중증정신질환자의 정신의료기관 이용과 관련된 동료지원 서비스에 대한 체계적 문헌고찰

신소연¹ · 최희승²

서울대학교 간호대학 대학원생¹, 서울대학교 간호대학·간호과학연구소 교수²

A Systematic Review on Peer Support Services related to the Mental Health Services Utilization for People with Severe Mental Illness

Shin, Soyoun¹ · Choi, Heeseung²

¹Graduate Student, College of Nursing, Seoul National University, Seoul

²Professor, College of Nursing · Research Institute of Nursing Science, Seoul National University, Seoul, Korea

Purpose: The purpose of this study was to systematically review peer support services related to mental health services utilization by people with severe mental illness and to identify core strategies essential for effective peer support services. **Methods:** A systematic search was conducted using keywords in English, 4 electronic databases, including CINAHL, EMBASE, MEDLINE, and PubMed. Of the 1,305 publications identified, 14 studies were finally included in this systematic review. The Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) was used for the quality assessment. **Results:** The 14 studies consisted of 8 randomized controlled trials (RCTs), 4 cohort studies, and 2 quasi-experimental studies. Overall, peer support services were found to be effective in reducing hospitalization rates, hospitalization days, number of emergency room visits, and total medical costs. There was inconsistent evidence that the services were associated with positive effects on measures of psychiatric symptoms, quality of life, and social support. **Conclusion:** Peer support services for people with severe mental illness can be a cost-effective way to increase crisis stabilization and continuity of treatment. The core strategies of the services is the development of structured programs to cultivate professional peer providers and the establishment of a cooperative system between mental health professionals and peer providers.

Key Words: Mental disorders; Peer support; Admissions; Discharges; Transitional

서 론

1. 연구의 필요성

정신보건영역의 패러다임은 의학모델에서 회복모델로 변화되어 왔다[1]. 의학모델은 정신병적 증상 완화에 초점을 둔 전문가 중심의 관점인 반면, 회복모델은 정신질환자를 환자가

아닌 삶의 의미와 희망을 추구하는 능동적인 소비자로 바라보는 당사자 중심의 관점이다[2]. 회복모델은 정신질환자들이 질병으로 인한 제약에도 불구하고 지역사회에서 낙인과 차별없이 함께 살아갈 수 있다고 확신해가는 회복과정에 초점을 두며[3], 이를 위해 희망, 치유, 자존감, 인간관계, 특히 동료들의 지지가 중요한 요소가 된다[4]. 1990년대부터 중독, 외상, 암을 경험했던 사람들처럼 중증정신질환자도 동료에게 희망, 지원, 격

주요어: 중증정신질환, 동료지원 서비스, 입원, 퇴원, 전환기

Corresponding author: Choi, Heeseung <https://orcid.org/0000-0002-2649-4972>

College of Nursing, Seoul National University, 103 Daehak-ro, Jongro-gu, Seoul 13080, Korea.
Tel: +82-2-740-8852, Fax: +82-2-740-8852, E-mail: hchoi20@snu.ac.kr

Received: Feb 12, 2020 | Revised: Mar 22, 2020 | Accepted: Mar 24, 2020

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

려, 멘토링을 제공할 수 있다는 의견들이 제시되었다[5]. 중증정신질환(severe mental illness)은 미국 국립정신건강연구소의 정의로 일상생활과 사회적·직업적 영역의 어려움을 경험하는 만성적인 조현병이나 양극성 장애 환자들을 대상으로 한다[6].

건강관리와 관련된 동료지원(peer support)은 경험적 지식을 가진 사회적 네트워크 구성원에 의한 정서적, 평가적, 정보적 지원의 제공을 의미하며[7], 중증정신질환자를 위한 동료지원은 당사자들이 상호적인 문제나 공동의 관심사를 해결하기 위해 자발적으로 모이는 과정을 의미한다[5]. 아직까지 중증정신질환자를 위한 동료지원 서비스의 국제적 다양성에 대한 보편적인 정의는 부족하며, 국내에서 동료지원, 동료지지, 상호지원, 소비자 중심 서비스, 당사자 서비스 등이 유사한 의미로 사용되고 있다. 이와 마찬가지로 동료지원가의 개념도 peer providers, peer educators, peer specialists, peer mentors, consumer-providers, consumer-survivors, consumer-employees, user-employees, prosumers 등의 용어로 혼용되고 있다[8].

중증정신질환자를 위한 동료지원은 크게 6가지 유형으로 구분할 수 있다[9]. 구체적으로 상호원조를 목적으로 자발적으로 모인 자조모임, 온라인 지지그룹, 동료지원가에 의해 제공되는 다양한 서비스인 동료제공 서비스, 당사자가 직접 운영하는 형태인 동료운영 서비스, 전문가와 당사자가 책임과 통제를 공유하는 형태인 동료파트너십, 정신보건 서비스 기관에 직원으로 고용되어 서비스를 제공하는 당사자 직원의 유형이 이에 해당된다. 국내 동료지원가 지침서[10]에서 동료지원 서비스(peer support service)는 회복을 먼저 경험한 동료지원가(peer provider)가 도움이 필요한 다른 정신장애인의 회복을 지원하기 위해 동료상담, 프로그램 진행, 교육 강의 등을 제공하는 것으로 정의되었다. 본 연구는 동료지원가 지침서의 정의를 따르기로 하며, 앞서 제시한 6가지 동료지원 형태[9]를 모두 포함한다.

회복모델이 부각되면서 전 세계적으로 확산된 동료지원 단체들은 정신병적 증상과 약물, 대인관계, 오명(stigma), 고용에 대한 광범위한 대처를 논의하기 위해 정기적으로 모임을 갖고 있다[11]. 국내에서는 2011년 사회복지시설들이 연합으로 진행한 ‘동행’ 프로그램을 통해 당사자가 주도하는 동료 상담과 회복 프로그램 진행이 본격적으로 시작되었다[12]. ‘동행’ 프로그램의 성과를 토대로 2013년 서울시 정신건강복지센터는 정신장애인 직업 영역 개발과 고용활성화를 위해 동료지원가 직무지침서를 개발하였고, 정신장애인을 위한 동료지원가와 인권강사를 양성해오고 있다[11]. 당사자 인권옹호활동은 정신보건법 전부개정안에 반대하면서 조직화되었는데, 비자

의 입원을 최소화하고 인권친화적인 정신의료환경을 조성하기 위해 목소리를 높여왔다[13].

2019년, 국내 최초 보건복지부 시범사업으로 시작된 절차보조사업은 정신의료기관에 동료지원가를 파견하여 정신질환자의 입원과 퇴원 절차를 보조하는 것을 목적으로 한다[14]. 이를 위해 동료지원가는 정신질환자의 입원 치료환경 개선 욕구를 지원하고 정신질환자가 자기결정권을 가지고 퇴원계획을 주도하도록 돕는 서비스를 제공한다[14]. 정신장애인의 인권과 치료권에 대한 관심이 높아지면서 시작된 절차보조사업은 구체적인 실행방안들을 모색해야 할 과제에 직면하고 있다.

동료지원은 회복 모델의 공유를 통해 중증정신질환자의 회복을 촉진하는 효과적인 방법이다. 동료지원은 서비스를 받는 중증정신질환자의 입파워먼트, 사회적 기능, 공감과 수용, 희망의 증가와 오명 감소에 효과적일 뿐만 아니라[15], 동료지원가의 기능적, 정서적, 영적, 사회적, 직업적 영역에서도 긍정적인 변화를 나타냈다[16]. 동료지원 서비스와 다른 정신보건 서비스를 비교한 메타분석에 의하면, 삶의 질, 기능, 사회관계, 정신병적 증상, 서비스 만족도 영역에서 별다른 차이가 없는 것으로 나타났다[8]. 그 동안 국외에서는 동료지원 서비스의 효과에 대한 양적연구들이 서비스 수혜자 중심으로 활발하게 이루어졌고 최근 들어 체계적 문헌고찰 연구[8,17-19]들이 보고되었는데 대부분 일치하지 않는 결과를 제시했다. 동료지원에 대한 국내 문헌을 살펴보면, 동료지원가의 회복 과정에 대한 근거이론 연구[20]와 ‘동행’ 프로그램이 동료지원가의 회복에 미치는 영향에 대한 연구[21] 등이 이루어졌다. 동료지원에 대한 국내연구는 아직 초기단계이며 대부분 질적연구에 국한되어 있다.

회전문 현상을 경험하는 중증정신질환자에게 정신의료기관을 효율적으로 이용하는 것은 회복을 촉진하는 전략이 될 수 있으며, 이를 위한 동료지원가의 역할이 중요하게 대두되고 있다. 하지만 아직까지 정신의료기관 이용과 관련된 동료지원 서비스에 대한 통합적인 연구는 이루어지지 않았다. 따라서 본 연구는 중증정신질환자의 효율적인 정신의료기관 이용을 위한 동료지원 서비스와 관련된 선행연구를 체계적 문헌고찰 방법으로 검색하고, 서비스의 특성 및 효과를 분석함으로써 향후 실무에 적용할 수 있는 근거를 마련하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 정신의료기관 이용과 관련된 동료지원 서비스 문헌들을 체계적 문헌고찰 방법으로 검색하고, 서비스의 특성 및 효과를 분석함으로써 향후 중증정신질환자를 위한 동

료지원 서비스의 효과적인 전략이 무엇인지 고찰하는 데 있다.

연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 중증정신질환자의 정신의료기관 이용과 관련된 동료지원 서비스 문헌의 현황과 특성 및 효과를 분석하기 위한 체계적 문헌고찰 연구이다.

2. 문헌검색

1) 문헌검색 전략

본 연구는 코크란 연합(Cochrane Collaboration)의 PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) 및 한국보건의료 연구원이 제시한 체계적 문헌고찰 지침[22]에 따라 시행되었다.

2) 핵심질문

체계적 문헌고찰의 기술형식인 PICOTS-SD (Participants, Intervention, Comparisons, Outcomes, Timing, Setting, Study design)에 따라 다음과 같이 구성하였다.

- 연구대상(Participants): 만 18세 이상의 조현병 스펙트럼 장애나 양극성 장애로 진단받은 자 중에 중증정신질환자
- 중재(Intervention): 정신의료기관 이용과 관련된 동료지원 서비스
- 비교중재(Comparisons): 비중재나 전통적 방법의 중재
- 중재결과(Outcomes): 중재 결과로 도구를 이용하여 측정 (정신의료기관 이용률, 정신병적 증상, 정신건강 회복, 사회회적 지지)
- 시점(Timing): 중재 전·후, 추적 연구
- 세팅(Setting): 정신의료기관, 지역사회
- 연구설계(Study design): 무작위 대조군 실험설계, 유사 실험설계, 코호트 연구

3) 데이터베이스 및 검색어

본 연구의 자료수집은 2019년 4월부터 2019년 10월까지 이루어졌으며, 주요 웹기반 데이터베이스를 중심으로 실시하였다. 국외 문헌은 COSI (Core, Standard, Ideal) 모델을 근거로 Core DB에 해당하는 EMBASE, PubMed와 Standard DB 가운데 CINAHL과 PsycINFO를 통해 검색하였다[22]. 국내

문헌은 학술연구정보서비스(Riss4u), 한국학술정보(KISS), 과학기술정보통합서비스(NDL), 학술데이터베이스서비스(DBpia)를 기반으로 하였다.

국외 데이터의 민감도를 높이기 위해 MeSH 용어를 기본으로 유의어와 대안어를 확인하였고, AND와 OR 및 절단검색 방법을 사용하였다. 중증정신질환과 관련된 검색어는 psychiatric diagnosis*, psychiatric disorder*, psychiatric illness*, mental illness*, severe mental illness*, mental disorder*, severe mental disorder*, mentally disable*을 통합하여 검색하였고, 동료지원 서비스는 consumer advocacy*, consumer-employee*, consumer provider*, consumer-survivor*, peer provider*, peer educator*, peer specialist*, patient advocacy*, prosumer*, peer support*, peer support activity*, peer support service*, peer support system*, peer-provided service*, peer-delivered intervention*, mutual support*, self-help group*으로 조합하였으며, 정신의료기관 이용은 patient admission*, patient discharge*, hospital*, inpatient*, transition*으로 검색하였다.

4) 문헌선정기준 및 제외기준

본 연구는 중증정신질환자의 정신의료기관 이용과 관련된 동료지원 서비스를 제공한 무작위 대조군 실험 설계, 유사실험 설계, 코호트 연구 가운데 연구전문(full-text)을 확보할 수 있고, 학술지에 영어로 출판된 문헌을 대상으로 하였다. 출판 시기는 동료지원 서비스가 본격화된 1990년 이후부터 2019년 10월까지의 논문으로 검색을 제한하였다. 대상자는 조현병 스펙트럼 장애나 양극성 장애로 진단받은 자이며 퇴역군인, 물질사용장애, 우울증, 노숙자, 이중진단을 받은 대상자만을 위한 동료지원 서비스는 제외되었다. 중재는 입원, 퇴원, 위기개입 과정에서 정신의료기관 이용과 관련된 동료지원 서비스를 포함하였고 중재의 횟수, 기간, 타 중재와의 병행 여부를 배제기준으로 두지 않았다. 중재 효과를 확인하기 위해 대조군을 포함하지 않는 연구와 다학제 팀 내에서 통합적인 결과만을 제시한 논문은 제외되었으며, 자료의 수량적 통합을 위해 질적연구는 포함시키지 않았다. 회색문헌을 찾기 위하여 참고문헌에 의거하여 논문 수기검색도 병행하였다. 문헌선정 및 배제과정은 두 명의 연구자에 의해 독립적으로 수행하였고 연구자의 논의와 합의를 통해 최종 평가에 포함될 문헌을 선택하였다.

5) 문헌선택 과정

국외 4개의 데이터를 통해 검색된 문헌은 EMBASE 574편,

Figure 1. PRISMA flow chart of study selection.

PsycINFO 466편, PubMed 229편, CINAHL 36편으로 총 1305편이었다. 국내 데이터베이스에서 관련 문헌은 검색되지 않았다. 수기 검색을 통해 3편의 문헌이 추가되었고, 중복검사 결과 139편의 문헌이 제거되었다. 이후 1,169편의 문헌에 대해 제목과 초록을 확인하여 주제와 관련 있는 90편을 선정하였고, 전문을 확보할 수 있는 논문 84편에 대해서 문헌 선정 및 제외 기준을 적용하였다. 이중 중증정신질환자가 연구대상자가 아닌 논문 4편, 동료지원 서비스와 관련되지 않은 논문 8편, 정신의료기관 이용과 관련되지 않은 동료지원서비스 논문 21편, 다학제 팀 내에서 통합적인 결과만을 제시한 논문 8편, 문헌고찰 연구 17편, 질적연구 5편, 대조군을 설정하지 않은 단일군 실험 연구 5편, 박사학위 논문 2편을 제외한 총 14편을 최종적으로 선정하였다(Figure 1).

3. 자료분석

연구자 2인은 각각 최종 선정된 14편의 논문을 읽고 면밀히 검토하여 평가에 필요한 자료를 누락하지 않도록 반복적으로 확인하였다. 불일치가 있을 경우 논문의 재검토를 통해 공통된 함의를 이루었고 연구설계 및 대상자, 실시된 중재방법 및 효과에 대하여 분석을 실시하였다.

4. 문헌평가

최종 선정된 논문의 질 평가는 Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)[23]에서 제시한 체크리스트를 토대로 진행하였다. 연구설계에 따라 대조군 실험설계(Controlled trial)의 평가항목 10개와 코호트 연구(Cohort studies)의 평가항목 12개에 대한 평가를 시행한 후, 항목별 평가결과를 바탕으로 ‘높은 질(high quality)’, ‘용인되는 수준(acceptable)’, ‘낮은 질(low quality)’, ‘용인할 수 없는 수준(unacceptable-reject)’으로 구분하였다. 두 연구자는 독립적으로 문헌평가를 시행한 후 불일치 되는 부분은 논의를 거쳐 최종적으로 질평가 결과를 도출하였다.

연구결과

1. 문헌의 일반적 특성

본 연구는 정신의료기관 이용과 관련된 동료지원 서비스를 평가하기 위해 총 14편의 문헌에 대하여 통합적 문헌고찰을 실시하였다(Table 1). 출판 년도는 2005년부터 2009년까지가 3편, 2010년부터 2014년까지가 4편, 2015년부터 2019년까지 진행된 문헌이 7편이었다. 연구설계는 무작위 대조군 실험설계

Table 1. General Characteristics and Methodology of the Selected Studies (N=14)

Variables	Categories	n (%)
Publication year	2005~2009	3 (21.4)
	2010~2014	4 (28.6)
	2015~2019	7 (50.0)
Study design	Randomized controlled trial	8 (57.2)
	Retrospective cohort study	4 (28.6)
	Quasi experimental design	2 (14.2)
Sample size	≤ 1001	2 (14.2)
	101~1000	8 (57.2)
	≥ 100	4 (28.6)
Setting	Community	7 (50.0)
	Psychiatric outpatient clinic	4 (28.6)
	From hospital to community	3 (21.4)
Countries	North America	8 (57.2)
	Europe	5 (35.7)
	Asia	1 (7.1)

가 8편으로 가장 많았고, 후향적 코호트 연구가 4편, 유사 실험 설계가 2편이었다. 연구대상자 수는 101명 이상 1000명 이하가 8편으로 가장 많았으며, 100명 이하가 4편, 1001명 이상이 2편이었다. 세팅은 지역사회가 7편, 정신과 외래가 4편, 정신의료기관에서 지역사회로 이동하는 퇴원전환기와 관련된 문헌이 3편이었다. 연구가 진행된 국가는 북아메리카(미국 7편, 캐나다 1편)가 8편으로 가장 많았으며, 다음으로 유럽(영국 2편, 독일 1편, 네덜란드 1편, 이탈리아 1편)이 5편이었고, 아시아(일본)에서 1편이 보고되었다.

2. 문헌의 질 평가

선정된 문헌의 질평가는 다음과 같다(Table 2). 먼저 대조군 실험설계의 질평가 항목을 살펴보면, 무작위 대조군 실험연구 8편[4,5,8,10-14]과 유사 실험연구 2편[3,9]에서 모든 연구 질문을 명확하게 기술하였다. 대부분의 무작위 대조군 실험연구는 무작위 할당방법을 기술했지만, 2편[12,13]은 구체적인 방법을 언급하지 않았다. 모든 무작위 대조군 실험연구에서 적절한 배정은폐가 이루어졌지만 이중맹검이 실시되었는지 확인할 수 없었다. 모든 무작위 대조군 실험연구는 중재군과 대조군의 사전 동질성을 검증하였다. 반면, 유사실험연구인 Croft 등[3]은 두 그룹간의 선택편향을 줄이기 위해 성향점수 매칭을 활용했고, Nelson 등[9]은 동일 그룹의 활동적인 참여자와 비활동적인 참여자를 구분하여 하위집단 분석을 실시하였는데, 두 그룹간에 차이가 있었다. 대부분의 문헌에서 실험군과 대조군의

차이는 중재 제공 유무뿐이었으나, Greenfield 등[4]은 폐쇄병동과 동료 위기쉼터의 환경적인 차이점과 이로 인한 영향력을 배제할 수 없어서 '아니다'고 기술하였다. 모든 문헌에서 중재 효과를 확인하기 위해 신뢰도와 타당도가 확보된 도구를 사용하여 평가하였다. 탈락률은 추적연구를 실시한 경우 최종 평가 시점을 기준으로 계산하였는데, 모든 문헌에서 26.3~74%의 높은 탈락률을 나타냈다. Sledge 등[14]은 중재군의 탈락률만 제시하고 대조군은 제시하지 않았으며, Nelson 등[9]과 Rogers 등[11]은 그룹별이 아닌 전체 탈락률만 제시하였다. 대부분의 문헌[15,7-9,12]이 12개월, 18개월 혹은 24개월 시점까지 추적 조사를 진행하였으며, 긴 자료수집 기간도 높은 탈락률에 영향을 주었을 것으로 보여진다. 모든 문헌에서 연구대상자는 연구 시작 시점에서 할당된 그룹으로 분석되었다. 다른 장소에서 진행된 연구의 동질성에 대한 항목에서 7편의 문헌은 단일기관에서 진행되어 '적용되지 않았다'로 평가하였고, 3편[11-13]의 문헌은 다양한 기관에서 동일한 중재를 제공하였지만 장소에 따라 결과에 차이가 나는지 별도로 분석하지는 않았으므로 '언급되지 않았다'고 기술하였다.

다음으로 코호트 연구의 검토항목을 살펴보면, 모든 연구에서[1,2,6,7]에서 후향적 코호트 연구가 진행되었으므로 전향적 코호트 연구에 해당되는 3,5,6,12번째 평가항목은 적용하지 않았다. 모든 연구는 적절한 연구질문을 사용하였고 사전 동질성을 검증하였다. 또한 모든 문헌에서 실행 편향에 대한 언급은 없었고 명확한 연구결과를 제시하였고 적절한 통계 분석을 사용하였으며 잠재적 교란요인을 언급했다. 결과확인 항목에서 Kido 등[6]은 사전 입원율에 대한 자료를 제시하지 않아 '말할 수 없다'고 평가했고, 신뢰구간 항목은 Burti 등[2] 문헌이 신뢰구간을 제시되지 않아 '아니다'고 기술했다. 모든 문헌이 잠재적 교란변수를 고려한 결과를 보고했다.

전체문헌에 대한 질평가를 실시한 결과, 2편은 '높은 질'[5,10], 9편은 '용인되는 수준'[1-4,6-9,12], 3편은 '낮은 질'[11,13,14]로 평가되었다. Mahlke 등[8]은 7개 항목에서 '그렇다'고 평가되었지만 높은 탈락률로 인해 '용인되는 수준'으로 평가하였고, Simpson 등[13]과 Sledge 등[14]의 문헌은 적은 대상자 수와 높은 탈락률로 인해 '낮은 질'로 평가되었다.

3. 동료지원 서비스의 특성

본 연구결과 14편의 문헌에서 중증정신질환자의 정신의료기관 이용과 관련된 동료지원 서비스가 시행되었고 문헌의 대상자, 서비스 유형, 평가시기, 측정도구, 주요 결과 등은 Table

Table 2. Results of the Quality Assessment of the Studies

Author (year)	1. Controlled trial											Overall
	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8		1.9	1.10	
								Exp.	Cont.			
Croft et al. (2015)	Y	N	N	N	Y	Y	Y	NA	NA	Y	NA	+
Greenfield et al. (2008)	Y	Y	Y	N	Y	N	Y	38.3	53.3	Y	NA	+
Johnson et al. (2018)	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	42.1	42.3	Y	NA	++
Mahlke et al. (2017)	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	26.3	51.0	Y	NA	+
Nelson et al. (2006)	Y	N	N	N	N	Y	Y	26.7	26.7	Y	NA	+
O'Connell et al. (2018)	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	43.6	21.6	Y	NA	++
Rogers et al. (2016)	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	42.0	42.0	Y	CS	-
Ruchelewska et al. (2014)	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	29.0	42.9	Y	CS	+
Simpson et al. (2014)	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	74.0	60.9	Y	CS	-
Sledge et al. (2011)	Y	Y	Y	N	Y	N	Y	34.0	(-)	Y	NA	-

Author (year)	2. Cohort studies														Overall
	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	2.9	2.10	2.11	2.12	2.13	2.14	
Bouchery et al. (2018)	Y	Y	NA	N	NA	NA	Y	NA	Y	Y	NA	NA	Y	Y	+
Burti et al. (2005)	Y	Y	NA	N	NA	NA	Y	NA	Y	Y	NA	NA	Y	N	+
Kido et al. (2018)	Y	Y	NA	N	NA	NA	Y	NA	CS	Y	NA	NA	Y	Y	+
Landers et al. (2011)	Y	Y	NA	N	NA	NA	Y	NA	Y	Y	NA	NA	Y	Y	+

Y=yes; N=no; NA=not applicable; CS=can't say; ++=high quality; +=acceptable; -=low quality; 1.1: The study addresses an appropriate and clearly focused question; 1.2: The assignment of subjects to treatment groups is randomised; 1.3: An adequate concealment method is used; 1.4: The design keeps subjects and investigators 'blind' about treatment allocation; 1.5: The treatment and control groups are similar at the start of the trial; 1.6: The only difference between groups is the treatment under investigation; 1.7: All relevant outcomes are measured in a standard, valid and reliable way; 1.8: What percentage of the individuals or clusters recruited into each treatment arm of the study dropped out before the study was completed?; 1.9: All the subjects are analyzed in the groups to which they were randomly allocated (often referred to as intention to treat analysis); 1.10: Where the study is carried out at more than one site, results are comparable for all sites; 2.1: The study addresses an appropriate and clearly focused question; 2.2: The two groups being studied are selected from source populations that are comparable in all respects other than the factor under investigation; 2.3: The study indicates how many of the people asked to take part did so, in each of the groups being studied; 2.4: The likelihood that some eligible subjects might have the outcome at the time of enrolment is assessed and taken into account in the analysis?; 2.5: What percentage of individuals or clusters recruited into each arm of the study dropped out before the study was completed?; 2.6: Comparison is made between full participants and those lost to follow up, by exposure status; 2.7: The outcomes are clearly defined; 2.8: The assessment of outcome is made blind to exposure status.; 2.9: Where blinding was not possible, there is some recognition that knowledge of exposure status could have influenced the assessment of outcome; 2.10: The method of assessment of exposure is reliable; 2.11: Evidence from other sources is used to demonstrate that the method of outcome assessment is valid and reliable; 2.12: Exposure level or prognostic factor is assessed more than once; 2.13: The main potential confounders are identified and taken into account in the design and analysis; 2.14: Confidence intervals been provided.

3에 요약되어 있다.

동료지원가 지침서에 제시된 직무영역 중에 일대일 멘토링[8,10,11,14]을 비롯한 동료상담이 가장 활발하게 이루어졌고, 구조화된 자기관리 프로그램[5]이 진행되었다. 동료지원 서비스의 유형은 위기쉼터(peer crisis respite)와 소비자/생존자 이니셔티브(Consumer/Survivor Initiative, CSI)에서 제공하는 동료운영서비스[1,3,4,9], 동료지원가 교육과정을 이수하고 정신보건기관에 고용된 당사자 직원[5,7,8,10-14], 다학제 팀에서 활동하는 동료 파트너십[6], 자조모임[2] 등으로 구분되었다.

동료지원 서비스의 유형과 내용을 구체적으로 살펴보면, 동료 위기쉼터는 정신과 입원에 대한 단기적(8~30일) 대안책으로 고안되었으며, 훈련받은 동료지원가가 정신과적 위기를 경험하는 정신질환자에게 24시간 상담과 주거지원 서비스를 제공하였다. 동료 위기쉼터는 동료사업가가 서비스를 계획, 운영, 관리 및 평가하며 전문의료인은 자원봉사자로 참여하고 있어서 동료운영 서비스로 분류하였다. CSI [9]는 동료지원 서비스, 교육과 고용, 프로그램, 소비자 역량강화, 정신건강 전문가 교육, 시스템 변화를 위한 옹호활동, 자조그룹 등의 다양한 서비스를 제공하였다. CSI [9]는 개별적이고 소규모로 진행된 전통적인 자조모임에 비해 기관차원에서 전체적이고 포괄적인 서비스를 제공한다는 측면에서 동료운영 서비스로 구분하였다. 자조모임[2]은 회원들이 스스로 조직하고 수행하는 다양한 활동과 정기적인 미팅을 통해 회원들의 주거, 직장, 건강, 사회 생활을 지원하고 있었다. 일대일 동료지원 서비스[11]는 국립 법무병원에서 퇴원 후 보호관찰기간 중인 중증정신질환자의 항정신성 약물 복용 및 사례관리 서비스에 대한 법원명령을 준수하기 위해 제공되었다. 자기관리 프로그램[5]은 위기해결 팀에서 퇴원한 대상자가 정신과적 위기 징후를 예측하고 대처기술을 개발하는 10회기 교육과정을 제공했다. 모든 동료지원 서비스는 구조화된 집단 프로그램이 아닌 일대일 서비스로 제공되었고, 자기관리 프로그램[5] 외에는 구체적인 회기 수가 언급되지 않았다.

동료지원 서비스는 제공된 시점에 따라 퇴원 전환기에 제공된 동료지원 서비스[8,11,14]와 퇴원 후 지역사회에서 제공되는 동료 위기개입 서비스[1,3,4,12]로 구분되었다. 퇴원 전환기 동료지원 서비스는 입원 환자에게 퇴원 후 이용 가능한 지역사회 서비스를 연계하고, 퇴원 후에도 지속적으로 동료지원 서비스를 제공하였다. 퇴원한 중증정신질환자를 위한 동료 위기개입 서비스는 대부분은 위기쉼터를 통해 제공되고 있었다[1,3,4]. 환자호출 위기계획[12]은 동료옹호가와 대상자가 위기관리계획을 수립한 후에, 주치의와 재발징후와 대처전

략을 합의하여 작성한 휴대용 위기관리 카드를 대상자에게 제공하였다.

4. 결과 변수 및 효과

14편의 문헌에서 평가한 결과는 정신의료기관 이용률, 정신병적 증상, 정신건강 회복, 사회적 지지로 구분하여 분석하였다. 정신건강 회복과 관련된 결과는 회복패러다임에 기초한 개인별 회복척도의 항목들을 토대로 분석하였다[24].

첫째, 동료지원 서비스의 가장 주목할 만한 효과는 정신의료 시설 이용률의 감소였다. 동료지원 서비스를 제공한 7편의 연구[1,3,5,6,10,12,14]에서 입원율 감소, 4편의 연구[2,9,10,14]에서 평균 입원일수 감소, 3편의 연구[3,7,9]에서 응급실 방문 감소, 2편의 연구[1,2]에서 비용절감의 효과가 입증되었다. Bouchery 등[1]의 연구결과, 위기쉼터 서비스 개입 후 첫 11개월 간 메디케이드 평균지출이 매달 2,138달러 감소했고 2.9건의 입원이 줄어들었다. Greenfield 등[4]은 위기쉼터 사용자의 총비용이 폐쇄병동 입원 환자보다 3배가량 낮고, Croft 등[3]은 위기쉼터 사용자의 입원율 또는 응급 서비스 이용률이 대조군보다 70% 낮다고 보고했다. Burti 등[2]의 연구에서는 자조모임 참석자의 입원율이 증가하였지만 평균 입원 일수가 줄어들어 오히려 총 비용이 감소하였다. O'Connell 등[10]은 18개월 이내 3회 이상 입원한 환자를 대상으로 일대일 멘토링 서비스를 제공한 결과 재입원율이 3배, 입원일수가 2배 가량 감소했다는 결과를 제시했다.

둘째, 정신병적 증상과 관련된 효과는 정신병적인 증상, 물질사용, 기능 등이 결과변수로 측정되었다. Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) 척도를 사용한 연구결과, 동료 위기쉼터[4]와 일대일 동료 멘토링 서비스[10]를 이용한 대상자의 정신병적 증상이 호전되었고, 2편의 연구[10,11]에서 물질남용이 감소하였다. 반면, Global Assessment of Functioning Scale (GAF) [2,4,6,8] 척도를 사용한 연구에서 기능의 향상은 확인되지 않았다. 셋째, 정신건강 회복에 미치는 영향은 삶의 질, 회복, 희망, 웰빙, 자기효능감, 자아존중감, 자기관리기술 등이 결과변수로 측정되었다. Rogers 등[11]은 일대일 동료지원 서비스를 이용한 대상자의 정서적 웰빙과 삶의 질이 향상되었고, Mahlke 등[8]은 삶의 질과 자기효능감의 증진을 보고했다. Nelson 등[9]은 CSI 참가자의 일상생활과 관련된 삶의 질이 향상되었다고 보고했다. 반면 Simpson 등[13]의 연구에서는 희망과 삶의 질의 유의한 변화를 확인할 수 없었다. 이와 마찬가지로 Greenfield 등[4]은 자아존중감의 변화를 보고하지 않았고,

Table 3. Summary of Peer Support Services related to the Mental Health Services Utilization for People with Severe Mental Illness (N=14)

Authors (year)	Research design	Country / setting	Participants Exp. (n) Cont. (n)	Service type	Measurement period	Measurement	Outcome (significant*)
Bouchery et al. (2018) [1]	Retrospective cohort study	USA Community	E: 401, C: 1,796	Crisis respite services	Pre, Post & F/U 24-month	Medicaid administrative data	• Hospitalization rates*, Emergency department visit, Cost effectiveness*
Burti et al. (2005) [2]	Retrospective cohort study	Italy Community	E: 44, C: 44	Consumer self-help group	Pre & Post 24-month	BPRS, DAS, GAF, CAN, LQL, List of Costs per Unit	• Hospitalization days*, Hospitalization rates, Cost effectiveness* • Clinical and social outcome
Croft et al. (2015) [3]	Quasi-experimental design	USA Community	E: 139, C: 139	Peer respite program	Pre & Post 24-month	County-derived demographic and service use data	• Hospitalization rates*, Emergency department visit*
Greenfield et al. (2008) [4]	Randomized controlled trial	USA Community	E: 196, C: 197	Crisis residential program	Pre, Post, F/U 6-month & F/U 12-month	BPRS, GAF, HSCL-40, QOLI Rosenberg Self-Esteem Scale, SSS-RES, UCDI	• Cost effectiveness • Psychiatric symptoms* • Service satisfaction*, Self-esteem, Life Enrichment, Functioning
Johnson et al. (2018) [5]	Randomized controlled trial	UK Community	E: 221, C: 220	Self-management intervention	Pre, Post & F/U 18-month	Questionnaire on the Process of Recovery, BPRS, Illness Management & Recovery Scale, Client Satisfaction Questionnaire, UCLA Loneliness Scale, Lubben Social Network Scale	• Rehospitalization rates* • Symptom severity • Self-management skills, Loneliness, Service Satisfaction, recovery, Social network size
Kido et al. (2018) [6]	Retrospective cohort study	Japan Outpatient clinic	E: 108, C: 184	Outreach model project	Pre & Post 6-month	GAF, SBS	• Hospitalization rates* • Problem behaviours • Social functioning
Landers et al. (2011) [7]	Retrospective cohort study	USA Outpatient clinic	E: 1,910, C: 3,820	Peer support	Pre & Post 24-month	Medicaid, Georgia, Division of MHDDAD, Department of Human Resources	• Hospitalization rates, Crisis stabilization*
Mahlke et al. (2017) [8]	Randomized controlled trial	Germany from hospital to community	E: 114, C: 102	One-to-one peer support intervention	Pre, Post & F/U 12-month	CGI, GAF, GSE, EQ5D, Modular System for Quality of Life	• Hospitalization rates • Self-efficacy*, Quality of life* • Clinical functioning, Severity of illness
Nelson et al. (2006) [9]	Quasi-experimental design	Canada Community	E: 61, C: 57	Consumer Survivor Initiatives	Pre, Post & F/U 18-month	Social Provisions Scale, Self-Esteem Scale, Meaningful Activity Scale, Quality of life, Symptom Distress Scale	• Hospitalization days *, Emergency department visit* • Quality of life*, Empowerment, Employment or education* • Social support*, Community integration
O'Connell et al. (2018) [10]	Randomized controlled trial	USA Community	E: 39, C: 37	Peer mentor intervention	Pre, Post & F/U 9-month	ASI, BPRS, SF-36, Hope Scale, Modified Social Functioning Scale, Sense of Community Index	• Rehospitalization rates *, Hospitalization days* • Psychiatric symptoms*, Substance use* • Sense of community*
Rogers et al. (2016) [11]	Randomized controlled trial	USA from hospital to community	E: 63, C: 50	One to one peer support	Pre, Post & F/U 6-month	ISEL, BASIS-24, RAS, BQOL	• Substance abuse* • Quality of life *, Recovery, Emotional well-being*
Ruchlewska et al. (2014) [12]	Randomized controlled trial	Netherlands Outpatient clinic	PACP: 69, CCP: 70, C: 73	Patient advocate crisis plan	Pre & Post 18-month	Adult Social Report Scale, Services Engagement Scale, Working Alliance Inventory, HoNS	• Court-ordered admissions*, Emergency department visit, Hospitalization rates • Service engagement, Social-support, Therapeutic alliance
Simpson et al. (2014) [13]	Randomized controlled trial	UK from hospital to community	E: 23, C: 23	Peer support program	Pre, Post & F/U 3-month	BHS, EQ-5D Quality of Life, UCLA Loneliness Scale	• Cost effectiveness • Hope, Loneliness, Quality of life
Sledge et al. (2011) [14]	Randomized controlled trial	USA Outpatient clinic	E: 38, C: 36	Recovery mentor program	Pre & Post 9-month	Medical records and an administrative database	• Rehospitalization rates*, Hospitalization days *

ASI=addiction severity Index; BASIS-24=behavior and symptom identification scale; BHS=beck hopelessness scale; BPRS=brief psychiatric rating scale; BQOL=brief quality of life scale; CAN=camberwell assessment of need; CCP=clinician-facilitated crisis plan; CGI=clinical global impression scale; C=control; DAS=disability assessment schedule; EQ-5D=EuroQol questionnaire; E=experimental; GAF=global assessment of functioning scale; GSE=german version of the general self-efficacy scale; HoNS=health of the nation outcome scales; HSCL-40=the self-report hopkins symptom checklist-40; ISEL=interpersonal support evaluation list; LQL=lancashire quality of life; MHDDAD=mental health, developmental disability and addictive diseases; PACP=patient advocate crisis plan; QOLI=the quality of life interview; RSA=recovery self-assessment scale; SBS=the social behaviour schedule; SF-36=36-item short-form health survey 1.0; SSS-RES=the service satisfaction scale-residential form; UCDI=the uniform client data inventory; UCLA=the University of California, Los Angel.

Johnson 등[5]의 연구에서 자기관리기술의 유의한 변화는 발견되지 않았다. 마지막으로 대상자가 지각한 사회적 지지와 관련된 효과는 사회적 지지, 사회적 네트워크, 공동체 의식, 직업과 교육의 참여 등이 결과변수로 사용되었다. Nelson 등[9]은 CSI 이용자의 교육이나 직업의 참여율과 사회적 지지의 상승을 보고했고, O'Connell 등[10]은 공동체 의식의 긍정적인 변화를 확인했다. 반면, Johnson 등[8]은 사회적 네트워크의 변화를 발견할 수 없었고, Ruchlewska 등[12]에서도 사회적 지지의 변화는 보고되지 않았다.

동료지원 서비스의 효과는 사전, 사후, 추적연구로 평가되었는데, 6편의 문헌[2,3,6,7,12,14]은 사전사후 결과를 분석하였고, 나머지 8편의 문헌[1,4,5,8-11,13]에서 사후 검사 후 추적평가를 분석하였다. 서비스의 제공기간에 따른 연구결과를 살펴보면, Croft 등[3]은 동료 위기쉼터 사용자의 입원 또는 응급실 방문율이 초반에 감소하다가 9일 이상 머문 경우에 대조군과 동일하거나 오히려 더 높아진다는 양상을 보고했다. Nelson 등[9]은 CSI에서 동료지원 서비스를 9개월 동안 제공한 결과, 응급실 방문율만 절반으로 감소했고 다른 변화는 없었지만, 18개월 후 추적연구에서는 입원기간의 감소와 사회적 지지, 고용 및 교육 유지, 삶의 질에서도 긍정적인 효과를 확인했다.

논 의

정신질환은 급속히 증가하고 있지만 정신건강 전문인력은 부족하고 정신건강 의료서비스에 대한 사회적 편견은 높아 치료의 연속성과 통합성이 저해되고 있다. 국내 탈원화 정책에도 불구하고 정신의료기관 병상 수는 늘어났고 장기 입원율은 여전히 높다. 이러한 상황에서 동료지원가는 중증정신질환자에게 정신의료 서비스의 접근성을 강화하고, 퇴원전환기 대상자에게 지역사회 서비스를 연결하고 치료의 연속성을 강화하는 유용한 자원으로 활용될 수 있다. 따라서 본 연구는 정신의료시설 이용과 관련된 동료지원 서비스의 효과를 분석함으로써 향후 절차보조 사업을 비롯한 동료지원 서비스에 적용될 수 있는 핵심 전략을 살펴보고자 진행되었다.

본 연구결과 동료지원 서비스는 정신의료시설 이용률의 감소에 효과적이었는데, 구체적으로 입원율, 재입원율, 평균 입원 일수, 응급실 방문율 등이 감소되었다. 이는 동료지원 서비스가 중증정신질환자의 위기관리에 효과적이며 주거 지원을 통해 장기 입원을 예방한다는 의미로 해석할 수 있다. 반면, 동료지원 서비스가 정신병적 증상, 정신건강 회복, 사회적 기능에

미치는 영향은 비일관적이었다. 이는 만성적인 중증정신질환의 특성과 국가별 정신보건 시스템의 수준 차이를 고려할 필요가 있다. 본 연구결과를 토대로 도출한 동료지원 서비스의 효과적인 전략을 논의하면 다음과 같다

첫째, 동료지원 서비스의 효과는 위기쉼터를 비롯한 동료운영 서비스[1,3,4,9]와 일대일 멘토링 서비스[10,14]에서 두드러졌다. 전반적으로 위기쉼터 서비스는 입원을 감소와 비용 효과적인 측면에서 긍정적인 변화를 나타냈으며, 일대일 멘토링 서비스 대상자의 정신병적 증상, 물질남용, 삶의 질, 정서적 웰빙, 자기효능감 등이 향상되었다. 국내에서 유일하게 동료 위기쉼터를 운영하며 절차보조사업을 진행하고 있는 당사자 단체는 '정신장애와 인권 파도손'이다. 동료운영 서비스를 활성화하기 위해 정신건강전문가는 역량있는 동료지원가가 전문적인 프로그램 개발과 교육과정에 참여하여 동료들에게 슈퍼비전을 제공하는 동료리더로 성장하도록 지원해야 한다. 추후 이러한 동료리더는 동료 위기쉼터나 CSI를 운영할 수 있는 인적 자원으로 활용될 수 있을 것이다. 또한 동료 멘토들이 단순한 지지상담에서 진일보하여 증거기반의 프로그램을 제공하도록 돕는 체계적인 교육과정이 필요하다.

둘째, 동료지원 서비스가 제공된 기간에 따른 효과를 고려할 필요가 있다. Croft 등[3] 연구에서 위기쉼터 사용자의 입원율 또는 응급실 이용률이 초반에는 감소추세를 보이다가 9일 이상 머문 경우에는 대조군과 동일하거나 오히려 더 높은 양상을 보였다. 이는 단기간(14일 이내) 동료 위기쉼터 서비스를 제공하는 것이 효과적임을 보여주는 결과이다. 반면, Nelson 등[9] 연구에서 CSI를 이용한지 9개월이 지난 시점에서 응급실 이용률만 감소했는데, 18개월 후에는 사회적 지원, 고용 및 교육 유지, 삶의 질 영역에서도 긍정적인 변화를 보였다. 이는 만성적인 중증정신질환자의 회복에 대한 장기적인 추적연구가 필요함을 시사한다.

셋째, 정신과 입원병동에서 서비스를 제공하는 동료지원가의 역할과 책임, 기밀 유지 및 치료상의 경계 등을 명확히 할 필요성이 있다. 동료지원가는 입원 환자들에게 정서적인 지지를 제공하고, 정신병적 증상관리와 회복과 관련된 지식과 경험을 공유하고, 환자들의 자기결정권을 옹호하는 일대일 동료상담 서비스를 제공하였다. 질적연구결과, 입원 병동에서의 동료지원원은 동지애와 우정, 나서는 돕기, 고통에 대응, 사적인 대화, 함께 하면 더 강해진다 등의 개념으로 도출되었다[25]. 반면, 동료지원가는 입원 환자들에 대한 법적 책임을 질 수 없으므로 안전과 기밀성에 대한 우려가 제기되었고, 회복되지 않은 동료지원가에 대한 두려움도 언급되었다[26]. 추후 이러한 우려와

두려움에 대한 대책을 마련해야 할 것이다.

넷째, 절차보조 사업의 실효성을 확보하기 위한 노력이 뒷받침되어야 한다. 이를 위해 절차보조사업의 법제화와 공적인 등록 체계를 마련해야 하며 비자의 입원 환자뿐만 아니라 외래치료 명령대상자에게도 서비스를 제공해야 한다[14]. 절차보조사업이 시범사업으로 끝나지 않기 위해서는 동료지원가를 전문적인 직무영역으로 인정하고, 국가적인 차원에서 지속적인 지원과 보상이 뒷받침되어야 한다. 무엇보다 절차보조사업에 동참하는 정신의료기관의 협조가 선행되고 당사자단체, 가족단체, 정신재활시설, 정신건강복지센터가 연합해야 한다.

마지막으로 정신건강전문가들이 동료지원 서비스에 대한 부족한 인식을 개선하고 동료지원가와 상호협력적인 시스템 구축해 나가야 한다. 적극적 지역사회 치료(Assertive Community Treatment, ACT)의 신뢰도를 평가하는 Dartmouth Assertive Community Treatment Scale (DACTS)은 질평가 항목에 동료지원가의 역할을 제시하고 있다[27]. 특히, 정신간호사는 동료지원가를 지지하고 적극적으로 활용하여 그들과 함께 퇴원 계획을 수립해 나갈 수 있는 이상적인 전문인력이다. Peplau의 대인관계 이론을 기반으로 개발된 퇴원전환기 모델(The Transitional Discharge Model, TDM)은 퇴원 예정인 환자에게 병동 간호사와 지역사회 사례관리자가 협력하는 전문가 서비스와 동료지원 서비스를 통합하여 제공하는 모델이다[28]. 퇴원전환기 모델은 중증정신질환자의 입원율과 비용 감소 효과를 나타냈고 퇴원 후 삶의 질 향상에 기여했다고 보고되었다[28].

본 연구결과를 토대로 향후 연구에 대한 몇 가지 제언을 하고자 한다.

첫째, 동료지원 서비스의 효과에 대한 좀 더 과학적이고 경험적인 증거가 요구된다. 본 연구결과 국외 데이터베이스를 통해 1305편의 관련 문헌이 검색되었으나 선정기준 및 제외기준을 적용한 결과 14편의 문헌만이 분석에 적합하였고 무작위 대조군 실험 설계는 8편에 불과했다. 이는 연구의 특성상 대상자를 무작위로 선정하고 연구대상자에 이중 맹검을 적용하는 과정이 어렵다는 현실을 반영하는 결과이다. 또한 대부분의 연구 대상자의 표본수가 적고, 중도 탈락률이 높으며 표본크기 산정 과정에 대한 근거를 제시하지 않아 연구의 질이 낮게 평가되었다. 따라서 후속연구에서는 엄밀한 연구설계 및 통계적 산출과정으로 표본수를 산정하고 적절한 대상자수를 확보한 노력이 필요하다. 반면, Rogers 등[11]은 동료지원 서비스가 추구하는 자기결정권이 무작위화에 의해 제한된다는 의견을 제시했다.

둘째, 동료지원 서비스의 제공자와 수혜자의 상호 간 회복경험을 심층적으로 다룬 질적연구와 과학적인 양적연구를 통합

하는 혼합연구가 효과적인 연구 전략이 될 수 있다. 본 연구결과는 동료지원 서비스를 받는 중증정신질환자에게 미치는 영향만을 보고하였고, 서비스 제공자인 동료지원가에게 미치는 영향은 제시하지 않았다. 동료지원가를 대상으로 한 연구는 주로 질적연구에서 보고되었는데, 동료지원 서비스는 상호 간의 회복을 도모하는 것이므로 동료지원가를 대상으로 하는 양적연구가 확대되어야 한다. 또한 정신건강전문가와 동료지원가의 치료적 동맹을 강화하기 위한 연구와 절차보조사업의 효과성을 검증하기 위한 근거기반 연구가 이루어져야 할 것이다.

셋째, 본 연구의 일반성 확보를 위해 정신보건시스템이 단편화된 국가에서 동료지원 서비스의 효과를 시험할 필요가 있다. 본 연구결과 정신의료시설 이용과 관련된 동료지원 서비스는 대부분 미국을 비롯한 고소득 국가에서 적용되었다. 미국은 2005년부터 회복관점으로 정신보건 시스템의 전환을 추구하면서 개인의 회복척도뿐만 아니라 정신보건 정책과 서비스기관의 효과성을 측정하는 수준으로 발전해 왔다[24]. 선진화된 해외 정신보건 시스템에 비해 국내 정신보건사업은 여전히 전문가가 주도형에서 벗어 못하고 있다[21]. 서울시정신건강증진센터의 동료지원가 교육과정은 내부사업으로 진행되고 있어 제도적인 기반과 효력이 제한적이며[12], 동료지원가의 직무에 대한 구체적인 가이드라인이 제시되지 않아 전문적인 직무영역으로 활성화하기에 한계가 있다[12]. 국내 정신장애인의 회복 관련변인에 관한 메타분석 결과, 사회적 지지, 임파워먼트, 자기효능감, 사회기술, 전문가와 관계, 낙인, 가족지지 순으로 높은 상관관계를 보였는데, 특히 입원 대상자를 위한 사회적 지지의 필요성이 제기되었다[29]. 국내 회복 관련 척도는 Bullock (2005)이 개발한 것을 송경옥(2010)이 표준화한 한국어판 정신건강 회복척도(Mental Health Recovery Measure, MHRM-K)[24]가 주로 활용되고 있다. 추후 국내 실정에 맞는 회복 관련 척도의 개발이 요구된다.

본 연구결과 아직까지 동료지원 서비스에 대한 보편적이고 구체적인 정의가 부족하였다. 또한 높은 탈락률로 인한 방법론적인 한계를 보였으며 국외 문헌만을 분석에 포함하고 있어 국내 정신보건 현실을 제대로 반영하지 못했다는 제한점이 있다. 하지만 중증정신질환자를 위한 동료지원 서비스의 특성과 효과를 통합적으로 고찰한 국내 최초의 연구라는 점에서 의의가 있다. 본 연구에서 고찰한 동료지원 서비스의 전략과 방법은 향후 국내 절차보조사업을 비롯한 중증정신질환자의 정신의료기관 이용과 관련된 동료지원 서비스 개발에 대한 근거를 제시할 수 있을 것이다.

결론

본 연구는 중증정신질환자의 정신의료기관 이용과 관련된 동료지원 서비스의 특성 및 효과를 분석하기 위한 체계적 문헌고찰 연구이다. 본 연구결과 위기쉼터를 비롯한 동료운영 서비스와 일대일 멘토링 서비스가 중증정신질환자의 정신의료기관 이용률의 감소와 회복에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이를 국내 정신의료기관과 지역사회에서 적용하기 위한 핵심전략은 동료지원가 양성을 위한 전문적이고 구조화된 프로그램의 개발과 정신건강전문가와 동료지원가의 상호협력적인 시스템 구축이 무엇보다 중요하다고 볼 수 있다. 동료지원 서비스는 퇴원 후 치료의 연속성을 증진하고 정신과적인 위기에 대처하여 재입원을 예방하는 효과적인 전략이 될 수 있을 것이다.

CONFLICTS OF INTEREST

The authors declared no conflicts of interest.

ORCID

Shin, Soyoun <https://orcid.org/0000-0002-7097-4551>
Choi, Heeseung <https://orcid.org/0000-0002-2649-4972>

REFERENCES

1. Anthony WA. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1993;16(4):521-538. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
2. Hyde B, Bowles W, Pawar M. 'We're still in there'-Consumer voices on mental health inpatient care: social work research highlighting lessons for recovery practice. *British Journal of Social Work*. 2015;45(Supp 1):62-78. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcv093>
3. Resnick SG, Fontana A, Lehman AF, Rosenheck RA. An empirical conceptualization of the recovery orientation. *Schizophrenia Research*. 2005;75(1):119-128. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2004.05.009>
4. Corrigan PW, Slopen N, Gracia G, Phelan S, Keogh CB, Keck L. Some recovery processes in mutual-help groups for persons with mental illness II: qualitative analysis of participant interviews. *Community Mental Health Journal*. 2005;41(6):721-735. <https://doi.org/10.1007/s10597-005-6429-0>
5. Davidson L, Chinman M, Sells D, Rowe M. Peer support among adults with serious mental illness: a report from the field. *Schizophrenia Bulletin*. 2006;32(3):443-450. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbj043>
6. Schinnar AP, Rothbard AB, Kanter R, Jung YS. An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *The American journal of psychiatry*. 1990;147(120):602-1608.
7. Dennis CL. Peer support within a health care context: a concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*. 2003;40(3):321-332. [https://doi.org/10.1016/s0020-7489\(02\)00092-5](https://doi.org/10.1016/s0020-7489(02)00092-5)
8. Pitt V, Lowe D, Hill S, Pricor M, Hetrick SE, Ryan R, et al. Consumer-providers of care for adult clients of statutory mental health services. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013;28(3):CD004807. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004807.pub2>
9. Solomon P. Peer support peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2004;27(4):392-401.
10. Son JH. Peer support provider guideline for people with mentally disabled. 2nd ed. Seoul: Seoul Mental Health Welfare Center; 2017. 52 p.
11. Chinman M, Kloos B, O'Connell M, Davidson L. Service providers' views of psychiatric mutual support groups. *Journal of Community Psychology*. 2002;30(4):349-366. <https://doi.org/10.1002/jcop.10010>
12. Kim HB, Na EY, Lee SY, MSW, Sohn JH, Cho JH. A Comparative study on peer support activities in the mental health service area-focused on deriving implications for the management of the peer support project in Seoul. *The Mental Health*. 2018;8:40-52.
13. Je CU. Feasibility and contents of advocacy service for persons with mental illness through procedural assistance program. *The Institute for Legal Studies*. 2018;35(2):1-31. <https://doi.org/10.18018/hylr.2018.35.2.001>
14. Lee YP. A comparative study on the decision-making support system related to admission and discharge of mental hospital for the mental disability - focused on the pilot procedural support services. *Journal of Critical Social Policy*. 2019(63):233-273.
15. Repper J, Carter T. A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health*. 2011;20(4):392-411. <https://doi.org/10.3109/09638237.2011.583947>
16. Moran GS, Russinova Z, Gidugu V, Yim JY, Sprague C. Benefits and mechanisms of recovery among peer providers with psychiatric illnesses. *Qualitative Health Research*. 2012;22(3):304-319.
17. Cabassa LJ, Camacho D, Velez-Grau CM, Stefancic A. Peer-based health interventions for people with serious mental illness: a systematic literature review. *Journal of Psychiatric Research*. 2017;84:80-89. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.09.021>
18. Lloyd-Evans B, Mayo-Wilson E, Harrison B, Istead H, Brown E, Pilling S, et al. A systematic review and meta-analysis of ran-

- domised controlled trials of peer support for people with severe mental illness. *BioMed Central Psychiatry*. 2014;14(1):1-12.
19. Fuhr DC, Salisbury TT, De Silva MJ, Atif N, Van Ginneken N, Rahman A, et al. Effectiveness of peer-delivered interventions for severe mental illness and depression on clinical and psychosocial outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2014;49(11):1691-1702. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0857-5>
20. Lee KH. A study of grounded theory on the recovery process of people with psychiatric disabilities in peer-support activities. *The Mental Health*. 2014;5:17-32.
21. Ha KH. The Peer Support Program Effect on Recovery of Peer Provider. *Journal of Rehabilitation Research*. 2014;18(1):31-52.
22. Kim SY, Park JE, Seo HJ, Lee YJ, Jang BH, Son HJ, et al. NECA's guidance for undertaking systematic reviews and meta-analyses for intervention. 1st ed. National evidence based health care collaboration agency. Seoul: NECA; 2011. 271 p.
23. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Methodology checklist 2: Randomized controlled trials; Methodology checklist 3: Cohort studies [Internet]. SIGN. 2013 Apr [cited 2020 Feb 9]. Available from: <https://www.sign.ac.uk/checklists-and-notes.html>
24. Song GO. Validation of the Korean version of the mental health recovery measure. *Mental Health & Social Work*. 2010;34(34):154-188.
25. Galloway A, Pistrang N. "We're stronger if we work together": experiences of naturally occurring peer support in an inpatient setting. *Journal of Mental Health*. 2018;28(4):419-426. <https://doi.org/10.1080/09638237.2018.1521925>
26. Böhm B, Glorney E, Tapp J, Carthy J, Noak J, Moore E. Patient focus group responses to peer mentoring in a high-security hospital. *The International Journal of Forensic Mental Health*. 2014;13(3):242-251. <https://doi.org/10.1080/14999013.2014.922139>
27. Teague GB, Bond GR, Drake RE. Program fidelity in assertive community treatment: development and use of a measure. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1998;68(2):216-233.
28. Forchuk C, Reynolds W, Sharkey S, Martin ML, Jensen E. Transitional discharge based on therapeutic relationships: state of the art. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2007;21(2):80-86. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2006.11.00>
29. Park JI. A meta-analysis on the variables related with recovery among persons with mental illness. *The Korea Contents Association*. 2018;18(12):535-546. <https://doi.org/10.5392/JKCA.2018.18.12.535>

Appendix 1. Studies selected for the analysis

1. Bouchery EE, Barna M, Babalola E, Friend D, Brown JD, Blyler C, et al. The effectiveness of peer-staffed crisis respite program as an alternative to hospitalization. *Psychiatric Services*. 2018; 69(10):1069-1074.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700451>
2. Burti L, Amaddeo F, Ambrosi M, Bonetto C, Cristofalo D, Ruggeri M, et al. Does additional care provided by a consumer self-help group improve psychiatric outcome? a study in an Italian community-based psychiatric service. *Community Mental Health Journal*. 2005;41(6):705-720.
<https://doi.org/10.1007/s10597-005-6428-1>
3. Croft B, Ísvan N. Impact of the 2nd story peer respite program on use of inpatient and emergency services. *Psychiatric Services*. 2015;66(6):632-637.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400266>
4. Greenfield T, Stoneking B, Humphreys K, Sundby E, Bond J. A Randomized Trial of a Mental Health Consumer-Managed Alternative to Civil Commitment for Acute Psychiatric Crisis. *American Journal of Community Psychology*. 2008;42(1-2): 135-144. <https://doi.org/10.1007/s10464-008-9180-1>
5. Johnson S, Lamb D, Marston L, Osborn D, Mason O, Henderson C, et al. Peer-supported self-management for people discharged from a mental health crisis team: a randomised controlled trial. *The Lancet*. 2018;392(10145):409-418.
[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)31470-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)31470-3)
6. Kido Y, Kawakami N, Kayama M. Comparison of hospital admission rates for psychiatric patients cared for by multidisciplinary outreach teams with and without peer specialist: a retrospective cohort study of Japanese Outreach Model Project 2011-2014. *The British Medical Journal*. 2018;8(8):1-9.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019090>
7. Landers GM, Zhou M. An analysis of relationships among peer support, psychiatric hospitalization, and crisis stabilization. *Community Mental Health Journal*. 2011;47(1):106-112.
<https://doi.org/10.1007/s10597-009-9218-3>
8. Mahlke CI, Priebe S, Heumann K, Daubmann A, Wegscheider K, Bock T. Effectiveness of one-to-one peer support for patients with severe mental illness?: a randomised controlled trial. *European Psychiatry*. 2017;42:103-110.
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.12.007>
9. Nelson G, Ochocka J, Janzen R, Trainor J. A longitudinal study of mental health consumer/survivor initiatives: Part 2: a quantitative study of impacts of participation on new members. *Journal of Community Psychology*. 2006;34(3):261-272.
<https://doi.org/10.1002/jcop.20098>
10. O'Connell MJ, Sledge WH, Staeheli M, Sells D, Costa M, Wieland M, et al. Outcomes of a peer mentor intervention for persons with recurrent psychiatric hospitalization. *Psychiatric Services*. 2018;69(7):760-767.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600478>
11. Rogers ES, Maru M, Johnson G, Cohee J, Hinkel J, Hashemi L. A randomized trial of individual peer support for adults with psychiatric disabilities undergoing civil commitment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2016;39(3):248-255.
<https://doi.org/10.1037/prj0000208>
12. Ruchlewska A, Wierdsma AI, Kamperman AM, van der Gaag M, Smulders R, Roosenschoon B-J, et al. Effect of crisis plans on admissions and emergency visits: a randomized controlled trial. *PLoS ONE*. 2014;9(3):1-9.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0091882>
13. Simpson A, Flood C, Rowe J, Quigley J, Henry S, Hall C, et al. Results of a pilot randomised controlled trial to measure the clinical and cost effectiveness of peer support in increasing hope and quality of life in mental health patients discharged from hospital in the UK. *BioMed Central Psychiatry*. 2014;14(1): 1-14. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-30>
14. Sledge WH, Lawless M, Sells D, Wieland M, O'Connell MJ, Davidson L. Effectiveness of peer support in reducing readmissions of persons with multiple psychiatric hospitalizations. *Psychiatric Services*. 2011;62(5):541-544.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.62.5.541>