

연구논문

한국어판 정신의료기관 인권친화적 서비스 환경 척도 타당화 연구

박종은* · 강상경**

우리나라가 장애인권리협약 비준 국가가 됨에 따라 국내 정신건강서비스 환경 또한 인권친화적 서비스 환경으로의 변화를 요구받아왔다. 이에 따라 WHO에서 제시한 인권친화적 서비스 환경의 기준인 퀄리티라이츠 툴킷(QualityRights Toolkit)이 한국어로 번안되었지만, 아직까지 척도의 신뢰도와 타당도가 서비스를 받는 정신장애인 당사자의 관점에서 검증되지 못하였다. 이에 본 연구에서는 국내 정신건강서비스 환경 중 정신의료기관에 초점을 두고, 당사자가 지각한 인권친화적 서비스 환경 척도의 타당도를 확보하고자 하였다. 이를 위해 본 연구에서는 한국어로 번안된 WHO 퀄리티라이츠 툴킷을 정신의료기관의 상황에 맞게 수정 및 보완하고, 이에 근거하여 최근 5년간 입원경험이 있는 정신장애인 348명을 대상으로 설문조사를 시행하였다. 척도의 타당도를 확보하기 위해 탐색적, 확인적 요인분석을 시행하였다. 분석의 결과, 정신의료기관의 인권친화적 서비스 환경 척도는 적정수준의 신뢰도와 타당도를 확보하였다. 이러한 연구결과에 근거하여 척도의 활용 가능성과 관련한 실천 및 정책적 함의를 논의하였다.

주제어: 인권친화적 서비스 환경, 정신의료기관, WHO 퀄리티라이츠 툴킷, 정신장애인

* 서울대학교 사회복지연구소 선임연구원(whddms1717@snu.ac.kr), 제1저자.

** 서울대학교 사회복지학과 교수(skahng@snu.ac.kr), 교신저자.

I. 서론

정신장애인의 회복을 위한 서비스 환경은 인권모델에 기반한 서비스로 변화해가고 있다(강상경 외 2020; 제철용 외 2022). 인권모델에서는 정신장애인이 경험하는 치료와 재활이 정신장애인의 자기결정에 근거하여 제공되어야 하고, 정신장애인의 필요와 결정에 근거하여 사회환경적 지원이 이루어져야 함을 강조한다. 즉, 인권모델에서 제공하는 인권친화적 서비스는 정신질환을 경험하는 사람이 스스로 자기결정에 따라 원하는 방식으로 회복할 수 있도록 치료 및 재활, 삶의 전반 과정을 지원하는 데 그 목적을 둔다(WHO 2019).

이러한 인권친화적 서비스는 UN의 장애인권리협약에 그 뿌리를 둔다. UN 장애인권리협약은 그동안 국제 사회에서 선언되었던 인권 협약이 장애인의 권리를 보장하지 못하였다는 한계를 인정하고 장애인에게 필요한 제반 환경 조성을 보장해야 한다는 논의가 결집되어 나타났다(Linden 2017). 장애인권리협약에서는 신체와 정신적 장애를 경험하는 사람들을 위한 신체의 자유와 안전, 근로 및 고용, 적절한 생활 수준과 사회적 보장 등의 다양한 권리를 명시하고, UN 장애인권리협약 가입 당사국이 이를 보장할 것을 권고하고 있다(UN 2006).

하지만 장애인권리협약의 경우 선언적 의미만 내포하고 있고, 실제 가입 당사국이 제시된 권리들을 ‘어떻게 서비스화할 것인가’에 대한 기준은 제시하지 못하였다는 제한이 있었다. 이에 2012년 WHO에서 정신장애를 경험하는 사람들을 대상으로 한 서비스 기준을 마련한 것이 퀄리티라이츠 툴킷(QualityRights Toolkit)이다(WHO 2012). 퀄리티라이츠 툴킷에서는 UN 장애인권리협약 중 정신장애인과 관련된 다섯 가지 권리를 기준으로 하여, 정신건강상 어려움을 경험하는 사람들을 대상으로 서비스를 제공할 때 지켜야 할 기준들을 나열하고 있다. 다섯 가지 권리는 적정생활 수준과 사생활 보장, 신체와 정신건강 보장, 자기결정권 보장, 학대와 폭력으로부터 자유 보장, 지역사회 통합 보장으로 구성되며, 구체적인 내용은 다음과 같다.

그리스, 핀란드 등 여러 국가에서 정신건강서비스를 평가하는 툴로서 WHO의 퀄리티라이츠 툴킷을 번안하여 활용하고 있다(Lantta, Anttila & Välimäki 2021; Nomidou

2013; Rekkis. et al. 2017). 각 국가들의 연구를 간략히 살펴보면 핀란드의 경우 정신병동 자체를 대상으로 웰리티라이즈 툴킷에 근거한 조사를 시행하여 인권친화적 서비스 환경 수준을 측정하고 개선 방안을 제시하였고, 튀니지의 경우 일반병동과 정신병동의 서비스 수준을 비교하여 정신병동의 인권친화적 서비스 수준을 일반병동과 동일한 수준으로 맞추는 방향성을 제시하는 데에 툴킷을 활용하였다(Lantta, Anttila & Välimäki 2021; Rekkis et al. 2017).

이러한 흐름에 따라 국내에서도 WHO의 웰리티라이즈 툴킷을 번안하고자 하는 시도가 있었다(강상경 외 2020, 제철용 외 2021). 구체적으로 강상경 외(2020)의 연구에서는 번안된 웰리티라이즈 툴킷을 활용하여 국내 정신재활시설을 처음으로 평가하였으며, 제철용 외(2021)의 연구에서는 국내 정신의료기관의 특성을 반영하여 번안된 웰리티라이즈 툴킷을 수정하여 정신의료기관의 인권친화적 서비스 정도를 평가하였다. 이러한 시도들을 통해 국제적인 인권친화적 서비스 환경 기준을 한국어로 번안하고 적용한 것에 의의가 있지만, 번안된 척도들이 실제 정신장애인 당사자의 관점에서 얼마나 타당도가 있는지는 검토하지 못하였다는 한계가 있다. 당사자 관점에서 타당도를 검토해야 하는 이유는 웰리티라이즈 툴킷이 인권모델에 기반하고, 인권모델은 당사자의 자기결정에 근거한 서비스 평가를 중요시하기 때문이다 (WHO 2012, 2019, 2021).

한편 2022년 국민 정신건강 지식 및 태도조사 연구에 따르면 정신건강상 문제를 경험하는 사람들의 경우 52% 이상이 정신의료기관에서 정신과 의사와의 상담을 우선적으로 이용하는 것으로 나타났으며(윤지환 외 2022), 실제 정신질환으로 인한 정신과 진료 현황을 살펴보면 2022년 기준 실인원 수가 3,108,808명으로 그 수는 매년 증가하고 있다(보건복지부 2022; 제철용 외 2022). 이렇게 많은 사람들이 정신의료기관을 이용하고 있음에도 불구하고 국내 일부 정신의료기관에서는 격리 및 강박 중 환자가 사망하는 등의 인권 침해 사례가 빈번하게 발생하고 있다(변종필 2016). 이에 본 연구에서는 여러 서비스 환경 중 정신의료기관 입원 환경에서의 인권친화적 서비스 환경에 주목하였다. UN 장애인권리협약에 기반하여 제작 및 번안된 인권친화적 서비스 환경 척도를 활용하여 정신의료기관의 인권친화적 서비스 환경 척도의 신뢰도와 타당도를 확보하고, 정신의료기관에서 제공되는 서비스를 인권 관점에서 평가하기 위한 기틀을 마련하고자 한다.

II. 문헌연구

1. 정신의료기관의 인권친화적 서비스 환경 측정: WHO 퀄리티라이츠 툴킷

WHO 퀄리티라이츠 툴킷은 정신장애인의 회복 증진을 위해 필요한 인권친화적 기관 환경 평가의 기준이다. 이는 2006년 UN 장애인권리협약이 기관에 있는 정신장애인의 권리를 보장하기에 충분치 않다는 의견을 반영하여 제작된 것으로, 정신건강 서비스 제공 기관들이 정신장애인에게 서비스를 제공할 때 고려해야 하는 기준을 제시하였다(WHO 2012). 구체적인 내용은 <표 1>과 같다.

퀄리티라이츠 툴킷에서는 I장에서 언급된 바와 같이 크게 다섯 가지 테마로 UN 장애인권리협약 상 권리를 구분하였고, 다섯 가지 테마는 25개의 표준, 116개의 기준으로 세분화 된다(WHO 2012). 각 권리에 따른 핵심적인 툴킷 내용을 살펴보면 다음과 같다. 첫 번째는 적절한 수준의 생활을 유지할 권리에 대한 테마로 전반적인 일상생활과 관련된 내용을 담고 있다(강상경 외 2020; WHO 2012). 두 번째는 정신과 신체건강 보장에 대한 권리로 기관이 정신장애인에게 적절한 신체와 정신건강서비스를 제공하는지 평가한다(강상경 외 2020; WHO 2012), 세 번째는 자기결정권에 대한 내용으로 치료 장소와 방법에 대한 자기결정, 비밀보장, 자기결정지원에 대한 서비스 내용을 포함한다(강상경 외 2020; WHO 2012). 네 번째 테마는 학대와 폭력으로부터 자유로운 서비스 내용을 다루고 있고, 마지막 테마는 지역사회에 통합되어 살아가기 위해 필요한 서비스의 기준을 설명한다(강상경 외 2020; WHO 2012).

WHO(2012)에서는 인터뷰, 관찰, 문서 검토 방식을 통해 퀄리티라이츠 툴킷 기준을 측정하도록 제시하였으며, 인터뷰의 대상은 직원, 당사자, 가족을 포함할 것을 권장하고 있다. 평가는 퀄리티라이츠 툴킷에 대해 교육을 받은 평가단이 진행하며, 평가단의 논의를 통해 각 기준, 표준, 테마들은 완전실현, 부분실현, 실현시작, 시도 없음이라는 4가지 척도로 구분되고, 해당이 되지 않는 경우에는 해당 없음으로 평가가 된다(WHO 2012).

<표 1> WHO 켈리타라이츠 툴킷

테마	표준
1. 적절한 수준의 생활을 유지할 권리	1.1. 건물이 물리적으로 좋은 상태를 유지하고 있다. 1.2. 이용자의 수면환경은 편안하고 충분한 사생활을 보장한다. 1.3. 기관·시설이 위생 및 청결 요건을 충족한다. 1.4. 이용자는 그들의 필요와 기호에 맞는 음식, 안전한 식수, 의복을 제공받고 있다. 1.5. 이용자는 자유롭게 의사소통(통신)을 할 수 있고, 사생활 권리를 존중받고 있다. 1.6. 기관 시설은 이용자들에게 적극적인 참여와 상호작용을 촉진하는, 따뜻하고, 편안하고, 활기찬 환경을 제공한다. 1.7. 이용자는 의미있는 개인 및 사회생활을 영위할 수 있고, 지역사회 내 활동과 생활에 계속 참여할 수 있다.
2. 가능한 최고의 정신적·신체적 건강을 누릴 권리	2.1. 치료와 지원이 필요한 모든 사람들이 기관 시설을 이용할 수 있다. 2.2. 기관 시설에 숙련된 직원들이 있고, 양질의 정신건강서비스를 제공한다. 2.3. 치료, 심리사회적 재할, 지원네트워크와 연계, 그 외 서비스들은 이용자 주도 회복 계획의 요소들이며, 이용자가 지역사회에서 독립생활을 할 수 있는 역량에 기여한다. 2.4. 기관·시설은 이용자에게 적절한 가격의 정신과 약물(항정신성 약물)을 제공하고, 약물은 적절하게 사용된다. 2.5. 전반적인 건강과 성·생식건강을 위한 적절한 서비스가 제공되고 있다.
3. 법률적 행위를 할 권리, 개인적인 자유와 안정을 누릴 권리	3.1. 치료 장소와 방법에 관한 이용자의 선택(선택)이 언제나 가장 우선이 된다. 3.2. 자유의사에 따른 사전동의 없이 진행되는 구급, 치료를 막기 위한 절차와 보호장치가 마련되어 있다. 3.3. 이용자 스스로 자신의 권리를 행사할 수 있고, 그 과정에서 필요할 수 있는 지원을 받을 수 있다. 3.4. 이용자는 비밀을 보장받을 권리와 그들의 개인기록을 열람할 권리가 있다.
4. 고문 또는 잔혹하거나 비인도적이거나 굴욕적인 대우와 차별로부터의 자유 및 착취, 폭력과 학대로부터의 자유	4.1. 이용자는 언어적·정신적·신체적·성적 학대 및 신체적·정서적 방임으로부터 자유로울 권리가 있다. 4.2. 잠재적 위기를 완화하기 위해 격리 또는 강박 대신 대안적 조치가 사용된다. 4.3. 기관·시설 내의 무관하게, 영구적이고 비가역적인 영향을 줄 수 있는 전기경련치료, 정신외과, 여타의 의료 시술이 남용되어서는 안 되며, 이용자의 자유의사에 따른 사전동의가 있을 때에만 실시한다. 4.4. 사전동의 없이 이용자는 의료 또는 연구·조사의 대상이 될 수 없다. 4.5. 고문 또는 잔혹하고, 비인도적이거나 모욕적인 대우 및 모든 형태의 부당한 대우와 학대를 예방하기 위한 안전장치가 마련되어 있다.
5. 지역사회에 통합되어 독립적으로 살 권리	5.1. 이용자는 지역사회에서 생활하는 데 필요한 주거 공간과 재정지원에 접근할 수 있도록 지원받는다. 5.2. 이용자는 교육 및 고용에 대한 기회를 가진다. 5.3. 이용자는 정치 및 공공 생활에 참여할 권리를 가지며, 결사의 자유를 행사할 권리를 지원받는다. 5.4. 이용자는 사회활동, 문화활동, 종교활동 및 여가활동에 참여할 수 있도록 지원받는다.

2. WHO 웰리티라이츠 툴킷을 활용한 연구

1) 국외 연구

그동안 웰리티라이츠 툴킷은 많은 국가에서 활용되어 왔다. 핀란드에서는 정신병원만을 대상으로 평가를 진행하였는데, 툴킷의 응답 문항을 ‘시도 없음(0)~완전실현(3)으로 점수화하여 구분하였을 때 전체 평균은 2.68점으로 나타나 높은 수준으로 인권친화적 서비스가 제공되고 있는 것으로 확인되었다(Lantta et al. 2021). 다음으로 튀니지와 그리스에서는 정신과 세팅과 비정신건강 세팅을 비교하는 방식으로 척도를 활용하였다(Rekhis et al. 2017; Nomidou 2013). 3점 척도로 변환하였을 때, 튀니지의 정신병동을 대상으로 한 조사에서는 인권친화적 서비스 점수가 1점, 그리스의 경우 공공정신건강클리닉을 대상으로 한 조사에서 0.6점으로 전반적인 점수 수준이 매우 낮게 나타났다(Rekhis et al. 2017; Nomidou 2013). 더불어, 이러한 수치는 각 국가의 비정신건강 세팅(일반 병동이나 공공 건강 서비스)와 비교했을 때도 낮은 수준으로 나타났다(Rekhis et al. 2017; Nomidou 2013). 이는 최소한 비정신건강 세팅 환경과 유사하거나 그 이상의 수준으로 정신과 서비스의 질을 개선해야 할 필요성을 시사한다. 더불어 WHO에서는 2018년 유럽 31개 국에 거주하는 심리사회적 그리고 지적 장애를 경험하는 사람 중 거주 시설에서 생활하는 사람들을 대상으로 웰리티라이츠 툴킷을 활용한 인권친화적 서비스 환경 평가를 실시하였다(WHO 2018). 구체적인 결과를 수치로 공개하지는 않았지만, ‘완전실현’과 ‘부분실현’을 포함한 점수가 전체의 약 60%에 해당하여 중간 이상 수준의 인권친화적 서비스가 제공되고 있는 것으로 확인되었다(WHO 2018).

2) 국내 연구

국내에서는 강상경 외(2020)의 연구에서 WHO 웰리티라이츠 툴킷을 한국어로 번안하고자 하는 시도가 있었고 이때 번안한 척도에 근거하여, 이듬해 국내 거주형 정신재활시설에 대한 적용 연구가 진행되었다(강상경 외 2021). 강상경 외(2021)의 연구에서는 국내 거주형 정신재활시설의 인권친화적 서비스 환경을 평가하기 위해, 웰리티라이츠 툴킷에 대한 평가단을 구성하여 4점 척도로 양적 평가를 시행하고, 관찰과 문헌검토를 통해 질적 평가를 종합한 결과를 제시하였다. 연구결과 5개 테

마 모두 ‘부분실현’으로 나타나 평균 이상 수준의 서비스를 제공하고 있는 것으로 확인되었다(강상경 외 2021).

이어서 제철용 외(2022)의 연구에서는 빈안한 퀄리티라이즈 툴킷을 국내 정신의료기관의 실정에 맞게 당사자 관점의 척도로 수정 및 보완하였다. 수정 보완 시 정신의료기관 근무 경험이나 정신건강 실천 현장의 경험이 있는 사회복지학, 의학, 간호학, 법학 전문가의 의견을 수렴하였는데, 설문 참여 당사자인 정신장애인이 쉽게 이해할 수 있도록 각 테마에 해당하는 표준 내용을 간명하게 변경하여 4점 척도를 통해 응답할 수 있도록 수정한 것으로 확인된다(제철용 외 2022). <표 2>에 정신의료기관의 실정에 맞게 수정 및 보완한 척도와 적용 시 특히 수정 및 보완된 표준에 대한 내용을 정리하였다.

A(기존 테마1)의 경우 기존 1.1~1.6의 내용을 간명하게 변경하였고, 1.7의 경우 정신의료기관의 특성을 반영하여 ‘A7. 병원 내부와 외부로 이동하는 것에 대한 자유, A8. 자유로운 면회’라는 두 개의 문항으로 구분되었다.

B(기존 테마2)의 경우에도 기존 2.1~2.3, 2.5의 내용을 간명하게 변경하고, 2.4 문항의 경우 정신장애인 당사자가 약물의 가격을 인지하기 어려운 상황일수 있으므로 ‘B4. 약물 부작용에 대한 상담이 가능한지, B5. 원할 때 정신과 의사와 상담이 가능한지’로 수정·보완되었다. 더불어 국내 정신의료기관에서는 건강보험상태에 따라 테마2의 서비스 질에 차이가 있을 것이라는 의견하에 건강보험 상태에 따른 차별경험을 역코딩 문항으로 추가하였다.

C(기존 테마3)에서는 기존 3.1, 3.3, 3.4 문항을 당사자가 응답하기 쉽게 간명하게 변경되었고, 3.2의 경우 정신장애인이 이해하기 쉽도록 ‘C1. 비자발적 치료 조건의 준수, C2. 소통방법에 대한 수용 여부’로 구분하였다. 더불어 C가 자기결정에 대한 내용을 다루고 있으므로 선거에 대한 내용도 포함된 것으로 확인된다. 더불어 4.4 문항은 자기결정권에 대한 내용을 많이 담고 있어 C항목으로 구분하였다. D(기존 테마4)에서는 4.1, 4.3문항이 간명하게 변환되었고, 4.2는 ‘D2. 격리 및 강박 관련 내용, D3. 대화로의 진정 같은 대안적 접근방법 내용’으로 구분하여 수정되었으며, 4.5는 ‘D5. 존대어 사용, D6. 비폭력적 대화’ 관련 내용으로 풀어서 서술되었다.

테마 5의 경우 5.1은 ‘E1. 주거지원, E2. 재정지원’ 두 가지로 구분되었고, 5.2 또한 ‘E3. 고용, E4. 교육’으로 구분되었다. 5.3, 5.4문항은 문항을 간명하게 변환하는 정도로 수정되었다.

<표 2> WHO 웰리티라이츠 툃킷과 정싢의료기관에의 적용

테마	정싢의료기관에 적용	적용 시 변경의 기반이 된 표준
1. 적정한 수준의 생활을 유지할 권리	A1. 건물의 물리적 상태(채광, 보수, 난방, 안전 등) 양호	<표 1>의 1.1~1.6 참조.
	A2. 편안하고 사생활이 보장되는 수면 환경	
	A3. 화장실의 청결 및 사생활 보장	
	A4. 나의 선호에 맞는 음식·물·의복·침구 제공, 의류 세탁 및 건조	
	A5. 전화, 편지, 이메일 등으로 자유로운 소통	
	A6. 다른 사람들과 자유로운 상호작용을 위한 공간(ex. 거실 등) 제공	
	A7. 병원 내외부 이동의 자유보장(개방병동)	
	A8. 자유로운 면회	
2. 가능한 최고의 정싢적·신체적 건강을 누릴 권리	B1. 신체적 질병이나 불편 호소 시 적절한 치료 연계	1.7. 이용자는 의미있는 개인 및 사회생활을 영위할 수 있고 지역사회 내 활동과 생활에 계속 참여할 수 있다. <표 1>의 2.1~2.3 참조. 2.4. 기관 시설은 이용자에게 적절한 가격의 정싢과 약물(향정싢성 약물)을 제공하고, 약물은 적절하게 사용된다. <표 1>의 2.6 참조.
	B2. 질 높은 약물 치료 및 정싢치료	
	B3. 환자의 회복을 위한 개별 계획 수립 (개별화된 치료, 회복, 퇴원, 지역사회연계 계획)	
	B4. 약물 부작용에 대한 상담(치료진에게 자유롭게 이야기할 수 있는지)	
	B5. 원할 때 정싢과 전문의와 상담	
	B6. 전반적인 성·생식건강을 위한 서비스 제공(예. 백신, 건강검진 등)	
	B7. 의료급여 입원환자와 건강보험 입원환자 간의 차별 경험 (역코딩 문항)	
3. 법률적 행위를 할 권리, 개인적인 자유와 안정을 누릴 권리	C1. 비자발적 치료의 조건이 비자의 입원 기준(즉 자해 타해 위험)을 따름	3.2 자유의사에 따른 사전동의 없이 진행되는 구금, 치료를 막기 위한 절차와 보호장치가 마련되어 있다. <표 1>의 3.1, 3.3~3.4 참조. <없음> 4.4. 의료 또는 연구 조사 시 사전 동의
	C2. 나와 치료진이 소통할 방법에 대해 나의 의견이 받아들여지는지(예 내가 흥분할 경우 진정할 수 있는 방법 등)	
	C3. 자기결정을 존중하기 위한 외부 지원이 있음 (절차보조, 의사결정 지원)	
	C4. 치료방법에 대한 나의 선호를 파악하여 반영함	
	C5. 의료기록에 대해 비밀이 보장되며 요청하면 자신의 의료기록을 볼 수 있음	
	C6. 선거(투표)할 권리	
	C7. 의료 또는 연구 조사 시 사전 동의	

<p>4. 고문 또는 잔혹하거나 비인도적이거나 모욕적인 대우와 처벌로부터의 자유 및 착취, 폭력과 학대로부터의 자유</p>	<p>D1. 언어·정신·신체·성적 학대 및 신체·정서적 방임으로부터 자유, 존중, 예방을 위한 적절한 조치가 이뤄짐.</p> <p>D2. 환자가 흥분, 분노, 저항 등을 표현하면 격리 및 강박을 실시함 (역코딩 문항)</p> <p>D3. 환자가 부당하다고 여겨지는 조치에 흥분하거나 분노할 경우 치료진(의사, 간호사, 사회복지사 등 종사자)이 대화로 진정시킴.</p> <p>D4. 극심한 고통 또는 두려움, 불편 등이 따르는 치료시 환자의 사전 동의를 구함(전기치료, 격리강박 등).</p> <p>D5. 치료진(의사, 간호사, 사회복지사 등 종사자)이 존대어를 사용.</p> <p>D6. 치료진(의사, 간호사, 사회복지사 등 종사자)이 비폭력적 대화를 함 (예. 위협적이거나 억압적이지 않음).</p>	<p><표 1>의 4.1 참조.</p> <p>4.2. 잠재적 위기를 완화하기 위해 격리 또는 강박 대신 대안적 조치가 사용된다.</p> <p><표 1>의 4.3~4.4 참조.</p> <p>4.5. 고문 또는 잔혹하고, 비인도적이거나 모욕적인 대우 및 모든 형태의 부당한 대우와 학대를 예방하기 위한 안전장치가 마련되어 있다.</p>
<p>5. 지역사회에 통합되어 독립적으로 살 권리</p>	<p>E1. 지역사회에서 생활하는 데 필요한 주거 지원에 접근할 수 있도록 지원 및 서비스 안내를 받음.</p> <p>E2. 재정 지원에 접근할 수 있도록 지원 및 서비스 안내를 받음.</p> <p>E3. 교육지원서비스에 대한 안내를 받음.</p> <p>E4. 고용지원서비스에 대한 안내를 받음.</p> <p>E5. 정치 및 공공생활(집회 등)에 참여할 권리 지원 및 서비스 안내를 받음.</p> <p>E6. 지역사회에서 참여할 수 있는 사회, 문화, 종교활동 등 여가활동에 대한 지원 및 서비스 안내를 받음.</p>	<p>5.1. 이용자는 지역사회에서 생활하는 데 필요한 주거 공간과 재정지원에 접근할 수 있도록 지원받는다.</p> <p>5.2. 이용자는 교육 및 고용에 대한 기회를 가진다.</p> <p><표 2>의 5.3~5.4 참조.</p>

WHO 웰리티라이즈 툃킷이 인권에 기반한 정신건강서비스를 평가하기 위한 국제적 기준으로서의 의의를 지니고, 평가 시 당사자의 의견을 고려한다는 점도 의미가 있으나, 인권모델에서 지향하는 정신장애인의 자기결정에 기반한 회복 환경 조성을 전적으로 담지는 못하였다는 제한이 있다. WHO 웰리티라이즈 툃킷의 경우 당사자의 의견을 수렴하는 방식으로 평가가 진행되지만, 의견을 수렴한 후 각 표준에 대한 점수를 결정하는 것은 전문가들이기 때문이다(WHO 2012). 이에 본 연구에서는 실제 서비스 이용자인 정신장애인이 지각한 인권친화적 서비스 환경 척도가 적절한 신뢰도와 타당도를 갖는지 검토하고자 한다. 또한 국내에서 많은 정신장애인이 이용하고 있는 혹은 이용했던 경험이 있는 정신의료기관을 대상으로 WHO 웰리티라이즈 툃킷의 신뢰도와 타당도를 확보하고자 한다.

Ⅲ. 연구방법

한국어판 정신의료기관의 인권친화적 서비스 환경 척도 평가를 위해 다음의 연구 과정을 따랐다. 먼저 강상경 외(2020) 연구에서 번안한 웰리티라이즈 툃킷, 이를 국내 정신의료기관의 상황에 맞고, 입원 경험이 있는 정신장애인이 응답하기에 적합하도록 수정·보완 작업을 거친 제철웅 외(2022) 연구에서 제시된 척도를 검토하였다. 검토한 척도에 근거하여 최근 5년 이내 입원 경험이 있는 정신장애인을 대상으로 설문조사를 하였고, 설문조사 결과에 근거하여 척도의 신뢰도 및 타당도를 확인하기 위한 분석을 하였다. 사전 검토의 경우 선행연구에서 서술한 바와 같이 제철웅 외(2022)의 연구에서 진행된 바 있으므로 해당 내용으로 같음하였다. 구체적인 내용은 다음과 같다.

1. 설문조사

본 연구에서는 척도의 신뢰도와 타당도 검증을 위해 최근 5년간 입원 경험이 있는 지역사회 거주 정신장애인을 대상으로 조사를 실시하였다. 설문조사는 2022년 11월~2023년 1월까지 온라인으로 진행되었다. 전국의 정신재활시설, 정신건강복지센터 등에 이메일을 통해 설문조사 협조공문, 안내문, 설문링크를 송부하는 방식으로 협조를 구하였다. 설문조사에는 당사자 총 348명이 응답하였고, 총 348명이 응

답한 내용에 기반하여 분석을 실시하였다.

2. 분석방법

1) 전반적 분석방법

본 연구에서의 분석방법은 다음의 단계를 따른다. SPSS 25.0을 활용한 기초분석을 통해 수집한 자료의 인가사회학적 특성을 파악하였다. 다음으로 척도의 신뢰도 분석을 위해 크론바하 알파 검증을 시행하였고 크론바하 알파 지수가 0.6 이상인 경우, 요인구조의 타당성 검증을 위해 탐색적 요인분석과 함께 AMOS 19.0을 활용하여 확인적 요인분석을 실시하였다. 확인적 요인분석시, 모형적합도는 카이제곱 통계량, 절대적합지수인 RMSEA(Root Mean Square Error of Approximation), 증분적합지수로 분류되는 IFI(Incremental Fit Index)와 CFI(Comparative Fit Index)를 활용하였다. 카이제곱 통계량은 사례 수의 영향을 많이 받는 것으로 알려져 있으므로 증분적합지수인 IFI와 CFI가 .90 이상일 때, 절대적합지수인 RMSEA 값은 .08 이하가 기준이지만 .10 이하까지 수용 가능하다고 판단하였다(Hu & Bentler 1999).

2) 척도 타당화에 대한 분석방법

타당도는 구성, 내용, 기준타당도로 분류되며(우종필 2012), 연구에 따라 척도 타당화를 위한 분석방법은 다양하다. 본 연구에서는 탐색적 및 확인적 요인분석, 크론바하 알파 지수를 통한 신뢰도 분석, 내용 및 구성타당도(수렴, 판별, 법칙) 분석에 근거하여 척도 타당화 연구를 수행하고자 한다. 먼저 내용타당도는 국외에서 개발된 척도를 한국어로 번안하는 과정에서 많이 활용한다(김희철 2019; 배성만 외 2015; 최명진·김기연 2022). 본 연구에서 활용하고자 하는 웰리티라이즈 툴킷은 이전 연구에서 한국어 번안, 정신의료기관의 상황을 고려한 척도의 수정·보완이 이루어진 바 있으므로 내용타당도는 제철웅 외(2022)에서 진행된 내용으로 같음한다(강상경 외 2020; 제철웅 외 2022).

기준타당도는 외부 준거가 존재할 때 유용하게 활용할 수 있는 분석방법이지만(배성만 외 2015), 외부 준거가 존재하지 않을 때는 활용이 어렵다. 본 연구의 설계상 기준타당도를 활용하는 데 제약이 있어, 기준타당도 외의 방식으로 척도 검증을 한 연구를 참고하여 구성타당도에 근거하여 척도를 검증하였다(김희철 2019; 한나리·이동귀 2010). 구성타당도는 수렴타당도, 판별타당도, 법칙타당도로 구분된다

(우종필 2012). 수렴타당도의 경우 일부 선행연구들에서는 척도 간 상관관계가 유의한지 여부를 기준으로 하였으나(김희철 2019; 한나리·이동귀 2010), 본 연구에서는 좀 더 엄밀하게 수렴타당도를 평가하기 위하여 요인부하량이 0.5 이상, 평균분산추출이 0.5 이상, 개념신뢰도가 0.7 이상 일 때 수렴타당도가 있다고 평가하였다(우종필 2012; 최명진·김기연 2022).

다음으로 판별 타당도는 회복 변인과의 상관관계 측정을 한 후, 상관계수 값이 0.9 이하, 상관계수 값의 제곱이 평균분산추출보다 작고, 신뢰구간이 0을 포함하지 않을 때 판별 타당도가 있다고 평가하였다(우종필 2012). 판별 타당도의 경우 타 변인과 유의한 상관관계를 보이는지 여부를 그 기준으로 한 연구도 존재하지만(한나리·이동귀 2010), 더 보수적으로 판별 타당도를 검증하기 위하여 우종필(2012)에서 시행한 평가 기준을 따랐다. 마지막으로 법칙 타당도의 경우 WHO(2012)에서 지향하는 바와 회복 이론에 근거하여(Anthony 1993; Deegan 1996), 회복과 정신의료기관의 인권친화적 서비스 환경 척도의 방향성이 양의 방향으로 유의하게 나타났을 때 법칙 타당도가 있다고 평가하였다(우종필 2012).

3. 판별타당도 측정 도구: 회복

판별타당도 측정을 위한 도구는 회복 변인을 활용하였다. 이를 위해 설문조사 시 송경옥(2010)이 한국어로 변안한 정신건강회복 척도(Bullock 2005)를 활용하여 조사를 진행하였다. 한국어판 정신건강회복 척도는 총 28문항으로 구성되어 있으며, 곤경극복, 자기역량 강화 등 8개 영역으로 회복을 측정하고 있다. ‘다음은 회복과 관련한 질문입니다. 가장 동의하는 번호를 선택하여 주십시오’라는 질문에 4점 척도로 응답하게 구성되어 있으며, 본 연구에서의 내적 일치도는 0.959였다.

IV. 연구결과

1. 조사대상자의 인구사회학적 특성

<표 3>은 조사대상자의 인구사회학적 특성이다. 조사대상자 348명의 성별 분포

의 경우 남성이 195명(56%)으로 여성(153명, 44%)보다 많았고, 거주지역의 경우 대도시(245명, 70.4%)에 거주하는 사람이 농어촌과 중소도시에 거주하는 사람보다 많았다(103명, 29.6%). 배우자의 경우 배우자가 없는 사람(330명, 94.8%)이 대다수를 차지하였다. 기초생활보장제도 수급을 받는 사람(204명, 58.6%)이 수급을 받지 않는 사람(144명, 41.4%)보다 약간 많았다. 장애 정도의 경우 중증 장애를 진단받은 사람(230명, 66.1%) 절반 이상에 해당하였으며, 진단명의 경우 중증정신질환¹⁾에 해당하는 사람이 295명(84.8%)으로 이외 질환에 해당하는 사람(53명, 15.2%)보다 많았다. 교육 수준의 경우, 고등학교 졸업자(184명, 52.9%)가 가장 많았고, 대학교(4년제 이상) 졸업자(62명, 17.8%), 대학교(3년제 이하) 졸업자(50명, 14.4%), 중학교 졸업자(35명, 10.1%), 초등학교 졸업자(11명, 3.2%), 대학원 졸업자(6명, 1.7%) 순으로 나타났다. 전체 연령의 평균은 42.48세(표준편차 11.84)였고, 평균 유병기간은 17.01년(표준편차 10.18)으로 확인되었다.

<표 3> 조사 대상의 인구사회학적 특성 (N=348)

변인	구분	연구참여자 수(%)	변인	구분	연구참여자 수(%)
성별	여성	153(44.0)	진단명	중증정신질환	295(84.8)
	남성	195(56.0)		중증정신질환 이외 질환	53(15.2)
거주 지역	농·어촌, 중·소도시	103(29.6)	교육 수준	무학	0(0.0)
	대도시	245(70.4)		초등학교	11(3.2)
배우자	배우자 무	330(94.8)	중학교	35(10.1)	
	배우자 유	18(5.2)	고등학교	184(52.9)	
기초생활 보장제도	비수급	144(41.4)	대학교 (3년제 이하)	50(14.4)	
	수급	204(58.6)	대학교 (4년제 이상)	62(17.8)	
장애 정도	장애 없음	74(21.3)	대학원 이상	6(1.7)	
	경증	44(12.6)			
	중증	230(66.1)			
변인	평균(표준편차)	범위	변인	평균(표준편차)	범위
연령	42.48(11.84)	20-72	유병기간	17.01(10.18)	1-52

1) 조현병, 양극성 정동장애, 분열정동장애를 진단받은 경우 중증정신질환으로 구분하고, 그 이외 알코올 중독, 우울증은 이외 질환으로 구분하였다(보건복지부 2023).

2. 측정도구의 신뢰도 검증

측정도구의 신뢰도 검증을 위하여 크론바하 알파 검증을 하였다. 척도의 문항수는 총 45개였고, 분석결과 크론바하 알파 값은 0.945로 나타났다. 크론바하 알파 값이 .70 이상으로 나타났으므로 신뢰도를 확보한 것으로 판단하였다(Cronbach 1951).

3. 측정도구의 탐색적 요인분석

다음으로 탐색적 요인분석을 실시하였다. 분석결과, 표본의 적절성을 나타내는 KMO(Kaiser-Meyer-Olkin)와 Bartlett의 구형성 검정을 한 결과, KMO값은 .949이고 구형성 검정값 또한 $p < .05$ 수준에서 유의한 것으로 확인되어 요인분석을 하기에 적합한 것으로 판단하였다.

탐색적 요인분석에 따른 고유값 및 적재량은 <표 4>와 같으며, 45개의 문항은 총 6개의 요인으로 구분되었다. 탐색적 요인분석을 통한 요인분석시 요인이 두 요인 이상 구성되고 요인부하량이 모두 0.3 이상의 수치를 나타냈으므로 요인의 구성이 적절하다고 판단하였다(Costello & Osborn 2005; Kang 2013).

<표 4> 고유값 및 적재량

성분	초기 고유값			추출 제곱합 적재량			회전 제곱합 적재량		
	전체	분산	누적	전체	분산	누적	전체	분산	누적
1	13.143	38.656	38.656	13.143	38.656	38.656	4.945	14.543	14.543
2	2.555	7.514	46.171	2.555	7.514	46.171	4.478	13.169	27.713
3	1.740	5.118	51.289	1.740	5.118	51.289	3.833	11.272	38.985
4	1.287	3.785	55.074	1.287	3.785	55.074	3.247	9.549	48.534
5	1.106	3.253	58.327	1.106	3.253	58.327	2.967	8.727	57.261
6	1.075	3.162	61.489	1.075	3.162	61.489	1.438	4.229	61.489

<표 5> 성분분석 결과

구분		성분					
		1	2	3	4	5	6
1. 건강과 자기결정	B3	0.714	0.189	0.255	-0.038	0.209	0.043
	B4	0.680	0.172	0.207	0.263	0.086	-0.088
	B5	0.632	0.205	0.385	0.145	0.214	-0.014
	B7	0.623	0.307	-0.035	0.240	0.170	0.044
	B6	0.612	0.161	0.291	0.097	0.366	-0.049
	B2	0.582	0.311	0.292	0.040	0.086	0.265
	C5	0.582	0.130	0.250	0.441	0.169	0.053
	C3	0.508	-0.009	0.144	0.457	0.235	0.182
	C6	0.508	0.170	0.352	0.358	0.294	0.048
	C7	0.479	0.126	0.230	0.362	0.392	0.036
2. 지역사회 통합	E3	0.186	0.815	0.159	0.160	0.047	0.063
	E5	0.135	0.810	0.061	0.169	0.146	0.053
	E6	0.061	0.786	0.073	0.209	0.111	0.062
	E4	0.139	0.750	0.049	0.187	0.228	-0.041
	E2	0.316	0.704	0.270	0.045	0.005	0.120
	E1	0.297	0.636	0.273	-0.037	0.032	0.129
3. 적정수준의 생활과 자기결정	A2	0.268	0.140	0.725	0.263	0.200	-0.067
	A1	0.331	0.102	0.716	0.106	0.201	0.223
	A3	0.251	0.250	0.676	0.314	0.188	-0.123
	A4	0.344	0.214	0.568	0.313	0.128	-0.092
	A7	0.268	0.144	0.534	0.480	0.197	0.023
	C2	0.295	0.185	0.402	0.297	0.318	0.296
4. 자유로운 소통과 자기결정	A8	0.144	0.173	0.099	0.723	0.089	0.076
	A5	0.180	0.177	0.360	0.674	0.058	-0.019
	A6	0.139	0.213	0.390	0.563	0.145	-0.145
	C4	0.372	0.277	0.120	0.396	0.265	0.077
5. 학대와 폭력으로부터의 자유	D6	0.152	0.031	0.113	0.120	0.657	0.118
	D4	0.149	0.241	0.127	0.269	0.591	0.012
	D5	0.307	0.072	0.178	0.112	0.569	-0.069
	D3	0.420	0.231	0.197	0.013	0.561	-0.145
	D1	0.263	0.291	0.417	0.012	0.493	0.189
6. 건강, 학대와 폭력으로부터의 자유, 자기결정	B1	0.060	0.246	-0.162	0.014	-0.174	0.723
	C1	-0.033	0.144	0.303	0.233	0.293	0.529
	D2	0.036	-0.172	0.010	-0.299	0.365	0.440

<표 5>는 각 요인에 대한 성분분석 결과이다. 먼저 첫 번째 요인은 신체와 정신 건강 보장 서비스에 해당하는 B 문항 6개와 자기결정 보장 서비스에 해당하는 D 문항 4개를 포함하는 총 10개 문항으로 구성되어 ‘건강과 자기결정’으로 명명하였다. 두 번째 요인은 지역사회 통합 보장 서비스에 해당하는 E문항 6개만 포함하여 ‘지역사회 통합’으로 명명하였으며, 세 번째 요인의 경우 걱정수준의 생활과 사생활 보장에 해당하는 A문항 5개와 자기결정권 보장 서비스에 해당되는 C문항 1개로 구성되어 ‘걱정수준의 생활과 자기결정’으로 명명하였다. 네 번째 요인은 걱정수준의 생활과 사생활보장에 해당하는 A문항 3개와 자기결정권 보장에 해당되는 C문항 1개로 구성되었는데 A문항에는 대부분 타인과의 소통에 대한 내용을 담고 있어 ‘자유로운 소통과 자기결정’으로 명명하였다. 다섯 번째 요인은 학대와 폭력으로부터의 자유 보장 서비스에 해당하는 D문항 5개로 구성되어 명칭을 그대로 활용하였고, 마지막 요인의 경우 정신과 신체건강, 자기결정권 보장, 학대와 폭력으로부터의 자유 보장에 대한 문항을 각각 1개씩 포함하는 총 3개의 문항으로 구성되어 ‘건강, 학대와 폭력으로부터의 자유, 자기결정’으로 명명하였다.

4. 측정도구의 확인적 요인분석을 통한 타당도 분석

본 장에서는 측정도구의 확인적 요인분석을 통하여 수렴타당도 검증을 시행하였다. 탐색적 요인분석 결과에 근거하여 확인적 요인분석을 실시한 결과는 다음과 같다. 확인적 요인분석시 모형 적합도의 경우, 카이스퀘어 값은 35.314($df=9$)이고 $p < .001$ 에서 유의하였으나 카이스퀘어 값은 사례 수의 영향을 많이 받으므로 절대적합지수와 증분적합지수 값을 검토하였다. 증분적합지수인 IFI 값과 CFI 값은 모두 .90 이상으로 나타났고, 절대적합지수인 RMSEA 값은 .092로 수용가능한 범위에 있는 것으로 나타나 모형이 적합하다고 판단하였다. 다음으로 수렴타당도 확인을 위해 확인적 요인분석 결과를 검토하였는데, 평균분산추출과 개념신뢰도 값은 기준치에 부합하였으나, 여섯 번째 요인의 요인부하량이 .5보다 작은 .237로 나타나 수렴타당도가 없는 것으로 판단되었다. 이에 여섯 번째 요인을 재구성하여 분석을 실시하였다.

<표 6> 수정 전 확인적 요인분석 결과

구분	비표준화 계수	표준 오차	임계 비율	표준화 계수	평균분산 추출 (AVE)	개념 신뢰도	수렴 타당도
1. 건강과 자기결정	0.903	0.040	22.324	0.892***			
2. 지역사회 통합	0.707	0.057	12.392	0.605***			
3. 적정수준의 생활과 자기결정	1			0.884***			
→ 4. 자유로운 소통과 자기결정	0.902	0.052	17.336	0.763***	.526	.858	없음
5. 학대와 폭력으로부터의 자유	0.757	0.044	17.133	0.758***			
6. 건강, 학대와 폭력으로부터의 자유, 자기결정	0.209	0.048	4.313	0.237***			

주: * 수렴타당도 판별기준: ① 요인부하량 >.50, ② AVE >.50, ③ 개념신뢰도 >.70.

† $p < 1.0$, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

CMIN(9)=35.314, $p=.000$; IFI=0.974; CFI=0.974; RMSEA=0.092.

여섯 번째 요인에는 ‘B1, C1, D2’ 문항이 포함되었는데, WHO(2012)를 참고하여 여섯 번째 요인을 재분류하였다. 먼저 ‘B1’ 문항의 경우 WHO(2012) 도구에서 신체와 정신건강 보장 서비스에 포함되므로 첫 번째 관측변인에 포함하여 분석하였으나, 이 경우 잠재 모형이 적합하지 않게 나타났다. 이에 각각의 문항 모두에 한 번씩 투입하여 검증한 결과 다섯 번째 측정 변인인 ‘학대와 폭력으로부터의 자유’에 포함하여 분석하였을 때 모형이 가장 적합하여 다섯 번째 관측변인에 포함하여 분석하였다. 다음으로 ‘C1’은 자기결정에 해당하는 문항으로 자기결정권 보장 서비스에 대한 내용을 가장 많이 담고 있는 첫 번째 관측변인에 포함하여 분석하였다. 마지막으로 ‘D2’는 본래 학대와 폭력으로부터의 자유 보장 서비스에 포함된 문항이었으므로 다섯 번째 측정 변인에 포함하여 분석하였다.

그 결과 <표 7>과 같이 5개의 측정변인으로 구성되었다. 5개의 측정변인으로 구성된 지각된 입원 병원의 인권친화적 서비스 환경 척도의 모형 적합도의 경우, 카이스퀘어 값은 11.623($df = 5$)이고 $p < .05$ 에서 유의하였으나 카이스퀘어 값은 사례수의 영향을 많이 받으므로 절대적합지수와 증분적합지수 값을 검토하였다. 절대적합지수 RMSEA 값은 .062로 나타났고, 증분적합지수인 IFI 값이 .993, CFI 값 또한 .993으로 밝혀져 모형이 적합한 것을 확인되었다. 또한 <표 7>을 살펴보면, 이전과 다르게 요인부하량이 모두 .5보다 크고, AVE 값이 .624, 개념신뢰도 값이 .890으로 나타나 수렴타당도를 확보하였다.

<표 7> 최종 확인적 요인분석 결과

구분	비표준화 계수	표준 오차	임계 비율	표준화 계수	평균분산 추출 (AVE)	개념 신뢰도	수렴 타당도
인권친화적 서비스 환경	1. 건강과 자기결정	.865	.040	22.215	.898***	.624	.890
	2. 지역사회 통합	.699	.047	12.913	.601***		
	3. 적정수준의 생활과 자기결정	1.000			.888***		
	4. 자유로운 소통과 자기결정	.859	.045	18.536	.805***		
	5. 학대와 폭력으로부터의 자유	.530	.036	17.448	.717***		

주: * 수렴타당도 판별기준: ① 요인부하량 >.50, ② AVE >.50, ③ 개념신뢰도 >.70.

† $p < 1.0$, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

CMIN(5)=11.623, $p < .05$; IFI=0.993; CFI=0.993; RMSEA=0.062

다음으로 회복 변인과의 상관관계 분석을 통해 판별타당도와 법칙타당도를 확인하였다. 먼저 판별타당도를 분석한 결과 상관계수가 .90 이하이고, 상관계수의 제곱 값이 평균분산추출 값보다 작았으며, 신뢰구간이 0을 포함하지 않아 판별타당도가 있는 것으로 평가되었다. 마지막으로 지각된 인권친화적 서비스 환경과 회복의 상관관계가 양의 방향으로 나타났고, 통계적으로 유의하여 법칙타당도가 있는 것으로 확인하였다.

<표 8> 판별타당도 및 법칙타당도 분석결과

		상관계수 (ρ)	표준오차 (S.E)	ρ^2	평균분산추출 (AVE)	$\rho \pm 2 \times$ S.E.	판별 타당도
지각된 인권 친화적 서비스 환경 ↔ 회복	판별 타당도	.134***	.02	.018	인권친화적 서비스 환경=.624 회복=.634	.094~ .174	있음
	법칙 타당도	이론적 배경에 기반한 관계		상관계수	잠재요인의 관계 방향성		법칙 타당도
		+		.134***		+	있음

주: * 판별타당도 판별 기준: ① $\rho < .90$, ② $\rho^2 < AVE$, ③ $\rho \pm 2 \times S.E. = 0$ 을 불포함.

† $p < 1.0$, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

V. 결론 및 논의

정신장애인의 회복을 위해 UN 장애인권리협약에 기반한 인권친화적 서비스 환경 조성이 강조되고 있지만, 그동안 많은 정신장애인이 이용하는 국내 정신의료기관 입원 환경에서의 인권친화적 서비스 환경에 대한 관심은 부족하였다. 2012년에 발표된 WHO의 웰리티라이즈 툴킷에서 정신건강 서비스 전반에 대한 기준을 제시하고 있고, 우리나라에서도 2020년 이를 한국어로 번안하였지만(강상경 외 2020; 강상경 외 2021), 기준이 번안된 지 얼마 되지 않아 아직까지 입원 경험이 있는 정신장애인 당사자가 평가할 수 있는 타당화 된 척도가 제한적이다. 이에 따라 본 연구에서는 번안된 WHO 웰리티라이즈 툴킷을 활용하여 정신의료기관의 인권친화적 서비스 환경 척도에 대한 타당도와 신뢰도를 확보하기 위한 연구를 수행하였다.

주요 연구결과는 다음과 같다. 먼저 지각된 입원 정신의료기관의 인권친화적 서비스 환경에 대한 신뢰도를 분석한 결과 크론바파 알파 값이 .945로 나타나 신뢰도를 확보하는 것으로 확인되었다. 다음으로 탐색적 요인분석에 따라 모두 .3 이상의 수치를 나타내는 총 6개의 요인을 구성하였다(Costello & Osborn 2005; Kang 2013). 첫 번째 요인은 신체와 정신건강보장에 대한 서비스 문항 6개, 자기결정 보장 서비

스에 해당하는 4개의 문항으로 구성되었고, 두 번째 요인은 지역사회 통합 보장서비스 문항 6개로만 구성되었다. 세 번째 요인은 걱정수준의 생활과 사생활 보장 문항 5개, 자기결정권 보장에 해당하는 문항 1개로 구성되었고, 네 번째 요인은 걱정수준의 생활과 사생활 보장 문항 3개, 자기결정권 보장에 해당하는 문항 1개로 구성되었다. 다섯 번째 요인은 학대와 폭력으로부터의 자유에 해당하는 문항 6개만으로 구성되었고, 여섯 번째 요인은 정신과 신체건강 보장, 자기결정권 보장, 학대와 폭력으로부터의 자유 보장 각각 1문항씩으로 구성되었다.

구성된 문항으로 확인적 요인분석을 시행한 결과, 여섯 번째 요인의 요인부하량이 .5보다 작은 .237로 나타나 수렴타당도를 확보하지 못하였다. 이에 여섯 번째 요인을 WHO(2012)를 참고하여 다섯 개의 요인으로 재분류한 다음 확인적 요인분석을 시행하였다. 그 결과, 요인부하량과 평균분산추출 값이 .50 이상이고, 개념 신뢰도가 .70 이상으로 나타나 수렴타당도를 확보한 것으로 확인되었다. 다음으로 회복적도로 잠재변인을 구성한 다음 지각된 입원 정신의료기관의 인권친화적 서비스 환경과 상관관계 분석을 실시한 결과 상관계수가 .90 이하이고, 상관계수의 제곱 값이 평균분산추출 값보다 작으며 신뢰구간이 0을 포함하지 않아 판별타당도가 있는 것으로 판단하였다. 더불어 인권친화적 서비스 환경과 정신장애인의 회복이 정적인 관계에 있다는 WHO(2012)의 퀄리티라이즈 툴킷의 전제에 따라 잠재요인의 관계 방향성도 정의 방향으로 유의하게 나타났으므로 법칙타당도가 있는 것으로 평가하였다. 이를 통해 지각된 입원 정신의료기관의 인권친화적 서비스 환경은 걱정수준의 신뢰도와 타당도를 확보하였다.

최종적으로 구성된 척도 요인과 퀄리티라이즈 툴킷상 테마의 연관성을 정리하면 다음 <표 9>와 같다. 지역사회 통합과 학대와 폭력으로부터의 자유의 경우 기존 내용과 유사하게 분류되었으나, 자기결정의 경우 신체 및 정신건강과 걱정수준의 사생활 보장 문항에 함께 분류되고, 걱정수준의 사생활 보장도 두가지 유형으로 구분되는 경향을 보였다. 구체적으로 ‘1. 건강과 자기결정’에는 신체 및 정신건강에 대한 내용과 자기결정 중 치료적 선호 파악과 사전동의, 의료기록에 대한 열람권이 포함되었다. ‘3. 걱정수준의 생활과 자기결정’에는 의식주와 관련된 걱정수준의 생활, 이러한 생활에 대한 전반적 자기결정권 지원에 대한 내용이 분류되었다. ‘4. 자유로운 소통과 자기결정’에는 기관 내외의 장소에서의 자유로운 일상생활상 상호작용, 그리고 자기결정의 요소 중 투표에 대한 권리가 포함되었다.

<표 9> 확인적 요인분석을 통해 분류된 요인과 웰리티라이츠 툴킷상 테마

확인적 요인분석을 통해 분류된 요인	웰리티라이츠 툴킷상 테마
1. 건강과 자기결정	2. 가능한 최고의 정신적·신체적 건강을 누릴 권리 (<표 2>의 B2~7) 3. 법률적 행위를 할 권리, 개인적인 자유와 안정을 누릴 권리 (<표 2>의 C1, 3, 5, 6)
2. 지역사회 통합	5. 지역사회에 통합되어 독립적으로 살 권리 (<표 2>의 E항목 전체)
3. 적정수준의 생활과 자기결정	1. 적정한 수준의 생활을 유지할 권리 중 일상생활과 관련된 내용 (<표 2>의 A1~4, 7) 3. 법률적 행위를 할 권리, 개인적인 자유와 안정을 누릴 권리 (<표 2>의 C2)
4. 자유로운 소통과 자기결정	1. 적정한 수준의 생활을 유지할 권리 중 기관 내외와의 상호작용 관련 내용 (<표 2>의 A5, 6, 8) 3. 법률적 행위를 할 권리, 개인적인 자유와 안정을 누릴 권리 (<표 2>의 C4)
5. 학대와 폭력으로부터의 자유	4. 고문 또는 잔혹하거나 비인도적이거나 굴욕적인 대우와 차별로부터의 자유 및 착취, 폭력과 학대로부터의 자유 (<표 2>의 D항목 전체, B1)

본 연구의 결과는 다음과 같은 함의를 갖는다. 그동안 UN 장애인권리협약을 비준한 국가나 정신장애인의 인권친화적 서비스 환경에 관심을 두고 있는 많은 국가들은 WHO 웰리티라이츠 툴킷을 번안하여 각국의 정신건강서비스를 평가하고 개선하는 데 활용해 왔다(Lantta, Anttila & Välimäki 2021; Rekhis et al. 2017; Nomidou 2013; WHO 2018). 우리나라 또한 2020년 WHO 웰리티라이츠 툴킷을 한국어로 번안하고(강상경 외 2020), 2021년에는 WHO 웰리티라이츠 툴킷을 국내 거주형 정신재활시설에 적용하기 위한 연구를 수행하였다(강상경 외 2021a). 이러한 연구들의 경우 WHO에서 제시한 평가 방식에 따라 평가위원단이 인터뷰, 관찰, 문헌검토를 통해 기관의 서비스 질을 평가하기 때문에, 정신장애인의 당사자 관점에서 인권친화적 서비스 환경을 평가하기에는 제한이 있다. 본 연구에서는 기존에 번안되었던 WHO 웰리티라이츠 툴킷을 당사자의 관점에서 직접 평가할 수 있도록 하기 위한 초석을 마련하였다는 데 의의가 있다. 본 연구에서 신뢰도, 타당도 검증

을 진행한 지각된 인권친화적 서비스 환경을 활용한다면, 실제 서비스 대상자인 정신장애인이 인권친화적 서비스 환경을 잘 받고 있다고 평가하는지 당사자 중심의 관점에서 확인할 수 있을 것이다.

또한 국내에서 정신질환을 경험할 때 많은 경우 정신의료기관 이용하게 되고, 국내 소수 정신의료기관의 경우 입원 세팅에서 인권에 기반한 서비스 환경 조성을 위해 노력하고 있지만, 그 서비스가 정신장애인에게 잘 전달되는지를 당사자의 관점에서 측정할 수 있는 공통된 한국형 지표가 부재하였다. 본 연구에서 개발한 척도는 UN 장애인권리협약에 근거하여 인권친화적으로 제공되고 있는지에 대한 공통된 평가 기준을 마련하였다는 데 함의가 있다. 이러한 평가 기준이 활용된다면, 국내 정신의료기관에서 제공되는 인권친화적 서비스 환경이 하나의 방향으로 개선되는 데 기여할 것이다.

본 연구는 다음과 같은 한계를 갖는다. 본 연구의 연구참여자는 편의 표집의 방식으로 모집되었기 때문에 표본의 대표성에 한계가 있다. 따라서 추후에는 정신장애인 실태조사와 같은 정부 주체의 공식 조사에 인권친화적 서비스 환경 항목을 포함하여 조사 및 분석한다면 대표성을 확보할 수 있을 것이다. 더불어 본 연구는 지난 5년간 입원 경험이 있는 지역사회 거주 정신장애인을 조사대상으로 하였다. 추후에 실제 정신의료기관에 입원 중인 정신장애인을 대상으로 설문조사를 시행하는 방식으로 도구에 대한 지속적인 검토 및 검증이 요구된다.

참고문헌

- 강상경·제철웅·김문근·하경희·김남희·정은희·박재우·장창현·이정하·김성연·전해숙. 2020. 《정신재활시설 운영·이용실태 및 이용자 인권실태조사》. 서울: 국가인권위원회.
- 강상경·제철웅·하경희·김성수·김성용·박미옥·송승연·송현섭·안병은·이진순·전준희·지미루·Anina Johanson·Karen Taylor·Tim Hefferan. 2021. 《선진사례를 통해 본 정신장애인 지역사회통합증진을 위한 실태조사》. 국가인권위원회.
- 김희철. 2019. “한국어판 정신건강정보이해능력 척도 (MHLS-K) 의 타당화 연구: 대학생을 대상으로” 《정신건강과 사회복지》 47(2): 35-66.
- 박준호·서영석. 2010. “대학생을 대상으로 한 한국판 지각된 스트레스 척도 타당화 연

- 구.” 《한국심리학회지: 일반》 29(3): 611-629.
- 배성만·홍지영·현명호. 2015. “청소년 또래관계 질 척도의 타당화 연구.” 《청소년학연구》 22(5): 325-344.
- 변종필. 2016. “정신질환자 격리강박과 강제입원에 대한 감금, 감금치사죄의 성부·광주고법 2013.10.15. 선고 2013 노 112 판결을 대상으로.” 《비교형사법연구》 18(1): 261-294.
- 보건복지부. 2022. 《국가 정신건강현황 보고서 2022》.
- 보건복지부. 2023. 《장애정도판정기준(보건복지부 고시 제2023-42호)》.
- 송경옥. 2010. “한국어판 정신건강회복척도 (MHRM-K) 의 신뢰도와 타당도 평가.” 《정신건강과 사회복지》 34: 154-188.
- 임영진·고영진·신희천·조용래. 2012. “정신적 웰빙 척도 (MHC-SF) 의 한국어판 타당화 연구.” 《한국심리학회지: 일반》 31(2): 369-386.
- 윤지환·전세현·박원열·전상현·유예빈·이가영. 2022. 《2022년 국민 정신건강 지식 및 태도조사 결과보고서》 서울: 국립정신건강센터.
- 우종필. 2012. 《구조방정식모델 개념과 이해》. 서울: 한나래출판사.
- 제철웅·강상경·김문근·김성수·장창현·정성권·정여진. 2022. 《정신장애인 인권친화적 치료환경 구축을 위한 실태조사》. 서울: 국가인권위원회.
- 최명진·김기연. 2022. “한국판 노인 삶의 질 척도 (K-CASP-16) 의 타당화 연구.” 《보건사회연구》 42(2): 85-101.

- Anthony, W.A. 1993. “Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s.” *Psychosocial Rehabilitation Journal* 16(4): 521-538.
- Bullock, W.A, 2005. “Mental Health Recovery Measure(MHRM).” in Campbell-Orde, T., J. Chamberlin, J. Carpenter and H.S. Leff(Eds.). 2005. *Measuring the Promise of Recovery: A Compendium of Recovery Measures, Volume II*, Cambridge, MA: The Evaluation Center.
- Costello, A. and J. Osborne. 2005. “Best Practices in Exploratory Factor Analysis: Four Recommendations for Getting the Most from Your Analysis. *Practical Assessment, Research, & Evaluation* 10(7): 1-9.
- Deegan, P.E. 1996. “Recovery as a Journey of the Heart.” *Psychiatric Rehabilitation Journal* 19(3): 91-98.
- Hu, L.T. and P.M. Bentler. 1999. “Cutoff Criteria for Fit Indexes in Covariance Structure Analysis: Conventional Criteria Versus New Alternatives.” *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal* 6(1): 1-55.

- Kang, H. 2013. "A Guide on the Use of Factor Analysis in the Assessment of Construct Validity." *Journal of Korean Academy of Nursing* 43(5): 587-594.
- Kline, R.B. 2011. *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. NY, London: Guilford Press.
- Lantta, T., M. Anttila, and M. Välimäki. 2021. "Quality of Mental Health Services and Rights of People Receiving Treatment in Inpatient Services in Finland: A Cross-sectional Observational Survey with the WHO QualityRights Tool Kit." *International Journal of Mental Health Systems* 15(1):1-15.
- Linden, M. 2017. "Definition and Assessment of Disability in Mental Disorders under the Perspective of the International Classification of Functioning Disability and Health (ICF)." *Behavioral Sciences & The Law* 35(2): 124-134.
- Nomidou, A. 2013. "Standards in Mental Health Facilities—an in Depth Case Study in Greece Using the WHO QualityRights Tool." *Journal of Public Mental Health* 12(4): 201-211.
- Rekhis, M., A. Ben Hamouda, S. Ouanes, and R. Rafrafi. 2017. "Rights of People with Mental Disorders: Realities in Healthcare Facilities in Tunisia." *International Journal of Social Psychiatry* 63(5): 439-447.
- Shorter, E. 2008. *From Paralysis to Fatigue: A History of Psychosomatic Illness in the Modern Era*. NewYork: Simon and Schuster.
- United Nation. 2006. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD)*. NewYork: United Nation.
- World Health Organization. 2012. *WHO QualityRights Tool Kit*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. 2018. *Mental Health, Human Rights and Standards of Care. Assessment of the Quality of Institutional Care for Adults with Psychosocial and Intellectual Disabilities in the WHO European Region*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. 2019. *QualityRights Materials for Training, Guidance and Transformation*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Validation Study of the Korean Version of the Human Rights-Friendly Service Environment Scale in Psychiatric Institutions

Jong Eun Park

(Seoul National University)

Sang Kyoung Kahng

(Seoul National University)

With South Korea becoming a ratified member of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD), there has been a growing demand for more human rights-friendly mental health service environments in the country. Consequently, the QualityRights Toolkit (QRTK), a framework developed by the World Health Organization (WHO) to promote human rights in mental health services, has been adapted into Korean. However, the reliability and validity of this tool from the perspective of individuals receiving mental health services have not yet been verified. This study aims to validate the scale of perceived human rights-friendly service environments in psychiatric institutions, focusing on mental health service environments in South Korea. The WHO QRTK, translated into Korean, was adapted to fit the context of psychiatric institutions, and an online survey was conducted with 348 individuals with mental disabilities who had been hospitalized within the last five years. Exploratory and confirmatory factor analyses were performed to ensure the scale's validity. The analysis results indicated that the scale for assessing human rights-friendly service environments in psychiatric institutions demonstrated acceptable levels of reliability and validity. The study discusses the practical and policy implications of utilizing the scale based on these findings.

Key words: human rights-friendly service environments,, psychiatric institutions, the QualityRights Toolkit, individuals with psychosocial disabilities