

조현병 환자가 인지하는 건강기능과 회복

금 란¹ · 김선아²

고양시정신보건센터¹, 연세대학교 간호대학²

Perceived Functional Health Patterns and Recovery in People with Schizophrenia Spectrum Disorders

Keum, Ran¹ · Kim, Sunah²

¹Goyang Community Mental Health Center, Goyang

²College of Nursing, Yonsei University, Seoul, Korea

Purpose: The purpose of this study was to examine the relationship between perceived functional health patterns and recovery in people with schizophrenia spectrum disorders, to explore the magnitude of relationship between of these variables and influencing factors such as self-esteem, insight, therapeutic relationship, and social support. **Methods:** Participants were 160 individuals from 16 Community Mental Health Centers in Gyeonggi Province. Data were collected from April 10 to June, 12, 2010. Analysis was done using descriptive data, Pearson's correlation coefficients, and canonical correlation coefficients with the SAS 9.1 program. **Results:** The mean score for perceived functional health of participants was below the normal range and the mean for recovery was above the middle range. Functional health and recovery were positively correlated with all components. The magnitude of relationship between functional health pattern, recovery and influencing factors were high in order of self-esteem, social support, insight, and therapeutic relationship. **Conclusion:** Functional health is strongly associated with recovery and useful in promoting recovery. Development of recovery oriented training programs for professionals and interventions considering factors influencing recovery and functional health as identified in this study is recommended.

Key Words: Schizophrenia spectrum disorders, Functional health patterns, Recovery, Canonical correlation analysis

서 론

1. 연구의 필요성

조현병은 비관적 예후를 가지는 질환으로 여겨져 왔지만 (Davidson, Schmutte, Dineo, & Andres-Hyman, 2008) 항정신병 약물의 개발과 탈원화를 통해 지역사회에서 생활하

는 환자들이 늘면서, 이들의 수기(Deegan, 1988)로부터 회복의 개념이 출현하였고 여러 종단적 연구(Harding, Brooks, Ashikaga, Strauss, & Breier, 1987; Lee, 2006)와 회복의 근거를 밝히는 연구(Davidson, Borg, Marin, Topor, & Mez-zina, 2005)가 발표되고 있다. Harding 등(1987)은 30년 동안 추적 연구를 실시한 결과 퇴원한 조현병 환자의 2/3가 높은 수준으로 회복되었다고 하였으며, Lee (2006)는 조현병 환자

주요어: 조현병, 건강기능, 회복, 정준상관분석

Corresponding author: Keum, Ran

Goyang Community Mental Health Center, 501 Yoo-rim Building, 33-28 Wondang-ro, Deogyang-gu, Goyang 412-812, Korea.
Tel: +82-31-968-2336, Fax: +82-31-968-2334, E-mail: keumran@yahoo.co.kr

- 이 논문은 제1저자 금란의 박사학위논문을 수정하여 작성한 것임.

- This article is revision of the first author's doctoral thesis from Yonsei University.

투고일 2012년 6월 7일 / 수정일 2012년 9월 4일 / 게재확정일 2012년 9월 24일

를 3~7년 간 후향적 추적관찰한 결과 15.5%의 대상자가 회복되었다고 하여 조현병 환자의 회복 근거들이 보고되고 있다.

몇몇 연구자들(Silverstein & Bellack, 2008; Torrey & Wyzik, 2000)은 정신질환으로 부터의 회복을 정신보건전문가의 관점과 소비자의 관점에서 설명하고 있다. 전문가의 관점은 증상과 기능, 직업 및 교육, 독립적인 생활의 유지 측면에서 객관적인 기준을 제시하는 과학적이고 임상적인 결과로서의 회복을 의미하며, 소비자 관점에서는 질병으로 인한 제약에도 불구하고 자신의 삶에 대하여 새로운 의미를 찾아가는 개인적이고 고유한 경험이며 과정으로 받아들이는 것이다. Noordsy 등(2002)은 회복을 심리 주관적 차원의 '희망'과 '자기-책임감', 행동적 차원인 '질병을 넘어서 삶을 꾸리기'로 정의하고 있으며(as cited in Kim, 2004) 이후 정신질환으로부터 회복에 대한 다양한 연구결과를 바탕으로 미국 보건부 정신보건국(Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA)에서는 정신건강 회복을 정신건강 문제를 갖고 있는 사람이 최대한의 잠재력을 성취하여 지역사회에서 의미 있는 삶을 살 수 있게 하는 치유와 변화의 여정이라고 하여 조현병 환자의 주관적인 경험을 중시하고 있다(as cited in Silverstein & Bellack, 2008). 그동안 정신보건영역은 탈원화를 계기로 정신질환자의 증상 감소에 초점을 둔 의료 모델에서 정신질환자의 심리사회적 영역의 기능을 포함하는 재활 모델로 확장되었으며 점차 회복모델로 발전되고 있다. 회복 모델은 정신질환을 앓고 있는 사람들이 자신의 질병상태에서 벗어나 새로운 삶의 목표를 세우고 발전시키거나 개선할 수 있는 능력을 갖고 있다고 보며, 정신보건서비스 소비자들이 어떻게 생각하고 느끼는지를 중시하는 소비자 중심의 관점으로 각 개인이 스스로 자신의 삶의 방식을 조절할 수 있는 역량을 키우고, 희망을 갖게 하는 것을 회복의 주요 요소로 강조하고 있다.

회복은 조현병의 치료와 연구, 정책분야에서 폭넓게 논의되고 있는 개념으로서 아이디어, 운동, 철학, 가치체계, 패러다임, 학설 등 다양한 의미와 형태로 사용되고 있으며 과학적인 근거가 부족하다는 점이 지적되고 있지만(Silverstein & Bellack, 2008) 점차 정신보건 서비스 전달체계의 변화가 필요하다는 인식하에 미국을 비롯한 세계 각국의 정신보건정책은 회복을 중심으로 변화가 이루어지고 있다(Davidson et al., 2008). 국내의 정신질환자 회복에 관한 연구는 초기 단계로 회복 증진 프로그램 개발과 프로그램 효과를 검증하는 연구보다는 회복 경험에 대한 탐색(Kim, 2009), 정신보건전문가들의 회복 인식(Kim, Keum, Kim, & Kim, 2010), 회복 측정 및 회복 영향 요인이 무엇인가를 탐색(Kim, 2004; Shin &

Lee, 2010)하는데 집중하고 있어 앞으로 대상자 관점에서 회복에 대한 이해를 높이고, 회복중심의 서비스를 개발할 필요성이 커지고 있다.

또한 정신간호에 있어서 대상자의 신체 건강은 중요한 관심 영역이다. 조현병 환자들의 경우, 신체활동 부족, 빈약한 식사, 투약 유지의 문제, 건강에 대한 지식 부족 등으로 질병 발생이 증가하게 되며, 질병이 발생되었을 때 스스로 관리하는데 어려움을 겪게 된다(Druss et al., 2010). 항정신병약물의 부작용은 체중증가, 대사성질환 등 신체적 건강의 위협을 높이므로 회복을 증진하기 위해서는 신체적 건강 유지에 관심을 기울여야 하는데도 불구하고, 일반인에 비해 상대적으로 관심을 덜 갖고 있으며(Nasrallah, Targum, Tandon, McCombs, & Ross, 2005), 의료혜택의 접근도도 낮은 상태(Kim, Park, & Kim, 2007)로서 점차 신체 건강관리의 필요성이 증가하고 있다. 조현병 환자의 건강과 관련된 국내 연구는 체중조절 프로그램에 관한 연구(Kim et al., 2007), 흡연 및 금연에 관한 연구(Seo, Jun, Byun, Kim, & Lee, 2009) 등이 있으며, 전체적 관점에서 조현병 환자의 건강기능을 알아본 연구는 거의 없다.

연구를 통해서 조현병으로 부터 회복의 근거가 밝혀지고 있음에도 불구하고 대부분의 연구들은 정신사회재활, 사회 적응, 삶의 질을 중시하고, 정신과적 증상과 일상생활기능 향상 그리고 직업재활 중심으로 이루어지고 있으며, 개인적인 경험으로서의 회복에 관한 연구는 아직 초보적인 단계에 있다. 또한 많은 연구들이 서비스 제공자 관점에서 이루어져 왔으므로(Kim, 2009), 조현병 환자의 회복을 돕고 촉진하기 위해서는 대상자 관점에서 자신의 건강을 어떻게 경험하고 있는지, 조현병으로 부터 회복에 대한 경험이 어떠한지에 관심을 가져야 하며, 이때에 대상자들이 처한 환경, 건강상태, 문화, 발달단계 등을 고려해야 할 것이다. 조현병 환자가 인지하는 자신의 건강 기능 상태와 회복을 표준화된 도구를 활용하여 객관적으로 평가하고, 환자들이 인지하고 있는 건강 기능과 회복의 관계, 건강기능과 회복에 영향을 주는 요인들 간의 상호관계를 파악할 필요가 있다. 본 연구는 건강 기능을 유지하는 조현병 환자들이 더 회복을 경험할 것이라는 가정 하에 Gordon (1994)의 11가지 건강기능양상을 반영한 평가도구를(Functional Health Pattern Assessment Screening Tool, FHPAST)(as cited in Jones, 2002) 이용하여 건강기능정도를 평가하고, 회복과의 관계를 파악함으로써 건강기능 향상을 통하여 회복을 도울 수 있는 지를 탐색하고자 하였다.

본 연구는 경기 지역 내 정신보건센터의 서비스 전달 체계 내에 있는 재가 조현병 환자들이 인지하는 건강기능과 회복

정도를 살펴보고, 건강기능과 회복과의 관계는 어떠한지를 파악하고자 하였다. 또한 여러 문헌(Hoffmann & Kupper, 2002; Kim, 2006)에서 밝혀진 건강기능 또는 회복에 영향을 미치는 요인들 중에서 경제 상태 등과 같은 사회경제적 특성, 병식과 치료적 관계 등의 임상적 특성, 그리고 자아존중감과 사회적 지지와 같은 심리·환경적 특성으로 구분하고 각 특성들의 상호작용을 고려하여 보다 정확한 관계를 탐색함으로써 이들의 건강 증진과 회복 향상을 위한 정신간호중재 개발의 기초자료로 활용하고자 하였다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 조현병 환자가 인지하는 건강기능과 회복 정도를 확인하고 영향요인을 파악하는 것으로 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 조현병 환자가 인지하는 건강기능과 회복 수준을 파악한다.
- 조현병 환자의 건강기능과 회복의 관계를 파악한다.
- 조현병 환자의 건강기능 및 회복과 경제상태 등의 사회·경제적 특성, 병식과 치료적 관계 등의 임상적 특성, 자아존중감, 사회적 지지 등의 심리·환경적 특성과의 관계를 파악한다.

연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 재가 조현병 환자가 인지하는 건강기능과 회복 정도와 두 변수와의 관계, 그리고 설명 변수인 회복에 영향을 미치는 각각의 요인들과 결과 변수인 회복과 건강기능과의 전체적인 관계를 파악하기 위한 서술적 상관관계 조사연구이다.

2. 연구대상

본 연구의 대상은 경기 지역 정신보건센터에 등록되어 정신보건서비스 전달 체계 내에 있는 조현병 환자를 대상으로 임의 표출한 160명이었다. 대상자 선정기준은 1) 조현병 스펙트럼 내의 진단을 받은 자로, 2) 18세 이상 60세 미만으로 한글 판독과 질문을 이해할 수 있으며, 3) 인지기능 검사(Mini Mental State Examination-Korean version, MMSE-K) 결과가 정상범위 내에 있고, 4) 연구참여에 동의한 대상으로 하였으며, 알코올 등과 같은 물질 남용의 이중진단을 받은 대상

자, 면접 시 급성증상으로 협조가 어려운 대상자 등은 제외하였다. 표본 수는 G*Power 3.0 프로그램을 이용하였으며 상관관계 분석의 경우 효과크기 .50, 유의수준 .05, 검정력 .80으로 산출하였을 때, 80명으로 본 연구의 표본 수 160은 충분히 부합된다고 할 수 있다. 이는 또한 정준상관분석의 경우 독립변수 당 10개의 표본이 필요하다(Hair, Anderson, Tatham, & Black, 1998)는 기준을 근거로 볼 때, 본 연구에 11개의 독립변수가 포함되어 독립 변수 당 14.5개의 표본이 확보되어 충분한 것으로 판단된다.

3. 자료수집

자료수집은 2010년 4월 13일부터 6월 12일까지였고 이를 위해 Y대학교 간호대학 연구윤리심의위원회(간대 IRB 2010~1002)의 심의를 받아 진행하였다. 경기도 내 31개 정신보건센터 팀장에게 메일을 통해 본 연구의 필요성과 목적 등을 설명 협조를 구하였으며 협조 의사를 표한 16개 기관을 중심으로 각 센터의 전문요원이 연구 기준에 적합한 대상자를 1차로 선별하고 본 연구에 참여의사를 밝힌 대상자와 면담 일정을 확인한 후 연구자와 연구보조자가 기관을 방문하여 자료를 수집하였다. 자료수집 전에 연구의 목적과 철저한 익명성과 비밀이 보장되며 설문지는 연구목적으로만 사용될 것임을 설명하고, 본 연구에 자발적으로 참여하며 자료수집 과정에서 언제든지 중단할 수 있음이 포함된 연구참여에 관한 서면 동의서를 받은 후 진행하였다. 설문조사 전 MMSE-K 검사를 실시하여 인지기능을 확인하였으며 설문에 응한 대상자의 평균 인지기능은 27.4점이었다. 자가보고 형식의 설문지였으나, Corrigan과 Jakus (1994)는 면담기법이 정신과적 증상을 경험하는 대상자로부터 신뢰할 만한 답을 얻을 수 있다고 하여(as cited in Corrigan, Giffort, Rashid, Leary, & Okeke, 1999) 일대일 면담을 통해 자료를 수집하였다. 집중을 위하여 질문지별로 리커트 범위를 나타내는 카드를 보조 자료로 활용하였으며 필요한 경우 이해를 돕기 위하여 보충설명을 하였다. 검사소요시간은 평균 35분이었으며 총 164부의 질문지가 완성되었으나 진단명 범주에서 벗어나는 4부를 제외한 160부를 최종 분석대상으로 하였다.

4. 연구도구

1) 건강기능

건강기능은 전반적인 건강상태를 서술하거나 개인의 삶의 방

식을 설명하는 것으로 Jones (2002)가 개발한 도구인 FHPAST를 사용하였다. FHPAST는 '건강지각-건강관리', '영양-대사', '배설', '활동-운동', '휴식-수면', '인지-지각', '자아지각-자아개념', '역할-관계', '성-생식', '대처-스트레스', '가치-신념' 양상을 평가하기 위한 58문항의 자기보고식 4점 척도(1점=전혀 그렇지 않다, 2점=가끔 그렇다, 3점=자주 그렇다, 4점=항상 그렇다)이며 역문항은 역산하였으며, 3점 이상이면 건강한 상태로 평가하였다. 본 도구의 경우 연구자가 변안하고 간호학교수 2인, 정신보건실무사 2인으로부터 검토를 받았으며, 자료수집 전 조현병 환자 5명을 대상으로 예비조사를 실시하여 이해하기 어려운 문항을 수정·보완하여 사용하였다. 개발 당시 Cronbach's $\alpha = .91$ 이었으며, 본 연구의 Cronbach's $\alpha = .92$ 였다.

2) 회복

본 연구에서는 Noordsy 등(2002)이 정의한 회복의 심리주관적 차원의 '희망'과 '자기-책임감'(as cited in Kim, 2004)을 측정하기 위하여 Corrigan 등(1999)이 개발한 41문항의 척도를 Kim (2004)이 변안한 도구를 사용하였다. 자기보고식 5점 척도(1=전혀 그렇지 않다, 2=거의 그렇지 않다, 3=보통이다, 4=거의 그렇다, 5=매우 그렇다)로 총점이 높을수록 회복 정도가 좋은 것으로 해석한다. 총 41문항으로 구성된 본 척도는 Corrigan, Salzer, Ralph, Sangster와 Keck (2004)이 요인 분석을 통하여 5개의 하부요인으로 분류하였으며 구체적인 내용은 다음과 같다. "개인적인 확신과 희망" 영역은 총 9문항으로 '나의 미래는 희망적이다.' 등의 내용으로 구성되었다. "도움을 요청하려는 의지" 요인은 3문항으로 '나는 기꺼이 도움을 요청할 것이다'와 같은 문항으로 이루어졌다. "목표와 성공지향성" 요인은 5문항이며 '나는 삶의 목적이 있다'와 같은 문항이었다. "타인에 대한 신뢰" 요인은 4문항으로 '나는 믿고 의지할 사람들이 있다'와 같은 내용이었으며 "증상에 지배되지 않음" 요인은 3문항으로 '나의 정신병 증상은 더 이상 내 생활에 있어 가장 큰 관심사는 아니다'와 같은 문항으로 구성되었다. 본 연구에서는 타 연구와의 비교를 위하여 41문항을 사용하였으며, 회복의 하부 요인 간의 관계를 보다 정확하게 파악하기 위하여 5개의 하위 요인을 나타내는 24문항을 분석에 활용하였다. Corrigan 등(1999)의 연구에서 Cronbach's $\alpha = .93$ 이었고, Kim (2004)의 연구에서 Cronbach's $\alpha = .93$ 이었으며, 본 연구에서 Cronbach's $\alpha = .94$ 였다.

3) 병식

주관적으로 인식하는 자신의 질병에 대한 이해 정도인 병식 수준을 평가하기 위하여 Im (1999)이 David (1990)의 Schedule for Assessing the Three Components of Insight 척도를 변안 및 수정한 7문항의 도구를 사용하였다. 이 척도는 '치료순응도'(2문항), '병식유무'(3문항), '정신병 증상에 대한 인지여부'(2문항) 등 3개의 하위 영역으로 구성되어 있으며, 5점 척도(0=전혀 아니다, 1=별로 아니다, 2=보통이다, 3=자주 그렇다, 4=항상 그렇다)로 총점은 0점에서 28점이며, 점수가 높을수록 병식이 높다고 해석된다. Im (1999)의 연구에서 Cronbach's $\alpha = .83$ 이었으며, 본 연구에서 Cronbach's $\alpha = .75$ 였다.

4) 치료적 관계

McGuire-Snieckus, McCabe, Catty, Hansson과 Pribe (2007)가 지역사회 정신보건 분야의 다학제 임상가들과 환자와의 치료적 관계를 평가하기 위하여 개발한 환자용 도구로 긍정적 협력관계, 긍정적 전문가 요인, 비지지적인 전문가 요인으로 구성된 12문항 5점 척도(0=전혀 그렇지 않다, 1=가끔 그렇다, 2=때때로 그렇다, 3=자주 그렇다, 4=항상 그렇다)이다. 본 도구의 경우 연구자가 변안하고 간호학교수 2인, 정신보건실무사 2인으로부터 검토를 받았으며, 자료수집 전 조현병 환자 5명을 대상으로 예비조사를 실시하여 이해하기 어려운 문항을 수정·보완하여 사용하였다. 총 점수는 0~48점으로 점수가 높을수록 좋은 치료적 관계로 본다. 개발 당시 Cronbach's $\alpha = .91$ 이었으며, 본 연구에서 Cronbach's $\alpha = .82$ 였다.

5) 자아존중감

자아존중감은 Rosenberg (1965)가 개발한 자아존중감 척도를 Jeon (1974)이 번역한 도구를 사용하였다. 총 10문항으로 구성된 4점 척도(0=거의 그렇지 않다, 1=별로 아니다, 2=조금 그렇다, 3=정말 그렇다)이며, 최저 0점에서 최고 30점으로 점수가 높을수록 자아존중감이 높다는 것을 의미한다. 개발 당시 Cronbach's $\alpha = .74$ 이었으며, 본 연구에서 Cronbach's $\alpha = .83$ 이었다.

6) 사회적 지지

Park (1985)이 개발하고 Kim (1991)이 정신과 환자들이 쉽게 이해할 수 있도록 수정·보완한 25문항의 도구를 사용하였다. 이 척도는 정서적 지지(7문항), 정보적 지지(6문항), 물

절적 지지(6문항), 평가적 지지(6문항) 등 4개의 하위요인으로 구성되어 있으며, 5점 척도로 점수가 높을수록 개인이 지각하는 사회적 지지가 높다는 것을 의미한다. Park (1985)의 연구에서 Cronbach's $\alpha = .94$ 였으며, Kim (1991)의 연구에서 Cronbach's $\alpha = .93$ 이었고, 본 연구에서 Cronbach's $\alpha = .95$ 였다.

5. 자료분석

수집된 자료는 SAS 9.1 프로그램을 이용하여 유의수준 .05 수준에서 분석하였다. 대상자의 사회경제적 특성, 임상적 특성, 심리·환경적 특성과 실수, 백분율, 평균과 표준편차, 최소값과 최대값을 산출하였으며 건강기능 및 회복은 평균과 표준편차, 최소값과 최대값을 산출하였다. 건강기능, 회복과 각 변수와의 상관관계 분석은 Pearson's correlation coefficient를 이용하였다. 대상자의 건강기능과 회복의 관계를 전체적으로 파악하고, 건강기능과 회복에 영향을 미치는 사회경제적 특성, 임상적 특성, 심리·환경적 특성과의 관계를 전체적으로 파악하기 위하여 정준상관분석(Canonical Correlation Analysis, CCA)을 이용하였다. 정준상관분석은 2개 이상의 종속변수와 2개 이상의 독립변수 사이의 관계를 분석하는 다변량 분석기법으로 하나의 종속변수와 여러 개의 독립변수 간의 관계를 파악하기 위한 회귀분석과 달리 각 변수군 내의 변수 사이의 영향력을 고려함으로써 보다 포괄적인 상관관계를 파악할 수 있는 장점이 있다(Lee, 2002).

연구결과

1. 대상자의 특성

전체 응답자 160명 중 남자 91명(56.9%), 여자가 69명(43.1%)으로 남자가 많았으며, 평균 연령은 39.3세로 40대가 65명(40.6%), 30대 48명(30.0%), 20대 22명(13.8%), 50대 21명(13.1%), 10대 4명(2.5%) 순이었다. 미혼인 경우가 128명(80.0%), 기혼, 동거, 이혼 별거 사별 등의 결혼경험이 있는 경우가 32명(20.0%)이었다. 학력은 고졸 113명(70.6%), 중졸 이하 28명(17.5%), 전문대 이상 19명(11.9%) 순이었다. 자신의 경제 수준을 '중' 또는 '상'으로 응답한 대상자가 93명(58.1%), '하'라고 응답한 경우가 67명(41.9%)이었다. 주거형태로 부모 또는 남편, 자녀와 함께 사는 경우가 116명(72.5%), 혼자 사는 경우 23명(14.3%), 시설 또는 타인이 11

명(6.9%), 형제, 자매가 10명(6.3%) 순이었다. 평균 3.3회 입원을 하였고, 입원기간은 평균 21.9개월이었다. 인지기능은 30점 만점에 평균 27.4점이었고, 병식은 평균 22.5점이었으며, 문항별 평균인 평량 평균은 5점 만점에 3.2점이었다. 치료적 관계는 평균 30.6점이었고, 문항별 평균인 평량 평균은 4점 만점에 2.6점이었다. 심리·환경적 특성인 자아존중감의 평량 평균은 3점 만점에 1.8점이었다. 사회적 지지는 평균 88.8점이었고 평량 평균은 5점 만점에 3.6점이었다(Table 1).

2. 대상자의 건강기능 및 회복

연구대상자의 건강기능은 건강과 관련된 생각이나 행동의 빈도를 중심으로 문항별 평균인 평량 평균 기준 '항상 그렇다'인 4점 만점에 '자주 그렇다'인 3점 이상을 정상 건강기능 범위로 보았을 때 평균 2.7점으로 정상 보다 낮은 건강 기능 수준이었다. 11개의 건강기능 양상 중 '배설' 양상 만 3.4점으로 정상 범위에 있었으며, '건강지각-건강관리(2.9)', '인지-지각(2.8)', '대처-스트레스(2.7)', '활동-운동(2.7)', '수면-휴식(2.6)', '자아지각-자아개념(2.6)', '가치-신념(2.6)', '역할-관계(2.5)', '영양-대사(2.2)', '성-생식(2.2)' 양상 순이었고, 11개 건강기능 중 '성-생식' 양상이 가장 낮은 건강기능으로 나타났다. 대상자의 회복은 평균 148.5점이었고, 문항별 평균인 평량 평균은 5점 만점에 3.6점이었다. 회복의 하위 영역별 평량 평균은 '자발적 도움 요청 의지(3.8)'가 가장 높게 나타났으며, 그 다음은 '타인에 대한 신뢰(3.6)', '목표와 성공지향성(3.6)', '개인적인 확신과 희망(3.5)', '증상에 지배되지 않음(3.2)' 순이었다(Table 2).

3. 건강기능과 회복의 관계

본 연구에서는 11개의 건강기능과 회복의 하위 요인 5개의 영향력을 고려한 전체적인 관계가 어떠한지를 파악함으로써 건강기능을 높이기 위한 정신간호중재를 통하여 조현병 환자의 회복을 증진할 수 있는지를 파악하고자 정준상관분석을 수행하였다(Table 3).

정준상관분석 결과 5개의 정준함수(Canonical Function)가 도출되었으며, 첫 번째 정준함수의 경우 Wilks's lambda: .35, $F(55, 373.89) = 1.75$, $p < .05$ 수준에서 통계적으로 유의한 것으로 나타났으므로 첫 번째 정준함수만을 분석 대상으로 하였다. 정준상관분석에서 각 변수의 관계를 해석하는 변수를 결정하기 위해서는 정준계수(Standardized Canonical Coef-

Table 1. General Characteristics and Descriptive Statistics of Major Variables

(N=160)

Characteristics	Categories	Categories	n (%)	M±SD	Range	Weighted M±SD
I. Socio-economic factors	Gender	Male	91 (56.9)			
		Female	69 (43.1)			
	Age (year)	10~19	4 (2.5)	39.3±8.87	19~57	
		20~29	22 (13.8)			
		30~39	48 (30.0)			
		40~49	65 (40.6)			
		≥ 50	21 (13.1)			
	Marital status	Never married	128 (80.0)			
		Married	32 (20.0)			
	Education level	≤ Middle school	28 (17.5)	12.0±2.43	2~18	
		High school	113 (70.6)			
		≥ College	19 (11.9)			
	Economic status	Middle-high	93 (58.1)			
		Low	67 (41.9)			
	Residential status	Living alone	23 (14.3)			
		Living with families	116 (72.5)			
		Living with siblings	10 (6.3)			
		Living with others	11 (6.9)			
II. Clinical factors	Total duration of job maintenance	0~24	81 (50.6)	48.6±55.81	0~360	
		25~60	28 (17.5)			
		61~96	25 (15.6)			
		≥ 97	26 (16.3)			
	Engaged month in mental health service	1~36	66 (41.2)	63.6±48.89	2~172	
		37~60	31 (19.4)			
		61~120	33 (20.6)			
		≥ 121	30 (18.8)			
	Type of mental health service	Home care	17 (10.6)			
		Day care	123 (76.9)			
		Competitive job	20 (12.5)			
	Duration of Illness (month)	1~60	30 (18.8)	169.0±96.44	12~396	
		61~120	22 (13.8)			
		121~180	43 (26.8)			
		≥ 181	65 (40.6)			
III. Psycho-environment	Age of onset			25.5±7.94	13~55	
	Number of admission			3.3±4.76	0~50	
	Month of admission			21.9±41.09	0~244	
	MMSE-K			27.4±1.75	24~30	
	Insight			22.5±4.35	8~28	3.2±0.62
	Therapeutic relationship			30.6±8.32	8~48	2.6±0.69
III. Psycho-environment	Self-esteem			18.2±5.80	2~29	1.8±0.58
	Social support			88.8±15.59	25~120	3.6±0.62

MMSE-K=mini mental state examination-Korean version.

Table 2. Functional Health Patterns and Recovery of Subjects

(N=160)

Variables	Weighted M±SD	M±SD	Range
Functional Health Patterns	2.7±0.40	153.9±23.14	93~211
Elimination	3.4±0.63	7.0±1.26	2~8
Health perception-Health management	2.9±0.35	37.2±4.60	27~47
Cognitive-Perceptual	2.8±0.50	22.5±3.99	10~32
Coping-Stress	2.7±0.55	16.4±3.27	7~24
Activity-Exercise	2.7±0.59	10.6±2.38	5~16
Sleep-Rest	2.6±0.84	5.3±1.67	2~8
Self perception-Self concept	2.6±0.59	18.4±4.12	7~28
Value-Belief	2.6±0.84	5.2±1.67	2~8
Role-Relationship	2.5±0.65	19.8±5.22	9~48
Nutritional-Metabolic	2.2±0.65	8.7±2.60	4~16
Sexuality-Reproductive	2.2±0.89	4.3±1.77	2~8
Recovery	3.6±0.55	148.5±22.50	59~199
Willingness to ask for help	3.8±0.83	11.4±2.43	5~15
Reliance on others	3.6±0.72	14.5±2.89	4~20
Goal and success orientation	3.6±0.77	18.0±3.83	7~25
Personal confidence and hope	3.5±0.64	31.9±5.79	13~45
No domination by symptoms	3.2±0.73	9.7±2.18	4~15

ficients), 정준부하량(Canonical Loadings), 정준교차적재량(Canonical Cross-loadings) 중 어느 하나를 이용해도 무방한데(Lee, 2002), 본 연구에서는 정준부하량을 이용하여 해석하였다. 정준부하량 등의 계수의 값이 절대값 .30 (|.30|) 혹은 .40 (|.40|) 이상이면 정준변량을 설명하는 중요 변수로 간주되어 정준함수의 해석에 포함되어진다(Hair et al., 1998). 본 연구에서는 .30 이상이 되는 정준계수를 갖는 변수를 중요변수로 고려하였다.

유의미하게 나타난 정준함수 1의 기준 변수군과 설명 변수군 간의 도출된 선형조합 간의 단순 상관관계인 정준상관계수는 .636이었으며 11가지 건강기능 양상과 5개 영역의 회복의 관계를 정준부하량을 기준으로 살펴보았을 때, 건강기능에서 높은 관계 순으로 보면 ‘역할-관계(.874)’, ‘자아지각-자아개념(.774)’, ‘건강지각-건강관리(.702)’, ‘가치-신념(.664)’, ‘스트레스-대처(.656)’, ‘활동-운동(.532)’, ‘성-생식(.503)’, ‘인지-지각(.502)’, ‘휴식-수면(.416)’, ‘영양-대사(.402)’ 양상 순이었다. 종속변수인 회복의 하위 요인의 경우에도 ‘개인적인 확신과 희망(.923)’, ‘목표와 성공지향성(.859)’, ‘타인에 대한 신뢰(.690)’, ‘도움을 청하려는 의지(.531)’ 순으로 상관관계가 높은 것으로 나타났으며 독립 변수군의 ‘배설’과 종속변수군의

‘증상에 지배되지 않음’ 요인은 낮은 정준부하량을 보였다.

4. 건강기능 및 회복과 제 특성과의 상관관계

조현병 환자의 건강기능 및 회복과 병식, 치료적 관계, 자아존중감, 사회적 지지 간의 단순 상관관계는 Table 4와 같다. 대상자의 건강기능은 임상적 특성인 병식($r=.31, p<.001$), 치료적 관계($r=.39, p<.001$)와 정적 상관관계, 또 심리·환경적 특성인 자아존중감($r=.68, p<.001$), 사회적 지지($r=.41, p<.001$)와도 정적 상관관계가 있었다. 즉 병식이 높고, 치료적 관계를 더 많이 경험하고, 자아존중감이 높고, 사회적 지지를 많이 받을수록 건강기능이 좋은 것으로 나타났다. 회복의 경우 병식($r=.47, p<.001$), 치료적 관계($r=.36, p<.001$), 자아존중감($r=.57, p<.001$), 사회적 지지($r=.58, p<.001$), 건강기능($r=.62, p<.001$)이 유의한 정적 상관관계가 있는 것으로 나타났다.

5. 건강기능 및 회복과 제 특성과의 정준상관 관계

연구대상자의 제 특성과 건강기능, 회복 사이에 차이가 있

거나 상관관계가 있는 것으로 나타난 변수들을 중심으로 건강 기능과 회복 사이의 종합적인 상관관계를 파악하기 위하여 정준상관분석을 한 결과 두 개의 정준함수가 도출되었다. 첫 번째 정준함수의 경우 Wilks's lambda: .26, F (20, 296)=14.21,

Table 3. Predicting Recovery from Functional Health Patterns using Canonical Correlation Analysis (N=160)

Variables	CF 1
	CL
Functional health patterns	
Role-Relationship	.874 [†]
Self perception-Self concept	.774 [†]
Health perception-Health management	.702 [†]
Value-Belief	.664 [†]
Coping-Stress	.656 [†]
Activity-Exercise	.532 [†]
Sexuality-Reproductive	.503 [†]
Cognitive-Perceptual	.502 [†]
Sleep-Rest	.416 [†]
Nutritional-Metabolic	.402 [†]
Elimination	.165
Recovery	
Personal confidence and hope	.923 [†]
Goal and success orientation	.859 [†]
Reliance on others	.690 [†]
Willingness to ask for help	.531 [†]
No domination by symptoms	.298

Canonical correlation=.636

Canonical root (R^2)=.405

Redundancy Index=.197

Wilks's lambda=.350

Sig < .001

CF=canonical function; CL=canonical loading.

[†] ≥ .30.

$p < .001$ 수준에서 통계적으로 유의한 것으로 나타났으며 두 번째 정준함수의 경우 Likelihood Ratio (Wilks's lambda): .83, F (9, 149)=3.38, $p < .001$ 수준에서 유의하였다. 한 변수군의 변수들이 다른 변수군의 변수들과 공유하는 분산의 양을 나타내는 통계량인 중복지수를 비교하였을 때, 첫 번째 정준함수는 .556으로 변수의 55.6%를 설명하고, 두 번째 정준함수의 경우에는 .032로 두 번째 함수의 설명력이 3.2%인 것으로 나타났으므로 첫 번째 함수를 분석·제시하였다(Table 5). 의미미하게 나타난 첫 번째 정준함수의 정준부하량을 살펴보면, 자아존중감(.826), 사회적 지지(.670), 병식(.535) 치료적 관계(.498)가 회복(.912)과 건강기능(.887)과 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났다.

논 의

본 연구는 재가 조현병 환자들이 인지하는 건강 기능과 회복을 파악하고 건강기능과 회복과의 관계, 제 특성과의 관계를 종합적으로 파악하기 위한 서술적 조사연구이다. 그동안 조현병 환자의 건강기능과 회복에 대한 연구결과가 없어 논의하는데 어려움이 있으나, 연구결과에 기초하여 재가 조현병 환자의 건강기능과 회복 정도, 건강기능과 회복의 관계, 두 변수의 영향요인에 대해 포괄적으로 고찰하고자 한다.

본 연구대상자의 건강기능은 평균 2.7점으로 건강과 관련된 생각이나 행동의 빈도를 중심으로 '자주 그렇다'인 3점 이상을 정상범위로 보았을 때 정상범위에 못 미치는 것으로 나타났다. 11개의 건강기능 양상을 구체적으로 살펴보면, 배설양상만이 정상범위였으며, 건강지각-건강관리, 인지-지각, 대처-스트레스, 활동-운동, 자아지각-자아개념, 가치-신념, 역할-관계, 영양-대사, 성-생식 순으로 성-생식 양상이 가장 낮게

Table 4. Correlations among Variables

(N=160)

Variables	Insight	Therapeutic relationship	Self-esteem	Social support	Functional health patterns	Recovery
	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)
Insight	1					
Therapeutic relationship	.22 (.004)	1				
Self-esteem	.25 (.002)	.18 (.023)	1			
Social support	.24 (.003)	.42 (< .001)	.28 (< .001)	1		
Functional health patterns	.31 (< .001)	.39 (< .001)	.68 (< .001)	.41 (< .001)	1	
Recovery	.47 (< .001)	.36 (< .001)	.57 (< .001)	.58 (< .001)	.62 (< .001)	1

Table 5. Influencing Factors on Functional Health Patterns and Recovery using Canonical Correlation Analysis (N=160)

Variables	CF 1
	CL
Independent variables	
Self-esteem	.826 [†]
Social support	.670 [†]
Insight	.535 [†]
Therapeutic relationship	.498 [†]
Economic status: Low (vs, middle-high)	-.292
Type of service: Competitive job (vs, home care)	.163
Type of service: Day care (vs, home care)	-.101
Residential status: Living with others (vs, alone)	-.163
Residential status: Living with families (vs, alone)	.070
Residential status: Living with siblings (vs, alone)	.050
Dependent variables	
Recovery	.912 [†]
Functional health pattern	.887 [†]
Canonical correlation=.829	
Canonical root (R ²)=.687	
Redundancy index=.556	
Wilks's lambda=.260	
Sig < .001	

CF=canonical function; CL=canonical loading.

[†] ≥ .30.

나타났다. 회복은 평균 3.6점이었으며 세부 영역별로는 자발적 도움요청의지, 타인에 대한 신뢰, 목표와 성공지향성, 개인적인 확신과 희망, 증상에 지배되지 않음 순으로 나타났다. 이는 Shin과 Lee (2010)의 결과인 3.4점보다 높았고 세부 영역별로 비교하였을 때 목표와 성공 지향성, 타인에 대한 신뢰, 개인적인 확신과 희망, 자발적인 도움 요청 의지로 본 연구결과와는 다소 다르게 나타났다. 사회복귀시설 이용자가 많이 포함되었던 Shin과 Lee (2010)에 비해 정신보건센터를 이용하는 대상자들이 도움을 더 요청하는 자발성이 높았으며 이는 이용기관에 따른 차이라고 해석할 수 있겠다. 또한 문헌과 회복 수기에서 공통적으로 나타나는 회복의 속성인 희망에 대하여 두 연구에서 낮은 순위를 나타내고 있어 정신보건서비스의 기본 가치로 대상자들이 회복할 수 있다는 희망을 받아들일 수 있도록 관심을 가져야 하겠다.

정신보건전문가들의 회복에 대한 인식 정도와 업무만족에 관한 연구에서 Kim 등(2010)은 정신보건전문가들이 ‘회복에 대한 현실적인 기대와 희망을 불어넣어 주어야 한다’는 회복 관련 문항에 대해 낮게 인식하고 있다고 보고하고 있다. 정신보건 현장 전문가들이 회복을 어떻게 인식하느냐가 회복을 돕는 역할 수행에 영향을 미친다고 볼 때, Kim 등(2010)의 연구 결과는 정신보건현장 전문가들이 회복 촉진자로서의 역할을 제한적으로 수행하고 있다고 생각할 수 있으며 앞으로 정신보건전문가들이 회복 촉진자로서 적극적으로 역할을 수행하기 위해서는 회복중심의 정신보건 실무에 관한 교육과 훈련이 필요할 것이다. Torrey와 Wyzik (2000)는 회복중심 치료의 경우 치료자들은 재발과 기능의 저하 등 질병과 관련된 스트레스로부터 소비자를 보호하는 대신에 회복은 가능하다는 믿음을 가지고 대상자들이 새로운 시도를 하는 것을 지지하고 격려하는 태도가 필요하다고 설명하고 있다. 이러한 태도는 정신보건서비스 소비자들이 회복의 속성인 희망을 갖게 도와주는 정신건강교육, 집중적인 직업현장 훈련 등을 통해서 정신건강에 관한 정보를 공유하고 건강관리, 학업, 직업, 생활 영역에서 스스로 결정하고 선택하는 자기결정의 기회를 경험하도록 돕는데 있어서 기초가 되어야 한다고 하였다. 또한 Torrey와 Wyzik (2000)는 환자 개개인에 따라 어떤 상태를 회복이라고 인식하는 지에 대한 탐색과 더불어 어떻게 당사자들이 생각하는 회복을 도울 것인지, 회복과정에서 치료자의 역할은 무엇인지를 이해하고 실천하도록 치료진들을 훈련시킬 필요가 있으며 훈련된 치료자들에 의해서 회복중심의 서비스가 발전될 수 있다고 설명하면서 정신보건전문가들이 회복 지향적인 철학을 바탕으로 정신보건 서비스를 개발하고 제공한다면, 조현병 환자들의 회복을 촉진할 수 있음을 강조하고 있다. 현재 조현병 환자의 치료과정에서 정신보건 전문요원의 개입이 점차 늘어가고 있으므로, 앞으로 정신보건전문가들이 조현병 환자의 회복을 돕고 회복 촉진자로서의 역할을 수행하기 위해서는 정신보건전문가 집단에서 회복에 대한 활발한 논의가 이루어져야 하고, 교육과 훈련을 통해서 회복에 대한 이해와 인식을 높이는 것이 필요하다. 특히, 강점을 가진 조현병 환자 개개인이 중심이 되어 치료와 일상생활과 관련된 중요한 선택을 함에 있어서 당사자의 의견을 듣고 존중하여 참여시키거나, 치료자와 협력적인 관계에서 의사결정을 하거나, 개개인의 목표를 이루기 위해 필요한 지원을 제공하는 등의 회복 지향적인 서비스를(Silverstein & Bellack, 2008) 제공하고자 하는 정신보건 관련 기관들의 강한 의지와 지도감독이 있어야 하며, 향후 정신보건서비스 전달체계에도 반영되어야 할 것으

로 생각된다.

건강기능 향상 11개 하위영역과 5개의 회복 영역과의 관계를 종합적으로 이해하기 위한 정준상관분석 결과 .636의 관계가 있었다. 11개의 건강기능 향상 중 높은 관계 순으로 보면 역할-관계, 자아지각-자아개념, 건강지각-건강관리, 가치-신념, 스트레스-대처, 활동-운동, 성-생식, 인지-지각, 휴식-수면, 영양-대사 순이었고, 회복의 하위요인은 개인적인 확신과 희망, 목표와 성공지향성, 타인에 대한 신뢰, 도움을 청하려는 의지 순으로 관계가 높았다. 대상자의 건강기능은 배설 양상을 제외한 모든 양상이 정상범위 이하였으며, 특히 건강기능과 회복의 관계에서 높은 관계가 있는 것으로 드러난 역할-관계, 가치-신념, 자아지각-자아개념 등의 기능 향상이 실제로는 낮은 수준에 머물고 있는 것으로 나타났으므로 회복을 증진하기 위해서는 이들 심리적 건강기능에 대한 간호중재가 필요한 것으로 생각된다. 특히, 건강기능 향상 중 역할-관계가 회복과 높은 관계가 있는 것으로 나타났는데, 이는 Jacobson과 Greenley (2001)가 회복의 속성 중 얼마나 많이 사회와 연계되어 있느냐가 중요하다고 한 점과 같은 맥락으로 이해할 수 있다. 또 Kim (2006)의 연구에서 치료진과 동료들의 지지가 회복 촉진요인이었으며, 이를 위하여 자조집단의 활성화가 필요하다는 결과와 같은 의미로 이해할 수 있을 것이다. 건강지각과 건강관리 향상이 회복과 높은 관계를 보이고 있는 점을 고려할 때, 체중 증가와 대사성 질환 등의 위험요인 증가에 대하여 적극적인 개입이 필요하며, 건강기능 향상과 회복증진을 위한 개입 전략으로 회복의 주요 요인인 선택의 자유와 자기 결정권 등을 고려하는 체계화된 건강관리 프로그램에 관심을 가져야 하며 적극적으로 개발·적용하는 것이 매우 필요하다.

회복 영향요인으로 자아존중감, 병식, 치료적 관계, 사회적 지지와 건강기능이 각각 유의미한 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 이들 영향요인 간의 상호관계를 고려하여 종합적인 관계를 알아보기 위한 정준상관 분석 결과, 자아존중감, 사회적 지지, 병식, 치료적 관계 순으로 회복과 건강기능과 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났다. Hoffmann과 Kupper (2002)의 연구와 같이 자아존중감이 회복의 촉진요소로 확인되었고, 특히 여러 요인 중 자아존중감이 회복과 건강기능 향상에 있어 영향력이 가장 큰 것으로 나타났으므로 앞으로 회복 중심의 간호중재 개발에 있어서 우선적으로 고려해야 할 것이다. 자아존중감을 높이기 위해서는 가족과의 관계 개선을 위한 가족 교육 프로그램, 개인의 기본적인 욕구 충족을 위한 다양한 지지, 직업 유지, 의미 있는 치료적 관계 유지와 지속

적인 정신건강교육을 통한 자기관리능력 향상과 치료과정에서 자기 결정권을 활용하여 치료과정에 참여하고 병식 획득을 도울 수 있는 전략이 필요할 것이다. 다양한 대인관계로부터 받는 사회적 지지가 회복에 영향을 미치는 것으로 나타난 연구(Kim, 2006)에서 보듯이 동료로부터 받는 사회적 지지는 회복에 영향을 미치며 자조모임을 통해서 질병에 대한 경험을 나누면서 병식을 획득해가는 이점이 있으므로 모임을 활성화하는 방안이 모색되어야 할 것이다. Kim 등(2010)이 정신보건서비스의 핵심적인 부분으로 치료자와 대상자 사이의 신뢰관계를 설명하면서 돌봄과 격려를 바탕으로 치료자와 의미 있는 관계를 통해서 개인은 고유한 심리적 발달과정을 경험할 수 있게 된다고 한 바와 같이 정신보건 전문가들의 치료적 관계 형성을 위한 노력과 관심이 요구된다. 조현병 환자의 회복을 촉진하기 위해서는 대상자의 상태를 고려하고 개개인의 욕구에 근거하여, 미래에 대한 희망과 목표, 성공지향적인 활동을 중심으로 한 프로그램이 개발되어야 할 것이며, 이러한 과정에서 대인관계에서의 신뢰감 회복과 자발적으로 도움을 청하려는 의지를 갖도록 치료적 관계를 유지하는 것이 도움이 될 것이다. 특히, 희망, 역량강화, 친근감, 인권보호, 자기결정권 등을 반영하고 즐거움과 안정감, 성취감을 경험할 수 있는 활동들이 포함된다면 회복을 촉진할 수 있을 것으로 생각된다.

본 연구는 조현병 환자의 전체적인 건강기능과 회복을 파악하고 건강기능과 회복, 그리고 영향 요인들 사이의 전체적인 관계를 살펴보고 조현병 환자의 건강기능과 회복을 돕기 위한 회복 중심의 정신간호중재 개발의 기초자료를 제공했다는 점에서 의의가 있다고 하겠다. 그러나 조현병 환자의 전체적인 건강 수준에 대한 연구가 미비하여 해석에 어려움이 있었고, 주관적 경험으로서의 회복을 객관적이고 표준화된 도구를 이용하여 평가하였다는 제한점과 일부 지역의 조현병 환자를 대상으로 하여 연구결과를 일반화하는데 한계가 있으며 후속연구를 통하여 조현병 환자의 건강기능과 회복에 관한 연구들이 활성화되기를 기대한다.

정신보건현장에 회복의 개념을 확산시키고 정신보건시스템의 핵심가치로 받아들이기 위해서는 조현병 환자의 건강기능과 회복에 관한 질적, 양적 후속연구와 본 연구의 결과를 바탕으로 정신간호 교육 과정과 정신보건 간호 수련과정에 개인의 경험으로서의 회복 개념을 포함할 것과 정신보건현장에서 회복 중심의 정신사회재활 프로그램을 개발, 수행할 것과 조현병 환자의 건강기능과 회복에 관한 다양한 후속 연구를 제안한다.

결 론

본 연구는 조현병 환자가 인지하는 건강기능과 회복의 관계와 건강기능과 회복에 영향을 미치는 특성 사이의 관계를 포괄적으로 파악함으로써 건강기능 향상을 통하여 회복을 증진할 수 있는지를 파악하고자 시도된 서술적 조사연구이다. 연구결과 조현병 환자가 인지하는 건강기능은 정상에 못 미치는 수준이었으며 회복 인식정도는 높았으며, 건강기능과 회복은 자아존중감, 사회적 지지, 병식, 치료적 관계 순으로 상관관계가 있었다. 회복과 높은 상관관계가 있는 것으로 나타난 역할-관계, 자아지각-자아개념, 건강지각-건강관리, 가치-신념, 대처-스트레스 등의 건강기능을 향상시키는 정신간호중재를 통해서 회복을 도울 수 있음이 확인되었다. 회복과 높은 관계가 있는 것으로 확인된 자아존중감, 사회적 지지, 병식, 치료적 관계를 중심으로 회복중심의 정신간호중재를 개발·적용함으로써 회복을 촉진할 수 있을 것이며 앞으로 정신보건현장에 회복의 개념 확산시키기 위하여 위해 정신보건전문가들의 회복에 대한 이해를 높일 수 있는 교육과 훈련이 필요할 것이다. 앞으로 정신보건 현장을 중심으로 건강기능에 대한 관심과 회복에 관한 다양한 연구들이 수행되어야 하며, 본 연구에서 확인된 영향요인들을 중심으로 효율적인 건강기능향상과 회복중심의 정신간호중재 프로그램을 개발, 수행하는 것이 중요하다.

REFERENCES

- Corrigan, P. W., Giffort, D., Rashid, F., Leary, M., & Okeke, I. (1999). Recovery as a psychological construct. *Community Mental Health Journal*, 35, 231-239.
- Corrigan, P. W., Salzer, M., Ralph, R. O., Sangster, Y., & Keck, L. (2004). Examining the factor structure of the recovery assessment scale. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 1035-1041.
- David, A. S. (1990). Insight and psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 156, 798-808.
- Davidson, L., Borg, M., Marin, I., Topor, A., & Mezzina, R. (2005). Processes of recovery in serious mental illness: Findings from a multinational study. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 8, 177-201.
- Davidson, L., Schmutte, T., Dineo, T., & Andres-Hyman, R. (2008). Remission and recovery in schizophrenia: Practitioner and patient perspectives. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 5-8.
- Deegan, P. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11, 11-19.
- Druss, B. G., Zhao, L., Esenwein, S. A., Bona, J. R., Fricks, L., Jenkins-Tucker, S., et al. (2010). The Health and Recovery Peer (HARP) Program: A peer-led intervention to improved medical self-management for persons with serious mental illness. *Schizophrenia Research*, 118, 264-270.
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. E., & Black, W. C. (1998). *Multivariate data analysis* (5th ed.). Upper Saddle River, New Jersey: Prentice-Hall Inc.
- Harding, C. M., Brooks, G. W., Ashikaga, T., Strauss, J. S., & Breier, A. (1987). The vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, I: Methodology, study sample, and overall status 32 years later. *American Journal of Psychiatry*, 144, 718-26.
- Hoffmann, H., & Kupper, Z. (2002). Facilitators of psychosocial recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 14, 293-302.
- Im, Y. H. (1999). *A study on the factors which affect the negative dropout in social rehabilitation facility for mentally disabled*. Unpublished master's thesis, Ewha Womans University, Seoul.
- Jacobson, N., & Greenley, D. (2001). What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatric Services*, 52, 482-485.
- Jeon, B. J. (1974). Self-esteem: A test of its measurability. *Yonsei Nonchong*, 11, 107-130.
- Jones, D. (2002). The development and testing of the Functional Health Pattern Assessment Screening Tool (FHPAST). *Journal of Japan Society of Nursing Diagnosis*, 7, 24-31.
- Kim, H. J. (1991). *The relationship between perceive social support and mental health status of persons receiving psychiatric care as out patients*. Unpublished master's thesis, Ewha Womans University, Seoul.
- Kim, H. J. (2009). Meaning of recovery from mental illness: Findings of a qualitative study. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 379-389.
- Kim, I. H., Park, H. J., & Kim, E. H. (2007). The effect of weight control program on body weight and knowledge and attitude about exercise and diet of psychiatric inpatients. *Clinical Nursing Research*, 13, 145-155.
- Kim, N. R. (2004). *A study on the recovery of Korean chronic schizophrenics*. Unpublished master's thesis, Korea University, Seoul.
- Kim, S. A., Keum, R., Kim, H. L., & Kim, S. E. (2010). The perception of recovery and job satisfaction in community mental health professionals. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19, 163-172.
- Kim, S. Y. (2006). *The process of recovery in people with schizophrenia exposed to day hospital care*. Unpublished master's thesis, Ajou University, Suwon.
- Lee, C. R. (2006). *Long-term outcome of patients with first episode schizophrenia*. Unpublished master's thesis, Chonbuk

- National University, Jeonju.
- Lee, Y. J. (2002). *The understanding of canonical analysis*. Seoul: Suk Jung Publisher.
- McGuire-Snieckus, R., McCabe, R., Catty, J., Hansson, L., & Pribe, S. (2007). A new scale to assess the therapeutic relationship in community mental health care: STAR. *Psychological Medicine*, 37, 85-95.
- Nasrallah, H. A., Targum, S. D., Tandon, R., McCombs, J. S., & Ross, R. (2005). Defining and measuring clinical effectiveness in the treatment of schizophrenia. *Psychiatric Services*, 56, 273-282.
- Park, J. W. (1985). *A study for social support scale development*. Unpublished doctoral dissertation, Yonsei University, Seoul.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Seo, J. M., Jun, S. S., Byun, S. S., Kim, T. S., & Lee, C. E. (2009). Content analysis of the experiences of smoking and smoking cessation in schizophrenic patients. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 147-156.
- Shin, J. Y., & Lee, S. H. (2010). Which comes first in the rehabilitation process of persons with mental disability, recovery or social adjustment? *Mental Health & Social Work*, 34, 289-321.
- Silverstein, S. M., & Bellack, A. S. (2008). A scientific agenda for the concept of recovery as it applies to schizophrenia. *Clinical Psychology Review*, 28, 1108-1124.
- Torrey, W., & Wyzik, P. (2000). The recovery vision as a services improvement guide for community mental health center providers. *Community Mental Health Journal*, 36, 209-216.