ahead of print].
- U. S. of department of health and human services, substance abuse and mental health services administration, center for mental health services. (2004, December, 16-17). *National Consensus Statement on Mental Health Recovery definition*. Retrieved April 30, 2009, from <http://mentalhealth.samhsa.gov/publications/allpubs/sma05-4129>.
- Yang, S., Lee, G. J., & Yu, S. J. (2004). A comparative study on work satisfaction of PMHNPs in the hospital and community. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(4), 487-495.