

인권친화적 서비스 경험이 정신의료기관 입원 정신장애인의 생활만족도에 미치는 영향:

의료 보장 상태에 따른 다집단 분석

박 종 은¹ | 강 상 경^{1*}

¹ 서울대학교

* 교신저자: 강상경 (skahng@snu.ac.kr)

초 록

정신의료기관에서의 입원 치료는 많은 국내 정신장애인이 회복 과정에서 겪는 필연적인 경험 중 하나이다. 본 연구는 정신의료기관에 입원한 정신장애인의 생활만족에 주목하였다. 구체적으로 WHO QualityRights Tool Kit에서 제시하는 정신장애인의 다섯 가지 권리 보장 항목인 적정 생활 수준 및 사생활 보장, 정신 및 신체 건강 보장, 자기결정권 보장, 학대 및 폭력으로부터의 자유, 지역사회 통합에 근거한 서비스 경험이 입원 정신장애인의 생활만족에 미치는 영향을 살펴본다. 그리고 영향요인이 의료 보장 상태에 따라 차이가 있는지 검증한다. 연구 문제를 해결하기 위해 2022년 국가인권위원회 실태조사에 참여한 입원 당사자 228명을 대상으로 구조방정식 및 다집단 분석을 실시하였다. 주요 연구 결과는 다음과 같다. 첫째, 다섯 가지 권리 중 적정 생활 수준 및 사생활 보장, 자기결정권 보장, 학대 및 폭력으로부터의 자유 보장에 대한 서비스 경험이 많을수록 입원 정신장애인의 생활만족이 높아지는 것으로 나타났다. 둘째, 의료 보장 상태에 따른 집단 간 차이를 검증한 결과 모든 권리 항목에서 집단 간 차이가 나타났다. 이러한 연구 결과에 근거하여 입원 정신장애인의 생활 만족 증진을 위한 실천 및 정책적 함의를 논의하였다.

주요 용어: 정신의료기관, 입원 정신장애인, 생활만족, 인권친화적 환경, 의료 보장 상태

알기 쉬운 요약

이 연구는 왜 했을까? 정신장애인의 인권 보장을 위해 국제인권기준(켈리타라이츠툴킷)에서 제시하는 적정 생활 수준 및 사생활 보장, 정신 및 신체 건강 보장, 자기결정권 보장, 학대 및 폭력으로부터의 자유, 지역사회 통합 관련 서비스 경험이 입원 정신장애인의 생활만족을 증진하는지 살펴보았다. 또한, 서비스 경험이 입원 정신장애인의 생활만족에 영향을 미칠 때 의료 보장 상태에 따라 차이가 있는지를 살펴보았다.

새롭게 밝혀진 내용은? 적정 생활 수준 및 사생활 보장, 자기결정권 보장, 학대 및 폭력으로부터의 자유 보장에 대한 서비스 경험이 많을수록 입원 정신장애인의 생활만족이 높아졌다. 의료 보장 상태에 따른 집단 간 차이를 검증한 결과 모든 권리 항목에서 집단 간 차이가 나타났는데, 앞선 연구 결과에서 검증이 되지 않은 신체 및 정신건강 보장, 지역사회통합 보장의 경우 의료 보장 상태에 따라 그 효과가 반대로 나타났다.

앞으로 무엇을 해야 하나? 입원 정신장애인의 생활만족을 증진하기 위해 WHO에서 제시하는 안내에 따라 다섯 가지 권리 영역에 대한 서비스를 제공해야 한다. 특히 신체 및 정신건강 보장, 지역사회통합 보장의 경우 의료 보장 상태에 따라 그 영향이 다르므로, 의료 보장 상태에 따라 더 주의 깊은 개입이 필요하다고 제안하였다.

이 논문은 대한민국 정부의 재원(교육부)으로 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구임(NRF-2019S1A3A2099593).

- 투 고 일: 2023. 04. 19.
- 수 정 일: 2023. 06. 19.
- 게재확정일: 2023. 06. 19.

1. 서론

정신의료기관은 정신장애인이 회복을 위해 활용할 수 있는 자원 중 상대적으로 접근성이 높은 장소 중 하나이며, 정신질환을 경험하는 당사자에게 입원치료는 WHO가 제시하는 여러 회복 방법 중 하나이다(WHO, 2021; 권자영, 박향경, 2022). 실제 국내 정신건강증진기관 시설 현황에 따르면 전체 정신건강증진기관 2,662개소 중 정신의료기관이 총 1,949개소로 73%에 이르며(보건복지부, 2022), 인구 10만 명당 정신 및 행동 장애 진단 환자의 입원 기간을 살펴보면 2020년 기준 OECD 국가 평균은 32.5일인 반면, 우리나라의 평균 입원 일수는 200.4일에 달할 정도로 병원에서 많은 시간을 머문다(OECD, 2022). 이렇게 입원치료가 정신장애인 당사자의 회복에 많은 비중을 차지하고 있지만, 입원치료 경험이 당사자의 회복을 돕지 못한다는 비판적 주장이 존재해왔다. 과거부터 정신의료기관의 환자들은 수용소에서의 죄수와 유사하게 묘사되기도 하였고(Tansella, 1986), 정신의료기관에 입원하였던 정신장애인의 경험을 회고적으로 살펴본 연구들에 따르면 많은 경우 입원 경험이 부정적으로 평가되고 있다(권자영, 박향경, 2022; Syamsudin, Nisa Fiddaroini & Junnatul Azizah Heru, 2019). 그러나 정신의료기관 입원 치료에서 긍정적인 경험을 한 것으로 회고되는 연구도 존재하는데 이러한 연구들에서는 입원 당사자의 개별 상황에 맞는 치료적 관계형성과 환경 조성이 강조된다(정현주, 2019). WHO(2021)가 제시하는 여러 회복 방법 중 입원치료의 주요 소비자인 정신장애인이 경험하는 정신의료기관 생활만족도를 살펴보고, 이를 증진하기 위한 영향요인을 살펴서 입원 정신장애인이 입원 기간 동안 최적의 치료를 받을 수 있도록 회복을 지원하는 접근이 피해야 한다.

WHO(2012)에서 발표한 인권 기반 시설평가 틀인 QualityRights Tool Kit에서는 정신장애인이 정신건강 관련 기관을 이용할 때 적정 생활 수준과 사생활, 신체 및 정신건강, 자기결정권, 학대 및 폭력으로부터의 자유, 지역사회통합에 대한 다섯 가지 권리를 보장받아야 함을 명시하고 있다. 실제 WHO(2012)에서 다루고 있는 틀의 요소들은 정신의료기관 입원 경험이 당사자들에게 부정 혹은 긍정적으로 평가되는 이유와 연결된다. 부정적으로 평가되는 요소들은 사생활이 보장되지 않는 병실, 단체 생활로 자기결정권을 존중받지 못하는 환경, 격리 및 강박의 고통, 퇴원을 위한 입원이 아닌

입원을 위한 입원이 지속되는 경험 등이고(권자영, 박향경, 2022; 정현주, 2019; Syamsudin et al., 2019), 긍정적으로 평가되는 요소들은 외출의 자유 보장, 의료진과의 잦은 만남과 대화 등과 같은 개별화된 치료접근, 환자의 선호를 중심하는 치료 환경, 대화를 통한 치료와 같은 대안적 치료, 지역사회통합을 위한 퇴원계획 수립 등이다(양종현, 송태균, 장동민, 2012; 정명숙, 강석임, 2010; Nettet, Rossberg, Almvik & Friis, 2009; Perreault, Tardif, Provencher, Paquin, Desmarais & Pawliuk, 2005; Priebe & Miglietta, 2019; Stamboglis & Jacobs, 2020). 따라서 WHO(2012)에서 다루고 있는 요소들을 통해 입원 정신장애인의 만족을 증진하는 방안이 모색될 필요가 있다.

한편 국내 정신의료기관 서비스에서는 건강보험 상태에 따른 차별적 지점이 존재한다. 국내 몇몇 연구들에서는 정신의료기관에 입원한 경우 의료 보장 상태에 따라 의식주, 치료의 질, 입원 기간 등에 차이가 발생하고 있다고 지적하는데(박승규, 2008; 박창범, 2018; 이대희, 박은철, 남정모, 이재욱, 이동한, 유승훈, 2003), 이러한 차이의 원인은 주로 의료급여와 건강보험의 수가 체계의 격차에서 기인한다는 설명이 지배적이다(이요셉, 김상현, 예레미, 김명화, 2021). 그러나 이러한 논의에서 나아가 실제 정신의료기관에서의 생활 만족에 영향을 미치는 요인들이 의료 보장 상태에 따라 차이가 있는지, 어떠한 지점들에서 특히 차이가 발생하는지에 대한 선행연구는 제한적이다.

현재까지의 연구의 한계와 본 연구의 필요성을 정리하면 다음과 같다. 첫째, 정신의료기관에 입원한 정신장애인들의 생활 만족에 주목해야 할 필요가 있다. 국내 정신건강서비스 현황을 고려하였을 때 병원 입원을 통한 회복은 많은 당사자가 경험하는 과정 중 하나이다. 때문에 입원 경험을 만족스럽게 하는 것 또한 매우 중요한 부분이라 할 수 있는데, 그동안 입원 정신장애인의 생활 만족 혹은 경험에는 상대적으로 관심이 부족하였다.

둘째, 국제적 지향성에 따라 생활만족에 영향을 미치는 요인으로서 다섯 가지 권리의 측면을 살펴보고 생활만족을 증진하는 요인들을 검토하는 과정이 필요하다. WHO(2012)에서 기관을 이용 혹은 입소(원)하고 있는 정신장애인들에게 제공해야 하는 다섯 가지 권리를 제시하고 있다. 실제 이러한 다섯 가지 권리는 국내 입원 정신장애인이 입원 경험을 부정 혹은 긍정적으로 회고하게 되는 요소들과 연결된다. 이에 따

라 본 연구에서는 적정 생활 수준 및 사생활 보장, 신체 및 정신건강 보장, 자기결정권 보장, 학대 및 폭력으로부터의 자유 보장, 지역사회 통합 보장에 대한 서비스 경험이 입원 당사자의 생활 만족에 미치는 영향을 살펴보고자 한다.

셋째, 국내 정신의료기관 수가체계의 특수성을 고려하여 이러한 다섯 가지 권리가 생활만족에 영향을 미치는 데 있어, 건강보험 상태에 따라 차이가 나는지 검토할 필요가 있다. 국내 연구들에 따르면 의료 보장 상태에 따라 입원 정신장애인이 받는 의식주, 치료 과정, 입원 기간 등에 차이가 있어 입원 생활만족도 저하될 것으로 보고되고 있지만, 실제 의료 보장 상태에 따른 생활만족의 영향 요인 차이에 대한 검증은 제한적으로 이루어졌고, 권리 차원에서의 논의도 부족하였다.

상기와 같은 기존 연구의 한계 및 필요성에 근거하여, 본 연구에서는 WHO(2012)가 제시하는 다섯 가지 권리 보장 항목에 근거한 인권친화적 서비스 경험이 입원 정신장애인의 생활 만족에 미치는 영향을 살펴봄으로써, 영향을 미치는 요인들은 강화하고, 그렇지 못한 요인들은 생활 만족을 증진하기 위해 어떤 실질적, 정책적 방향성 가져야 하는지 제안하고자 한다. 또한, 서비스 경험이 입원 정신장애인의 생활 만족에 영향을 미치는 데 있어 의료 보장 상태에 따라 집단 간 차이가 나타나는지 검증하고자 한다. 본 연구의 연구 문제는 다음과 같다.

연구 문제 1. 인권친화적 서비스(적정 생활 수준 및 사생활, 신체 및 정신건강, 자기결정권, 학대 및 폭력으로부터의 자유, 지역사회 통합) 경험이 입원 정신장애인의 생활만족에 영향을 미치는가?

연구 문제 2. 다섯 가지 권리 보장 서비스 경험이 입원 정신장애인의 생활만족에 영향을 미치는 데 있어 의료 보장 상태에 따른 차이가 있는가?

II. 문헌연구

1. 정신의료기관에 입원 중인 정신장애인의 생활¹⁾

매년 발간되는 ‘정신건강사업안내에 따르면 정신의료기관

은 정신질환자의 진료, 지역사회정신건강증진사업을 지원하는 곳으로 정의되며, 구체적으로 종합병원정신과, 병원정신과, 정신병원, 한방병원정신과, 의원정신과를 포함한다(보건복지부, 2022). 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」(이하 「정신건강복지법」) 제3조제5항에서는 ‘정신질환자를 치료할 목적으로 설치된 기관을 정신의료기관이라 하고, 「정신건강복지법」 시행규칙 별표 3에 따라 ‘정신의료기관 시설 기준 등에 적합하게 설치된 병원을 정신의료기관으로 지칭하고 있다. 이러한 정신의료기관은 다른 국내 정신건강증진기관과 비교하였을 때 시군구별 설치 비율이 높아 물리적 접근성이 높으며(보건복지부, 2022), 정신의료기관에서의 입원치료는 정신장애인에게 중요한 치료 방법 중 하나로 이해되고 있다(권자영, 박향경, 2022). 또한, 본 연구에서의 정신장애인은 정신장애인으로 등록된 장애인 뿐만 아니라 「정신건강복지법」에 따라 의료, 재활, 회복 관련 지원을 받는 모든 사람을 지칭한다(강상경 외, 2021).

입원치료가 정신장애인에게 중요한 치료 방법인 만큼 어떠한 방식으로 입원 치료가 이루어지고, 이에 따라 입원 당사자들이 어떠한 경험을 하는지 또한 매우 중요한 사안이 된다. 입원 치료 과정에서 당사자에게 도움이 되는 긍정적인 경험은 당사자의 회복 경험으로 이어지기 때문이다(정현주, 2019). 그러나 과거부터 정신의료기관에서의 입원은 정신질환자들의 증상을 없애기 위한 감옥과도 같은 규칙이 적용되는 총체적 기관으로 묘사되곤 하였으며(Tansella, 1986), 정신의료기관에서의 입원 생활이 장기입원, 병실 내 환경의 열악함으로 인한 스트레스, 비인간적인 처우 등으로 이어져 결국 정신장애인의 회복을 저해한다는 주장이 있었다(김연옥, 2010; Barton, 1976). 실제 국내 연구들에서도 입원 경험을 한 많은 당사자로부터 입원 경험이 부정적으로 회고되고 있는데, 당사자들은 폐쇄병동에 강제입원되는 경험이 세상과 단절됨을 느끼게 하고, 급성기 증상으로 인한 격리 및 강박이 비인격적인 방식으로 이루어져 부정적인 감정을 경험한다고 보고하였다(정현주, 2019). 또한 개인의 사생활이 보장되지 않는 병실 환경으로 회복에 어려움을 겪었으며, 자신의 의사나 선택이 고려되지 않은 입원기간 및 치료 방법으로 인해 입원생활에 대한 거부감이 생겼다(권자영, 박향경, 2022; 정현주, 2019).

1) 본 연구에서의 생활은 사람이 일정한 환경에서 활동하며 살아가는 것(국립국어원 표준국어대사전, 2023), 즉 정신장애인이 입원기간 동안 병원이라는 환경에서 활동하며 살아가는 것을 의미한다.

한편 정신의료기관에서의 입원치료 경험이 모두 부정적인 것은 아니며 입원치료의 방식이나 환경에 따라 당사자가 경험하는 생활만족이 달라질 수 있다는 논의도 있었다. 치료방식 및 환경의 차이가 나타나는 개방병동과 폐쇄병동을 비교한 연구에서는 병동의 지지적이고 해결중심적인 치료 환경, 현실에 맞는 프로그램이 제공되는 개방병동에서의 치료가 회복을 위한 하나의 대안이 될 수 있다고 제안하였고, 이러한 병동 환경의 차이에 환자의 반응이 민감하게 변화하는 것으로 나타났다(김경중, 배안, 조남현, 1997). 과거 정신의료기관에서의 입원 경험에서 지역사회와의 출입이 자유롭지 못하고 약물 치료 이외에 재활을 위한 프로그램이 부재했던 점 또한 고통이 되었지만 정신보건법 제정 이후 정신의료기관에서의 치료에 대한 만족스러움을 보고하는 당사자도 존재하였다(박은주, 2011).

이렇듯 정신의료기관의 치료 환경에 따라 정신장애인의 생활 만족이 달라질 수 있음에도 불구하고, 실제 의료기관에 입원 중인 국내 정신장애인의 생활실태가 조사된 것은 2019년이 되어서였다. 2019년에 조사된 중증정신장애인 의료체계 실태조사에 따르면, 정신의료기관에서 양질의 치료를 받기에는 인력 부족, 부적절한 시설 여건, 불충분한 서비스의 질 등 제한적인 구조가 존재하며, 현재의 구조 안에서는 환자의 치료기간이 장기화될 수밖에 없고 개별화된 치료가 불가능하여 입원치료에 대한 부정적 인식과 만성화라는 결과가 나타나는 것으로 평가되었다(윤석준 외, 2019).

이는 비단 최근 우리나라에서 일어나는 문제만이 아니다. 이탈리아는 훨씬 더 오래전부터 이에 대한 문제 의식을 느끼고 정신병원이 없는, 정신장애인의 완전한 인권을 보장하는 방향으로 정신보건 개혁을 꾀하였다(이용표, 송승연, 2017). 우리나라가 이탈리아와 같은 방향성을 추구해야 하는지에 대해서는 고민이 필요하겠지만, 현재 국내 정신의료기관에 열악한 치료 환경이 다수 존재하는 상황에서 우선적으로 추구해야 할 것은 인권친화적 환경을 보장하는 국제적 지향성이다. WHO(2012)는 정신장애인이 정신의료기관에서 입원기간 동안 만족스러운 생활을 할 수 있도록 여러 지향점을 제시하고 있다. 그 지향점은 적정 수준의 생활 및 사생활 보장, 정신 및 신체건강 보장, 자기결정권 보장, 학대 및 폭력으로부터의 자유, 지역사회통합 보장으로 구분된다. 이에 다음으로는 정신의료기관의 생활만족 영향요인으로 WHO(2012)에서 제시한 다섯 가지 영역을 중심으로 인권친화적 서비스 경험을 살펴보고자 한다.

2. 정신의료기관의 인권친화적 서비스 경험과 생활만족도

가. 적정 수준의 생활 및 사생활 보장

적정 수준의 생활 및 사생활 보장은 개인의 생활 만족에 영향을 미치는 가장 기본적인 하위 요인이 된다(Maslow & Lewis, 1987). WHO(2012)에서의 적정 수준의 생활 및 사생활 보장은 인간의 기본적 욕구가 되는 적절한 의식주 환경의 제공, 특히 정신의료기관에서는 자유롭게 외부와 전화, 편지, 이메일, 면회, 외출을 통해 소통하고, 병동 내에서 타인과 자유롭게 상호작용하는 것을 포함한다. 실증 연구에 따르면 일반적으로 주거하는 공간의 사생활 보장이 잘 될수록 삶의 만족이 높아졌고(홍선관, 2016), 정신의료기관에서의 사생활 보장은 환경에 대한 만족 뿐만 아니라 공간 자체에 대한 애착을 증대하는 것으로 나타났다(Karlin & Zeiss, 2006). 그러나 2003~2007년 국가인권위원회 진정 내용을 살펴본 연구에서는 국내 정신의료기관의 경우 병상 및 병실 인원 초과, 열악한 시설·위생·급식, 통신·면회·외출·외박 제한과 같은 행동의 자유 제한이 문제가 되는 것으로 밝혀져(서미경, 김재훈, 이진향, 2008), 정신장애인의 생활 만족 수준에 부정적인 영향을 줄 것으로 예측되었다. 최근 국내 연구에서도 정신의료기관 입원 경험이 있는 정신장애인들은 입원기간 동안 생활 만족을 저해하였던 주요 요인으로 좁은 병실로 인한 사생활 침해, 습도·소음·청결 문제를 꼽았으며(권자영, 박향경, 2022), 실제 정신의료기관에서 사생활 보장, 음식의 질, 의사소통의 문제 등이 있을 때 입원 환자의 만족도가 낮아졌다(Semyonov-Tal, 2021). 유사하게 시설 거주 정신장애인의 경우 외출의 자유가 높을수록 삶의 만족도도 높았다(정명숙, 강석임, 2010).

나. 신체 및 정신건강 보장

신체 및 정신건강 보장은 매슬로우 욕구 이론에서 생리적 욕구 다음으로 강조되는 부분이며(Maslow & Lewis, 1987), 정신의료기관에서의 정신 및 신체건강 보장은 입원 정신장애인의 생활만족에 영향을 미쳐 결국 치료적 결과로도 이어지는 중요한 요인이 된다(Kalman, 1983). WHO(2012)에서는 정신의료기관 입원 정신장애인에게 제공되어야 할 정신 및 신체 건강 보장 서비스로 개별화된 질 높은 정신과 치료, 적절한

신체적 치료 보장을 제안하고 있다. 의료서비스의 질 관련 실증 연구에 따르면 의료진의 기술 수준, 의료진과의 쉬운 만남, 대화 용이, 상세한 설명, 검사 및 수술에 대한 상세한 설명, 나의 상태를 자주 확인해주는 등의 서비스 질이 좋을수록 이용자의 만족도 높아지는 것으로 나타났다(양중현 외, 2012), 실제 정신과 환자의 만족도를 높이기 위한 방안으로 환자가 구체적으로 만족 혹은 불만족하는 것에 대해 개방적으로 질문하고 약물 복용량을 조정하는 등 개별적인 치료 접근이 제안된다(Priebe & Miglietta, 2019). 정신과 입원 환자에 대한 개별화된 치료계획은 최근 강조되고 있는 접근 방법으로 환자와 입원 기간 동안의 목표를 함께 설정하고 환자가 가진 강점 및 한계에 기반한 치료를 강조하는데(Clarke & Glick, 2020), 이러한 환자 중심의 개별화된 접근은 입원 환자의 만족도를 높일 것으로 예측된다. 정신과 병동에서 신체건강서비스가 동반될 때 환자의 만족도가 높아진다는 연구 결과도 존재한다(Eytan, Bovet, Gex-Fabry, Alberque & Ferrero, 2004).

다. 자기결정권 보장

입원 정신장애인의 선호와 결정을 고려한 지원은 국제인권기준에서 중요시하는 치료적 방향성 중 하나이며, 장애인권리협약 제12조에 관한 일반논평1호에 따르면 장애인권리협약 가입 당사국인 우리나라는 장애인의 의사 및 선호를 존중해야 할 의무가 있다(UN, 2014). 이에 근거하면 정신의료기관에 입원하고 있는 정신장애인 또한 자기결정권을 위한 지원을 받아야 함이 마땅하며, 실제 2016년 헌법재판소에서도 보호입원이 「대한민국헌법」 제12조 신체의 자유를 침해한다는 위헌 판결을 내린바 있다(헌법재판소, 2016). 자기결정권에 대한 지원은 정신의료기관에 입원한 정신장애인이 자신의 선호, 치료에 대한 참여는 환자의 만족도와 연결된다. 일반적으로 자기결정권은 개인의 만족을 증대하는 것으로 검증되어 왔는데, 정신의료기관에서 입원 정신장애인이 자신의 선호, 결정을 존중받는 긍정적인 경험은 방문 만족과 정적 상관을 나타냈으며(Klingaman, Medoff, Park, Brown, Fang, Dixon, Hack, Tapscott, Walsh, & Kreyenbuhl, 2015), 종사자 교육을 통해 정신과 환자의 선호를 중요시하는 치료적 환경을 조성할 때 환자의 만족이 높아지는 것으로 밝혀졌다(Nesset et al., 2009). 절차보조 및 지원의사결정 서비스를 받은 당사자의 경험을 살핀 질적 연구에서는 비자의 입원 당사자에 대한 절차

보조사업, 의사결정 지원은 지원을 받는다는 그 사실 자체만으로도 만족감을 주는 것으로 나타났다(하경희, 김성용, 김남희, 2020).

라. 학대 및 폭력으로부터의 자유 보장

학대 및 폭력으로부터의 자유는 치료 과정에서 강제, 격리 및 강박, 방임을 근절하는 적극적 지원뿐만 아니라, 입원 정신장애인을 존중하는 말투와 대화법 등 소극적인 지원을 포괄한다(WHO, 2012). 정신의료기관에서 치료의 명목으로 의도치 않게 학대 및 폭력이 일어나는 지점들은 주로 격리 및 강박을 시행하는 과정에 있다(WHO, 2019). 우리나라의 경우 정신보건법 제75조에 의거하여 '치료 또는 보호의 목적, 신체적 제한 외의 방법으로 그 위험을 회피하는 것이 뚜렷하게 곤란하다고 판단될 경우'에만 격리 및 강박을 허용하고 있지만, 격리 및 조치가 남용될 것에 대한 우려가 있고 격리 및 강박을 경험한 입원 당사자들은 당시 경험에 대해 부정적 감정을 회고한다(신권철, 2021; 정현주, 2019; Syamsudin et al., 2019). 실제 학대나 폭력의 경험은 일상생활 만족에 부정적인 영향을 주는 것으로 알려져 있으며(김민경, 2012), 유사하게 노인요양시설 내 학대 경험이 입소 노인의 삶의 만족에 부정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다(배진희, 정미순, 2017). 영국의 치료품질위원회(CQC)의 설문에 근거하면 치료 유형 중 대안적 치료 방법이라 할 수 있는 대화를 통한 치료를 받는 환자의 만족도가 높은 것으로 밝혀졌다(Stamboglis & Jacobs, 2020). 격리 및 강박이라는 조치를 취하기 전, 즉 입원 정신장애인이 위기 상태에 이르기 직전에 전조증상을 파악하고 비폭력적 대화의 방식으로 안정을 취하는 방법 등 격리 및 강박 종식 전략이 국제적 방향으로 제시되고 있지만(Gooding, McSherry, & Roper, 2020; WHO, 2019), 국내 정신의료기관의 경우 인력, 수가 등의 문제로 인해 격리 및 강박 이외에 시행할 수 있는 대안적 조치들을 생각하기 어려운 환경이며, 이에 입원 정신장애인은 학대 및 폭력에 높은 수준으로 노출되어 있을 것으로 평가되고 있다(이화영, 주영수, 손창호, 염형국, 임채도, 박은성, 2016).

마. 지역사회통합 보장

지역사회통합 보장은 장애인권리협약 제19조에서 언급된

바와 같이 입원 정신장애인들이 입원 중, 퇴원 이후에 지역사회에서 다양한 권리를 향유하고 살아갈 수 있도록 지원하는 것을 의미한다(UN, 2006). 구체적으로 이러한 권리는 주거, 재정, 교육, 고용, 정치, 여가활동의 범위를 포괄한다(WHO, 2012). 이러한 협약이나 권리에 기반하지 않더라도 정신의료기관의 사업 목적이 ‘급성 정신질환자를 정신의료기관에 입원 또는 외래치료함으로써 재활 및 사회복귀를 도모’하는 데 있기 때문에 지역사회통합에 대한 보장은 정신의료기관 역할의 핵심이라 할 수 있겠다(보건복지부, 2022). 병원에서 제공되는 지역사회 기반 서비스가 환자의 만족을 높인다는 것은 익히 알려져 온 사실이다(Henderson, Phelan, Loftus, Dall’Agnola & Ruggeri, 1999). 최근에는 이러한 지역사회 기반서비스의 영역이 구체화되어 주거, 재정, 교육, 고용 등의 분야로 넓혀지고 있지만, 실제 각 영역 혹은 지역사회통합 관련 지원들이 구체적으로 환자의 만족으로 이어지는지에 대한 연구는 부재하다. 통상 퇴원계획에서 재정, 교육, 고용 등의 지역사회 지지체계 연계에 대한 내용을 포괄한다고 했을 때(Alghzawi, 2012; Altman, 1983), 일반적으로 병원에서 퇴원 전에 수립하는 퇴원계획은 환자의 만족도를 높이는 것으로 알려져 있으며(Gonçalves-Bradley, Lannin, Clemson, Cameron & Shepperd, 2022), 정신과 환자가 치료진과 퇴원에 대한 자원 계획을 수립하였을 때 만족도가 높아지는 것으로 밝혀졌다(Perreault et al., 2005).

3. 입원 정신장애인의 생활만족에 영향을 미치는 기타 요인

입원 정신장애인의 생활만족에 영향을 미치는 기타 요인으로는 연령, 유병기간, 성별, 교육 수준, 입원 유형, 배우자 유무, 거주지역, 의료 보장 상태, 진단명, 입원기간, 입원 횟수를 포함하였다. 이와 관련한 선행연구 중 연령, 성별, 유병기간이 만족에 영향을 미치는 요인이라 설명하지만 그 결과는 일관적이지 않다(Müller, Schlösser, Kapp-Steen, Schanz & Benkert, 2002). 환자의 연령이 많을수록 만족도가 높고(Holikatti, Kar, Mishra, Shukla, Swain & Kar, 2012; Stamboglis & Jacobs, 2020), 관계 만족의 경우 연령이 적을수록 높은 것으로 나타났으며(Kuosmanen et al., 2006), 연령은 만족에 유의미한 영향을 미치지 못한다는 연구 결과도 존재한다

(Gebhardt, Wolak & Huber, 2013). 유병기간은 만족과 관계가 없다는 연구 결과가 있는 반면(Blenkiron & Hammill, 2003; Davy et al., 2009), 관계 만족의 경우 유병기간이 짧을수록 더 높은 것으로 나타났다(Kuosmanen, Hatonen, Jyrkinen, Katajisto, & Valimaki, 2006). 성별에 있어 여성의 만족보다 남성보다 만족도가 낮고(Kuosmanen et al., 2006; Stamboglis & Jacobs, 2020), 관계 만족에 있어서도 남성보다 여성의 만족도가 낮으며(Kuosmanen et al., 2006), 성별은 만족도와 관계없다는 결과가 존재한다(Blenkiron & Hammill, 2003; Gebhardt et al., 2013). 교육 수준에 있어서는 교육 수준이 낮은 경우 만족도가 높았다(Holikatti et al., 2012; Kassaw, Tesfaye, Girma & Agenagnew, 2020). 거주지역과 관련하여 영국에서는 북부지역의 만족이 높았는데(Stamboglis & Jacobs, 2020), 영국 동남부 지역에 대도시가 밀집되어 있고 북부 및 중부 지역에 상대적으로 중소도시가 밀집되어 있는 경향성을 고려하면 중소도시의 입원 만족도가 높은 것을 예측할 수 있다. 배우자 유무에 있어 결혼을 하여 배우자가 있거나 배우자와 함께 살고 있는 경우 만족도가 높았다(Holikatti et al., 2012; Ostby-deglum & Dahl, 2004). 입원 유형에 있어서 비자의 입원을 한 사람의 경우 여러 의사결정의 제약으로 인해 만족도가 낮은 것으로 질적 연구를 통해 보고되었으며(하경희 외, 2020), 실증 연구에서도 자의 입원을 한 경우 만족도가 더 높았다(Howard, El-Mallakh, Rayens & Clark, 2003; Semyonov-Tal, 2021). 진단유무는 만족에 영향을 미치지 않지만(Davy, Keizer, Croquette, Bertschy, Ferrero, Gex-Fabry & Bondolfi, 2009), 진단 유형은 만족에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다(Gebhardt et al., 2013). 일반 병원의 입원환자를 대상으로 한 연구에서는 입원 횟수가 많을수록 치료에 대한 만족도가 낮았고(Al-Awamreh & Suliman, 2019), 정신과 입원 환자를 대상으로 한 연구에서도 입원기간이 만족에 유의미한 영향을 미친다고 보고 되었지만(Kuosmanen et al., 2006), 정신과 입원 기간이 만족에 유의미한 영향을 미치지 않는다는 연구 결과도 있었다(Howard et al., 2003). 입원 횟수의 경우 횟수가 많을수록 현재 입원 만족과 음의 상관관계에 있지만(Howard et al., 2003), 입원 횟수는 만족에 유의미한 영향을 미치지 않는다는 결과도 존재한다(Gebhardt et al., 2013)

4. 정신의료기관 생활만족도 영향요인의 의료 보장 상태에 따른 차이

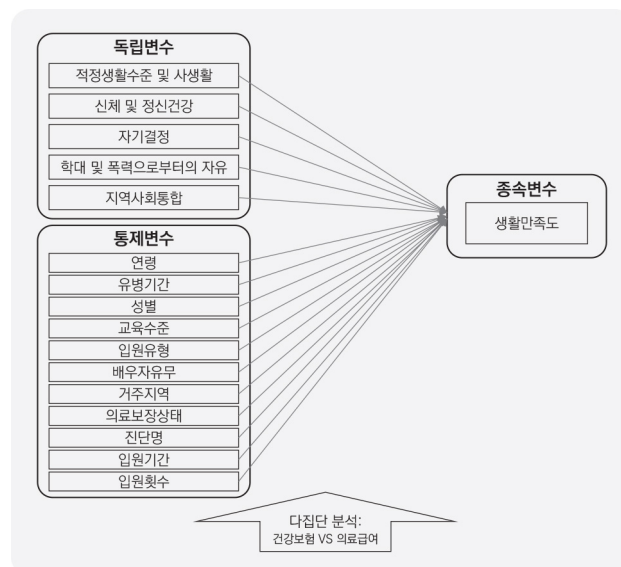
정신의료기관에 입원한 환자들의 생활이 의료 보장 상태에 따라 달라지는 것은 기존에 정신의료기관에서 제시되었던 문제들이다. 실제 건강보험과 의료급여 환자 간 정신요법료를 비교한 연구들에서는 의료급여 상태의 환자들이 건강보험 상태의 환자들보다 적은 양의 진료를 받고 있다고 설명하고 있는데(박승규, 2008; 이대희 외, 2003), 최근까지도 의료급여의 정액입원료와 건강보험 입원료 간의 차이가 커 병원 서비스 전반에서의 격차가 우려되고 있다(이요셉 외, 2021). 이러한 수가의 차이는 적정 생활 수준 보장에 해당하는 의식주에 대한 서비스 제공 차이를 만들어내며, 신체 및 정신건강 보장 혹은 사회통합과도 연결되는 입원기간에 대한 차이도 만들어내는 것으로 지적되었다(박창범, 2018). 최근 적정 생활 수준에 해당되는 식대, 신체 및 정신건강 보장에 해당되는 정신요법료에 대한 지원이 정액수가와 별도로 이루어지게 하는 제도적 개선이 있었지만 여전히 건강보험료에 비하여 지원 수가 항목이 적은 상황이다(이요셉 외, 2021).

한편, 정신의료기관의 전반적인 서비스의 수준이 낮기 때문에 건강보험 환자들을 위한 서비스나 수가에도 질 향상이 필요하다라는 논의가 존재한다. 정신의료기관과 다른 의료기관을 비교하였을 때 정신의료기관의 설치 및 인력 기준 등이 더 열악하여, 건강보험 환자 또한 일반 의료기관 입원 환자와 비교

하였을 때는 취약한 상황에 놓여 있다는 것이다(문용훈, 2020; 제철웅, 강상경, 김문근, 김성수, 장창현, 정성권, 정영진, 2022). 이러한 상황을 미뤄보면 의료급여 환자는 일반 의료기관보다, 그리고 정신의료기관에 입원한 건강보험 환자보다도 열악한 서비스를 받고 있기 때문에만족 수준이 낮아 빠른 시일 내에 퇴원을 해야 함이 마땅하다. 그러나 최근까지도 의료급여 환자는 건강보험 환자와 비교하였을 때 낮은 치료율에도 불구하고 장기입원을 지속하고 있으며(김윤 외, 2000; 박창범, 2018), 그 원인으로는 낮은 정신과 진료 수가와 의료급여 환자를 대상으로 한 정액수가 제도의 결함(박창범, 2018), 지역사회에서의 양질의 정신 및 신체 건강서비스 부족(박창범, 2018; 이용재, 2010), 자기결정에서의 취약성(이호용, 2016) 등 지역사회에서의 자립에 대한 인프라 부족이 원인으로 지적되고 있다(허만세, 2020). 즉, 의료급여 수급자를 대상으로 한 수가 체계의 문제와 지역사회 인프라 부재의 문제가 복합적으로 작동하고 있다.

이렇듯 의료급여 집단이 건강보험집단에 비하여 양질의 서비스를 받지 못한다는 기존의 우려와 의료급여 환자의 장기입원이 발생하는 원인에 수가 및 인프라 부재의 문제가 복합적으로 작동하고 있다는 문제 의식이 존재하지만, 이는 논의에 그칠 뿐 정신의료기관 생활만족도 영향요인이 의료 보장 상태에 따라 차이가 있는지 살펴본 실증 연구는 제한적이다. 정신의료기관에서 의료급여 환자들이 경험하는 서비스가 열악하다는 논의에도 불구하고 장기입원 문제가 지속되고 있는

그림 1. 연구모형



것을 보면, 건강보험 환자들이 받는 서비스 수준이 더 높기 때문에 만족도도 높을 것이라는 일률적인 해석은 어려울 것으로 보인다. 이에 본 연구에서는 정신의료기관 생활만족에 영향을 미치는 요인이 의료 보장 상태에 따라 차이가 있는지 확인하고자 한다.

5. 연구모형

상기와 같은 선행연구에 근거하여 본 연구는 다음 [그림 1]과 같은 연구모형을 설정하였다. WHO(2012)에서 제시하는 다섯 가지 권리에 기반한 인권친화적 서비스 경험이 입원 정신장애인의 생활만족도에 미치는 영향을 살펴보고, 이러한 영향이 의료 보장 상태에 따라 달라지는지 검증하고자 한다.

III. 연구 방법

1. 분석 자료

본 연구의 분석 자료는 2022년 국가인권위원회 정신장애인 인권친화적 치료환경 조성을 위한 실태조사에 참여한 정신의료기관 입원 당사자 242명이다. 해당 자료는 국내 정신의료기관의 입원치료 환경 현황 및 문제점을 당사자의 시각에서 파악하기 위해 수집되었다. 국내 정신의료기관 중 국가인권위원회의 협조에 동의한 총 17개소의 정신의료기관 입원 당사자를 대상으로 설문조사를 시행하였으며, 설문은 연구진이 각 병원에 직접 방문하여 일대일 면접 방식으로 진행하였다. 설문조사 기간은 2022년 10월 6일부터 2022년 11월 4일까지이다.

2. 주요 변인 및 측정 도구

가. 종속 변인: 병원생활만족도

병원생활만족도는 ‘병원의 생활에 얼마나 만족하십니까?’라는 질문에 매우 만족(1)~전혀 만족하지 않음(4)으로 응답하게 되어 있다. 본 연구에서는 해당 문항을 전혀 만족하지 않음(0)~매우 만족(3)으로 역코딩하여 분석에 투입하였다.

나. 독립 변인: 적정 생활 수준, 신체 및 정신건강, 의사결정, 학대, 지역사회통합

본 연구에서 활용한 독립변인은 UN장애인권리협약과 QualityRights Tool Kit(WHO, 2012)에서 제시한 정신장애인 인권의 핵심요인인 5가지 범주로 설정하였다. 해당 문항은 QualityRights Tool Kit(WHO, 2012)에 근거하여 고안되었으며, 사회복지학·의학·법학자 등 정신건강전문가가 정신의료기관의 상황에 맞게 검독 및 수정을 반복하여 도출한 측정도구이다. 구체적인 구성 내용은 다음 <표 1>과 같으며, 각 문항에 대한 보장 정도를 전혀 아님(0)~매우 그림(3)으로 측정하였다. 범주별 신뢰도를 살펴보면 적정 수준의 생활 유지 및 사생활 보장은 총 8문항으로 신뢰도는 0.746으로 나타났고, 정신 및 신체 건강 보장은 총 7문항으로 신뢰도가 0.718이었다. 자기결정권은 총 6문항으로 구성되었으며 신뢰도는 0.663이었고, 학대 및 폭력으로부터의 자유는 총 6문항으로 신뢰도는 0.654로 나타났다. 마지막으로 지역사회통합 보장은 총 6문항으로 신뢰도는 0.835였다. 본 연구에서는 각 범주 문항의 평균값을 활용하여 분석을 시행하였다. 신뢰도의 기준은 크론바하 알파계수가 0.6 이상일 때 신뢰도를 수용할 만하다고 판단하였다(Cronbach, 1951; Hajjar, 2018).

다. 다집단분석 기준: 의료 보장 상태

다집단 분석 기준은 의료 보장 상태이다. 의료 보장 상태를 건강보험(1), 의료급여(2)로 구분하여 자료를 수집하였고, 수집한 자료를 건강보험(0), 의료급여(1)로 재코딩하여 분석에 투입하였다.

라. 통제변수

통제변수는 연령, 유병기간, 성별, 교육 수준, 기초생활보장 제도 수급 여부, 배우자 유무, 거주지역, 의료 보장 상태, 진단명을 포함하였다. 연령은 조사연도에서 출생연도의 차이를 계산하여 분석에 활용하였고, 유병기간은 조사연도에서 최초 치료연도의 차이 값을 계산하여 분석에 투입하였다. 성별은 여성(0), 남성(1)로 코딩하였고, 교육 수준은 무학(0)~대학원 졸업(7)으로 구분하여 분석하였다. 입원 유형의 경우 자의입원과 동의입원은 자의입원으로 구분하여 1로 코딩하고, 보호의

표 1. 독립변인 문항 내용 및 신뢰도

대범주	문항 내용	신뢰도
적정 수준의 생활 및 사생활 보장	<ul style="list-style-type: none"> - 건물의 물리적 상태(채광, 보수, 난방, 안전 등) 양호 - 편안하고 사생활이 보장되는 수면 환경 - 화장실의 청결 및 사생활 보장 - 나의 선호에 맞는 음식·물·의복·침구 제공, 의류 세탁 및 건조 - 전화, 편지, 이메일 등으로 자유로운 소통 - 자유로운 면회 - 다른 사람들과 자유로운 상호작용을 위한 공간(예. 거실 등) 제공 - 병원 내외부 이동의 자유 보장(개방병동) 	0.746
정신 및 신체건강 보장	<ul style="list-style-type: none"> - 의료급여 입원환자와 건강보험 입원환자 간의 차별 경험(역코딩 문항) - 환자의 회복을 위한 개별 계획 수립(개별화된 치료, 회복, 퇴원, 지역사회연계 계획) - 원할 때 정신과 전문의와 상담 - 질 높은 약물 치료 및 정신치료 - 신체적 질병이나 불편 호소 시 적절한 치료 연계 - 전반적인 성·생식건강을 위한 서비스 제공(예. 백신, 건강검진 등) 	0.718
자기결정권 보장	<ul style="list-style-type: none"> - 비자발적 치료의 조건이 비자의 입원 기준(즉 자해 타해 위험)을 따름 - 자기결정을 존중하기 위한 외부 지원이 있음(절차보조, 의사결정 지원) - 의료기록에 대해 비밀이 보장되며 요청하면 자신의 의료기록을 볼 수 있음 - 치료 방법에 대한 나의 선호를 파악하여 반영함 - 나와 치료진이 소통할 방법에 대해 나의 의견이 받아들여지는지(예. 내가 흥분할 경우 진정할 수 있는 방법 등) - 의료 또는 연구 조사 시 사전 동의 	0.653
학대 및 폭력으로부터의 자유 보장	<ul style="list-style-type: none"> - 언어·정신·신체·성적 학대 및 신체·정서적 방임으로부터 자유, 존중, 예방을 위한 적절한 조치가 이뤄짐 - 환자가 흥분, 분노, 저항 등을 표현하면 격리 및 강박을 실시함 - 극심한 고통 또는 두려움, 불편 등이 따르는 치료 시 환자의 사전 동의를 구함(전기치료, 격리강박 등) - 치료진(의사, 간호사, 사회복지사 등 종사자)이 존대어를 사용 - 치료진(의사, 간호사, 사회복지사 등 종사자)이 비폭력적 대화를 함(예. 위협적이거나 억압적이지 않음) - 환자가 부당하다고 여겨지는 조치에 흥분하거나 분노할 경우 치료진(의사, 간호사, 사회복지사 등 종사자)이 대화로 진정시킴 	0.654
지역사회통합 보장	<ul style="list-style-type: none"> - 지역사회에서 생활하는 데 필요한 주거 지원에 접근할 수 있도록 지원 및 서비스 안내를 받음 - 재정 지원에 접근할 수 있도록 지원 및 서비스 안내를 받음 - 교육지원서비스에 대한 안내를 받음 - 고용지원서비스에 대한 안내를 받음 - 정치 및 공공생활(예. 투표, 집회 등)에 참여할 권리 지원 및 서비스 안내를 받음 - 지역사회에서 참여할 수 있는 사회, 문화, 종교활동 등 여가 활동에 대한 지원 및 서비스 안내를 받음 	0.835

무자에 의한 입원과 행정입원, 응급입원은 비자의 입원으로 구분하여 0으로 코딩하였다. 수급여부는 비수급자(0), 수급자(1)로 코딩하였고, 배우자 유무는 미혼/별거/이혼/사별(0), 결혼/동거(1)로 구분하였다. 거주지역은 중소도시 및 농어촌(0), 대도시(1)로 구분하였고, 의료 보장 상태는 건강보험(0), 의료급여(1)로 구분하여 분석을 시행하였다. 진단명은 조현병(1), 조현병 이외 진단은 (0)으로 구분하여 분석하였다. 입원 기간은 조사시점에서 입원시점의 차이 값을 계산하여 연도를 기준으로 하여 분석에 투입하였고, 입원횟수는 평생 동안 입원한 횟수를 조사하여 활용하되, 첩도의 문제로 로그를 취하여 분석을 시행하였다.

3. 분석 방법

본 연구에서는 자료의 인구사회학적 특성을 파악하기 위해 SPSS 22.0을 활용하여 기술통계 및 빈도 분석, t검정과 카이제곱 검정을 시행하고, 연구 질문에 답하기 위해서는 AMOS 22.0을 활용한 구조방정식 및 다집단 분석을 실시하였다. 구조방정식 분석은 모형 전체에 대한 상호작용효과를 검증하는 다집단 분석이 가능하기 때문에(Hu & Bentler, 1999), 본 연구의 연구질문에 답하기 위해 적합한 방법으로 판단하였다. 본 연구의 구조방정식 및 다집단 분석 시행시 모형적합도는 카이제곱(χ^2) 통계량, CFI, IFI, RMSEA과 같은 절대 및 증분 적합지수를 기준으로 하였다. 카이제곱통계량은 사례수의 영

향을 많이 받기 때문에 카이제곱통계량이 유의한 경우에도 증분적합지수인 CFI, IFI지수가 0.90 이상을 충족하는지, RMSEA 값이 0.08 미만인지를 기준으로 삼았다(배병렬, 2011; Hu & Bentler, 1999). 연구질문에 답하기 위해 우선, 병원생활만족도에 영향을 미치는 요인을 살펴보기 위해 인구사회학적 변수를 통제된 상태에서 다섯 가지 대범주인 독립변인을 투입하여 구조방정식 분석을 실시하였다. 다음으로 병원생활만족도에 영향을 미치는 요인이 의료 보장 상태에 따라 달라지는지 검증하기 위해 다집단 분석을 하였다.

IV. 연구 결과

1. 연구 대상자의 인구사회학적 특성

본 연구에 참여한 연구 대상자의 인구사회학적 특성은 다음 <표 2>와 같다. 총 참여자 수는 242명이었으며 연령 평균은 49.78세, 유병기간은 17.92년인 것으로 나타났다. 성별의 경우 남성(121명, 53.1%)이 여성(107명, 46.39%)보다 많았고, 교육 수준은 고등학교 졸업자가 124명(54.4%)으로 가장 많았다. 입원 유형의 경우 자의 입원을 한 사람이 157명(68.9%)으로 비자의 입원(71명, 31.1%)보다 많았으며, 배우

자는 없는 경우가 202명(88.6%)으로 있는 경우보다 더 많았다(26명, 11.4%). 장애등록의 경우 등록을 한 참여자가 120명(52.6%)으로 등록을 하지 않은 장애인보다 조금 더 많았다(108명, 47.4%). 거주 지역의 경우 중소도시 및 농어촌에 거주하는 사람이 132명(57.9%)으로 대도시에 거주하는 사람보다 많았다(96명, 42.1%). 의료급여 수급은 의료급여를 수급하는 사람(152명, 66.7%)이 건강보험 가입자(76명, 33.3%)보다 많았으며, 진단명의 경우 조현병을 진단받은 참여자(139명, 61.0%), 이외 진단을 받은 사람(89명, 39%)보다 많았다. 연령과 유병기간, 입원기간의 경우 왜도의 절댓값은 3, 첨도의 절댓값은 10을 넘지 않아 정규성 가정을 충족하였다(Kline, 2005). 입원횟수의 경우 첨도값이 15로 정규성 가정을 충족하지 못하여 로그를 취하여 분석에 투입하였다.

의료 보장 상태에 따라 인구사회학적 특성을 분석한 결과는 다음과 같다. 집단 간 차이가 유의한 특성을 중심으로 살펴보면, 먼저 의료급여 분포는 성별에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났는데($\chi^2=4.262, p<.05$), 여성의 경우는 의료급여 관찰빈도가 기대빈도보다 많이 관찰되었고, 남성의 경우는 의료보험 관찰빈도가 기대빈도보다 많이 관찰되었다. 배우자 유무에 따라서는 집단간 유의한 차이가 있었는데($\chi^2=5.557, p<.01$), 배우자가 없는 집단에서는 의료급여 관찰빈도가 기대빈도를 상회하였으며, 배우자가 있는 집단에서

표 2. 연구 대상자의 인구사회학적 특성: 전체

변인	구분	연구 참여자 수(%)	평균 (표준편차)	왜도	첨도	최솟값	최댓값
총 연구 참여자 수		228(100)					
연령		228(100)	49.78(11.18)	-.451	.007	18	74
유병기간(단위: 년)		228(100)	17.92(11.32)	.377	.321	1	47
입원기간(단위: 년)		228(100)	5.96(6.54)	.808	-.145	1	40
ln입원횟수		228(100)	1.38(8.91)	.183	-.398	0	3.91
변인	구분	연구 참여자 수(%)	변인	구분	연구 참여자 수(%)		
성별	여성	107(46.9)	배우자 유무	배우자 무	202(88.6)		
	남성	121(53.1)		배우자 유	26(11.4)		
교육 수준	무학	5(2.2)	장애등록 여부	비등록	108(47.4)		
	초등학교	19(8.3)		등록	120(52.6)		
	중학교	26(11.4)	거주지역	중소도시, 농어촌	132(57.9)		
	고등학교	124(54.4)		대도시	96(42.1)		
대학교(3년제 이하)	18(7.9)	의료 보장 상태		건강보험	76(33.3)		
대학교(4년제 이상)	34(14.9)		의료급여	152(66.7)			
대학원 이상	2(0.9)		조현병	139(61.0)			
입원 유형	자의		157(68.9)	진단명	조현병 이외	89(39.0)	
	비자의	71(31.1)					

는 의료보험 관찰빈도가 기대빈도보다 높게 나타났다. 장애등록 여부에 따라서도 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났으며($\chi^2=21.775, p<.001$), 등록장애인의 경우 의료급여 관찰빈도가 기대빈도보다 높게 나타난 반면, 비등록장애인의 경우에는 의료보험 관찰빈도가 기대빈도보다 높게 나타났다. 거주지역에 따라서도 집단 간 유의한 차이가 있었는데($\chi^2=5.182, p<.05$), 중소도시와 농어촌에 거주하는 집단에서는 의료보험 관찰빈도가 기대빈도보다 높게 나타난 반면, 대도시에 거주하는 집단에서는 의료급여 관찰빈도가 기대빈도보다 높게 나타났다. 교육 수준, 입원 유형, 진단명에 따라서는 집단 간 차이가 없었다.

연령의 경우 의료급여 집단의 평균연령이 51.39세로 건강보험 집단의 연령인 46.55세보다 높았고, 그 차이가 유의하였다. 유병기간의 경우에도 의료급여 집단이 19.44년으로 건강보험집단의 유병기간인 14.87년보다 긴 상태를 보였으며 집

단 간 차이가 유의하였다. 또한 ln입원횟수에 있어서도 의료급여 집단의 입원횟수가 1.54로 건강보험 집단의 입원횟수인 1.06보다 많았으며 집단 간 차이가 유의하였다. 입원기간에 있어서도 의료급여 집단이 11.84년으로 건강보험 집단의 평균인 7.09년보다 더 긴 양상을 보였으며 그 차이가 유의하였다.

2. 주요 변수의 기술통계 및 상관 분석 결과

주요 변수의 기술통계 및 정규 분포성을 살펴보면 다음 <표 3>과 같다. 연구 참여자의 병원 생활만족 평균은 3점 만점기준에서 1.93점으로 평균 이상의 수치를 보였다. 각 권리 영역별 서비스 경험의 경우 최대 3점 만점 기준에서 적정 생활 수준 및 사생활 보장은 1.89점, 신체 및 정신건강 보장은 1.91점, 학대 및 폭력으로부터의 자유 보장은 1.78점으로 보통보

표 3. 연구 대상자의 인구사회학적 특성: 의료 보장 상태

변수	구분	응답자 수(응답자 비율)			χ^2
		전체	의료급여	건강보험	
총 연구 참여자 수		228(100.0)	152(66.7)	76(33.3)	-
성별	여성	107(46.9)	64(42.1)	43(56.6)	4.262*
	남성	121(53.1)	88(57.9)	33(43.4)	
교육 수준	무학	5(2.2)	5(3.3)	0(0.0)	3.760
	초등학교	19(8.3)	13(8.6)	6(7.9)	
	중학교	26(11.4)	19(12.5)	7(9.2)	
	고등학교	124(54.4)	79(52.0)	45(59.2)	
	대학교(3년제 이하)	18(7.9)	12(7.9)	6(7.9)	
	대학교(4년제 이상)	34(14.9)	23(15.1)	11(14.5)	
	대학원 이상	2(0.9)	1(0.7)	1(1.3)	
입원 유형	비자의	71(31.1)	44(28.9)	27(35.5)	1.023
	자의	157(68.9)	108(71.1)	49(64.5)	
배우자 유무	배우자 무	202(88.6)	140(92.1)	62(81.6)	5.557**
	배우자 유	26(11.4)	12(7.9)	14(18.4)	
장애등록 여부	비등록	108(47.4)	57(37.5)	51(67.1)	21.775***
	등록	120(52.6)	95(62.5)	25(32.9)	
거주지역	중소도시, 농어촌	132(57.9)	80(52.6)	52(68.4)	5.182*
	대도시	96(42.1)	72(47.4)	24(31.6)	
진단명	조현병	139(61.0)	97(63.8)	42(55.3)	1.557
	조현병 이외	89(39.0)	55(36.2)	34(44.7)	
변수	평균(표준편차)			t	
	전체	의료급여	건강보험		
연령	49.78(11.18)	51.39(10.06)	46.55(12.61)	2.911**	
유병기간(단위: 년)	17.92(11.32)	19.44(11.12)	14.87(11.18)	2.926**	
ln입원횟수(단위: 년)	1.38(0.91)	1.54(0.89)	1.06(0.78)	3.972***	
입원기간	5.96(6.54)	11.84(9.18)	7.09(7.44)	4.198***	

다 높은 수준으로 나타났고, 자기결정권 보장의 경우 1.57점으로 보통 수준이었다. 반면 지역사회 통합 보장의 경우 1.12점으로 보통 수준 이하의 평균인 것으로 나타났다. 의료 보장 상태의 경우 의료급여 상태에 있는 정신장애인이 152명(66.7%)이었고, 건강보험 상태에 있는 정신장애인은 76명(33.3%)이었다. 정규성 가정에 근거하여 왜도의 절댓값은 3, 첨도의 절댓값은 10을 넘지 않았다(Kline, 2005).

다음으로 의료 보장 상태에 따라 주요 독립변수의 특성을 분석한 결과이다. 적정 생활 수준 및 사생활 보장의 경우 의료급여 환자의 평균이 1.88로 건강보험 환자의 평균인 1.87보다 조금 높았지만 그 차이가 유의하지 않았다. 신체 및 정신건강 보장의 경우 의료급여 환자의 평균이 1.90이고 건강보험환자의 평균이 1.95로 건강보험 환자의 평균이 높았지만 집단 간 차이가 유의하지 않았다. 자기결정권 보장의 경우 의료급여 환자의 평균이 1.58로 건강보험 환자의 평균인 1.57보다 조금 높았지만 그 차이가 유의하지 않았다. 학대 및 폭력으로부터의 자유 보장의 경우 건강보험 환자의 평균이 1.85로 의료급여 환자의 평균 1.74보다 높았으며 그 차이가 0.1 수준에서 유의하였다. 지역사회통합 보장의 경우 의료급여 환자의 평균이 1.14로 건강보험 환자의 평균 1.07보다 높았지만 집단 간

차이가 유의하지 않았다. 기존 선행연구에서는 의료급여 상태의 환자들이 건강보험 상태의 환자들보다 입원료의 차이로 인해 의식주, 신체 및 정신건강 보장 등에 대한 차별적 서비스를 받고 있다고 보고되었지만(박승규, 2008; 이대희 외, 2003; 이요셉 외, 2021), 학대 및 폭력으로부터의 자유 보장을 제외하고 입원 정신장애인이 경험하는 수준에는 의료 보장 상태에 따라 유의한 차이는 없었다.

변수 간 상관관계는 다음 <표 6>과 같다. 종속변수인 병원 생활 만족도와 주요 독립변수인 적정 생활 수준 지원($r=.434, p<.01$), 신체 및 정신건강 지원($r=.369, p<.01$), 자기결정 지원($r=.343, p<.01$), 학대 및 폭력 예방 지원($r=.403, p<.01$), 지역사회통합 지원($r=.227, p<.01$)은 모두 정적으로 유의미한 상관관계를 나타냈으며, 통제변수인 학력($r=.161, p<.01$), 입원횟수($r=.125, p<.05$)와도 유의미한 정적 상관관계를 보였다. 다음으로 적정 생활 수준 지원은 신체 및 정신건강 지원($r=.637, p<.01$), 자기결정 지원($r=.375, p<.01$), 학대 및 폭력 예방 지원($r=.491, p<.01$), 지역사회통합 지원($r=.262, p<.01$)과 정적으로 유의미한 상관관계를 보였고, 통제변수인 연령($r=.153, p<.05$), 입원횟수($r=.137, p<.05$)와도 정적으로 유의미한 상관관계에 있었다. 신체 및 정신건강은 자기결정 지원

표 4. 주요 변수의 기술통계 및 정규분포성

변수	N(%)	평균	표준편차	최솟값	최댓값	왜도	첨도	
병원 생활만족	228(100%)	1.93	0.74	0	3	-0.676	0.714	
적정 생활 수준 및 사생활 보장	228(100%)	1.89	0.46	0	3	0	1.521	
신체 및 정신건강 보장	228(100%)	1.91	0.44	0.7	3	0.147	0.555	
자기결정권 보장	228(100%)	1.57	0.45	0	3	-0.187	1.885	
학대 및 폭력으로부터의 자유 보장	228(100%)	1.78	0.41	0.5	2.83	0.155	0.525	
지역사회통합 보장	228(100%)	1.12	0.64	0	3	0.183	0.198	
의료 보장 상태	건강보험	76(33.3%)	0.67	0.47	0	1	-.712	-1.507
	의료급여	152(66.7%)						

표 5. 주요 독립변수의 특성: 의료 보장 상태에 따른 차이

변수	평균(표준편차)			t
	전체	의료급여	건강보험	
적정 생활 수준 및 사생활 보장	1.89(0.46)	1.88(0.46)	1.87(0.46)	-0.243
신체 및 정신건강 보장	1.91(0.44)	1.90(0.44)	1.95(0.42)	0.922
자기결정권 보장	1.57(0.45)	1.58(0.45)	1.57(0.45)	-0.137
학대 및 폭력으로부터의 자유 보장	1.78(0.41)	1.74(0.41)	1.85(0.40)	1.917*
지역사회통합 보장	1.12(0.64)	1.14(0.62)	1.07(0.68)	-.638

주: † $p<.1$, * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

표 6. 변수 간의 상관관계

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	.434**									
3	.369**	.637**								
4	.343**	.375**	.390**							
5	.403**	.491**	.562**	.443**						
6	.227**	.262**	.216**	.506**	.241**					
7	.082	.153*	.035	-.089*	.033	-.062				
8	.161**	.033	.091	.091	.038	.126*	-.195**			
9	.038	.037	-.012	-.185	-.091	-.022	.462**	.001		
10	0.076	-0.050	-0.012	0.094	-0.082	0.089	0.121	0.044	0.372***	
11	0.125†	0.137*	0.071	0.005	0.023	0.064	0.399***	0.011	0.620***	0.306***

주: 1) † p<.1, * p<.05, ** p<.01, *** p<.001

2) 1: 병원 생활 만족도, 2: 걱정 생활 수준, 3: 신체 및 정신건강, 4: 자기결정, 5: 학대 및 폭력 예방, 6: 지역사회 통합, 7: 연령, 8: 학력, 9: 유병기간, 10: 입원기간, 11: ln입원횟수

($r=.390, p<.01$), 학대 및 폭력예방 지원($r=.562, p<.01$), 지역사회통합 지원($r=.262, p<.01$)과 정적으로 유의미한 상관관계를 보였다. 자기결정은 학대 및 폭력 예방 지원($r=.443, p<.01$), 지역사회통합 지원($r=.506, p<.01$)과 정적으로 유의미한 상관관계에 있었고, 연령과는 부적으로 유의미한 상관관계에 있었다($r=-.089, p<.05$). 학대 및 폭력 예방 지원은 지역사회통합 지원과 정적으로 유의미한 관계를 보였다($r=.241, p<.01$). 지역사회통합은 통제변수인 학력과 정적으로 유의미한 상관관계에 있었다($r=.126, p<.05$). 통제변수인 연령은 학력과 부적으로 유의미한 상관관계를 보였다($r=-.195, p<.01$), 유병기간($r=.462, p<.01$), 입원횟수($r=.399, p<.001$)와는 정적인 상관관계를 보였다. 유병기간과 입원기간($r=.372, p<.001$), 입원횟수($r=.620, p<.001$)는 유의미한 정적 상관관계에 있었고, 입원기간과 입원횟수($r=.306, p<.001$)도 유의미한 정적 관계를 나타냈다. 전체적으로 유의한 관계에 있는 변수들의 절댓값은 0.8이하로 나타나 다중공선성의 문제가 적은 것으로 판단하였다.

3. 정신의료기관 생활만족도 영향요인

정신의료기관 생활만족도도 영향요인을 분석한 결과는 다음 <표 7>과 같다. 모형적합도를 살펴보면 절대적합지수인 카이값이 통계적으로 유의하지 않았고($\chi^2(77)=53.007, p=0.983$), RMSEA 값이 0.08 이하인 0.000으로 나타나 모형 적합도의 기준을 충족하였으며, 증분적합지수인 CFI가 1.000

으로 0.90 이상에 해당하여 모형이 적합하다고 판단하였다. 유의하게 밝혀진 영향요인을 중심으로 살펴보면, 주요 독립변인인 걱정 생활 수준 지원 경험이 많을수록($\beta=.264, p<.001$), 의사결정 지원 경험이 많을수록($\beta=.143, p<.05$), 학대 및 폭력 예방 지원 경험이 많을수록($\beta=.159, p<.05$) 정신의료기관 생활만족도가 높은 것으로 나타났다. 통제변수에서 유의한 영향요인으로는 교육 수준이 높을수록($\beta=.148, p<.05$), 입원 유형이 자의입원인 경우($\beta=.121, p<.05$) 정신의료기관 생활만족도가 높았다.

4. 정신의료기관 생활만족도 영향요인: 의료 보장 상태에 따른 집단 차이

정신의료기관 생활만족도 영향요인을 의료 보장 상태에 따라 집단 간 차이를 분석한 결과는 다음 <표 8>과 같다. 집단 간 차이 검증 결과 $\chi^2(16)=31.643, p=0.011$ 로 집단 간 차이가 있는 것을 확인하였다. 사후 검증 결과, 모든 주요 변수에서 집단 간 차이가 있는 것으로 나타났다. 걱정 생활 수준 경험의 경우 의료급여 집단($\beta=.179, p<.1$), 건강보험 집단($\beta=.385, p<.001$) 모두에서 유의하게 나타났고, 집단 간 차이는 $p<.1$ 수준에서 유의하였다. 신체 및 정신건강 경험의 경우 의료급여 집단과 건강보험 집단 모두에서 유의하였는데, 의료급여 집단에서는 서비스 경험이 많을수록 만족도도 높아졌지만($\beta=.180, p<.1$), 건강보험 집단에서는 서비스 경험이 많을수록 병원 생활만족도가 감소하는 것으로 밝혀졌다($\beta=-.341,$

표 7. 정신의료기관 생활만족도 영향요인

(N=228)

변인	정신의료기관 생활만족도 영향요인		
	B	s. e.	β
적정 생활 수준 및 사생활 보장	.418	.126	.264***
신체 및 정신건강 보장	.073	.136	.043
자기결정권 보장	.233	.116	.143*
학대 및 폭력으로부터의 자유 보장	.238	.113	.159*
지역사회통합 보장	.000	.075	.000
성별(남성=1)	.044	.083	.030
연령	.003	.004	.052
교육 수준	.091	.036	.148*
ln입원횟수	.033	.050	.040
결혼 유무(결혼 유=1)	-.108	.134	-.047
장애등록 여부(장애등록=1)	-.022	.092	-.015
거주지역(대도시=1)	.045	.086	.030
유병기간(단위: 년)	-.002	.005	-.036
의료급여 수급 여부	.111	.097	.071
진단명(조현병=1)	-.035	.097	-.024
입원 유형(자의=1)	.191	.092	.121*
입원기간(단위: 년)	.004	.006	.042

주: 1) $\chi^2(77)=53.007$ $p=0.983$, CFI=1.000, IFI=1.000, RMSEA=0.000

2) † $p<.1$, * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

$p<.01$). 두 집단 간 차이는 $p<.01$ 수준에서 유의하였다. 세 번째로 자기결정권 보장의 경우, 의료급여 집단에서는 서비스 경험이 많을수록 만족도가 증가하였지만($\beta=.187$, $p<.05$), 건

강보험집단에서는 그 영향이 유의하지 않았으며($\beta=.154$, $p=.104$), 집단 간 차이는 $p<.01$ 수준에서 유의하였다. 다음으로 학대 및 폭력으로부터의 자유는 의료급여 집단에서는 유의

표 8. 병원 생활만족도 영향요인: 의료 보장 상태에 따른 집단 간 차이

(N=228)

변인	병원 생활만족도 영향요인						차이 유의도
	의료급여			건강보험			
	B	s. e.	β	B	s. e.	β	
적정 생활 수준 및 사생활 보장	.260	.150	.179†	.716	.207	.385***	†
신체 및 정신건강 보장	.274	.159	.180†	-.692	.229	-.341**	**
자기결정권 보장	.280	.138	.187*	.296	.182	.154	**
학대 및 폭력으로부터의 자유 보장	.120	.140	.088	.565	.171	.311***	†
지역사회통합 보장	-.110	.089	-.101	.243	.116	.194*	*
성별(남성=1)	.032	.094	.023	-.005	.138	-.003	
연령	.004	.005	.055	.002	.007	.028	
교육 수준	.090	.039	.164*	.136	.068	.173*	
입원횟수	.077	.055	.101	-.255	.093	-.232**	**
결혼 유무(결혼 유=1)	.039	.173	.016	-.373	.183	-.169	
장애등록 여부(장애등록=1)	-.065	.109	-.047	.096	.149	.053	
거주지역(대도시=1)	.085	.095	.063	-.173	.152	-.093	
유병기간(단위: 년)	.000	.006	-.008	.006	.008	.080	
진단명(조현병=1)	.042	.111	.030	-.423	.158	-.242**	*
입원 유형(자의=1)	.273	.111	.183*	.156	.142	.087	
입원기간(단위: 년)	-.003	.007	-.040	.024	.013	.202†	†

주: † $p<.1$, * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

한 영향을 미치지 못하였지만($\beta=.088, p=.389$), 건강보험 집단에서는 서비스 경험이 많을수록 만족도가 높아지는 것으로 나타났으며($\beta=.311, p<.001$), 두 집단 간 차이는 $p<.1$ 수준에서 유의하였다. 지역사회통합의 경우 의료급여 집단에서는 서비스 경험이 많은 경우 삶의 만족이 낮은 것으로 나타났지만 유의하지는 않았고($\beta=-.110, p=.213$), 건강보험집단에서는 서비스 경험이 많을수록 삶의 만족이 높은 것으로 나타났으며($\beta=.194, p<.01$). 두 집단 간 차이는 $p<.05$ 수준에서 유의하였다.

통제변수에서 집단 간 차이가 유의했던 영향요인으로는 입원횟수, 진단명, 입원기간으로 나타났다. 입원횟수의 경우 의료급여 집단에서는 입원횟수가 많을수록 생활만족도가 증가하였지만 유의하지는 않았고($\beta=.101, p=.165$), 건강보험 집단에서는 입원횟수가 많을수록 생활만족이 유의하게 감소하였다($\beta=-.232, p<.01$). 집단간 차이는 $p<.01$ 수준에서 유의하였다. 유사하게 진단명의 경우 의료급여 집단에서는 조현병일 경우 만족도가 높은 것으로 나타났지만 유의하지는 않았고($\beta=.030, p=.702$), 건강보험 집단에서는 조현병일 경우 만족도가 더 낮아지는 것으로 밝혀졌으며($\beta=-.242, p<.01$), 집단 간 차이가 $p<.05$ 수준에서 유의하였다. 입원 기간의 경우 의료급여 집단에서는 입원 기간이 길 경우 생활만족도가 낮아졌으나 그 차이가 유의하지는 않았고($\beta=-.040, p=.671$), 건강보험집단에서는 입원 기간이 길수록 생활만족도가 높아졌다($\beta=.202, p<.1$). 두 집단 간 차이는 $p<.1$ 수준에서 유의하였다.

V. 결론 및 논의

입원 치료는 많은 정신장애인이 회복 과정에서 필연적으로 경험하는 부분이다. 이에 본 연구에서는 WHO(2012)에서 제시하는 다섯 가지 권리 영역에 근거하여 각각의 권리 보장 서비스 경험이 정신의료기관 생활만족도에 영향을 미치는지, 이러한 영향이 의료 보장 상태에 따라 차이가 있는지 살펴보았다.

주요 변수를 중심으로 연구 결과를 살펴보면 다음과 같다. 우선 각 권리에 대한 서비스 경험이 생활만족에 미치는 영향을 살펴보았을 때, 적정 생활 수준 및 사생활 보장, 자기결정권 보장, 학대 및 폭력으로부터의 자유 보장에 대한 서비스 경험이 입원 정신장애인의 생활만족에 정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 구체적으로 적정 생활 수준 및 사생활 보장

서비스 경험이 많을수록 생활만족이 높아졌고, 자기결정권 보장 서비스를 많이 경험할수록 생활만족이 높아졌으며, 학대 및 폭력으로부터의 자유 보장 관련 서비스 경험이 많을 경우 생활만족이 높아졌다. 이러한 연구 결과는 기존 선행연구에서 적정 생활 수준 및 사생활 보장이 부족할 경우 생활 만족이 저해될 수 있다는 선행 연구(권자영, 박향경, 2022; Semyonov-Tal, 2021), 자기결정권 보장이 되는 치료적 환경이 환자의 만족을 증대한다는 연구(Nesset et al., 2009, Klingaman et al., 2015), 학대 및 폭력으로부터의 자유가 보장되거나 학대 및 폭력이 일어날 수 있는 치료에 대한 대안적 치료가 제공될 때 만족이 높아진다는(배진희, 정미순, 2017; Stamboglis & Jacobs, 2020) 연구 결과와 일치한다.

다음으로 다집단 분석 결과, 적정 생활 수준 및 사생활 보장, 신체 및 정신건강 보장, 자기결정권 보장, 학대 및 폭력으로부터의 자유 보장, 지역사회통합 보장 모든 권리 영역 항목이 생활만족도에 영향을 미치는 경로에 의료 보장 상태에 따라 집단 간 차이가 있는 것으로 나타났다. <표 5>를 살펴보면 적정 생활 수준 및 사생활 보장 경험에 따라 집단 간 유의한 차이는 없었지만, 적정 생활 수준 및 사생활 보장 경험이 생활 만족에 미치는 경로에는 건강보험 상태에 따라 차이가 있었다. 우선, 적정 생활 수준 및 사생활 보장은 두 집단 모두에서 서비스 경험이 많을수록 생활 만족이 증가하는 것으로 나타났지만, 유의도는 건강보험 집단에서 더 높았다. 이러한 경로 차이는 보험 상태에 따라 수가, 병실료 등에 차이가 있는 상황을 반영된 것으로 해석된다(이요셉 외, 2021). 실제 입원 당사자의 보고에 따르면 건강보험 상태에 따라 병실, 식사 등에 차이가 있는 것을 확인할 수 있었다(제철용 외, 2022). 즉, 의료급여 집단에 비하여 상대적으로 양질의 서비스를 받는 건강보험 집단의 경로에서의 영향력이 더 강하게 나타난 것으로 보인다.

신체 및 정신건강 보장의 경우 신체 및 정신건강 보장 경험에 따라 집단 간 유의한 차이는 없었지만(표 5), 서비스 보장 경험이 생활만족에 미치는 경로에는 건강보험 상태에 따라 차이가 있었다. 서비스 경험이 많을수록 의료급여 집단에서는 만족도가 증가하였지만, 건강보험 집단에서는 신체 및 정신건강 보장 서비스 경험이 많을수록 오히려 만족도가 줄어드는 것으로 나타났다. 건강보험 집단의 경우 의료급여 집단과 비교하였을 때 입원 기간이 짧고 더 다양한 서비스를 받을 수 있음에도 불구하고(이요셉 외, 2021), 신체 및 정신건강 서비스 경험이 많을수록 만족도가 더 낮아지는 결과가 나타난 것

이다. 신체 및 정신건강서비스 경험에 대한 항목의 경우 질 높은 약물 치료 및 정신치료, 원할 때 정신과 전문의와의 상담, 전반적인 성생식건강을 위한 서비스 제공(백신, 건강검진 등) 등으로 이루어져 있는데(WHO, 2012), 건강보험 환자들 의 경우 입원기간 동안 의료급여 환자보다 상대적으로 다양한 서비스를 받지만, 병원 밖에서 선택할 수 있는 양질의 서비스가 존재하기 때문에 만족도에 부정적인 영향을 미치는 것으로 예측된다. 건강보험 환자들 또한 일반 병원에 입원한 건강보험 환자보다는 더 낮은 서비스를 받고 있다는 논의(문용훈, 2020), 우리나라 정신의료기관의 적정수가는 국외 정신의료기관의 수가보다 낮은 축에 속하는 현상에 근거하면(제철용 외, 2021), 건강보험 환자들의 경우 입원한 정신의료기관 내에서 제한적인 신체 건강 서비스를 받는 것보다 지역사회에서 좀 더 다양한 선택지의 서비스에 근거하여 지원받는 것이 더 낫다고 여기는 것으로 해석된다. 반대로 의료급여 환자들의 경우 건강보험 환자보다는 더 적은 양의 서비스를 받지만(박승규, 2008; 이대희 외, 2003), 사회에서 받을 수 있는 서비스 보다는 그 수준이 높아 생활만족에 정적인 영향을 준 것으로 보인다. 실제 저소득층의 경우 건강검진이나, 백신, 원할 때 정신과 전문의와 상담을 하는 등 건강관리서비스 경험에 취약하다는 선행연구의 결과에 근거하면(이용재, 2010), 의료급여 환자들은 입원하여 받는 신체 및 정신건강 보장 서비스 경험을 통해 만족감을 얻을 가능성이 존재한다.

자기결정권 보장 서비스 경험의 경우, 자기결정권 보장 경험에 따라 집단 간 유의한 차이는 없었지만(표 5), 보장 경험이 생활만족에 미치는 경로에는 건강보험 상태에 따라 차이가 있었다. 의료급여 집단에서는 서비스 경험이 많을수록 만족도가 증가하며 그 영향력이 유의하였고, 건강보험 집단에서는 서비스 경험이 많을수록 만족도가 증가하지만 그 영향력이 유의하지 않았다. 자기결정권 보장 서비스 경험 수준이 3점 만점에 1.57점이 평균이고 의료 보장 상태에 따라 그 차이가 없는 상황을 고려하면(표 5), 의료급여 집단의 경우 입원 전 혹은 외부에서 경험하는 자기결정의 기회나 이용 가능한 서비스가 부족한 취약계층이기 때문에(이호용, 2016), 서비스 경험의 영향을 상대적으로 더 강하게 받는 것으로 해석된다. 예를 들어, 정신의료기관에서 의료진이 환자의 선호를 파악하여 구두로 반영하는 것 정도로 의료급여 집단의 만족도는 증가하지만, 건강보험 집단에서는 선호를 파악하여 구두로 반영하는 것에서 나아가 이를 서면화하고 정기적으로 검토하는 과정 등

이 동반되어야 만족도 증가에 영향을 줄 수 있겠다.

학대 및 폭력으로부터의 자유 보장의 경우 의료급여 집단에서는 서비스 경험이 많을수록 생활만족이 증가했지만 영향력이 유의하지 않았고, 건강보험집단에서는 서비스 경험이 많을수록 생활만족이 증가하고 그 영향력이 유의하였다. 실제 본 연구의 <표 5>에서의 집단별 평균차이 분석(t검정) 결과를 살펴보면, 학대 및 폭력으로부터의 자유 보장의 경우 건강보험 집단에서의 경험이 더 높아, 의료급여 집단은 상대적으로 서비스 경험을 덜 하는 것으로 해석된다. 선행연구에서의 논의와 같이 상대적으로 건강보험 집단에서 학대 및 폭력으로부터의 자유 보장에 대한 서비스 경험을 더 많이 하고(제철용 외, 2022), 생활만족에 미치는 영향력 또한 더 강함을 확인하였다.

지역사회 통합 보장의 경우 의료급여 집단에서는 지역사회 통합 보장 서비스 경험이 많을수록 생활만족이 더 낮아지는 양상을 보였지만 유의하지는 않았고, 건강보험집단의 경우 서비스 경험이 많을수록 생활만족이 증가하였다. 또한, <표 5>를 살펴보면 지역사회 통합 보장 경험에 집단간 유의한 차이는 없었지만, 보장 경험이 생활만족에 미치는 경로에는 건강보험 상태에 따라 차이가 있었다. 이러한 연구 결과는 의료급여 및 건강보험 상태에 따라 퇴원 이후의 상황에 차이가 있을 수 있다는 점을 증명해준다(제철용 외, 2022). 즉 건강보험 환자의 경우 퇴원 이후 지역사회통합 보장을 위한 주거, 취업, 여가 등의 서비스를 받는 것이 생활만족을 높이지만, 의료급여 환자의 경우 퇴원 이후 이러한 서비스를 이용하는 것이 오히려 병원에 있을 때보다 부담으로 다가와 생활 만족이 저하되는 것이다(서동우, 2007). 이에 다양한 원인이 작용할 수 있는데, 퇴원 이후 이용할 수 있는 정신재활시설 등의 서비스에는 시설 이용, 식대 등으로 자부담 비용이 발생하여 경제적 부담이 원인이 되거나, 병원에서와 다르게 스스로 자립적인 생활을 준비해야 하는 심리적 부담감도 원인이 될 수 있겠다. 근본적으로 의료급여 수급자들이 퇴원 이후 선택할 수 있는 주거, 취업 등의 자원들이 접근성, 서비스 질 측면에서 부족한 부분이 원인이 될 가능성도 있다(박창범, 2018).

이러한 연구 결과를 기반으로 인권친화적 치료환경 조성을 위한 몇 가지 함의를 논의하고자 한다. 입원 정신장애인의 생활만족에 정적인 영향을 미치는 것으로 나타난 권리들에 대한 서비스 지원을 개선함과 동시에 의료 보장 상태에 따라 차이가 있었던 권리에 대해서는 좀 더 세밀한 접근이 필요하다.

적정 생활 수준 및 사생활 보장 관련 서비스 관련하여 정신의료기관 내 병실의 사생활, 청결, 안전 등이 보장될 수 있도록 병실 과밀 수용 문제를 해결하기 위한 개선이 필요하다. 이를 위해서는 정신의료기관의 입원실 시설기준 및 규격의 강화가 요구된다. 「정신건강복지법」 시행 규칙에 따르면 2023년 3월 5일 이후부터 신규 정신의료기관에는 다인실의 병상수를 기존 8병상 이하에서 6병상 이하로, 병실 간 이격거리를 1m 이상에서 1.5m 이상으로, 화장실 설치가 의무화되는 등으로 물리적 규격이 강화되었다(국가법령정보센터, 2022). 하지만 여전히 6인실이라는 공간은 사생활이 보장되기 어려우므로 지속적 개선이 필요하며, 실질적인 개선으로 이어질 수 있도록 개선 과정에서 나타나는 한계를 파악하여 지원이 동반되어야겠다. 더불어 병원 내외부적으로 자유롭게 소통하고 왕래할 수 있도록 지원이 요구된다. 현재는 「정신건강복지법」 제 74조에서 정신의료기관 등의 장이 정신건강의학과 전문의의 지시에 따라 통신과 면회의 자유를 최소한의 범위에서만 제한할 수 있도록 규정하고 있는데, 제한을 최소한의 범위에서 하더라도 외부와 소통할 수 있는 전화, 컴퓨터 등의 기기가 없고, 지역에 따라서는 정신의료기관이 지역사회와 왕래하기 어려운 곳에 있는 경우도 있다. 때문에 입원 정신장애인의 입장에서는 자유로운 소통이 어려울 수밖에 없다. 실질적인 적정 생활 수준 및 사생활 보장을 위해서는 통신 기기 배치, 이동 지원 등 UN 장애인권리협약(UN, 2012)에서 언급되는 정당한 편의제공이 동반되어야 할 것이다. 또한, 의료 보장 상태에 따라서는 건강보험 집단에서 그 영향력이 유의하거나 더 강하였으므로, 의료급여 집단에 상대적으로 더 집중적인 지원이 이루어질 필요가 있겠다. 실제 건강보험 기준으로 의원급 정신과 병원의 기본입원료는 입원 시 15일까지 40,870원이지만, 의료급여 기준으로 의원급 정신과 병원의 입원료는 23,200원에 불과하다(이요셉 외, 2021). 의료 보장 상태에 따른 차이가 발생하지 않도록 병실 사용료 등에 대한 수가 체계 조정이 필요하고, 더불어 의료급여 환자의 사생활 보장을 위한 병실 당 병상수 완화, 식대 격차 개선 등이 요구된다.

자기결정권 보장 관련하여 병원 생활 전반에서 입원 정신장애인의 선호, 의견을 존중하고 이를 지원하기 위한 외부 지원 또한 적극적으로 활용될 수 있는 환경을 조성해야 한다. 이를 위해 치료계획수립 시 입원 정신장애인의 선호를 파악하여 반영하고, 입원 생활 전반에서 인격적인 존중이 이루어져야겠다. WHO(2021)에서 우수사례로 제시하는 노르웨이 블랙

스타드(Blakstad)병원, 독일의 클라이니켄 란트크라이스 하이텐하임(Kiniken Landkreis Heidenheim)병원 모두 입원 정신장애인이 치료과정에 참여하고 결정하는 것을 주요한 치료 원칙 중 하나로 삼고 있다. 또한 참여 과정에서 일어나는 어려움은 회복 과정에 있는 정신장애인 동료지원가 직원이 지원하는 방안을 꾀한다. 물론 우리나라 또한 진료 장면에서 환자의 의견을 고려한 치료 계획을 수립하고 있겠지만, 조금 더 나아가 입원 정신장애인의 개별회복계획을 다학제적으로 수립하고, 이 수립 과정에 정신장애인 당사자가 참여 및 이해할 수 있도록 하는 과정이 필요하다. 이를 위해 절차보조사업 등 의사결정 지원 관련 서비스 보장에 대한 법제화가 이루어지고, 절차보조인이 입원 정신장애인의 회복계획수립에도 참여할 수 있도록 정신의료기관에서의 적극 연계가 요구된다. 또한, 현재의 자기결정권 보장 서비스 수준으로는 의료급여 집단에서만 그 영향력이 유의하고 상대적으로 더 풍부한 의사결정자원을 갖고 있는 건강보험 집단에서는 영향력이 유의하지 않았으므로, 입원 정신장애인이 경험하는 서비스의 전반적 수준을 높일 필요가 있겠다. 예를 들어 당사자의 선호를 파악하여 구두로 반영하는 것뿐만 아니라 WHO(2021)에서 제시하는 우수사례와 같이 치료 계획을 서면화하고 주기적으로 이를 검토하는 과정, 병원 내 동료 지원 활동가 채용을 통한 의사결정 지원 등이 필요하다.

정신의료기관에서의 학대 및 폭력 장면은 주로 입원 정신장애인의 증상이 발현되고 증상을 격리 및 강박으로 해결하려는 시점에서 벌어진다(WHO, 2019). 이러한 상황에서는 입원 정신장애인과 직원 모두 긴장감이 높아지게 되기 때문이다. WHO(2019)는 격리 및 강박이 오히려 입원 당사자에게 신체, 정서, 정신적 상해를 초래하고 그 효과가 증명된 바가 없다고 설명하며, 격리 및 강박이 최후의 수단이 되어서는 안 되고, 당사자를 존중하는 방식으로 지원하고 대안적 방법으로 긴장 상황을 다루기를 권장하고 있다. 이러한 대안적 방법을 실천할 수 있도록 보수교육 등에서 다루고, 더불어 실질적인 실천으로 이어질 수 있도록 시설 장비 및 인력 기준에 대한 개선이 이루어져야 한다. 「정신건강복지법」 시행규칙 [별표 3]에 따르면 위기상황에 처한 입원 정신장애인이 이용할 수 있는 보호실이 50명당 1개 설치되게 규정되어 있는데, 이러한 보호실 설치 기준을 강화하고 보호실이 격리 및 강박실이 아닌 안정을 찾을 수 있는 안정실(comfort room)로서의 기능을 할 수 있도록 해야 한다. 더불어 안정하는 과정에서 대화를 통해 충

분한 개입을 받을 수 있도록 적어도 유사한 병원급 의료기관의 인력 기준의 수준으로 현행 인력기준²⁾을 조정해야 한다. 학대 및 폭력으로부터의 자유 보장의 경우 생활 만족에 정적인 영향을 미치지만, 건강보험 집단에서 그 영향력이 유의하고 더 강하였으므로, 의료급여 집단에 상대적으로 더 많은 관심이 요구된다. 가령, 의료급여 환자에 대한 과도한 격리 및 강박 지역, 비폭력적인 대화 등이 의도적으로 이루어질 수 있도록 직원들에 대한 교육이 필요하다.

특히, 신체 및 정신건강 보장과 지역사회 통합 관련해서는 의료 보장 상태에 따른 차이를 고려한 개입이 이루어져야 한다. 의료 보장 상태에 따라 두 권리 지원 경험을 분석한 결과, 방향성이 반대로 나타났기 때문이다. 신체 및 정신건강 보장의 경우 건강보험 상태에 있는 환자들이 병원 외부에서 누리는 신체 및 정신건강 서비스만큼 선택권을 가질 수 있도록 지원하는 것이 필요하고, 의료급여 환자 또한 이 수준에 맞춰 지원이 상향조정 되어야겠다. 가령, 신체건강서비스의 경우 원내 혹은 원외 연계 진료소에서 진료를 받을 수 있도록 하는 조치가 취해지는 것으로 확인되었는데(제철웅 외, 2022), 신체 및 정신건강 보장 서비스 경험 증진을 위해서는 정신장애인 당사자가 원하는 곳에서 서비스를 받을 수 있도록 이동 등을 지원할 수 있는 조치가 취해져야겠다. 지역사회통합 보장 서비스 경험 관련하여, 의료급여 환자의 경우 서비스 경험 수준이 높을수록 생활만족이 저하되는 결과를 보였으므로 지역사회통합의 과정에서 건강보험 환자와 비교하였을 때 의료급여 환자가 특히 더 경험하는 어려움을 파악하고 지원하는 과정이 필요하다. 예를 들어, 자립에 대한 두려움이 있는 경우 동료지원 연계 등을 통해 심리적 부담감을 완화하는 것이 가능하겠다(제철웅 외, 2022). 근본적으로는 의료급여 집단의 환자들이 주로 이용하게 되는 주거, 취업에 대한 서비스 질도 담보되어야 한다. 장기입원률이 높은 의료급여 수급 상태의 입원 정신장애인이 퇴원했을 때 정신의료기관에서의 생활과

유사 혹은 더 나은 수준의 생활을 영위할 수 있도록 지역사회 인프라 확보가 필요하다.

본 연구는 그동안 제한적으로 다루어져 온 입원 정신장애인의 생활만족을 살펴보고, 그 영향요인을 국제인권기준에 맞춰 살펴본 것에 의의가 있다. 또한, 의료 보장 상태에 따라 입원 정신장애인의 경험이 달라질 수 있다는 선행연구에 근거하여 실질적 검증을 한 것에도 의미가 있다. 하지만 자료 수집 시 코로나 상황, 정신의료기관의 개방 문제로 인해 많은 참여자의 의견을 수렴하지 못했다는 제한이 있어 연구 결과를 전체 입원 정신장애인에게 일반화하기에는 한계가 있다. 때문에 향후에는 많은 입원 정신장애인의 의견이 설문을 통해 수렴될 필요가 있다. 또한, 주요 독립변인 중 유의한 결과가 나타나지 않은 신체 및 정신건강 보장, 지역사회 통합 보장에 대해서는 상호작용효과 분석 등 후속연구가 고려되어야 한다. 본 연구에서 종속변인으로 활용한 생활만족도 척도는 단일 문항 4점 척도로 측정되었기 때문에 향후에는 신뢰도 및 타당도가 확보된 다면적 측정 문항이 활용되어야 한다. 마지막으로 기존 선행연구에서는 의료 보장 상태에 따른 객관적 환경 차이에 대한 논의가 주로 이루어졌지만, 본 연구에서는 입원 당사자들의 경험에 대한 분석에 초점을 두었기 때문에, 선행연구에 근거하여 본 연구의 결과를 해석하는 데 제한이 있었다. 따라서 향후에는 당사자가 주관적으로 경험하는 의료 보장 상태에 따른 차이와 만족 간의 관계에 대한 질적, 양적 연구가 더 풍부하게 이루어져야겠다.

박중은은 서울대학교에서 사회복지학 석사학위를 받았으며, 동 대학 사회복지학과 박사과정에 재학 중이다. 주요 관심 분야는 정신건강, 정신 장애, 회복, 장애이며, 현재 정신장애인의 인권 및 지역사회 통합 등을 연구하고 있다. (E-mail: whddms1717@snu.ac.kr)

강상경은 미시간대학교에서 사회복지학과 사회심리학 박사학위를 받고 서울대학교 교수로 재직 중이다. 주요 관심 분야는 정신건강, 정신장애, 건강불평등 등이다. (E-mail: skahng@snu.ac.kr)

2) 「정신건강복지법」 시행규칙 [별표 4]에 따르면 정신병원 및 병원급 이상의 의료기관에 설치된 정신건강의학과에서는 정신건강의학과 전문의를 입원 환자 60명당 1명, 간호사는 입원환자 13명당 1명, 정신건강전문요원은 100명당 1명, 보안전담 인력은 100개 이상의 병상당 1명 이상 두도록 규정하고 있다.

참고문헌

- 강상경, 제철용, 이용표, 하경희, 김도희. (2021). 정신질환자 및 정신장애인의 회복과 사회통합을 위한 법 개정방안 연구. 세종: 보건복지부.
- 국가법령정보센터. (2022). 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 시행규칙.
- 국립국어원 표준국어대사전. (2023). 생활. <https://stdict.korean.go.kr/search/searchView.do>에서 2023. 6. 18. 인출
- 권자영, 박향경. (2022). 정신장애인의 입원경험. *한국사회복지교육*, 60(1), pp.1-37.
- 김경중, 배안, 조남현. (1997). 개방병동과 폐쇄병동의 치료환경에 대한 비교연구. *신경정신의학*, 36(4), pp.658-670.
- 김민경. (2012). 대학생의 가족학대경험, 사회부적응 및 자이탄력성과 일상생활만족의 관계. *가정과 삶의 질 연구*, 30(1), pp.1-13.
- 김연옥. (2010). 영국의 정신장애인 탈원화 경험에 관한 연구. *사회과학연구*, 26(2), pp.147-170.
- 문용훈. (2020). 청도 대남병원 사태와 정신의료기관 내 치료환경 개선 및 탈원화 촉진 방안 토론. *한국정신건강사회복지학회 학술 발표논문집*. pp.216-220.
- 김윤, 박종익, 강위창, 홍진표. (2000). 정신의료서비스 제공량에 영향을 미치는 요인. *신경정신의학*, 39(5), pp.860-869.
- 박승규. (2008). 의료급여 정신과 수가제도 개선 '08년 10월부터 의료인력 수준별 수가차등제 도입. *HIRA 정책동향*, 2(9), pp.40-41.
- 박은주. (2011). 정신장애인의 생애경험에 관한 연구: 정신질환발병 이후의 경험을 중심으로. *한국사회복지학*, 63(1), pp.5-28.
- 박창범. (2018). 정신병원에서 의료급여환자에 대한 차별. *한국의료법학회지*, 26(1), pp.193-219.
- 배병렬. (2011). *Amos 19 구조방정식 모델링 원리와 실제*. 서울: 청람.
- 배진희, 정미순. (2017). 노인요양 시설내 학대경험이 이용노인의 삶의 만족도에 미치는 영향. *한국콘텐츠학회논문지*, 17(6), pp.591-599.
- 보건복지부. (2022). 2022 정신건강사업안내. 세종: 보건복지부.
- 서동우. (2007). 정신보건의 역사적 변화상에서 본 우리나라 정신보건법의 문제와 개선안. *보건복지포럼*, 2007(1), pp.42-56.
- 서미경, 김재훈, 이진향. (2008). 정신보건시설에서의 정신장애인 권리침해에 관한 연구: 국가인권위원회 진정사례를 중심으로. *정신건강과 사회복지*, 29(1), pp.330-367.
- 신권철. (2021). 정신병원과 시설 내 격리·강박의 문제점과 제도개선 방안. *서울법학*, 29(2), pp.1-47.
- 양중현, 송태균, 장동민. (2012). 의료서비스품질이 암환자의 고객만족과 재이용의도에 미치는 영향. *한국콘텐츠학회논문지*, 12(12), pp.269-281.
- 윤석준, 김영은, 이해국, 정슬기, 최명민, 하경희. (2019). *중증·정신장애인 의료체계 실태조사*. 서울: 국가인권위원회.
- 이대희, 박은철, 남정모, 이재욱, 이동한, 유승흠. (2003). 건강보험과 의료급여 환자간의 정신요법 진료량 차이 비교-정신병원 입원환자를 대상으로. *예방의학회지*, 36(1), pp.33-38.
- 이요셉, 김상현, 예레미, 김명화. (2021). 정신질환 수가체계 개선 방안. *건강보험심사평가원*.
- 이용재. (2010). 소득계층별 건강상태에 따른 의료이용 형평성 분석. *한국사회정책*, 17(1), pp.267-290.
- 이용표, 송승연. (2017). 이탈리아 정신보건개혁의 정책적 함의. *한국장애인복지학*, 35(1), pp.209-239.
- 이호용. (2016). 의료와 복지에서 결정 능력이 부족한 자의 자기결정: 지적장애인의 자기결정에 관한 서설적 연구. *한양법학*, 27(4), pp.117-140.
- 이희영, 주영수, 손창호, 염형국, 임채도, 박은성. (2016). *정신병원 환자인권 실태조사*. 서울: 국가인권위원회.
- 제철용, 강상경, 김문근, 김성수, 장창현, 정성권, 정여진. (2022). *정신장애인 인권친화적 치료환경 구축을 위한 실태조사*. 서울: 국가인권위원회.
- 정명숙, 강석임. (2010). 시설거주 정신장애인의 삶에 대한 만족에 영향을 미치는 요인들. *사회복지연구*, 24(1), pp.81-108.
- 정현주. (2019). 정신장애인의 정신건강증진시설 이용경험에 관한 질적 연구: 정신의료기관, 정신건강복지센터, 정신재활시설을 중심으로. *보건과 복지*, 21(3), pp.51-86.
- 하경희, 김성용, 감남희. (2020). 비자의 입원 정신질환자의 의사결정 지원에 대한 질적 사례연구 절차보조 시범사업을 중심으로. *비판사회정책*, 67(1), pp.299-345.
- 허만세. (2020). 정신병원 장기입원환자에 대한 정신건강증진센터의 퇴원연계서비스 모형 개발을 위한 참여실행연구. *한국사회과학연구*, 39(1), pp.203-231.
- 헌법재판소. (2016. 9. 29.). 2014헌가9 결정.
- 홍선관. (2016). 다면적 주거환경 구성요소가 삶의 만족에 미치는 영향. *디지털융복합연구*, 14(3), pp.419-425.
- Al-Awamreh, K., & Suliman, M. (2019). Patients' satisfaction with the quality of nursing care in thalassemia units. *Applied Nursing Research*, 47, pp.46-51.
- Alghzawi, H. M. (2012). Psychiatric discharge process. *International*

- Scholarly Research Notices*, 2012(1), pp.1-7.
- Altman, H. (1983). A collaborative approach to discharge planning for chronic mental patients. *Psychiatric Services*, 34(7), pp.641-642.
- Barton, R. (1976). *Institutional neurosis*. Butterworth-Heinemann.
- Blenkiron, P., & Hammill, C. A. (2003). What determines patients' satisfaction with their mental health care and quality of life? *Postgraduate Medical Journal*, 79(932), pp.337-340.
- Clarke, A., & Glick, I. D. (2020). The crisis in psychiatric hospital care: changing the model to continuous, integrative behavioral health care. *Psychiatric Services*, 71(2), pp.165-169.
- Gonçalves-Bradley, D. C., Lannin, N. A., Clemson, L., Cameron, I. D., & Shepperd, S. (2022). Discharge planning from hospital. *Cochrane database of systematic reviews*, 2022(2), pp.1-87.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), pp.297-334.
- Davy, B., Keizer, I., Croquette, P., Bertschy, G., Ferrero, F., Gex-Fabry, M., & Bondolfi, G. (2009). Patient satisfaction with psychiatric outpatient care in Geneva: a survey in different treatment settings. *Schweizer Archiv Fuer Neurologie Und Psychiatrie*, 160(6), pp.240-245.
- Eytan, A., Bovet, L., Gex-Fabry, M., Alberque, C., & Ferrero, F. (2004). Patients' satisfaction with hospitalization in a mixed psychiatric and somatic care unit. *European Psychiatry*, 19(8), pp.499-501.
- Gebhardt, S., Wolak, A. M., & Huber, M. T. (2013). Patient satisfaction and clinical parameters in psychiatric inpatients—the prevailing role of symptom severity and pharmacologic disturbances. *Comprehensive Psychiatry*, 54(1), pp.53-60.
- Gooding, P., McSherry, B., & Roper, C. (2020). Preventing and reducing 'coercion' in mental health services: an international scoping review of English-language studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 142(1), pp.27-39.
- Hajjar, S. T. (2018). Statistical analysis: internal-consistency reliability and construct validity. *International Journal of Quantitative and Qualitative Research Methods*, 6(1), pp.27-38.
- Henderson, C., Phelan, M., Loftus, L., Dall'Agnola, R., & Ruggeri, M. (1999). Comparison of patient satisfaction with community-based vs. hospital psychiatric services. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99(3), pp.188-195.
- Holikatti, P. C., Kar, N., Mishra, A., Shukla, R., Swain, S. P., & Kar, S. (2012). A study on patient satisfaction with psychiatric services. *Indian Journal of Psychiatry*, 54(4), pp.327-332.
- Howard, P. B., El-Mallakh, P., Rayens, M. K., & Clark, J. J. (2003). Consumer perspectives on quality of inpatient mental health services. *Archives of Psychiatric Nursing*, 17(5), pp.205-217.
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), pp.1-55.
- Kalman, T. P. (1983). An overview of patient satisfaction with psychiatric treatment. *Psychiatric Services*, 34(1), pp.48-54.
- Karlin, B. E., & Zeiss, R. A. (2006). Best practices: environmental and therapeutic issues in psychiatric hospital design: toward best practices. *Psychiatric Services*, 57(10), pp.1376-1378.
- Kassaw, C., Tesfaye, E., Girma, S., & Agenagnew, L. (2020). Perceived patient satisfaction and associated factors among psychiatric patients who attend their treatment at outpatient psychiatry clinic, Jimma University Medical Center, Southwest Ethiopia, Jimma, 2019. *Psychiatry Journal*, 2020(1), pp.1-10.
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford publications.
- Klingaman, E. A., Medoff, D. R., Park, S. G., Brown, C. H., Fang, L., Dixon, L. B., Hack, S. M., Tapscott, S. L., Walsh, M. B., & Kreyenbuhl, J. A. (2015). Consumer satisfaction with psychiatric services: The role of shared decision making and the therapeutic relationship. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(3), pp.242-248.
- Kuosmanen, L., Hätönen, H., Jyrkinen, A. R., Katajisto, J., & Välimäki, M. (2006). Patient satisfaction with psychiatric inpatient care. *Journal of Advanced Nursing*, 55(6), pp.655-663.
- Maslow, A., & Lewis, K. J. (1987). Maslow's hierarchy of needs.

- Salenger Incorporated*, 14(17), pp.987-990.
- Müller, M. J., Schlösser, R., Kapp-Steen, G., Schanz, B., & Benkert, O. (2002). Patients' satisfaction with psychiatric treatment: comparison between an open and a closed ward. *Psychiatric Quarterly*, 73(1), pp.93-107.
- Nesset, M. B., Rossberg, J. I., Almvik, R., & Friis, S. (2009). Can a focused staff training programme improve the ward atmosphere and patient satisfaction in a forensic psychiatric hospital? A pilot study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(1), pp.117-124.
- OECD. (2022). *OECD Health Statistics 2022*.
- Ostby-deglum, I., & Dahl, A. A. (2004). Is consultation at the psychiatric outpatient clinic a useful service for patients and their doctors? *Nordic Journal of Psychiatry*, 58(6), pp.447-453.
- Perreault, M., Tardif, H., Provencher, H., Paquin, G., Desmarais, J., & Pawliuk, N. (2005). The role of relatives in discharge planning from psychiatric hospitals: The perspective of patients and their relatives. *Psychiatric Quarterly*, 76(1), pp.297-315.
- Priebe, S., & Miglietta, E. (2019). Assessment and determinants of patient satisfaction with mental health care. *World Psychiatry*, 18(1), pp.30-31.
- Semyonov-Tal, K. (2021). Complaints and satisfaction of patients in psychiatric hospitals: the case of Israel. *Journal of Patient Experience*, 8(1), pp.1-9.
- Stamboglis, N., & Jacobs, R. (2020). Factors associated with patient satisfaction of community mental health services: a multilevel approach. *Community Mental Health Journal*, 56(1), pp.50-64.
- Syamsudin, A., Nisa Fiddaroini, F., & Junnatul Azizah Heru, M. (2019). Minimizing the Use of Restraint in Patients with Mental Disorders at a Mental Hospital: A Systematic Review. *Jurnal Ners*, 14(3), pp.283-287.
- Tansella, M. (1986). Community psychiatry without mental hospitals—the Italian experience: a review. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 79(11), pp.664-669.
- UN. (2012). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*.
- UN. (2014). *Committee on the Rights of Persons with Disabilities*.
- World Health Organization. (2012). *WHO QualityRights tool kit: assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities*.
- World Health Organization. (2019). *QualityRights materials for training, guidance and transformation*.
- World Health Organization. (2021). *Guidance and technical packages on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches*.

The Effects of Human Rights-Friendly Service Experience on the Life Satisfaction of Inpatients with Psychiatric Disabilities:

A Multi-Group Analysis of Health Care Status

Park, Jong Eun¹ | Kahng, Sang Kyoung¹

¹ Seoul National University

Abstract

One of the experiences individuals with psychiatric disabilities inevitably have in the process of their recovery is inpatient treatment at psychiatric institutions. This study examines the effects of human rights-friendly service (HRFS) experience on the life satisfaction of individuals with psychiatric disabilities admitted to psychiatric institutions. Specifically, this study looks at the effects of five HRFSs suggested by the WHO Quality Rights Tool Kit (i.e., adequate living and privacy, mental and physical health, self-determination, freedom from abuse and violence, and community integration services) on inpatients' life satisfaction. It further examines whether the effects of HRFS on life satisfaction vary depending on the status of health care coverage. To address research questions, we conducted SEM and multi-group analysis on the data of 228 inpatients who participated in the National Human Resources Committee's Survey in 2022. The key findings are as follows. First, inpatients' life satisfaction increases with more services for ensuring "adequate living and privacy", "self-determination", and "freedom from abuse and violence". Second, the result of the multi-group analysis showed that the effects of all five HRFSs on inpatients' life satisfaction vary depending on the status of health care coverage. Based on the results, we discussed practical and policy implications for improving the life satisfaction of inpatients with psychiatric disabilities.

Keywords: Psychiatric Institutions, Inpatients with Psychiatric Disabilities, Life Satisfaction, Human Rights-Friendly Environment, The Status of Health Care Coverage