https://doi.org/10.5392/JKCA.2017.17.07.579

회복지향질병관리 프로그램이 입원한 정신과 환자의 회복 및 정신질환 지식과 희망에 미치는 영향

Effects of the Illness Management and Recovery Program on Recovery, Knowledge of Mental Illness, and Hope of Inpatients with Mental Illness

신은식, 이현복, 전미숙, 김선희, 윤보현, 시영화, 박수희
국립나주병원

Eun-Sik Shin(otsonamu@hanmail.net), Hyun-Bok Lee(lee6439@korea.kr),
Mi-Sook Jeon(5004jms@korea.kr), Sun-Hee Kim(shk0331@korea.kr),
Bo-Hyun Yoon(yoonbh@chollian.net), Young-Hwa Sea(yhsea1414@korea.kr),
Su-Hee Park(suhee@korea.kr)

요약

회복지향질병관리(Illness Management and Recovery: IMR) 프로그램은 정신과 환자의 질병에 대한 자가 관리 및 회복을 촉진하기 위해 개발되었다. 본 연구에서는 한국판 IMR 프로그램이 입원한 만성 중증 정신과 환자의 회복, 정신질환 지식, 희망에 미치는 영향을 살펴보았다. 연구 대상자는 조현병, 양극성장애, 조현형정동장애로 진단 받은 사람들로 실험군(51명)은 IMR 프로그램에 참여하였으며, 대조군(41명)은 기존의 치료를 유지하였다. 자료 수집은 2015년 5월부터 2016년 12월까지 이루어졌다. 정신건강회복척도, 정신장애 지식척도, 한국판 희망척도를 사전과 중재 이후에 실시하였다. 연구결과 IMR 프로그램에 참여한 사람들이 기존 치료를 유지한 대조군에 비해 자신의 회복 추구와 정신장애에 대한 지식이 향상하였다. 그러나 두 그룹 모두 희망에 대한 변화는 유의하지 않았다. 본 연구는 한국에서 처음 시행된 IMR 프로그램의 효과성 연구이다. 본 연구 결과는 한국판 IMR 프로그램이 우리나라 정신보건 임상에서 만성 정신과 환자의 회복을 촉진시키는 효과적인 중재로 활용될 가능성을 지지한다.

■ 중심어 : | 회복 | 회복지향질병관리 | 중증정신질환 | 지식 | 희망 |

Abstract

The Illness Management and Recovery(IMR) Program was designed to improve self-management and recovery of people with mental illness. The purpose of this study was to identify the effects of the Korean version of the IMR program on recovery, knowledge against mental illness, hope among inpatients with severe mental illness. 92 participants diagnosed with schizophrenia, bipolar disorder and schizoaffective disorder were assigned to either an IMR group(n=51) or the control group(n=41) without randomization. Data collection had been conducted from June 2015 to December 2016. Mental Health Recovery Scale, Knowledge Scale, and Hope Scale was administered to participants before and after the intervention. Participants in the IMR program showed significant improvement in progress toward their recovery and knowledge about their mental illness compared with those receiving treatment as usual. However, changes in hope were not significant in both groups. This is the first evaluation of the effects of the Korean version of the IMR program. Our findings support potential benefits of implementing the Korean version of the IMR program.

■ keyword : | Recovery | Illness Management and Recovery | Severe Mental Illness | Knowledge | Hope |

접수일자 : 2017년 03월 14일
수정일자 : 2017년 06월 02일
심사완료일 : 2017년 07월 03일
교신저자 : 윤보현, e-mail : yoonbh@chollian.net

I. 서 론

1995년 정신보건법이 제정되면서 정신건강의학과 환자의 지역사회 복귀가 촉진되고 지역사회에서 이용할 수 있는 시설과 서비스들이 늘어나고 있는 추세이다[1]. 중증정신질환자들이 대표적으로 이용하는 지역사회 정신보건 시설은 정신건강증진센터로 1999년 14개소가 처음 개소한 이래 2015년 말 기준, 전국적으로 200개의 기관으로 확대되었다[2].

그러나 국내 중증정신질환자로 추산되는 50만명 중 28만명이 입퇴원을 반복하고 있고 중증정신질환자 지역사회 등록관리비율은 여전히 낮은 수준에 그치고 있다[3]. 또한 정신의료기관의 병상수는 OECD 국가 중 유일하게 지속적으로 증가하고 있으며, 1회 평균 입원기간이 310일에 달하고 있어[2][3], 입원한 중증 정신과 환자들이 지역사회에 통합될 수 있는 효과적인 전략이 필요해 보인다.

미국의 경우, 2003년 발표된 정신건강에 대한 신 자유 임무(President's New Freedom Commission on Mental Health) 보고서[4]는 정신과 환자들이 근거에 기반 한 효과적인 치료를 받아야 하며, 이 과정에서 환자 및 가족이 파트너가 되어야 함을 강조하면서 정신건강 영역에 많은 영향을 미쳤다. 이 보고서는 단순한 증상의 경감이나 부재에 치료의 초점을 둘 것이 아니라 환자가 삶의 의미를 되찾고 증상이 주는 영향을 넘어 성장한다는 과정으로서의 회복에 초점을 두도록 강조하였다[4]. 이후로 미국의 약물남용 및 정신건강 서비스국을 중심으로 정신과 환자의 회복을 촉진하기 위한 근거 기반의 회복 중심 프로그램들이 다양하게 개발되어 현장에서 적용되고 있다[5][6].

최근 우리나라도 질병 중심에서 회복 중심으로 정신보건 패러다임을 변화시키기 위한 노력이 이루어지고 있다. 연구의 흐름을 살펴보면, 정신과 환자의 회복과 관련된 평가도구의 타당도 연구[7][8]와 회복과 관련된 변인에 대한 연구[9]가 주를 이루고 있으며 보다 최근에는 정신과 환자의 회복을 촉진시키는 중재에 대한 연구가 이루어지고 있다[10].

현재까지 정신질환으로부터의 회복을 촉진하는 요소들에 대한 다양한 연구가 이어져 오고 있는데[11-15], 이러한 연구들에서 공통적으로 나타나고 있는 요소는 희망이다. 환자들이 삶에 대한 희망과 동기를 갖고 자신이 새운 목표의 실현 가능성을 믿을 때 회복이 시작된다[13][14]. IMR 프로그램의 첫 번째 목표는 도전이 가능하다는 희망을 주입시키는 것이다[11]. 회복의 두 번째 공통된 요소는 정신과적 증상관리이다[11][12][15]. 정신과 환자들이 지역사회에서 만족스런 삶을 살기 위해서는 자신의 증상을 이해하고 적합한 치료방법을 선택하는 것이 회복의 과정에 중요한 요소이지만, 자신의 질병에 대한 인식부족으로 약물 복용과 치료를 중단하는 경우가 많아 잦은 재발과 재입원의 형태를 보인다[16].

회복지향질병관리(Illness Management and Recovery: IMR) 프로그램은 회복에 바탕을 둔 질병관리 교육의 일종으로 정신증상과 효과적 치료에 대해 자세히 소개하고 있어 질병의 이해에 도움을 줄 수 있다[17]. IMR 프로그램은 정신과 환자의 회복을 촉진하기 위해 2003년 미국의 약물남용 및 정신보건 서비스국(Substance Abuse and Mental Health Services Administration)과 보스톤 대학이 함께 개발하였으며[17] 공존질환을 가진 사람을 위한 프로그램[18], 직업적 회복을 목표로 하는 사람을 위한 프로그램[19] 등의 버전으로 확장되고 있는 추세이다.

IMR 프로그램의 효과성에 대한 연구는 2006년 미국에서 Mueser 등[20]에 의해 진행된 이래 여러 나라에서 후속연구가 이루어지고 있다[21-26]. 선행연구들을 살펴보면 IMR 프로그램은 중증 정신과 환자의 희망을 고취시키고[20] 질병의 자기관리와 정신사회적 기능을 향상시키며[21], 질병에 대한 지식과 개인적 목표 성취를 향상시키는 것으로 보고되고 있다[22]. 또한 IMR 프로그램은 입원 기간을 단축시키는데 도움이 되었다[23]. Levitt 등[24]은 지원 주택에서 거주하는 중증 정신과 환자 54명을 대상으로 IMR 프로그램을 진행하였을 때 대조군에 비해 질병관리 능력이 향상되고, 증상에 호전이 있었으며, 정신사회적 기능이 향상되었다고 보고하였다. 일본에서 진행된 연구[25]에서는 병원 외래 환자 25명에게 IMR 프로그램을 실시하였을 때 참여자의 기

능과 증상이 향상되었으며, 삶의 질과 지역사회 거주에서의 자기-효능감이 향상되는 것으로 나타났다. 그러나 대부분의 선행연구는 지역사회 센터 또는 외래 서비스 이용자에게 제한되어 있고, 입원 환경에 있는 정신과 환자를 대상으로 한 IMR 프로그램의 효과성 검증은 거의 이루어지고 있지 않아[26], 입원환자 중심의 케어를 하고 있는 우리나라에서도 IMR 프로그램이 효과적으로 적용될 수 있는지 검증할 필요가 있다.

이에 본 연구에서는 한국어로 번역한 IMR 프로그램이 입원한 중증 정신과 환자의 회복, 정신장애에 대한 지식과 희망에 미치는 효과를 살펴봄으로써 IMR 프로그램의 국내 적용 가능성을 탐구하고자 하였다.

II. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 회복지향의 질병관리 프로그램이 만성 정신과 환자의 회복수준, 정신장애지식, 희망에 미치는 효과를 확인하기 위해 시도된 비동등성 대조군 사전사후 설계이다.

2. 연구대상

본 연구 대상자는 2015년 5월부터 2016년 12월까지 전라남도 소재 일개 국립병원에 입원 중인 사람들로 세부적인 선정기준은 다음과 같다.

1) 18세 이상 60세 이하의 성인 환자
2) DSM-5에 따라 조현병, 주요 우울증, 양극성 정동장애, 조현형정동장애로 진단 받은 만성정신과 환자
3) 언어적 의사소통이 가능하고 글을 읽고 쓸 수 있는 자
4) 급성기 증상을 보이지 않는 자
5) 3개월 이내에 퇴원 예정이 없는 자
6) 연구의 목적을 이해하고 연구 참여에 동의한 자

뇌손상 병력이 있거나 물질 및 알코올의존, 정신지체가 있는 경우는 연구대상에서 제외하였다.

표 1. 실험군과 대조군의 동질성 비교 (N=92)

변인	구분	실험군 (n=51)	대조군 (n=41)	χ^2/t	p
		n(%) 또는 M(SD)			
성별	남자	30(58.8)	23(56.1)	0.07	.79
	여자	21(41.2)	18(43.9)		
진단명	조현병	44(86.3)	37(90.2)	.47	.89†
	조현정동장애	4(7.8)	2(4.9)		
	양극성장애	3(5.9)	2(4.9)		
학력	중졸이하	10(19.6)	10(24.4)	1.40	.49
	고졸	30(58.8)	25(61.0)		
	대졸이하	11(21.6)	6(14.6)		
종교 유무	있음	28(54.9)	23(56.1)	.01	.91
	없음	23(45.1)	18(43.9)		
결혼 상태	미혼	32(62.7)	30(73.2)	1.57	.61†
	기혼	5(9.8)	3(7.3)		
	이혼/사별	14(27.5)	8(19.4)		
		M(SD)	M(SD)		
발병나이(세)		25.20(6.49)	23.26(6.12)	.82	.42
이환기간(년)		22.37(7.12)	23.29(7.56)	1.43	.16
(현)나이(세)		47.84(6.91)	46.61(7.52)	-.59	.56
정신건강회복척도	희망과 자기재정의	21.39(4.94)	21.68(4.28)	.30	.77
	영성	6.75(2.19)	6.76(2.07)	.03	.98
	기본기능	6.12(1.78)	6.85(1.73)	1.68	.10
	지지와 옹호	9.69(2.33)	9.85(2.59)	.52	.61
	자기권한부여	10.82(2.26)	10.98(2.39)	.31	.76
	안녕감과 자기주도활동	13.78(3.10)	14.45(2.94)	.11	.91
	총점	68.45(12.64)	69.83(13.33)	.51	.61
정신질환 지식	원인	4.10(1.65)	3.63(1.83)	1.28	.21
	치료	2.59(1.27)	3.06(.18)	1.27	.21
	증상	1.57(.83)	1.37(.80)	1.18	.24
	약물	4.73(2.02)	4.46(2.05)	.61	.54
	재발	3.08(1.38)	2.93(1.35)	.53	.60
	총점	16.06(4.83)	14.68(5.11)	1.32	.19
희망	경로사고	10.88(3.36)	9.98(3.31)	1.29	.20
	주도사고	11.00(3.56)	10.15(3.66)	1.23	.26
	총점	21.88(6.75)	20.12(6.71)	1.25	.22

†: 피셔의 정확도 검정

연구대상자는 2차에 걸쳐 모집하였으며, 총 139명 중 실험군이 75명, 대조군이 64명이었다. 실험군 중 15명은 퇴원, 3명은 증상악화, 6명은 참여거부로 총 24명이 탈

락하였다. 대조군 중 퇴원 18명, 증상악화 4명, 사후 평가거부 1명으로 총 23명이 탈락하였다. 이에 본 연구에서는 IMR 프로그램 참여와 사전사후 평가를 완료한 실험군 51명, 사전사후 평가를 완료한 대조군 41명의 자료를 분석하였다. 연구대상의 일반적 특성을 살펴보면, 실험군은 남자 30명, 여자 21명이고 대조군은 남자 23명, 여자 18명이었다. 실험군은 조현병 44명, 조현정동장애 4명, 양극성장애 5명이었고, 대조군은 조현병 37명, 조현정동장애 2명, 양극성장애 2명이었다. 실험군과 대조군의 학력은 고졸 이상자가 대다수였다. 두 그룹 모두 종교가 있는 사람이 없는 사람에 비해 다소 많았고, 미혼인 경우가 대다수였다. 실험군의 평균 나이는 47.84세, 이환기간은 22.76년 이었고, 대조군의 평균나이는 46.61세, 이환기간은 23.29년 이었다. 두 집단의 일반적 특성에 대한 동질성 검증을 위한 독립표본 t검정 결과 실험군과 대조군의 일반적 특성에 유의한 차이가 없었다[표 1]. 또한 실험전 두 집단의 주요 변수의 동질성을 살펴본 결과 실험군의 정신건강회복 총점은 68.45(12.64)점, 대조군의 정신건강회복 총점은 69.83(13.33)점으로 두 집단간 유의한 차이가 없었다 (t=.51, p=.61). 정신건강회복척도의 하위요인의 비교에서도 두 집단간 유의한 차이는 없었다. 정신질환에 대한 지식 총점(t=1.32, p=.19) 및 희망 총점(t=1.25, p=.22)에서도 실험 전 두 집단의 동질성에 유의한 차이는 없었다. 정신질환 지식척도 및 희망척도의 하위요인 비교에서도 두 집단간 유의한 차이는 없었다[표 1].

3. 자료수집 방법

1) 본 연구는 해당병원의 임상연구윤리위원회 심사를 통과한 후 진행하였다.
2) 연구대상자는 2차례에 걸쳐 모집하였으며, 연구대상자 선정을 위해 병동 수간호사들에게 연구에 대한 전반적인 내용과 연구 대상자의 선정 기준을 설명하였다. 참여를 권유받은 사람과 연구 참여를 희망하는 사람들을 대상으로 IMR 프로그램을 소개하고 연구과정에 대해 설명하였다.
3) 실험군은 4개의 병동에서 선정하였으며, 5개의 IMR 그룹 프로그램에 임의 배정하였다. 1기는 2015년 5월 1일부터 2015년 12월 30일까지 2개의 병동에서 3개의 IMR 그룹에 참여하였고, 2기는 2016년 4월 12일부터 12월21일까지 2개의 병동에서 2개의 IMR 그룹에 참여하였다.
4) 실험의 확산을 막기 위해 IMR 프로그램을 진행하는 병동에서는 대조군 측정을 하지 않고, 프로그램을 진행하지 않는 병동에서 대조군을 측정하였다.
5) 실험군은 기존의 치료(약물복용, 정신과적 면담, 재활프로그램 등)를 유지하면서 IMR 프로그램에 참여하였고, 대조군은 IMR 프로그램을 제외한 기존의 치료(약물복용, 정신과적 면담, 재활프로그램 등)를 유지하였다.
6) 자료의 수집은 실험군의 경우, IMR 프로그램을 실시하기 전과 프로그램이 종료된 직후 검사를 실시하였다. 대조군 1기의 사전 측정은 2015년 5월 1일, 사후측정은 12월 28일~30일에 실시하였다. 대조군 2기의 사전 측정은 4월 12일, 사후측정은 12월 19일~21일에 실시하였다. 대조군의 사후측정은 대상자의 외박, 외출을 고려하여 3일 동안 진행되었다.
7) 환자의 기본 정보에 대한 기초자료는 환자들이 작성한 초기 설문지와 EMR의 자료를 활용하였다. 실험군의 자료 수집은 프로그램을 진행하는 사람이 수행하였으며, 대조군의 자료 수집은 작업치료사 1인이 실시하였다.

4. 연구의 윤리적 측면

본 연구에서 설문지 작성과 프로그램의 참여는 본 연구의 목적과 진행과정에 대해 구체적으로 설명한 후 대상자의 자발적인 동의하에 진행하였다. 연구대상자를 보호하기 위해 해당병원의 임상연구윤리위원회 규정을 따랐다. 모든 연구 참여자로부터 연구 참여에 대한 동의를 서면으로 받았으며, 본인이 원하면 언제든지 연구 참여를 그만 둘 수 있음을 설명하였다. 또한 대조군 중 IMR 프로그램에 참여하기를 원하는 경우, 사후 평가 이후 IMR 프로그램에 참여할 수 있도록 하였다.

5. 회복지향질병관리(IMR) 프로그램

5.1 IMR 프로그램

IMR 프로그램은 크게 환자용 교본과 임상가용 매뉴얼로 구성된다. 환자용 교본에는 각 회기에서 사용하는 실제적 정보와 전략들을 수록하고 있다. 임상가용 매뉴얼은 1부, 2부, 3부로 구성되어 있는데, 1부는 IMR 프로그램의 기초에 대한 내용으로써 IMR의 개념, IMR의 원리와 운영, 교육원칙 등에 대해 기술하고 있다. 2부는 IMR의 임상가용 지침으로 각 회기 진행을 위한 주제와 동기강화전략·교육적 접근·인지행동적 기법의 사용지침에 대해 설명하고 있다. 3부는 IMR 집단치료 매뉴얼로 회기별 지침을 다루면서 실무자가 IMR을 매끄럽게 진행하도록 가이드하고 있다. 각 회기 마다 참여자에게 환자용 교본을 나누어 주고 주제에 맞는 글을 읽고 함께 토론하는 형식으로 진행하였다. 진행자는 매 회기마다 참여자의 회복 목표 추구와 과제 이행 정도를 점검하였다[11].

IMR은 총 10개의 모듈로 구성되어 있다[표 2]: 회복전략, 정신질환의 이해(조현병, 양극성장애, 우울증), 스트레스-취약성 모델과 치료전략, 사회적 지지개발, 효과적인 약물 사용, 불법약물과 알코올 사용, 재발 감소, 스트레스 대처, 지속증상과 문제 대처, 정신보건시스템에서 욕구 충족. 각 회기는 60분으로 운영하였는데, 구성원과의 간단한 인사, 이전 회기 검토, 과제 검토, 2~3명의 회복 목표 점검, 회기의 주제 정하기, 새로운 자료의 교육(전략 및 기술의 연습을 포함), 개별 과제 정하기, 오늘의 회기 요약 순으로 진행하였다.

5.2 IMR 프로그램의 준비와 운영

본 연구에서는 2006년 개정된 IMR 프로그램을 활용하였다. 회복지향 질병관리 프로그램은 미국에서 개발된 것으로 N병원 재활정신건강연구회에서 번역하였다. 한국판 IMR의 적용을 위해 N병원 및 일개 지역사회 정신건강센터에서 시범 운영하여 우리나라 실정에 맞게 내용 일부를 수정하였다. IMR 프로그램 운영자는 회복에 대한 개념을 습득하고, IMR 프로그램 운영 관련 기술을 숙지하고자 워크숍 및 스터디에 참여하였다. IMR 매뉴얼에 따르면 IMR 프로그램은 참여자의 기능과 이해 속도에 따라 2~7회기로 조정하여 진행할 수 있는데[13] 본 연구에서는 한 모듈 당 최소 1회기에서 최대 4회기까지 진행되었다. 가령, 모듈 1. 회복전략은 비교적 새로운 개념으로 참여자의 이해를 돕기 위해 4회기로 나누어 진행하였으며, 모듈 6. 불법약물과 알코올 사용은 관련된 환자가 거의 없어 1회기만 실시하였다. IMR 프로그램은 각 그룹별로 주 1회, 60분씩 진행되었다. 운

표 2. IMR의 구성과 회기목표

	회기목표	회기 구성
모듈 1. 회복전략	회복의 개념을 인식한다. 자신의 삶에서 회복의 가능성을 확장시키고 희망과 낙관성을 높인다.	2~5회기
모듈 2. 정신질환의 이해	미래에 대한 낙관적인 메시지를 제공한다. 자신이 경험하고 있는 증상을 확인한다.	2~9회기
모듈 3. 스트레스-취약성 모델과 치료전략	생물학적 취약성과 스트레스가 정신증상의 발현에 어떠한 영향을 미치는지 이해한다. 자신의 회복에 도움이 되는 치료방법을 선택한다.	2~4회기
모듈 4. 사회적 지지개발	사회적 지지의 장점에 대한 정보를 제공한다. 더 많은 인관관계를 맺을 수 있는 전략을 수립하고 실행하도록 돕는다.	2~7회기
모듈 5. 효과적인 약물 사용	복약의 장점과 부작용에 대한 정보를 제공한다. 자신만의 꾸준한 복약 유지 전략을 수립한다.	2~4회기
모듈 6. 불법약물과 알코올 사용	불법약물과 알코올 사용이 자신의 정신질환과 삶에 어떠한 영향을 미치는지 이해한다.	1~6회기
모듈 7. 재발 감소	자신의 재발 경고신호를 포착한다. 재발 방지계획을 세운다.	2~4회기
모듈 8. 스트레스 대처	효과적인 스트레스 대처가 증상감소와 재발을 예방함을 이해한다. 스트레스를 줄이고 대처하는 전략을 이해하고 시행하도록 돕는다.	2~5회기
모듈 9. 지속증상과 문제 대처	자신이 경험하는 지속증상과 문제들을 확인한다. 지속증상과 문제 해결을 위한 대처전략을 학습한다.	2~6회기
모듈 10. 정신보건 시스템에서 욕구 충족	정신보건서비스의 범위와 도움을 받을 수 있는 서비스가 무엇인지 안다. 정신보건시스템에서 자신을 옹호할 수 있는 전략을 배운다.	2~3회기

영회기는 가장 짧게 진행된 팀은 28회기, 가장 길게 진행된 팀은 32회기이었으며 8~9개월이 소요되었다. 그룹의 크기는 8~12명이었다. 그룹을 운영한 사람은 정신과 환자 대상 그룹 치료 경험이 10년 이상인 작업치료사 1명, 정신보건간호사 3명, 정신보건사회복지사 1명 이었으며, 각 치료사가 1개의 IMR 그룹을 전적으로 운영하였다.

6. 연구도구

6.1 한국판 정신건강회복척도(Korean version of Mental Health Recovery Scale: K-MHRM)

참여자의 주관적 회복정도를 측정하기 위하여 K-MHRM을 사용하였다. Bullock과 Young[27]이 정신질환자의 회복경험 면담자료를 토대로 개발한 30문항의 정신건강회복척도를 홍창희와 배안[28]이 한국판으로 수정한 K-MHRM를 사용하였다. K-MHRM은 자가-보고형의 20개 문항으로 구성되어 있으며 5점 척도(1=전혀 그렇지 않다, 2=그렇지 않다, 3=보통이다, 4=그렇다, 5=매우 그렇다)이다. K-MHRM은 총 20문항으로 구성되어 있으며 희망과 자기-재정의, 영성, 기본기능, 지지와 옹호, 자기권한부여, 안녕감과 자기주도 활동의 6가지 요인으로 구분된다. 점수가 높을수록 주관적 회복경향이 높다고 해석된다. 홍창희와 배안[28]의 연구에서 내적일치도 Cronbach's α는 .93이었으며, 본 연구에서의 내적일치도 Cronbach's α는 .91이었다.

6.2 지식척도(Knowledge Scale)

참여자의 정신장애에 대한 지식을 측정하기 위해 임영미와 안양희[29]가 개발한 정신장애 지식척도를 활용하였다. 정신장애 지식척도는 자가-보고형 척도로, 총 28문항으로 구성되어 있으며 정신장애의 원인, 치료, 증상, 약물, 재발에 대한 5가지 하위 영역으로 나뉜다. 각 문항에 대해 '그렇다, 아니다, 잘 모른다'고 응답할 수 있으며 응답이 맞은 경우 1점, 틀리거나 모른다고 응답한 경우 0점으로 처리하여 합산한 총점을 활용한다. 점수가 높을수록 정신장애에 대한 지식이 높은 것으로 해석한다. 임영미와 안양희[29]의 연구에서 정신장애 지식척도의 내적일치도 Cronbach's α는 0.81이었다. 본 연구에서 내적일치도 Cronbach's α는 .77이었다.

6.3 한국판 희망척도(Korean version of Hope Scale)

참여자의 희망 수준을 측정하기 위해 Snyder[30]가 개발한 희망척도를 최유희 등[31]이 번안하여 제작한 한국판 희망척도를 활용하였다. 자가 평가도구로 총 12개의 문항으로 구성되어 있으며 4점 척도(1=전혀 아니다, 4=분명히 그렇다)이다. 허위문항 4개, 주도사고 요인 4문항, 경로사고 요인 4문항으로 구성되어 있다. 본 연구에서는 허위문항 4개를 제외하고 분석하였다. 한국판 희망척도의 내적일치도 Chronbch's α는 .77, 검사-재검사 신뢰도는 .80이었고[31], 본 연구에서의 내적일치도 Cronbach's α는 .93이었다.

7. 자료분석

수집된 자료는 PASW Statistics 18.0을 이용하여 분석하였다. 실험군과 대조군의 일반적 특성에 따른 동질성 검사를 위해 카이제곱 검정, 피셔의 정확도 검정, 독립표본 t검정을 실시하였다. IMR 프로그램 전후 실험군과 대조군의 변화를 비교하기 위해 독립표본 t검정과 반복측정 변량분석을 실시하였다.

Ⅲ. 연구결과

1. 회복지향질병관리 프로그램의 효과

회복지향질병관리 프로그램을 받을 후 처치조건과 측정시기에 따라 참여자의 정신건강회복, 정신장애 지식 및 희망에 대한 점수 차이를 살펴보았다. 집단과 검사 시기에 따른 관련변수의 평균과 반복측정 변량분석 결과를 [표 3]에 제시하였다.

1.1 IMR 프로그램이 정신건강 회복에 미치는 효과

반복측정 변량분석 결과, 정신건강회복척도의 총점에서 집단의 주효과가 나타나지 않았고, 측정시기에서도 주효과가 나타나지 않았으나, 집단과 시기간의 상호

표 3. IMR 프로그램이 회복, 지식, 희망에 미치는 효과

변수		실험군(n=51)			대조군(n=41)			F^a		
		사전	사후	t	사전	사후	t	집단	시기	집단 ×시기
정신건강 회복	희망과 자기재정의	21.39(4.94)	22.57(3.82)	1.65	21.68(4.28)	20.37(5.22)	1.39	1.51	.01	4.60*
	영성	6.75(2.19)	7.31(2.03)	2.20*	6.76(2.07)	6.88(1.86)	.38	.32	2.86	1.20
	기본기능	6.12(1.78)	7.08(1.52)	3.50**	6.85(1.73)	6.68(1.72)	.17	.36	3.99*	8.19**
	지지와 옹호	9.69(2.33)	10.35(2.17)	2.26*	9.85(2.59)	9.85(3.05)	.00	.07	1.61	1.61
	자기권한부여	10.82(2.26)	11.02(2.10)	.64	10.98(2.39)	10.73(2.42)	.58	.87	.01	.75
	안녕감과 자기주도활동	13.78(3.10)	13.71(3.38)	1.38	14.45(2.94)	13.90(3.48)	.38	.30	1.49	.45
	총점	68.45(12.64)	72.71(11.24)	2.37*	69.83(13.33)	68.44(13.61)	.66	.41	1.08	4.19*
정신질환 지식	원인	4.10(1.65)	5.29(1.51)	4.41**	3.63(1.83)	3.76(1.80)	.43	11.55*	11.16**	7.41*
	치료	2.59(1.27)	2.24(.20)	2.05*	3.06(.18)	2.17(.20)	.33	8.41*	1.50	2.81
	증상	1.57(.83)	1.78(.90)	1.91–	1.37(.80)	1.49(.90)	.80	2.62	3.28	.25
	약물	4.73(2.02)	5.43(1.825)	2.67*	4.46(2.05)	4.76(1.87)	.82	1.85	5.27*	.90
	재발	3.08(1.38)	3.35(.98)	1.53	2.93(1.35)	3.17(1.09)	.97	.67	2.96	.01
	총점	16.06(4.83)	18.92(4.24)	3.74**	14.68(5.11)	15.29(3.93)	.88	9.91*	10.78*	4.54*
희망	경로사고	10.88(3.36)	11.47(3.00)	1.08	9.98(3.31)	9.85(3.23)	.30	4.79*	.43	1.01
	주도사고	11.00(3.56)	11.49(3.13)	.86	10.15(3.66)	10.20(3.37)	.09	3.10	.50	.34
	총점	21.88(6.75)	22.96(6.00)	1.06	20.12(6.71)	20.05(6.35)	.08	4.05	.52	.68

[a] : 반복측정 변량분석에 의한 통계량, * : p<.05, ** : p<.01

작용효과가 유의하게 나타났다(F=4.19, p<.05). 이 상호작용 효과는 실험군의 정신건강회복 총점이 사전에 비해 사후에 통계적으로 유의미하게 향상된 것에 기인하는 것으로 나타났다(t=2.37, p<.05). 정신건강회복의 요인별 분석을 살펴보면, 희망과 자기재정의(F=4.60, p<.05), 기본기능 요인(F=8.19, p<.001)에서 처치조건과 측정시기간 상호작용효과가 유의하게 나타났다. 영성 요인은 실험군의 사후점수가 사전에 비해 유의하게 향상되었으나(t=2.20, p<.05) 집단과 시기의 상호작용 효과는 유의하지 않았다(F=1.20, p>.05). 지지와 옹호 요인은 실험군의 사후점수가 사전에 비해 유의하게 향상되었으나(t=2.26, p<.05), 집단과 시기의 상호작용효과는 유의하지 않았다(F=1.61, p>.05). 실험군의 자기권한부여, 안녕감 자기주도활동 요인에서 유의한 변화가 없었고, 대조군의 정신건강회복척도 총점과 하위요인 모두에서 유의한 변화가 없었다.

1.2 IMR 프로그램이 정신질환 지식에 미치는 효과

정신질환 지식척도의 총점에 대한 집단의 사전, 사후 검사 결과를 반복측정 변량분석으로 검증한 결과, 집단과 시기의 상호작용 효과가 유의하게 나타났다(F=4.54, p<.05). 총점에 대한 t검증의 결과, 실험군은 사전에 비해 사후의 정신질환 지식이 증가된 것으로 나타났으나(t=3.74, p<.01), 대조군은 사전과 사후의 점수 차이가 유의하지 않았다(t=.88, p>.05). 정신질환 지식에 대한 요인별 분석 결과, 원인에서 집단과 시기의 상호작용 효과가 유의하게 나타났다(F=7.41, p<.05). 치료 요인에서는 집단의 주효과가 나타났으나(F=8.41, p<.05), 시기의 주효과는 나타나지 않았고 집단과 시기의 상호작용 효과도 유의하지 않았으며, 실험군에서 사전에 비해 사후의 치료 요인 점수가 유의하게 상승하였다(t=2.05, p<.05). 약물 요인에서 집단의 주효과(F=1.85, p>.05)와 집단과 시기의 상호작용 효과(F=.9, p>.05)가 유의하게

나타나지 않았으나, 시기의 주효과는 유의하였고 (F=5.27, p<.05), 실험군의 사후 점수가 사전에 비해 향상되었다(t=2.67, p<.05). 그러나 실험군에서 증상과 재발 요인에 대한 변화는 유의하지 않았다. 한편 대조군에서 정신질환 지식 총점 및 하위요인에 대한 변화는 유의하지 않았다.

1.3 IMR 프로그램이 희망에 미치는 효과

희망 척도의 총점은 집단과 시기에 따른 변인의 반복측정 변량분석에서 집단의 주효과(F=.68, p>.05), 시기의 주효과(F=.52, p>.05) 및 집단과 시기간의 상호작용효과(F=.68, p>.05)가 유의하지 않는 것으로 나타났다. 요인별로 분석한 결과, 경로사고 요인에서 집단의 주효과는 유의하였으나(F=4.79, p<.05), 시기의 주효과(F=.43, p>.05) 및 집단과 시기간의 상호작용효과(F=1.01, p>.05)는 유의하지 않았다. 주도사고 요인에서 집단의 주효과(F=3.10, p>.05), 시간의 주효과(F=.50, p>.05) 및 집단과 시기간의 상호작용효과(F=.34, p>.05)가 유의하지 않았다. 한편 대조군의 경우 희망척도의 총점과 하위요인의 사전-사후 값에 유의한 변화가 없었다.

Ⅳ. 고찰

본 연구에서는 한국판 회복지향 질병관리(IMR) 프로그램이 입원한 만성 정신과 환자의 정신건강회복, 정신질환에 대한 지식 및 희망에 미치는 영향을 살펴보았다. 본 연구결과를 토대로 IMR 프로그램의 효과와 함께 우리나라 임상환경에서의 활용가능성에 대해 논의하고자 한다.

IMR 프로그램이 정신건강회복에 미치는 영향을 살펴보면, 전반적인 회복수준이 향상되었고, 요인별 분석에서는 희망과 자기재정의 및 기본기능 요인에 유의한 향상이 있었다. 정신건강회복척도의 영성, 지지와 옹호, 자기권한 부여, 안녕감과 자기주도 활동 요인의 점수는 다소 상승하였으나 유의하지 않았다. 이는 Hasson[22]의 연구에서 재활센터 회원 대상으로 실시한 IMR 프로그램 이후 참여자들의 전반적 회복 점수가 향상된 결과와 유사한 것으로, IMR 프로그램이 지역사회에 거주하며 정신건강센터 등을 이용하는 정신과 환자뿐만 아니라 입원한 정신과 환자의 회복 향상에도 효과적임을 본 연구에서 확인하였다. 특히, 퇴원 등의 이유로 입원환자 대상의 IMR 효과성 연구는 타이완(대만)에서 6회, 3주의 단기간에 진행된 것이 유일하였는데[26] 우리나라와 같이 만성 정신과 환자들이 장기 입원하는 환경에서도 IMR 프로그램 적용이 유효함을 확인한 점에서 의의가 있다. 한편, 본 연구에서 정신건강회복척도의 희망과 자기재정의 요인에서 유의한 변화가 이었는데, 이는 환자가 자신에 대한 인식이 변화했음을 의미한다. 가령, 자신을 단순히 환자로써 인식하는 것이 아니라 정신과적 질환이 있지만 여전히 장점도 있는 한명의 사람으로 인식하는 경향으로 변화되었다고 해석된다. 이밖에 Färdig 등[21]과 Salyers 등[32]은 IMR 프로그램이 중증 정신질환을 가진 사람들이 자신의 질병을 효과적으로 관리하면서 자신이 가진 문제를 정의하고 회복 목표를 추구하는데 효과적이라고 보고하였다. 한편, 정신건강회복척도의 영성, 지지와 옹호, 자기권한 부여, 안녕감과 자기주도 활동의 변화가 유의하지 않는 주된 이유는 입원 환경이 주는 제약 때문으로 해석된다. IMR 프로그램은 참여자들이 주도적으로 활동을 계획하고 실천하도록 유도하고 있으나, 병원의 입원 규칙에 따라 자유롭게 사용할 수 있는 시간이 부족하고 선택할 수 있는 활동도 한정적이다. 게다가, 지지체계의 형성은 회복에 있어 매우 중요한 요소임에도 Hasson[22]의 연구결과와 유사하게 본 연구에서도 IMR 프로그램을 통해 유의한 변화가 없는 점은 주시할 필요가 있다. 본 연구에서는 참여자의 정신과적 질병 이환 기간이 평균 20년 이상으로 대부분 지지체계가 붕괴된 상태로 가족과 소원한 관계를 맺고 있거나 연락을 전혀 하지 않고 있기 때문인 것으로 이해되며, 치료자 또한 지지체계가 될 수 있음을 인식하지 못하는 것으로 풀이된다. 지지체계의 실제적 변화를 유도하기 위해서는 사례관리 또는 가족교육과 같은 다른 중재 전략이 병행되어야 할 것으로 보인다.

본 연구에서 IMR 프로그램은 정신질환에 대한 지식

을 향상시키는 것으로 나타났으며, 하위요인 중 정신질환의 원인, 치료와 약물에 대한 지식이 높아졌는데, 이는 선행연구와 유사한 결과이다[20][22]. 심리교육적 접근은 질병에 대한 기본적 지식을 향상시키지만 회복에 유의한 영향을 미치지는 않는 것으로 알려졌으나[16], 본 연구와 Hasson 등[22]의 연구에서 제안하고 있는 것처럼 IMR 프로그램은 정신질환에 대한 지식을 향상시킴과 동시에 개인적 회복을 촉진하는데도 효과적임을 확인할 수 있었다. 그러나 본 연구에서 활용한 정신질환에 대한 지식도구의 총점이 28점인데, IMR 프로그램 이후의 측정한 지식도구 총점의 평균이 18점에 그치고 있어 만성 정신과 환자들이 질환에 대한 정확한 지식을 획득하도록 돕기 위해서는 지속적이고 반복적인 교육이 필요해 보인다. 또한 이러한 지식점수의 향상이 치료 순응을 돕고 재발 또는 재입원 방지에 영향을 미치는지 살펴보기 위한 후속 연구도 필요해 보인다.

본 연구에서 IMR 프로그램에 참여한 그룹과 참여하지 않은 그룹 모두에서 희망척도의 총점에 유의한 변화가 없었다. 희망척도의 주도사고와 경로사고 요인에서도 유의한 변화가 없었다. 주도사고는 성공적인 목표달성에 대한 의지와 동기로써 성공적인 활동 경험과 어려움을 극복함으로써 더욱 강화된다[30]. 경로사고는 목표를 당성하기 위한 구체적인 계획과 실천 방법을 찾아내는 개인에 대한 스스로의 평가를 의미한다[30]. 본 연구 결과는 미국 인디에나 주의 7개 지역사회 정신보건 센터 회원 324명을 대상으로 실시한 연구[32]에서 참여자의 증상의 자가 관리와 희망이 유의하게 향상되었다는 결과와 상이하다. 이러한 불일치는 장기입원으로 인한 삶에 대한 동기저하가 영향을 미쳤을 가능성이 있으며 가족들과의 불화 또는 주거지 불안정으로 퇴원 후 삶에 대해 낙관과 희망을 얻기 힘들 것으로 판단된다. 또한 선행연구[32]와 본 연구에서 사용한 평가도구의 민감성 정도가 결과에 영향을 미쳤을 것으로 본다. 이와 더불어 본 연구에서 정신건강회복척도의 희망과 자기재정의 요인에서는 유의한 변화가 있었으나 희망척도의 총점과 하위요인에서 유의한 변화가 없었던 것은, 정신건강회복척도의 희망과 자기재정의 요인 두 가지 측면이 하나의 요인으로 묶여 있어 희망척도의 하위요인인 주도사고와 경로사고 요인의 개념과 달라졌기 때문으로 생각된다. 향후 IMR 프로그램이 입원한 환자의 희망에 영향을 미치는지에 대한 후속 연구가 필요하겠지만, 환자 또는 치료자의 노력만으로는 변화에 한계가 있을 수 있다. 금란과 김선아[11]가 제안한 것처럼 환자가 미래에 대한 희망을 갖고 성공 지향적 활동을 수행할 수 있도록 정신 장애인을 위한 다양한 서비스와 지원이 정책적으로 뒷받침될 필요가 있다.

한편, 본 연구에서 IMR 프로그램에 참여한 실험군의 탈락률을 살펴보면, 장기간 프로그램을 운영하였을 때 50% 이상의 탈락자가 발생할 것으로 예측되었으나 본 연구에서의 탈락률은 32%이었다. 실제적으로 퇴원을 했다하더라도 1주일 이내에 입원을 함으로써 프로그램 참여를 유지할 수 있었다. Salyers 등[32]의 연구에서 프로그램 탈락률은 10~50%이었고 일본에서 실시한 IMR 프로그램 참여자 탈락률은 14%로 더 낮았다[25]. 이들의 연구에서 중재 기간이 8개월~9개월이고 제공된 프로그램은 평균 27.5회기로 기존 정신재활 프로그램에 비해 IMR 프로그램의 진행 기간은 긴 편이다. 본 연구에서 실험군의 탈락자는 대부분 초기 탈락하는 경우가 많았으며, 퇴원을 제외하고는 대부분 프로그램을 종료하였다. IMR 프로그램의 완료는 성취감을 줄 뿐만 아니라 그 과정동안 자신의 증상과 문제에 대해 숙고하고 다양한 토론의 기회를 주기 때문에 참여자들의 적극적 참여를 유도할 수 있는 강점이 있다. 또한 치료자는 동기강화 전략으로 참여자들에게 긍정적 강화를 지속적으로 제공하는 점 또한 탈락률을 줄이는 데 도움이 되었을 것으로 판단된다.

마지막으로 본 연구의 제한점과 앞으로의 과제를 다음과 같이 제안한다.

첫째, 실험 환경의 제약으로 대상자들을 실험군과 대조군으로 무작위 배분하지 못하고, 평가를 맹검 방법으로 실시하지 못했다. 이러한 이유로 대상자 선정, 성숙, 긍정적 반응 편향 등 외적 요인이 결과에 일부 작용했을 것으로 보인다.

둘째, IMR 프로그램을 실시한 사람들이 정신과 임상경력이 풍부하고 자체적으로 스터디를 했다하더라도 Salyers 등[32]의 연구처럼 진행자가 IMR 이행의 충실

도를 지키고 있는지에 대한 객관적 평가를 실시하는 등 부가적인 보완이 필요하다.

셋째, 참여 대상자들이 일개 정신병원에 입원한 사람들로서 결과를 일반화하기 어렵기 때문에 향후 연구에서는 대상자를 확대하여 입원 환자 뿐 아니라, 정신보건센터 및 사회복귀 시설을 이용하는 정신과 환자를 대상으로 하는 연구가 지속되어 한국판 IMR 프로그램의 효과성을 더 공고히 할 필요가 있겠다.

넷째, 본 연구에서 프로그램 진행자들의 주관적 경험은 회복의 결과들을 뒷받침하고 있으나, 우리나라에는 정신과 환자의 회복 목표 추구와 관련된 타당화된 평가도구가 없어 본 연구에서는 회복 목표 추구에 대해 객관적으로 측정할 수 없었다. 이에 향후 연구에서는 IMR 프로그램의 효과성을 다측면적으로 평가할 수 있는 도구에 대한 연구가 필요할 것으로 보인다.

V. 결론

본 연구는 우리나라에서 처음 실시한 IMR 프로그램의 효과성 연구이며, 입원한 환자를 대상으로 IMR 프로그램을 장기간 적용한 최초의 연구이다. IMR 프로그램은 입원한 만성 정신과 환자의 회복을 촉진시키고 정신질환에 대한 지식을 향상시키는데 효과적이었으나 입원한 만성 정신과 환자의 희망을 높이지는 못하였다.

정신과 환자의 효과적 질병관리를 위해 IMR 프로그램을 제공하기 위해서는 Whitley 등[33]가 제안한 것처럼 IMR 프로그램 도입을 환영하는 분위기를 조성하고 효과적인 훈련을 실시할 필요가 있다. 그러나 향후 정신건강복지법이 시행됨에 따라 퇴원기간이 단축될 것으로 예상되기 때문에 타이완에서의 연구[26]와 같이 단축형 IMR 프로그램의 구성도 필요할 것으로 보인다.

이정숙과 이선영[34]은 회복은 삶의 질에 영향을 미치는 중요 요인으로써 회복의 수준과 삶의 질을 높이는 정신재활프로그램이 개발되어야 한다고 제안하였는데, IMR 프로그램은 회복 패러다임을 추구하고 있는 우리나라 정신보건 임상에서 회복과 질병관리를 촉진시키는 중요 수단으로 활용될 수 있을 것으로 사료된다.

참 고 문 헌

[1] 보건복지부, *2014년 정신건강사업안내*, 2014.

[2] 보건복지부, *정신건강 종합대책*, 2016.

[3] 보건복지부, *국가 정신건강 현황 예비조사 결과보고*, 2015.

[4] M. F. Hogan, "The president's new freedom commission: Recommendations to transform mental health care in America," Psychiatric Services, Vol.53, No.11, pp.1467-1474, 2003.

[5] M. P. Salyers, J. L. Godfrey, A. B. McGuire, T. Gearhart, A. L. Rollins, and C. Boyle, "Implementing the illness management and recovery program for consumers with severe mental illness," Psychiatric Services, Vol.60, No.4, pp.483-490, 2009.

[6] B. G. Druss, L. Zhao, A. Silke, J. R. Bona, and L. Ficks, "The Health and Recovery Peer(HARP) program: A peer-led intervention to improve medical self-management for persons with serious mental illness," Schizophrenia Research, Vol.118, No.1-3, pp.264-270, 2010.

[7] 배안, 홍창희, "정신건강회복 척도의 타당화 연구," 신경정신의학, 제49권, 제6호, pp.593-603, 2010.

[8] 임경민, 신은식, 심선화, 정윤주, "정신과 환자를 위한 한국판 회복평가척도(Recovery Assessment Scale)의 신뢰도 및 타당도 연구," 한국콘텐츠학회논문지, 제14권, 제10호, pp.628-638, 2014.

[9] 강석임, "시설거주 정신장애인의 회복태도에 영향을 미치는 요인에 관한 연구," 보건과 사회과학, 제30권, 제2호, pp.97-129, 2011.

[10] 하경희, "정신장애인 동료지지활동 프로그램이 동료지원가의 회복에 미치는 효과," 재활복지, 제18권, 제1호, pp.31-52, 2014.

[11] 금란, 김선아, "조현병 환자가 인지하는 건강기능과 회복," 정신간호학회지, 제21권, 제3권,

pp.238-249, 2012.

[12] B. Schrank and M. Slade, "Recovery in psychiatry," Psychiatric Bulletin, Vol.31, No.9, pp.321-325, 2007.

[13] R. Andresen, L. Oades, and P. Caputi, "The experience of recovery from schizophrenia: Towards an empirically validated stage model," Australasian Psychiatry, Vol.37, No.5, pp.586-594, 2003.

[14] S. Mead and M. E. Copeland, "What recovery means to us: consumers' perspectives," Community Mental Health Journal, Vol.36, No.3, pp.315-328, 2000.

[15] C. Gagne, W. White, and W. A. Anthony, "Recovery: A common vision for the fields of mental health and addictions," Psychiatric Rehabilitation Journal, Vol.31, No.1, pp.32-37, 2007.

[16] 전원희, 박정순, 정안순, "질환별 교육프로그램이 정신질환자의 질병인식 및 약물지식에 미치는 효과," 동서간호학연구지, 제17권, 제2호, pp.110-116, 2011.

[17] https://store.samhsa.gov/shin/.../PractitionerGuidesandHandouts

[18] https://mncamh.umn.edu/sites/mncamh.umn.edu/files/eimr_manual.pdf

[19] D. Hutchinson, M. Farkas, and C. Gagne, *Vocational illness management and recovery: Wellness for work*, Boston University, 2015.

[20] K. T. Mueser, P. S. Meyer, D. L. Penn, R. Clancy, and D. M. Clancy, "The illness management and recovery program: Rationale, development, and preliminary findings," Schizophrenia Bulletin, Vol.32, No.S1, pp.S32-S43, 2006.

[21] R. Färdig, T. Lewander, L. Melin, F. Folke, and A. Fredriksson, "A randomized controlled trial of the illness management and recovery program for persons with schizophrenia," Psychiatric Services, Vol.62, No.6, pp.606-612, 2011.

[22] I. Hasson-Ohayon, D. Roe, and S. Kravetz, "A randomized controlled trial of the effectiveness of the illness management and recovery program," Psychiatric Service, Vol.58, No.11, pp.1461-1466, 2007.

[23] M. P. Salyers, A. L. Rollins, D. Clendenning, A. B. McGuire, and E. Kim, "Impact of illness management and recovery programs on hospital and emergency room use by medicaid enrollees," Psychiatric Service, Vol.62, No.5, pp.509-515, 2001.

[24] A. J. Levitt, K. T. Mueser, J. DeGenova, D. B-Watt, A. Barbosa, M. Karlin, and M. Chernick, "Randomized controlled trial of illness management and recovery in multiple-unit supportive housing," Psychiatric Services, Vol.60, No.12, pp.1629-1636, 2009.

[25] E. Fujita, D. Kato, E. Kuno, Y. Suzuki, and S. Uchiayma, "Implementing the illness management and recovery in Japan," Psychiatric Services, Vol.61, No.11, pp.1157-1161, 2010.

[26] E. C. Lin, C. H. Chan, W. C. Shao, M. F. Lin, S. Shiau, K. T. Mueser, S. C. Huang, and H. S. Wang, "A randomized controlled trial of an adapted illness management and recovery program for people with schizophrenia awaiting discharge from a psychiatric hospital," Psychiatric Rehabilitation Journal, Vol.36, No.4, pp.243-249, 2013.

[27] S. L. Young and W. A. Bullock, *The mental health recovery measure,* University of Toledo, Department of Psychology, 2003.

[28] 홍창희, 배안, "정신건강회복 척도의 타당화 연구," 신경정신의학, 제49권, 제6호, pp.593-603, 2010.

[29] 임영미, 안양희, "정신분열병 환자 가족간호자의 지식과 대처," 정신간호학회지, 제9권, 제2호, pp.195-208, 2000.
[30] C. R. Synder, "Conceptualizing, measuring, and nurturing hope," Journal of Counseling and Development, Vol.73, pp.355-360, 1995.
[31] 최유희, 이희경, 이동귀, "Snyder의 희망척도 한국번역판의 타당화 연구," 한국심리학회지:임상, 제22권, 제2호, pp.1-16, 2008.
[32] M. Salyers, J. L. Godfrey, A. B. McGuire, T. Gearhart, A. L. Rollins, and C. Boyle, "Implementing the illness management and recovery program for consumers with severe mental illness," Psychiatric Services, Vol.60, No.4, pp.483-490, 2009.
[33] R. Whitley, S. Gingerich, W. J. Lutz, and K. T. Mueser, "Implementing the illness management and recovery program in community mental health setting: Facilitators and barriers," Psychiatric Services, Vol.60, No.2, pp.202-209, 2009.
[34] 이정숙, 이선영, "정신장애인의 삶의 질과 회복에 대한 연구," 디지털융복합연구, 제12권, 제6호, pp.457-465, 2014.

저 자 소 개

신 은 식(Eun-Sik Shin) 정회원

- 1999년 2월 : 연세대 작업치료학(학사)
- 2010년 2월 : 한서대 일반대학원 작업치료학(이학석사)
- 2016년 2월 : 연세대 일반대학원 작업치료학(이학박사)
- 2006년 10월 ~ 현재 : 국립나주병원 작업치료사
- 현재 : 한국정신건강작업치료학회장

<관심분야> : 정신건강작업치료, 정신재활, 회복

이 현 복(Hyun-Bok Lee) 정회원

- 1988년 2월 : 간호기독대
- 1999년 2월 : 초당대학교 사회복지학과(행정학사)
- 2017년 2월 ~ 현재 : 광주대 임상상담심리학과(석사과정)
- 1988년 12월 ~ 현재 : 국립나주병원 정신보건간호사

<관심분야> : 정신사회재활, 정신간호, 심리치료

전 미 숙(Mi-Sook Jeon) 정회원

- 1986년 2월 : 전남대 간호대학
- 2002년 2월 : 광주대 사회복지학과(문학석사)
- 1987년 4월 ~ 현재 : 국립나주병원 정신보건간호사
- 현재 : 정신보건시설인권강사

<관심분야> : 정신사회재활, 정신간호, 인권

김 선 희(Sun-Hee Kim) 정회원

- 1992년 2월 :기독간호대학 졸업
- 2010년 2월 :조선대 정책대학원 사회복지(석사)
- 1993년 10월 ~ 현재 : 국립나주병원 정신보건간호사

<관심분야> : 정신간호, 정신사회재활, 회복

윤 보 현(Bo-Hyun Yoon) 정회원

- 1987년 2월 : 전남대 의과대학(의학사)
- 1995년 2월 : 전남대 대학원(의학박사)
- 현재 : 국립나주병원장
- 현재 : 대한우울조울병학회 이사장
- 현재 : 대한정신약물학회 부이사장

<관심분야> : 정신약물학, 기분장애, 공공정신보건

시 영 화(Young-Hwa Sea) 정회원

- 1990년 2월 : 전남대 의과대학 (의학사)
- 2000년 2월 : 전남대 의과대학원 (의학석사)
- 2005년 2월 : 전남대 의과대학원 (의학박사수료)
- 현재 : 국립나주병원 의료부장

<관심분야> : 정신의학, 정신재활, 조현병, 기분장애

박 수 희(Su-Hee Park) 정회원

- 1994년 2월 : 전남대 의과대학 (의학사)
- 2001년 2월 : 전남대 의과대학원 (의학석사)
- 현재 : 국립나주병원 정신재활치료과장

<관심분야> : 정신의학, 정신재활, 조현병