

# 정신장애인 회복에 초점을 둔 당사자 리더십 프로그램 개발 연구

김민<sup>1\*</sup>, 이근희<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Human Resource Evaluation, <sup>2</sup>송국클럽하우스

## Development of Peer-Leadership Program focused on Recovery of People with Mental Illness

Min Kim<sup>1\*</sup>, Lee Keunhee<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Human Resource Evaluation, NC, USA

<sup>2</sup>SonggukClubhouse, Busan, S. Korea

**요약** 본 연구는 정신장애인 회복을 위한 당사자 리더십 프로그램을 개발하고 그 효과성을 탐색하는 것이 목적이다. 프로그램 개발을 위해 문헌검토와 선행프로그램 분석을 실시하였으며, 정신장애에 대한 이해-셀프리더십-역량강화-자기 주도 실천계획을 포함하는 Brown의 회복 프레임워크를 적용하였다. 이러한 과정을 통해 당사자주도 활동, 장애의 이해와 인식개선 활동, 당사자 실천계획개발 등을 주제로 2박 3일 동안 총 6회기 프로그램을 개발하였다. 본 프로그램은 회복의 가치를 기반으로 당사자 스스로 할 수 있다는 역량강화를 위해 교육-이해-계획-실행의 단계로 구성하였다. 개발된 프로그램은 정신재활시설 이용자 20명을 대상으로 실시하였다. 프로그램 참여 후 변화를 측정하기 위해 낙인, 역량강화, 셀프리더십, 장애수용 척도를 이용하여 비교분석하였다. 분석결과 참여자들의 낙인( $p < .05$ ), 역량강화( $p < .05$ ), 셀프리더십( $p < .01$ ), 장애수용( $p < .05$ )에서 통계적으로 유의미한 변화가 있는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 개발된 당사자 리더십 프로그램이 정신장애에 대한 이해 증가, 역량강화, 리더십 능력향상을 포함하는 회복 프로그램임을 시사한다. 연구결과를 기반으로 향후 당사자 리더십 프로그램의 확대를 위한 논의와 제언을 하였다.

**Abstract** The purpose of this study was to develop and explore the effectiveness of a peer-leadership program on the recovery of people with mental illness. To develop the program, a literature review and an analysis of developed programs were performed. Brown's recovery framework was applied, including an understanding of mental illness, self-leadership, empowerment, and self-directed action plans. A program was developed (6 sessions over 3 days) including peer-led activities, disability awareness and perception, and recovery action plans. The program consisted of education, understanding, planning, and implementation. Its focus was on recovery-oriented activities for empowering people with mental illness. Twenty people with mental illness and using mental rehabilitation centers participated in the program. Four scales (i.e., stigma, empowerment, leadership, and disability awareness) were used for the pre-post analysis. The study results showed statistically significant differences in the participants' levels of stigma ( $p < .05$ ), empowerment ( $p < .05$ ), leadership ( $p < .01$ ), and disability awareness ( $p < .05$ ) after completing the program. These findings suggest that the peer-leadership program is a recovery program that includes increased understanding of mental illness, empowerment, and leadership capability. Discussions and suggestions were provided for a future study based on the results.

**Keywords** : Peer-leadership, Recovery-oriented program, Program effectiveness, Mental illness, Hope

본 논문은 한국정신재활시설협회의 지원을 받아 수행되었음

\*Corresponding Author: Min Kim(Human Resource Evaluation)

email: minismi.mk@gmail.com

Received March 6, 2020

Revised April 9, 2020

Accepted June 5, 2020

Published June 30, 2020

## 1. 서론

### 1.1 연구의 필요성

정신장애인 당사자 운동은 다른 장애영역 중에서 가장 늦게 나타났지만, 1990년대 초부터 현재까지 꾸준히 진행되어 오고 있다. 신체적 장애를 가지고 있는 사람들과 달리 지적 혹은 사회-심리적 장애를 가지고 있는 정신장애인은 무언가를 결정하거나 자신의 의사를 내보일 수 있는 능력의 제한으로 다른 사람의 조력을 통해 무언가를 결정하고 생활하는 것으로 인식되어져 왔다. 특히, 정신장애에 대한 막연한 무서움과 치료 후 높은 재발 및 재입원율로 인해 의료적 치료를 평생에 걸쳐 받아야만 하는 것으로 인식된다[1]. 하지만, 정신장애에 대한 지속적인 연구, 의료적 기술의 발전, 새로운 약물의 개발, 사회적 인식의 변화 등은 정신장애를 의료적 관점으로 보고 증상치료에만 초점을 두는 것이 아닌 지속적인 상담과 약물치료 그리고 장애를 이해/수용하며 자신이 원하고 의미 있는 삶이 무엇인지 찾고 끊어진 삶의 조각들을 재연결해가는 과정이 강조되고 있다[2].

이러한 사회적 변화에 따라 정신장애는 개인의 잘못이나 나약함으로 인해 발생하는 것이 아닌 삶에서 소중할 것을 잃어버리거나 극한의 스트레스를 경험하는 건널 수 없는 상황을 겪은 뒤 우울이나 공황증상을 경험하는 사회-심리적 요인으로 장애발생 원인이 변화되고 있다. 특히, 여러 연구자들은 정신장애에 대한 발생원인과 만성화는 개인에서 사회로의 문제로, 낮은 치료효과에서 사회적 낙인이 원인으로 인해 나타나고 있음을 강조한다[3,4]. 즉, 대중들은 장애가 개인의 잘못에 의해 발생하며, 약물치료나 속박과 같은 강압적인 치료로 인해 정신장애를 드러내지 말고, 증상의 만성화로 인해 꿈과 삶을 포기해야만 하는 것으로 생각하고 있다[5].

하지만, 증상감소에만 초점을 둔 과거와 달리 증상이 있더라도 내가 조절할 수 있고, 재발되더라도 더 악화되지 않는 상황에서 일상생활을 유지하며 내가 원하는 삶을 지역사회 내에서 살 수 있는 당사자의 선택과 역량강화가 강조되고 있다. 서구사회에서는 1980년대부터 그리고 국내는 2000년대부터 정신건강에 대한 패러다임의 의료적 관점에서 당사자 운동으로 변화해왔으며, 2010년 이후에는 많은 국가들에서 정신장애로부터 회복(recovery)이라는 관점을 기반으로 국가의 정신건강 정책을 마련하고 있다. 예를 들어, 미국은 회복지원(Recovery Support)을 영국은 조직적 변화를 통한 회복(Recovery through Organizational Change) 정책

들을 통해 회복 중심의 정책들이 만들어지고 있다[6]. 이러한 전세계적 흐름에 따라 정신건강 분야에서도 회복(recovery)의 의미와 개념을 파악하는 것을 시작으로 역량강화, 장애이해, 삶으로 복귀와 같은 회복에 초점을 둔 개념들이 확대되며, 현재는 웰니스, 질병관리, 옹호, 직업 등을 혼합한 프로그램들이 개발되고 그 효과성이 증명되고 있다[7,8]. 회복지향 정책이 정신보건 영역에 점차 자리 잡음에 따라 미국 내에서 질병관리와 회복(Illness management and Recovery), 웰니스 회복실천 계획(Wellness recovery action plan), 회복워크북(Recovery Workbook)과 같이 정신장애인의 회복에 초점을 두고 당사자 스스로 회복할 수 있도록 역량강화에 초점을 둔 프로그램이 개발되고 효과성이 증명되고 있다[9]. 또한, 국외에서는 회복을 넘어 일상생활을 유지하기 위해 필요한 직업을 포함한 직업적 질병관리와 회복(Vocational Illness management and recovery) 같은 프로그램이 개발 및 시행되고 있다. 이러한 프로그램들은 당사자도 지속적인 교육을 통해 자신의 장애와 증상에 대해 알고 스스로 관리할 수 있는 능력이 있음을 보여준다[10].

국내는 정신장애인의 인권보장과 장애관련 서비스 제공을 위해 2016년 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한법률(이하 정신건강복지법)로 개정되었으며, OECD 권고를 따르기 위해 정책적 변화는 물론 서비스 개발에 힘쓰고 있다. 이러한 노력으로 정신장애인의 지역사회복귀와 삶의 질 향상을 위해 다양한 정책개발을 하고 대중들의 정신장애 인식을 높이고 있다. 하지만, 1980년대 말부터 ‘정신장애로부터 회복’이라는 개념이 나타난 국외와 달리 2000년대에 이르러 발생한 국내의 정신장애인 회복운동은 확산되고 있지 않으며, 특히 회복에 대한 정의가 명확하게 이루어지고 있지 않다[11,12]. 국내의 정신건강 체계는 회복모형을 중심으로 이루어지기보다 여전히 의료적 모델 중심이며, 병원과 전문가 위주의 서비스 제공이 이루어지고 있다[13].

Anthony(2000)에 따르면 회복이란 정신장애 증상을 가지고 있지만, 삶의 희망을 가지고 자신이 원하는 삶을 살아가기 위해 노력하는 과정으로 설명된다. 회복과정은 개인 저마다의 증상과 장애발생 원인에 따라 다르게 나타나며, 회복되었다 하더라도 다시 증상이 나타날 수 있으며, 이는 선형과정이 아닌 도돌이 혹은 원형과정으로 언급된다[14]. 즉, 자신의 장애를 이해하고 받아들이고, 증상이 있더라도 자신이 원하는 삶을 계획하고 이를 실현하기 위해 노력하는 것이다. 회복은 증상여부와 관계없이 자신의 의지와 주변사람들의 도움을 중요시한다. 회복

과정에 포함되는 것으로 희망, 역량강화, 관계재연결, 옹호, 사회복지, 교육, 고용, 결혼 등 내적-외적-사회적 조건들이 필요하다[15]. 개인은 물론 지역사회, 문화 등을 포함하는 외적 영역에서 정신장애의 편견을 줄이고 인식을 높이는 중요성을 강조하고 있다.

Chester 등[16]은 정신장애로부터 회복과 관련한 21편의 논문들을 수집하여 체계적인 문헌연구를 수행하였다. 문헌연구를 통해 회복기반 실천에서 중요한 요인으로 관계, 연결, 다양한 회복에 대한 이해를 언급하였다. 67편의 논문들을 기반으로 체계적인 문헌연구를 수행한 Ellison 등[17]은 회복과정의 핵심요소로 개별화, 역량강화, 희망, 자기주도, 비선형과정, 강점기반, 존중, 책임, 동료지지, 총체적(Holistic), 트라우마 논의, 관계, 문화, 건강, 집, 삶의 목적, 지역사회 등을 제시하였다.

이러한 요소들을 기반으로 국외는 다양한 회복프로그램들이 개발되어 있으며, 세계적으로 많이 사용되고 있는 것이 질병관리와 회복(이하 IMR) 프로그램이다[18]. IMR 프로그램은 질병에 대한 이해를 높이고, 약물관리를 위한 인지행동학습, 삶의 목표를 설정하는 자기관리기술 등을 교육하며, 30개국 이상 국가에서 실시되고 있다[9,19]. 이와 유사하게 비록 증상이 있더라도 스스로 관리하고 자신의 삶을 선택하고 관리하는 웰니스 회복실천 계획(WRAP), 회복워크북 등이 활발하게 사용되며 효과성이 증명되고 있다. 하지만, 국내에서는 몇몇 기관들에서 전세계적으로 사용되고 있는 프로그램들에 대한 소개나 책을 번안하는 수준에 그치고 있다. 서초열린세상이나 나주국립병원, 한울지역정신건강센터에서 외국 프로그램을 수정/보완하여 회복프로그램을 실시하지만, 대부분 전문가 주도로 당사자들은 여전히 교육받는 입장이다. 또한, 한글 번역으로 인해 생소한 내용이 프로그램에 포함되어 있기도 하며, 신뢰도나 타당도를 알아보는 효과성 연구가 이루어지지 않고 있다. 이러한 제한점들로 인해 회복이라는 정신장애에 대한 새로운 관점이 기존의 치료/중재와 다르게 인식되지 않아 회복의 가치와 의미를 낮추거나 퇴색시킬 수 있다[20,21]. 그렇기 때문에 아직 회복에 대한 정체성이 명확하게 강조되고 있지 않은 회복 관련 프로그램 개발과 시행을 통해 국내에서 회복의 의미를 보완하고 보다 확대할 필요가 있다.

## 2. 연구방법

### 2.1 연구설계

본 연구는 회복을 기반으로 당사자 리더십 프로그램을 개발하고 효과성을 검증하는 것이 목적이다. 이를 위해 2018년 10월~2019년 2월까지 프로그램을 개발하고, 2019년 3-5월 간 3차(2박 3일)에 걸쳐 프로그램으로 실시하였고, 6-7월 간 효과성을 검증하였다. 프로그램 개발을 위하여 Brown[22]이 제시한 당사자 기반 회복을 위한 프레임워크와 회복관련 프로그램들(예, IMR, WRAP)을 참고하여 장애에 대한 이해, 셀프리더십, 역량강화, 자기주도 실천계획을 중심으로 회복프로그램을 구성하였다. 각각의 프로그램들과 Brown의 프레임워크를 기반으로 프로그램 초안을 구성한 뒤 회기의 목표, 포함되는 활동, 교안 등을 현장전문가 2인과 당사자 2인과 함께 구성하였다. 이후 모의 시행을 하였으며, 전문가들로부터 총 4회의 자문을 받았다. 전문가 자문은 정신건강관련 전문가 4인(교수 2인, 현장전문가 2인)이며, 1-2회기에는 구성된 프로그램의 목표, 내용, 실행가능성을 점검 받았으며, 3-4회기에는 원활한 시행을 위하여 교안의 단어, 내용, 과제 등에 대하여 점검을 받았다.

### 2.2 연구 대상

개발한 프로그램에 참여하는 대상은 만 20세 이상 65세 이하의 정신장애인으로 프로그램 참여를 스스로 희망하는 20명을 대상으로 하였다. 그리고 프로그램의 순수한 효과성을 알아보기 위해 정신재활시설을 이용하는 회원 중 당사자 리더십 교육에 참여한 경험이 없는 대상자를 선정하였다. 프로그램은 2박3일 동안 실시되었으며, 총6회기(각 회기는 2-3시간으로 구성)로 실시되었다. 본 연구는 중재집단만 존재하는 준실험디자인(quasi-experimental design)을 이용하였다.

### 2.3 연구도구

본 연구는 회복을 기반으로 하는 당사자 리더십 프로그램의 효과성을 알아보기 위해 낙인, 인파워먼트, 셀프리더십, 장애수용 척도를 사용하였다.

#### 2.3.1 낙인 척도

당사자 리더십 프로그램에 참여한 참여자의 낙인관련 변화를 알아보기 위해 1989년 Link가 개발한 지각된 낙인척도 중 이경희가 2001년 번안한 무가치-차별척도를 사용하였다[23]. 무가치-차별 척도는 12문항으로 구성되어 있으며 5점 척도(절대 그렇지 않다-매우 그렇다)를 사용하며, 총점은 60점으로 구성되어 있다. 총점이 높을수

록 자신의 가치가 높고 차별이 낮은 것을 의미하며, 원도구의 문항 내적 일치도는 .87이며, 본 연구에서 .686으로 나타났다.

### 2.3.2 임파워먼트 척도

당사자의 임파워먼트 변화를 알아보기 위해 최선, 황태연, 이우경이 2005년에 개발한 한국판 능력 강화 척도(Korean version of empowerment scale)를 사용하였다[24]. 자기능력강화(self empowerment) 15문항, 사회적 능력강화(social empowerment) 10개 문항으로 구성된 2개 요인이다. 총점이 높을수록 임파워먼트가 높은 것을 의미하며, 황태연 등의 연구에서 도구의 문항 내적 일치도는 .830으로 나타났으며[24], 본 연구에서는 .788로 나타났다.

### 2.3.3 셀프리더십 척도

당사자의 셀프리더십을 측정하기 위해 Houghton과 Neck이 2002년에 개발하고 신용국 등이 2009년에 타당화를 시도한 셀프리더십 수정판(Revised Self-Leadership Questionnaire, RSLQ)을 사용하였다[25]. 3개의 요인(행동 중심적 전략 1-18번, 자연보상적 전략 19-23번, 건설적 사고전략 24-35번)으로 구성되어 있으며, 총점이 높을수록 셀프리더십이 높은 것을 의미한다. 신용국 등[25]의 연구에 따르면 도구의 문항 내적 일치도는 .700-.820로 나타났으며, 본 연구에서는 .891로 나타났다.

### 2.3.4 장애수용 척도

장애수용도 측정은 Kaiser 등이 1987년에 개발한 도구를 강용주 등이 2008년에 타당화를 시도한 장애수용 척도(Disability Acceptance Scale; DAS)를 사용하였다[26]. 이 도구는 장애인식 9문항과 장애극복 3문항으로 구성되어 있으며, 총점이 점수가 높을수록 장애수용도가 높은 것을 의미한다. 양혜린, 고윤정, 박연미, 이해란(2017)의 연구에 따르면 문항 내적 일치도가 .810로 나타났으며[27], 본 연구에서는 .773으로 나타났다.

## 2.4 자료분석 방법

본 연구에서 수집된 자료는 SPSS 22.0 프로그램을 이용하여 분석하였다. 당사자 리더십 프로그램에 참여한 대상자들의 인구학적 특징 및 주요변수에 대한 분석을 위해 기술통계를 사용하였다. 그리고 낙인, 임파워먼트, 셀프리더십, 장애수용 척도에 대하여 실험집단의 사전-사

후 값을 비교하기 위해 T-test를 실시하였다. 분석전 정규성 분석을 위해 Shapiro-Wilk을 실시한 결과 변수들의 유의확률이 .197~.780로 나타나 정규분포를 따른다( $p>.05$ ).

## 3. 결과

### 3.1 당사자 리더십 프로그램 구성

당사자 리더십 프로그램을 개발하기 위해 정신보건 관련 교수진은 물론 현장 전문가, 당사자와 함께 당사자의 회복에서 중요한 요인들과 정신장애인이 사회로 나오기 위해 필요한 요인들을 포함할 수 있도록 노력하였다. 이러한 노력을 통해 정신장애인은 장애나 질환에 얽매어 사는 것이 아닌 증상이 있음에도 불구하고, 회복할 수 있으며 역량강화를 통해 스스로 살아갈 수 있다는 희망을 가지게 될 것이다. 수차례 만남과 논의를 통해 구성한 당사자 리더십 프로그램은 몇가지 특성을 가진다. 첫째, 회복의 관점을 최대한 적용하기 위해 각 회기는 다음 3가지틀 기반으로 운영되었다: ① ‘당사자는 스스로 선택할 것’, ② ‘누군가가 이야기하고 있다면 이야기를 끝까지 경청할 것’, ③ ‘개개인의 생각과 경험을 존중할 것’ 둘째, 배운 것은 실천을 통해 완전히 자기 것으로 만드는 것이다. 정신장애인들은 질병관리, 장애의 이해에 대하여 다양한 교육과정에 참여하지만 실제로 배운 것을 실천하는 기회가 제한된다. 본 프로그램에 참여시 배운 것을 충분히 이해하고, 실천할 수 있는 기회를 제공하도록 구성하였다. 특히, 이론과 실천으로 나누어 보았을 때 이론수업보다 실천시간을 더 많이 할애하였다. 셋째, 프로그램 참여자들이 사용하는 용어나 단어를 사용하였다. 외국의 프로그램들을 번안하여 사용하는 경우 우리나라 상황에 맞지 않는 단어들(예, wellness, 웰니스, 안녕)로 인해 개념에 대한 이해가 쉽지 않다. 그래서 프로그램 개발시 수업의 이해도를 높이기 위해 전문용어를 회원이 쓰는 단어로 변경하기 위해 수차례의 회의를 시행하였다. 넷째, 워크숍 전과정은 당사자와 현장전문가가 함께 진행한다. 이는 기존 프로그램들의 제한점을 극복하고 동료전문가와 현장 전문가의 협력을 높이기 위함이다.

본 프로그램의 구성은 선행연구와 관련된 전문가들과 논의를 통해 총 6회기로 구성하였다(Table 1). 첫 번째 회기는 ‘삶에 대한 연결’을 주제로 일을 하는 것과 자신이 하고 싶은 일에 대해 이야기하였다. 그리고 일을 하면서 주변사람들로부터 도움을 받는 것과 동료로부터 지원을

받는 것에 대하여 설명하였다. 특히, 동료들 간의 관계와 동료들과 함께 일하면서 관계를 맺는 것의 중요성에 대해 이야기하였다. 참여자들은 질병 이전의 삶과 같이 다양한 관계들을 연결하는 방법을 탐색하고 이를 실현하기 위한 방안에 대해 적고 논의하였다.

두 번째 회기는 '인식개선'을 주제로 당사가 주도 인식개선 활동, 자기낙인과 정신장애에 대한 사회적 차별을 이해하기 위해 당사자의 경험을 중심으로 교육하였다. 스스로 가지고 있는 정신장애로 인한 낙인(예, 스트레스에 취약하기 때문에 일하면 안 돼, 스트레스를 받으면 안 돼)을 극복하는 것이 인식개선에서 중요한 과정을 설명하였다. 참여자들은 장애를 이해하고 스스로 사회적 혹은 자기낙인을 줄이거나 극복하는 방법에 대해 적고 실습을 통해 회원들과 논의하였다.

세 번째 회기는 첫 번째 회기의 연장선으로 '협력'에 초점을 두고 다양한 사람들 혹은 기관들과 지지적 관계를 형성하기 위해 어떠한 능력, 행동 혹은 노력을 해야 하는지에 대해 교육하였다. 이를 위해 혼자/함께 일하는 장점과 단점, 내가 얻을 수 있는 것에 대해 이야기하였다. 또한, 참여자들은 관계형성을 위한 전략을 개발하였다.

네 번째 회기는 '의미 있음'에 초점을 두고 당사자가 지역사회에서 역할을 찾고 삶의 의미를 확인해가는 과정을 설명하였다. 이를 바탕으로 참여자들은 거대하거나 큰 꿈을 가지는 것이 아닌 지역사회 구성원으로서 하루 하루 실천할 수 있는 보다 현실적인 삶의 계획과 목표를 세우고 이에 대해 논의하였다.

다섯 번째 회기는 '희망'에 대해 논의하고 삶의 회복이 가능하다는 것에 대해 이야기를 나누었다. 대부분의 회복 프로그램들은 희망을 1회기에 실시하는데, 본 프로그램은 1-4회기를 통해 실제로 자신이 회복할 수 있고, 스스로 무언가를 할 수 있음을 보여준 뒤에 회복을 논의하여 실제적으로 회복할 수 있다는 생각을 가지고 의지를 높이고자 하였다. 참여자들은 희망을 가지고 자신만의 회복의 의미에 대해 적고 이야기하였다.

마지막 회기는 '자기관리'인데, 역량강화를 기반으로 자신의 삶은 자신이 통제할 수 있음을 강조하였으며, 스스로 증상을 관리할 수 있다는 것을 교육하였다. 참여자들은 자신이 가지고 있는 증상이 무엇인지, 재발이나 증상이 나타날 때 어떻게 극복하는지, 자신만의 전략이 무엇인지에 대해 적고 논의하였다. 또한, 질병 여부와 관계 없이 삶은 중요하며, 삶의 목적을 찾는 것이 다시 살아가기 위해 필요한 것임을 설명하였다. 최종적으로 자신만의 실천계획을 세우고 세부목표에 대해 이야기하고 계획하

였다.

Table 1. Contents of leadership program

Themes	Educational Contents	Implementation
1.Connectedness	<ul style="list-style-type: none"> <li>Importance of work</li> <li>Relationships and peer support</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Re-connecting life and relationships</li> </ul>
2.Awareness	<ul style="list-style-type: none"> <li>Self-awareness</li> <li>Understanding mental illness</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sharing my story and experiences with mental illness</li> </ul>
3.Collaboration	<ul style="list-style-type: none"> <li>Understanding pros &amp; cons in working alone and together</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Understanding people and developing strategies</li> </ul>
4.Meaningfulness	<ul style="list-style-type: none"> <li>Life is important</li> <li>Finding my role in the community</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Developing realistic life plan</li> </ul>
5.Hope	<ul style="list-style-type: none"> <li>Meaning for recovery</li> <li>A Life is bigger than illness</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Developing strategies for hope</li> </ul>
6.self-management	<ul style="list-style-type: none"> <li>Know me and take responsibility for my life</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recognizing and sharing warning signs</li> <li>Developing own strategies</li> </ul>

### 3.2 프로그램 참여자의 일반적 특성

당사자 리더십 프로그램에 참여한 20명에 대한 인구학적 특성은 Table 2와 같다. 프로그램 참여자 20명 중 남성 11명(55.0%), 여성 9명(45.0%)으로 비슷하게 나타났다. 나이는 평균 42.9세로 나타났으며, 30대가 6명(30.0%), 결혼 상태는 미혼 15명(75.0%), 교육수준은 고등학교 졸업 10명(50.0%), 경제적 상태는 기초수급 16명(80.0%), 고용상태는 취업 13명(65.0%)이 각각 높게 나타났다. 진단명으로 조현병이 16명(80.0%), 조울증, 아스퍼거, 행동장애를 포함하는 기타가 4명으로 나타났다. 장애등급은 3급 16명(80.0%), 2급 2명(10.0%), 등급 없음 2명(10.0%)으로 나타났다.

### 3.3 당사자 리더십 프로그램 효과

프로그램의 효과성을 위해 낙인 중 무가치-차별, 임파워먼트, 셀프리더십, 장애수용 4가지 척도를 이용하였다. 무가치-차별에 대한 낙인의 경우 프로그램 참여 전 평균 2.85(SD=.75)에서 참여 후 평균 3.09(SD=.73)로 나타나 통계적으로 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났다( $t=2.465, p<.05$ ). 임파워먼트 척도 중 사회적 능력강화의 경우 프로그램 참여 전 평균 3.09(SD=.52)에서 참여

후 평균 3.38(SD=.41)로 나타나 통계적으로 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났다( $t=3.161, p<.01$ ). 전체 임파워먼트의 경우 프로그램 참여 전 평균 3.18(SD=.47)에서 참여 후 평균 3.38(SD=.35)로 나타나 통계적으로 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났다( $t=2.450, p<.05$ ).

셀프리더십 척도 중 자연적 보상전략의 경우 프로그램 참여 전 평균 3.33(SD=.72)에서 참여 후 평균 3.88(SD=.64)로 나타나 통계적으로 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났다( $t=3.232, p<.01$ ). 건설적 사고전략의 경우 프로그램 참여 전 평균 3.22(SD=.34)에서 참여 후 평균 3.41(SD=.48)로 나타나 통계적으로 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났다( $t=2.128, p<.05$ ). 전체 셀프리더십의 경우 프로그램 참여 전 평균 3.33(SD=.38)에서 참여 후 평균 3.61(SD=.45)로 나타나 통계적으로 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났다( $t=3.795, p<.01$ ).

장애수용 척도 중 장애인식은 프로그램 참여 전 평균 3.21(SD=.59)에서 참여 후 평균 3.45(SD=.60)로 나타나 통계적으로 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났다( $t=2.477, p<.05$ ). 전체 장애수용의 경우 프로그램 참여 전 평균 3.21(SD=.58)에서 참여 후 평균 3.48(SD=.63)로 나타나 통계적으로 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났다( $t=2.527, p<.05$ ).

Table 2. General characteristics of study participants

Characteristics	Categories	n	%
Gender	Female	9	45.0
	Male	11	55.0
Age (M=42.9) (SD=11.39)	20	3	15.0
	30	6	30.0
	40	4	20.0
	50	5	25.0
	60	2	10.0
Marriage status	Single	15	75.0
	Married	1	5.0
	Divorced	4	20.0
Education level	Middle school graduate	6	30.0
	High school graduate	10	50.0
	2yr college graduate	1	5.0
	4yr college graduate	3	15.0
Poverty level	Poor	16	80.0
	Near Poor	1	5.0
	Not poor	3	15.0
Employment	Employed	7	35.0
	Unemployed	13	65.0
Diagnosis	Schizophrenia	16	80.0
	Others	4	20.0
Disability Rate	Level 1	-	-
	Level 2	2	10.0
	Level 3	16	80.0
	No level	2	10.0
Total		20	100.0

Table 3. Effects of Recovery Program (N=20)

Instrument Types	Pre M(SD)	Post M(SD)	t
Stigma	2.85(.75)	3.09(.73)	2.465*
Empo Self-empowerment	3.28(.48)	3.37(.33)	.991
werm Social-empowerment	3.09(.52)	3.38(.41)	3.161**
Total	3.18(.47)	3.38(.35)	2.450*
Behavioral Strategy	3.76(.48)	3.68(.76)	-.492
Leda Natural Compensation	3.33(.72)	3.88(.64)	3.232**
ersh Constructive Thinking	3.22(.34)	3.41(.48)	2.128*
P Total	3.33(.38)	3.61(.45)	3.795**
Disab disability perception	3.20(1.01)	3.38(1.00)	.991
ility disability overcome	3.21(.59)	3.45(.60)	2.477*
Awar Total	3.21(.58)	3.48(.63)	2.527*

Note. \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

#### 4. 논의

본 연구는 회복을 기반으로 정신장애인을 위한 당사자 리더십 프로그램을 개발하고 효과성을 분석하는 것이 목적이다. 프로그램 개발을 위해 현재 국외에서 운영되고 있는 회복 프로그램들과 문헌을 검토하였다. 프로그램에 회복관점을 최대한 녹여 넣기 위해 당사자는 ①자신의 장애를 알고 주체적으로 삶을 살아갈 수 있는 힘을 가지고 있으며, ②당사자는 삶의 주인이며, ③개개인의 생각과 경험을 존중하며, ④다른 사람의 이야기를 끝까지 듣는 규칙들을 적용하였다. 그리고 Brown이 제시한 당사자 기반 회복을 위한 프레임워크를 적용하여 장애에 대한 이해, 셀프리더십, 역량강화, 자기주도 실천계획을 기반으로 교육을 실시하였으며, 반복적인 실습을 강조할 수 있도록 교육-실습을 혼합하였다.

기본 요소들을 설정하여 프로그램을 구성하였으며, 전문가 4인에게 총 4회 자문을 통해 최종적으로 6회기 당사자 리더십 프로그램을 개발하였다. 각각의 회기는 재연결-인식개선-협력-의미있음-희망-자기관리라는 6가지로 구성하였다. 2박 3일간 6회기 프로그램을 실시한 결과, 낙인 척도 중 무가치-차별과 임파워먼트 척도 중 사회적 능력강화, 전체 임파워먼트가 통계적으로 유의미하게 높아졌다. 셀프리더십 척도 중 자연적 보상전략, 건설적 사고전략, 전체 셀프리더십이 통계적으로 유의미하게 높아졌다. 장애수용 척도 중 장애인식과 전체 장애수용이 통계적으로 유의미하게 높아졌다. 이러한 결과는 개발된 회복기반 당사자 리더십 프로그램이 당사자들의 낙인을 낮추고, 임파워먼트, 셀프리더십, 장애수용을 높이는 것을 알 수 있다.

본 연구에서 개발된 프로그램에 따른 결과를 기반으로 5가지 사항에 대해 논의하고자 한다. 첫째, 본 연구는 회복 프로그램을 개발하고 실제로 적용한 뒤 효과성을 검증하는 것이 목적이다. 회복관련 프로그램의 효과를 탐색한 연구들은 당사자의 장애에 대한 인식, 장애수용, 낙인 정도, 삶의 질, 변화정도, 역량강화, 가족 및 외적지지, 증상감소 등을 탐색하였으며, 긍정적인 변화를 보고하였다 [6-10]. 이는 본 연구에서 사용한 낙인, 역량강화, 장애수용 척도가 회복기반 프로그램들이 사용한 척도들이며, 연구들과 유사한 결과를 보여준다. 특히, 프로그램 참여자들은 회기가 진행됨에 따라 증상의 감소, 삶에 대한 희망, 가족을 다시 만나고 싶다는 의지 등에 대해 많은 이야기를 하였다. 초반회기에는 재연결, 장애인식, 협력을 중점으로 자신의 경험과 장애에 대해 주로 이야기하였다.

하지만, 4회기를 넘어가면서 당사자들은 다양한 주제들(예, 삶-가족-직장복귀의 의미, 희망을 높이는 방법, 자기관리를 위한 전략, 증상이 있지만 긍정적으로 살아가기, 가족과 주변사람들의 지원의 필요성, 다른 사람에게 부탁하는 방법)에 대해 자연스럽게 이야기하고 다른 사람의 의견을 경청하였다. 프로그램 참여자 중 2명은 모든 회기가 종료된 이후 설문지를 작성하면서 '실제로 자신을 괴롭히던 증상이 없어지고 병이 점차 나아지고 있다'고 언급하였다. 변화를 분석한 결과에서도 나타나듯이 당사자 스스로 ①장애에 대해 알고, ②장애를 받아들이고, ③ 자신도 이전의 삶이나 자신이 원하는 삶으로 돌아갈 수 있다는 믿음과 역량강화를 통해, ④이전에 끊어졌던 관계들을 재연결하고, ⑤정신장애로부터 회복할 수 있다는 생각과 믿음을 갖게 되는 과정으로 볼 수 있다. 장애로부터 회복은 당사자가 삶에 대해 새로운 마음가짐을 가지게 도와주고 자신을 괴롭히던 증상들이 자연스럽게 줄어들거나 사라지도록 도와주는 것이다. 희망을 중점으로 하는 이러한 선순환 연결고리를 통해 당사자는 인지적 변화와 행동의 변화를 포함하는 인지-행동의 변화(cognitive-behavior change)를 경험하게 된다. 비록 본 연구에서 프로그램을 통해 희망 수준이 높아졌거나 선순환적 연결고리에 대해 직접 탐색하지 않았지만, 연구결과를 통해 이러한 것들을 유추할 수 있다. 이는 추후연구를 통해 프로그램에 참여한 당사자들의 증상이 어느 정도 안정되었는지, 희망의 수준과 선순환적 연결고리를 탐색하는 것을 필요로 한다.

둘째, 개발된 프로그램 중 눈여겨보아야 할 점으로 '희망(Hope)'에 대한 교육이 첫 회기가 아닌 프로그램 후반기에 제공되었다는 것이다. 이는 기존의 회복 프로그램들이

희망을 초기 회기에 배치한 것과 반대이다[16,17]. 많은 회복관련 프로그램들이 정신장애로부터 회복할 수 있으며, 다시 삶을 시작할 수 있다는 희망을 보여주는 회기를 초반에 실시한다. 하지만, 본 프로그램은 현재 한국사회의 정신장애에 대한 깊숙한 대중의 편견과 당사자의 높은 자기낙인을 낮추고, 장애를 이해시킨 뒤 회복을 위한 전략을 교육하고자 하였다. 그리고 회복이 현실적으로 가능하다는 것을 더욱 강조하기 위해 희망에 대한 회기를 후반에 배치하였다. 이러한 의도는 Gilbert 등이 실시한 회복기반 프로그램과 동일하다[28]. Gilbert 등은 회복 프로그램을 제공할 때 희망을 중요성과 역할을 5일차 중 4일차 마지막 회기에 제공하여 정신장애로부터 회복을 가능성을 강조하였다. Gilbert의 프로그램 중 4일차 회기에 포함되어 있는 내용은 사회통합, 직업활동, 개인의 가치와 믿음, 강점기반 접근, 희망의 역할 등 이다[28].

셋째, 회복 프로그램 확대를 위해 정신건강 전문가들과 당사자들이 함께 회복에 대해 이야기할 수 있는 다양한 프로그램들이 개발되어야 한다[20]. 단순히 회복에 대한 교육을 제공하는 전문가 중심의 일방향적인 방법을 지양하고 당사자가 회복의 주체가 되어 전문가와 신뢰를 가지고 함께 내용을 결정하고 프로그램을 계획/평가하도록 설계하는 형태의 교육이 제공되어야 한다[16,17]. 당사자 중심의 문헌연구를 수행한 Ellison등[17] 연구를 보면 회복프로그램들이 점차 전문가 중심에서 '당사자와 전문가 혼합' 혹은 '당사자 중심'으로 변화하고 있다. 서구사회는 기존에 전문가들이 당사자들에게 지식을 전달하고 교육하는 것을 넘어 훈련받은 당사자들이 동료전문가(certified peer-specialist, peer-supporter)가 되어 보조진행자가 아닌 실제 교육자로 활동하고 있다[12]. 본 연구도 개발된 프로그램을 훈련받은 동료전문가가 주체적으로 자신의 역할을 발견하고 프로그램을 운영할 수 있는 가능성을 보여준다. 특히, 참여자 3인은 프로그램을 통해 전문가-당사자 간 좋은 관계를 맺는 방법을 알게 되었고, 서로 협력과 의사소통을 하고 회기 내에서 할 수 있는 일을 하고 서로 도움을 주고받을 수 있어 양방향적인 의사소통과 상호신뢰를 경험하였다고 하였다. 당사자-당사자 간 교육을 통해 나의 경험을 다른 사람과 공유하고 다른 사람의 이야기를 경청할 수 있게 되어 진정한 위로를 받았고, 다른 사람의 이야기를 잘 듣고 나의 목소리를 낼 수 있는 변화가 나타났다고 언급하였다.

넷째, 개발된 프로그램은 6회기로 구성되었지만, 참여자들의 의견은 교육보다 실습시간을 늘려 10회기 이상이 운영되어야 하는 것으로 나타났다. 2박 3일 일정으로

단기간에 집중적으로 회복의 의미를 이해하고 실습을 통해 습득하는 집합교육 형태로 이루어졌다. 하지만, 참여자들은 긴 기간 동안 그렇지 않다면 자주 프로그램이 제공되어야 한다고 언급하였다. 프로그램 종료 시기에 참여자 4인은 다양한 회기들을 통해 이론수업과 실질적인 훈련, 체험기회를 얻어 긍정적인 변화를 경험할 수 있었음을 언급하였다. 하지만, 2박 3일 동안 집중적인 연수와 짧은 회기는 배운 것을 충분히 실습하거나 체험할 수 있는 시간이 충분하지 않은 것으로 나타났다. 이론적인 수업은 어려움이 없었지만, 새로운 것(예, 당사자 실천계획을 작성하거나 특히 세부적인 목표와 계획을 세우기)을 하는 경우 이해하고 시행하는데 어려움을 경험하였다. 결국, 현재 6회기에서 8-10회기로 늘려 이론수업(1-3 또는 1-4회기)과 실습(4-8 혹은 5-10회기)으로 구성해야 할 것이다. 회기의 횟수, 시간조정과 함께 필요한 것으로 개발된 회복프로그램이 확대될 수 있도록 정신장애 관련 협회나 실천현장에서 지속적으로 운영되어야 한다[2].

다섯째, 많은 회기를 통해 프로그램을 제공하는 것도 필요하지만, 힘들게 구성된 회복프로그램이 지속적으로 유지되기 위해 현재 정신건강기관 내 기관장들에게 회복에 대한 교육이 우선적으로 실시되어야 할 것이다. 프로그램을 개발 및 시행한 송곡클럽하우스, 컴넷하우스, 부산소테리아하우스, 아미정신건강센터 등은 국내에서 몇 안 되는 당사자 회복지향 실천 기관들이다. 물론 더 많은 정신건강기관들이 회복지향 실천을 하고 있지만, 기관 미션이 '당사자의 회복', 비전이 '당사자의 역량강화와 자신의 삶을 살아가도록 돕는 기관'으로 보기 어렵다. 사회복지실천 현장에서 기관이 새로운 철학, 운동, 관점을 받아들이는 방법은 하향식(top-down)과 상향식(bottom-up)이 있다. 접근법의 차이는 변화를 위한 시간과 비용, 변화에 대한 유연성이다. 물론 기관입장에서 모든 결정권이 위에서 집중되는 경영체제(하향식)보다 모든 사람이 의사결정을 하고 자연스럽게 변화하는 것이 좋지만, 실제로 변화가 일어나는때까지 많은 시간과 비용을 필요로 한다(상향식). 그렇기 때문에 보다 빠르게 회복패러다임을 받아들이 실천현장에 적용하기 위해 기관장에 대한 교육이 우선되어야 한다. 기관장의 변화에 대한 의지를 기반으로 국내 정신보건기관들이 회복기반 실천을 알고, 현장에 정착시키고 국가 정책개발에도 영향을 미칠 수 있을 것이다. 따라서 회복프로그램의 안정화와 확대를 위해 기관장들의 노력이 요구된다.

본 연구의 제한점은 첫째, 단일집단(조현병 80.6%)을 대상으로 프로그램에 대한 효과를 알아보았기 때문에 연

구결과를 다른 환경이나 전체 정신장애 분야에 일반화하는데 한계가 있다. 추후에는 비교집단들(일반적인 프로그램, 프로그램 제공 없음)을 추가한 뒤 프로그램 효과를 탐색해야 할 것이다. 둘째, 본 연구는 양적분석에 초점을 두었기 때문에 프로그램 참여자들이 경험한 변화들을 심층적으로 알아내는 것이 제한된다. 추후연구는 인터뷰 기법을 적용한 혼합연구방법(mixed method)을 사용하여 프로그램에 따른 변화를 알아보아야 할 것이다.

## 5. 결론

본 연구는 전문가와 당사자가 함께 진행하는 정신장애인 회복프로그램을 국내에서 처음 개발하고 그 효과성을 검증하였다는데 연구의 의의가 있다. 이와 함께 정형화되지 않은 인터뷰를 통해 프로그램 참여자들의 변화와 프로그램의 발전을 위한 의견을 수집하여 회복에 초점을 둔 증거기반 실천 프로그램을 제안한 것에 사회복지 실천영역에서 의의가 있다. 비록 본 연구에서 프로그램을 통해 당사자의 낙인, 역량강화, 리더십, 장애수용에 대한 긍정적인 변화가 있는 것으로 나타났지만, 보다 심층적인 효과성을 탐색하는데 한계가 존재한다. 향후 보다 다양한 집단을 대상으로 그리고 인증된 당사자가 직접 프로그램을 운영한 뒤 그 효과성을 탐색하는 연구가 이루어져야 할 것이다. 또한, 질적연구를 통해 당사자들의 긍정적인 변화들을 모으거나 영상으로 만들어 당사자가 중심이 되는 회복프로그램의 효과를 알리는 등 보다 다양한 활동이 이루어져야 할 것이다.

## References

- [1] P. Deegan, "Recovery: The lived experience of rehabilitation, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, Vol.14, No.4, pp.11-19, 1988.  
DOI:<https://doi.org/10.1037/h0099565>
- [2] K. Egeland, T. Ruud, T. Ogden, R. Farding, J. Lindstrom, K. Helervang, "How to implement illness management and recovery (IMR) in mental health service settings: evaluation of the implementation strategy", *International Journal of Mental Health Systems*, Vol.11, pp.13-23, January 2017.  
DOI:<https://doi.org/10.1186/s13033-017-0120-z>
- [3] M. Farkas, C. Gagne, W. Anthony, J. Chamberlin, "Implementing recovery oriented evidence based programs: Identifying the critical dimensions",



- Community Mental Health Journal*, Vol.41, No.2, pp.141-158, April 2005.  
DOI:<https://doi.org/10.1007/s10597-005-2649-6>
- [4] M. Kim, A. Byrne J. Jeon, "Predictors of treatment participation rate of substance use disorders among Whites and African Americans", *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, Vol.21, pp.1-14, May 2019.  
DOI:<https://doi.org/10.1080/15332640.2019.1612300>
- [5] M. Kim, K. Ha, "Study on mental health delivery system reform for deinstitutionalization of persons with mental illness", *Social Welfare Policy*, Vol.43, No.3, pp.31-57, September 2016.  
DOI:<https://doi.org/10.15855/swp.2016.43.3.31>
- [6] J. Boardman, G. Shepherd, "Putting recovery into practice: Organizational change and commissioning", *Journal of Mental Health Training*, Vol.6, No.1, pp.7-16, March 2011.  
DOI:<https://doi.org/10.1108/17556221111136125>
- [7] D. Hutchinson, D. Wilbur, M. Farkas, Z. Russinova, V. Gidugu, "Vocational illness management and recovery: A promising new practice", Boston University center for psychiatric rehabilitation. Boston, MA, 2014.
- [8] National Alliance on Mental Illness, "Road to recovery: Employment and mental illness", Arlington, VA: NAMI, 2014.
- [9] J. Francisco, G. Helena., "A systematic review and meta-analysis of recovery educational interventions for mental health professionals", *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, Vol.46, No.6, pp.724-752, November 2019.  
DOI:<https://doi.org/10.1007/s10488-019-00956-9>
- [10] D. Hutchinson, M. Farkas, C. Gagne, "Vocational illness management and recovery", Boston, MA: Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation, 2015. Available at <https://cpr.bu.edu/store/curricula/vocational/vimr/>
- [11] T. Kim, Y. Yang, "Korean translation of Mental Health in Korea: OECD review and commendations 2013 summary", *Korean Journal of Family Practice*, Vol.3, No.3, pp.236-239, September 2013. Available at <http://www.kjfp.or.kr/journal/view>.
- [12] M. Kim, M. Choi, Y. Kim, "Recovery in mental illness: Transforming peer-run-program", *Mental Health and Social Work*, Vol.42, No.4, pp.204-232, December 2014. Available at <http://www.dbpia.co.kr/NODE06292286>
- [13] M. Kim, K. Ha, "A study on mental health delivery system reform for deinstitutionalization of persons with mental illness", *Social Welfare Policy*, Vol.43, No.3, pp.31-57, September 2016.  
DOI:<https://doi.org/10.15855/swp.2016.43.3.31>
- [14] W. Anthony, "A recovery-oriented service system: Setting some system standards", *Psychosocial Rehabilitation Journal*, Vol.24, No.2, pp.159-168, 2000.  
DOI:<https://doi.org/10.1037/h0095104>
- [15] N. Jacobson, D. Greenley, "What is recovery? A conceptual model and explication", *Psychiatric Services*, Vol.52, No.4, pp.482-285, April 2001,  
DOI:<https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.4.482>
- [16] P. Chester, C. Ehrlich, L. Warburton, D. Baker, E. Kendall, D. Crompton, "What is the work of recovery oriented practice: A systematic literature review", *International Journal of Mental Health Nursing*, Vol.25, No.4, pp.270-285, July 2016,  
DOI: <https://doi.org/10.1111/inm.12241>
- [17] M. Ellison, L. Belanger, B. Niles, L. Evans, M. Bauer, "Explication and definition of mental health recovery: A systematic review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, Vol.45, No.1, pp.91-102, January 2018.  
DOI:<https://doi.org/10.1007/s10488-016-0767-9>
- [18] G. Morse, M. Monroe-DeVita, M. York, R. Peterson, J. Miller, M. Hughes, E. Carpenter-Song, C. Akiba, G. McHugo, "Implementing illness management and recovery within assertive community treatment teams: A qualitative study", *Psychiatric Rehabilitation Journal*. Advance online publication, 2019.  
DOI:<https://doi.org/10.1037/pri0000387>
- [19] K. Egeland, T. Ruud, T. Ogden, R. Fardig, J. CLindstrom, K. Heiervang, "How to implement illness Management and Recovery (IMR) in mental health service settings: evaluation of the implementation strategy", *International Journal of Mental Health Systems*, Vol.11, No.13, December 2017.  
DOI:<https://doi.org/10.1186/s13033-017-0120-z>
- [20] M. Kim, "The experience of recovery from severe mental illness: A qualitative meta-summary", *Social Science Research Review*, Vol.34, No.1, pp.85-110. February 2018.  
DOI:<https://doi.org/10.18859/ssrr.2018.02.34.1.85>
- [21] J. Park, "A meta-analysis on the variables related with recovery among persons with mental illness", *Journal of the Korea Contents Association*, Vol.18, No.12, pp.535-546, December 2018. Available at <http://www.dbpia.co.kr/NODE07588555>
- [22] L. Brown, "Consumer-run mental health framework for recovery", New York, NY: Springer.  
DOI:<https://doi.org/10.1007/978-1-4614-0700-3>
- [23] K. Lee, "Study on the stigma about persons with mental disability", Unpublished master dissertation, Ewha University, February 2001. Available at <http://www.riss.kr/?q=614db49013bc8b46>
- [24] S. Choi, T. Hwang, W. Lee, "Development of Korean version of empowerment scale for psychiatric rehabilitation", *Journal of Korean Association of Society Psychiatry*, Vol.10, No.1, pp.38-47, 2005. Available at <http://journal.kisep.com/05006.pdf>
- [25] Y. Shin, M. Kim, Y. Han, "A Study on the validation of the Korean version of the revised self-leadership questionnaire (RSLQ) for Korean college students", *The Korean Journal of School Psychology*, Vol.6, No.3,

pp.313-340, December 2009.

DOI:<https://doi.org/10.16983/kisp.2009.6.3.377>

- [26] Y. Kang, J. Park, I. Koo, "Self-awareness and self-acceptance test validation study", Korea Employment Agency for the Disabled Employment Development Institute: Seongnam, October 2008.
- [27] H. Yang, Y. Ko, Y. Park, H. Lee, "The effect of discrimination and self-efficacy on people with acquired physical disability's acceptance of disability - Focusing on conditional process modeling through social activity participation, *Disability and Employment*, Vol.27, No.3, pp.89-112, 2017.  
DOI:<https://doi.org/10.15707/disem.2017.27.3.004>
- [28] H. Gilbert, M. Slade, V. Bird, S. Oduola, T. Craig, "Promoting recovery-oriented practice in mental health services: a quasi-experimental mixed-methods study", *BMC Psychiatry*, Vol.13, No.167, December 2013. DOI:<https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-167>
- [29] N. Chang, P. Grant, L. Luther, A. Beck, "Effects of a recovery-oriented cognitive therapy training program on inpatient staff attitudes and incidents of seclusion and restraint", *Community Mental Health Journal*, Vol.50, No.4, pp.415-421, May 2014.  
DOI:<https://doi.org/10.1007/s10597-013-9675-6>

이 근 희(Lee Keunhee)

[정회원]



- 2013년 2월 : 부산가톨릭대학교 사회복지학 전공(학사)
- 2013년 11월 ~ 현재 : 송국클럽하우스 근무
- 2020년 3월 ~ 현재 : 부산대학교 대학원 사회복지학과

<관심분야>

정신장애인 당사자 인식개선, 초발정신장애, 근거기반실천

김 민(Min Kim)

[정회원]



- 2013년 12월 : East Carolina 대학, Rehab counseling and administration (Ph.D)
- 2014년 3월 ~ 2016년 3월 : Boston 대학 Center for psychiatric Rehabilitation, 박사사후과정연구원
- 2016년 4월 ~ 2018년 3월 : 한국장애인개발원, 부연구위원
- 2018년 4월 ~ 현재 : Human Resource Evaluation, case manager and consultant

<관심분야>

재활상담, IPS, 동료상담