

---

# 지역사회 만성정신질환자의 건강위험행위 영향요인

강문희\*

## Factors Influencing Health Risk Behaviors of the Chronic Mental Illness in the Community

Gang Moonhee \*

**요 약** 본 연구는 지역사회 만성정신질환자를 대상으로 건강위험행위와 스트레스생활사건, 정신증상, 병식, 우울간의 관계 및 건강위험행위에 영향을 미치는 요인을 파악하여 효율적인 만성정신질환자의 건강증진프로그램 개발을 위한 기초자료를 마련하고자 시도되었다. 연구의 대상은 D시와 C도에 위치한 정신보건센터와 사회복지시설을 이용하고 있는 성인 만성정신질환자 255명이며 자료수집기간은 2011년 8월 1일에서 9월 20일까지였다. 수집된 자료는 실수, 백분율, t-test, ANOVA, Pearson 상관관계수, 다중회귀분석을 이용하여 분석하였다. 연구결과 성별, 진단명, 스트레스 생활사건, 병식, 우울이 통계적으로 유의한 영향요인으로 나타났으며, 이들 전체 요인들은 만성정신질환자의 건강위험행위를 24% 설명하였다. 따라서 지역사회 만성정신질환자의 성별과 진단을 반영하여 병식교육과 스트레스 및 우울관리를 통해 건강위험행위를 효율적으로 관리할 수 있는 건강증진프로그램이 개발되어야 할 것이다.

**주제어** : 정신질환, 건강위험행위, 정신증상, 스트레스, 병식, 우울

**Abstract** The study was done to identify factors influencing the health risk behavior of the chronic mental illness in the community. A cross-sectional study design was used in this study. The sample was 255 chronic mentally ill persons from D city and C province and who agreed to participate in the study. Data were collected on August-september, 2011 and analyzed using the SPSS/WIN 20. Stress event, insight and depression had significant correlations with health risk behavior. Hierarchical regression analysis showed gender (men), diagnosis (schizophrenia), stress event, insight and depression together explained 24% of variance in health risk behavior. Findings of this study allow a comprehensive understanding of health risk behavior of the chronic mentally ill persons in community. It is necessary to integrated health promotion programs designed for this population should focus on these factors for effective behavioral modification.

**Key Words** : Mental illness, Health risk behavior, Psychiatric symptom, Stress, Insight, Depression

---

## 1. 서론

### 1.1 연구의 필요성

2011년 장애인 실태조사결과에 따르면 만성정신질환자의 수는 2005년 59,223명에서 2011년 95,821명으로 계속 증가추세이며 이들 중 80% 이상이 지역사회에 거주하는 것으로 나타났다[23]. 이는 정신질환의 진단기술과 치료약물이 발달함에 따라 조기퇴원이 증가하였고 정신

치료의 초점이 병원중심의 증상치료에서 지역사회중심의 예방과 재활로 변화한 결과로 볼 수 있다. 만성정신질환자는 주로 조현병과 우울증환자가 많으며 2년 이상의 만성적인 경과를 거치면서 정신적, 신체적, 사회적 기능이 손상되고 자기관리능력이 저하되므로 지속적인 건강관리가 요구된다[5][6][8].

특히 만성정신질환자는 스트레스에 취약하고 빈약한 식사, 신체활동 부족이 많고, 비만 및 심혈관계질환, 당뇨

---

\* 본 논문은 2010년 충남대학교 학술연구비에 의해 지원되었음.

\*충남대학교 간호대학 조교수(제 1저자, 교신저자)

논문접수: 2012년 12월 16일, 1차 수정을 거쳐, 심사완료: 2013년 1월 18일

등을 초래할 수 있는 정신약물의 장기간 복용으로 인해 신체질환의 위험성이 매우 높은 것으로 나타났다[5][18][20]. 만성정신질환자에서 신체질환 발생률은 83.2%로 매우 높게 나타났고 최근 조기사망률을 높일 수 있는 대사증후군 발생률도 20.6%로 일반인구 16%에 비해 더 높게 나타나 만성정신질환자의 신체건강은 정신건강과 더불어 중요한 관심 영역이 되고 있다[12][15][23].

만성정신질환자의 신체건강의 위험요인은 흡연, 음주, 운동부족, 약물남용 등과 같은 건강위험행위와 관련이 있다. 만성정신질환자의 흡연율은 28%에서 46%까지로 일반인구 27%보다 높고, 음주율은 43%로 일반인구 37%와 유사하나 알콜관련장애 유병률은 12%로 더 높게 나타났다[8][13][19]. 만성정신질환자 중 70.5%는 하루 평균 신체활동 시간이 30분 미만인 것으로 나타났고 혼외 성관계를 포함하여 성 파트너가 1명 이상인 위험한 성행위가 43.2%에서 57%까지로 나타나 일반인구와 비교할 때 만성정신질환자의 건강위험행위 정도가 더 심각함을 알 수 있다[7][13][14][19].

만성정신질환자의 건강위험행위는 신체질환 발생률을 높일 뿐만 아니라 결국 정신질환을 악화시키고 의료비 증가와 조기사망률의 증가를 초래할 수 있으므로[22] 만성정신질환자의 건강위험행위를 예방하고 교정하기 위한 대책이 절실히 필요하다.

지금까지 수행되었던 만성정신질환자의 건강위험행위에 관한 연구는 음주, 흡연, 성행위 등 개별적인 건강위험행위에 초점을 두고 일반인구와 유병률을 비교하는 국외 연구가 대부분으로 건강위험행위에 영향을 미치는 요인을 파악하는 연구는 매우 부족한 실정이다. 건강위험행위는 유병률을 고려하여 개별적으로 다를 수도 있겠으나 각각의 건강위험행위들간에는 유의한 상관성이 확인되었고 문화적 특성을 반영하므로 국내의 만성정신질환자를 대상으로 건강위험행위를 통합적으로 확인할 필요가 있다. 또 만성정신질환자의 건강위험행위에 영향을 미치는 요인을 파악하는 것은 만성정신질환자의 건강위험행위를 조기에 예방하고 건강을 증진하기 위해 매우 중요하다.

그동안 만성정신질환자의 흡연, 음주, 자살, 위험한 성행위 등에 영향을 미치는 요인을 파악하는 연구결과 연령, 성별, 직업, 교육수준, 의료적 혜택의 접근성 등과 같은 일반적 특성[11][14]과 스트레스 생활사건[14][16], 정신증상[11][14], 병식[3], 우울[11] 등이 유의한 영향요인

으로 나타났다. 이에 본 연구에서는 지역사회에 거주하는 만성정신질환자를 대상으로 건강위험행위를 통합적으로 파악하고 스트레스생활사건, 정신증상, 병식, 우울과의 관계 및 건강위험행위에 영향으로 미치는 요인을 파악하여 만성정신질환자의 건강증진을 위한 중재개발의 기초자료를 제공하고자 한다.

## 1.2 연구의 목적

- 1) 대상자의 건강위험행위와 스트레스 생활사건, 정신증상, 병식, 우울 정도를 파악한다.
- 2) 대상자의 일반적 특성에 따른 건강위험행위의 차이를 파악한다.
- 3) 대상자의 건강위험행위와 스트레스 생활사건, 정신증상, 병식, 우울간의 상관관계를 파악한다.
- 4) 대상자의 건강위험행위에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

## 2. 연구 방법

### 2.1 연구 설계

본 연구는 지역사회 만성정신질환자를 대상으로 건강위험행위, 스트레스 생활사건, 정신증상, 병식, 우울의 정도를 파악하고 제 변수간의 관계 및 건강위험행위에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

### 2.2 연구 대상

D시와 C도에 거주하며 정신보건센터와 사회복귀시설을 이용하고 있는 만 19세 이상 65세 미만의 성인 정신질환자로 유병기간이 2년 이상이며 의사소통에 장애가 없고 연구목적과 참여방법, 비밀유지, 무해성, 자발적 참여와 철회 가능성에 대해 설명을 듣고 연구참여에 동의한 만성정신질환자 255명을 대상으로 하였다.

### 2.3 조사 도구

#### 1) 건강위험행위

Lee[9]가 개발한 한국 성인의 unhealthy behavior scale 도구를 사용하였다. 이 도구는 음주, 흡연, 잘못된 식습관, 운동부족, 약물남용, 안전위험행위, 위험한 성행위의 총 14문항으로 구성되며, 0점 '전혀 그렇지 않다'에서 3점 '항상 그렇다'의 4점 Likert 척도로 점수가 높을수

록 건강위험행위 정도가 높음을 의미한다. 도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha=.70$ 였다.

## 2) 스트레스 생활사건

Blake 등[2]이 개발하고 Bae 등[1]이 한국어로 번역하여 표준화된 life event checklist를 사용하였다. 이 도구는 총 17문항으로 구성되며 일생 동안 겪은 외상적, 부정적 생활사건 17개에 대한 경험이 없으면 '0점', 있으면 '1점'로 하여 점수가 높을수록 부정적 스트레스 생활사건의 경험이 많음을 의미한다. 도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha=.78$ 였다.

## 3) 정신증상

Overall과 Gorham[17]이 개발한 Brief Psychiatric Rating Scale을 사용하였다. 이 도구는 총 18문항으로 구성되며 1점 '없다'에서 7점 '매우 심하다'의 7점 Likert 척도로 점수가 높을수록 정신증상이 심함을 의미한다.

도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha=.89$ 였다.

## 4) 병식

David[4]가 개발한 Schedule for Assessing the Three Components of Insights를 Lee[10]가 변안 및 수정한 것을 사용하였다. 이 도구는 치료순응도, 병식 유무, 정신증상 인지의 총 7개 문항으로 구성되며 0점 '전혀 아니다'에서 4점 '항상 그렇다'의 5점 Likert 척도로 점수가 높을수록 병식정도가 높음을 의미한다. 도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha=.81$ 였다.

## 5) 우울

Zung[24]이 개발한 Self-rating Depression Scale을 Shin 등[21]이 변안한 도구를 사용하였다. 이 도구는 총 20문항으로 구성되며, 1점 '거의 그렇지 않다'에서 4점 '항상 그렇다'의 4점 Likert 척도로 점수가 높을수록 우울정도가 높음을 의미한다. 도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha=.84$ 였다.

## 2.4 자료 수집 방법 및 절차

자료수집은 C대학 의학전문대학원의 IRB 승인(제 11-21호)을 받은 다음 연구자가 직접 D시와 C도의 6개 정신보건센터와 7개 사회복지시설을 방문하여 기관장에게 연구목적과 방법을 설명하고 구두동의를 얻은 후 수

행하였다. 자료수집기간은 2011년 8월 1일에서 9월 20일 까지였고 대상자에게 연구목적과 참여방법, 비밀유지, 무해성, 자발적 참여와 철회 가능성에 대해 설명하고 연구 참여에 대한 서면동의서를 받은 후 연구보조원이 직접 면담을 실시하여 자료를 수집하였고 정신증상은 담당 간호사가 직접 작성하였다. 총 270부를 배부하였으며 설문지 작성 중 대상자가 참여를 철회한 15부를 제외하고 총 255부를 최종분석에 사용하였다.

## 2.5 자료 분석 방법

- 1) 대상자의 일반적 특성, 건강위험행위, 스트레스 생활사건, 정신증상, 병식, 우울의 정도는 실수, 백분율, 평균과 표준편차를 이용하였다.
- 2) 대상자의 일반적 특성에 따른 건강위험행위의 차이는 t-test, ANOVA, 사후분석은 Scheffe test로 분석하였다.
- 3) 대상자의 건강위험행위와 스트레스 생활사건, 정신증상, 병식, 우울간의 상관관계는 Pearson's 상관계수를 이용하여 분석하였다.
- 4) 대상자의 건강위험행위에 미치는 영향요인을 파악하기 위해 위계적 다중회귀분석을 이용하여 분석하였다.

## 3. 연구 결과

### 3.1 대상자의 일반적 특성

대상자의 성별은 남자가 55.7%, 여자가 44.3%였고, 연령분포는 40세 미만 33.3%, 40-49세 44.3%, 50세 이상 22.4%로 나타났다. 교육정도에서는 고등학교 졸업이 49.4%로 가장 많았고, 결혼상태에서는 미혼이 64.7%로 기혼 35.3%보다 많았으며 직업에서는 '없음'이 78.8%로 대상자는 대부분 무직인 것으로 나타났다. 정신과적 진단명에서는 조현병이 69.0%로 가장 많았고, 기분장애 22.4%, 기타 8.6%의 순이었으며 현재 정신약물을 투약중인 경우가 89.4%로 나타났다. 총 유병기간에서는 10-19년이 37.3%로 가장 많았고, 신체질환에서는 '없음'이 68.6%, '있음'이 31.4%로 나타났으며 체질량지수에서는 25kg/m<sup>2</sup> 이상의 과체중군이 56.5%로 25kg/m<sup>2</sup> 미만의 정상체중군 43.5% 보다 더 높게 나타났다 <표1>.

〈표 1〉 대상자의 일반적 특성 (n=255)

변수	구분	빈도(N)	백분율(%)
성별	남자	142	55.7
	여자	113	44.3
연령(세)	40 미만	85	33.3
	40-49	113	44.3
	50 이상	57	22.4
교육정도	중학교졸업	74	29.0
	고등학교졸업	126	49.4
	대학교졸업	55	21.6
결혼상태	미혼	165	64.7
	기혼	90	35.3
직업	없음	201	78.8
	있음	54	21.2
진단명	조현병	176	69.0
	기분장애	57	22.4
	기타	22	8.6
정신약물복용	없음	27	10.6
	있음	228	89.4
유병기간(년)	10 미만	87	34.1
	10-19	95	37.3
	20 이상	73	28.6
신체질환	없음	175	68.6
	있음	80	31.4
체질량지수 (Kg/m <sup>2</sup> )	25미만	111	43.5
	25이상	144	56.5

### 3.2 대상자의 건강위험행위, 스트레스 생활사건, 정신증상, 병식 및 우울정도

대상자의 건강위험행위는 평균 2.10점으로 중간이상의 수준이었으며 약물남용 2.63점, 운동부족 2.57점, 위험한 성행위 2.09점, 흡연 2.05점, 음주 2.03점, 잘못된 식습관 1.66점, 안전위험행위 1.66점, 건강검진 불이행 1.50점의 순으로 나타났다. 대상자가 일생동안 경험한 스트레스 생활사건은 평균 5.12건였고, 정신증상은 평균 2.67점으로 양호하였다. 대상자의 병식정도는 평균 2.95점으로 높은 수준으로 나타났으며, 우울은 평균 1.88점으로 정상수준으로 나타났다<표 2>.

### 3.3 대상자의 일반적 특성에 따른 건강위험행위

대상자의 일반적 특성에 따른 건강위험행위에서는 성별(t=-2.45, p=.015), 진단명(F=3.23, p=.041), 체질량지수(t=2.09, p=.037)에서 유의한 차이가 있었다. 하지만 진단명의 하위 집단별 차이를 사후분석한 결과에서는 유의한 차이가 없었다. 한편 연령, 교육정도, 결혼상태, 직업, 투약, 유병기간, 신체질환에 따른 건강위험행위에서는 유의

한 차이가 없었다<표 3>.

〈표 2〉 대상자의 건강위험행위, 스트레스 생활사건, 정신증상, 병식 및 우울정도 (n=255)

변수	평균	표준편차	범위
건강위험행위	2.10	0.38	0-3
음주	2.03	0.81	0-3
흡연	2.05	0.87	0-3
잘못된 식습관	1.66	0.66	0-3
운동부족	2.57	0.70	0-3
건강검진 불이행	1.50	0.60	0-3
약물남용	2.63	0.52	0-3
안전위험행위	1.66	0.66	0-3
위험한 성행위	2.09	0.99	0-3
스트레스생활사건	5.12	3.17	0-17
정신증상	2.67	0.93	1-7
병식	2.95	0.79	0-4
우울	1.88	0.90	1-4

〈표 3〉 일반적 특성에 따른 건강위험행위 (n=255)

변수	구분	평균	표준편차	F or t (p)
성별	남자	2.08	0.35	-2.45 (.015)
	여자	1.97	0.34	
연령(세)	40미만	2.07	0.32	1.17 (.309)
	40-49	2.01	0.36	
	50이상	1.98	0.35	
교육정도	중학교졸업	2.00	0.36	1.22 (.295)
	고등학교졸업	2.06	0.34	
	대학교졸업	1.97	0.34	
결혼상태	미혼	2.05	0.34	1.38 (.166)
	기혼	1.98	0.35	
직업	없음	2.02	0.33	0.21 (.834)
	있음	2.01	0.40	
진단명	조현병	2.06	0.35	3.23 (.041)
	기분장애	1.94	0.34	
	기타	1.93	0.28	
정신약물복용	없음	2.01	0.35	-1.23 (.217)
	있음	2.10	0.35	
유병기간(년)	10미만	2.07	0.34	1.33 (.266)
	10-19	1.98	0.35	
	20이상	2.03	0.35	
신체질환	없음	2.06	0.34	1.12 (.262)
	있음	2.01	0.35	
체질량지수 (Kg/m <sup>2</sup> )	25미만	1.97	0.33	2.09 (.037)
	25이상	2.06	0.35	

p-value: 독립표본 t-검정 및 ANOVA 검정에 의한.

### 3.4 대상자의 건강위험행위, 스트레스 생활사건, 정신증상, 병식 및 우울간의 관계

대상자의 건강위험행위에 영향을 미치는 요인을 파악

하기 위해 관련 변수들간의 상관관계를 분석한 결과 건강위험행위는 스트레스 생활사건( $r=.26, p<.001$ ), 우울( $r=.37, p<.001$ )과는 유의한 양의 상관관계가 있었으며 병식( $r=-.20, p=.001$ )과는 유의한 음의 상관관계가 있었다. 즉 스트레스 생활사건과 우울점수가 높을수록, 병식이 낮을수록 건강위험행위정도가 높게 나타났다<표 4>.

<표 4> 대상자의 건강위험행위, 스트레스 생활사건, 정신증상, 병식, 우울간의 상관관계 (n=255)

변수	건강위험행위	
	r	p
스트레스생활사건	.26	<.001
정신증상	.10	.082
병식	-.20	.001
우울	.37	<.001

### 3.5 대상자의 건강위험행위에 영향을 미치는 요인

대상자의 건강위험행위에 영향을 미치는 요인들의 개별 영향력을 분석하기 위해 단변량 분석에서 유의한 통계적 차이를 나타낸 일반적 특성과 스트레스 생활사건, 병식, 우울을 독립변수로 하여 위계적 다중회귀분석을 실시하였다<표 5>.

범주형 변수인 성별(남성=0, 여성=1), 진단명(조현병=0, 기타=1), 체질량지수( $25\text{Kg}/\text{m}^2$ 미만=0,  $25\text{Kg}/\text{m}^2$ 이상=1)는 가변수 처리하였고, 독립변수들간의 상관관계는 .20-.37, Durbin-Watson값이 1.60-1.68, 공차한계는 .97-.98, 분산팽창지수는 1.01- 1.04로 10보다 작아 다중공선성의 문제는 없는 것으로 확인되었다.

각 단계별 회귀분석 결과를 살펴보면, 먼저 1단계에서 일반적 특성으로 성별, 진단명, 체질량지수를 입력한 상태에서 산출된 회귀모형의 모형적합도는 적절하였고 ( $F=6.10, p=.001$ ), 성별( $\beta=-.16, p=.009$ ), 진단명( $\beta=-.17, p=.004$ )이 유의한 영향요인으로 나타났으며 이들 변수는 건강위험행위에 대하여 5%의 설명력이 있는 것으로 나타났다. 2단계에서는 추가로 스트레스 생활사건, 병식, 우울을 투입한 결과 산출된 회귀모형의 모형적합도가 적절하였고( $F=14.38, p<.001$ ), 성별( $\beta=-.12, p=.024$ ), 진단명( $\beta=-.12, p=.021$ ), 스트레스 생활사건( $\beta=.21, p<.001$ ), 병식( $\beta=-.15, p=.004$ ), 우울( $\beta=.31, p<.001$ )이 유의한 영향요인으로 나타났으며 이들 변수들은 건강위험행위에 대하여 총 24%로 설명력이 증가되었다<표 5>.

<표 5> 대상자의 건강위험행위에 영향을 미치는 요인 (n=255)

모델	변수	$\beta$	t	p	Adjusted R <sup>2</sup>	F (p)
1	성별	-.16	-2.63	.009	.05	6.10 (.001)
	진단명	-.17	-2.90	.004		
	BMI	.11	1.89	.060		
2	성별	-.12	-2.27	.024	.24	14.38 (<.001)
	진단명	-.12	-2.32	.021		
	BMI	.93	1.68	.094		
	스트레스 생활사건	.21	3.90	<.001		
	병식	-.15	-2.88	.004		
	우울	.31	5.65	<.001		

## 4. 논의

본 연구는 지역사회 만성정신질환자를 대상으로 건강위험행위정도와 그 영향요인을 파악하여 만성정신질환자의 효율적인 건강증진프로그램 개발을 위한 기초자료를 제공하고자 시도되었다. 본 연구결과를 통해 나타난 주요 결과를 논의하면 다음과 같다.

본 연구결과에서 대상자의 건강위험행위 정도는 3점 만점에 2.02점으로 중간이상의 수준으로 나타났다. 하위영역별로 살펴보면 잘못된 식습관, 건강검진 불이행, 안전위험행위에 비해 음주, 흡연, 운동부족, 약물남용, 위험한 성행위에 비해 매우 심각한 수준으로 높게 나타났다. 이는 동일한 도구로 만성정신질환자의 건강위험행위 정도를 측정할 연구가 없어 직접 비교하는데 어려움이 있으나 한국 성인을 대상으로 한 Lee[9]의 연구결과 평균 2.16점과 유사하였다. 동일한 도구는 아니지만 조현병과 우울증환자에서 비만, 흡연, 운동부족 등 건강위험행위 정도를 높게 보고한 연구[8][18]와 부분적으로 유사한 결과였다. 하지만 본 연구에서 대상자의 평균 연령이 40세 이상으로 높고 대부분 정신약물을 복용하고 있어서 신체질환의 위험성은 높은 반면에 음주, 흡연, 운동부족, 약물남용, 위험한 성행위와 관련된 건강위험행위가 높게 나타나 만성정신질환자의 신체질환을 예방하기 위한 적극적인 전략과 방안이 필요하다.

본 연구에서 대상자의 건강위험행위는 스트레스 생활사건, 병식, 우울과 유의한 상관관계가 있었다. 즉 만성정신질환자는 스트레스 생활사건 경험이 많을수록, 병식이

낮을수록, 우울이 심할수록 건강위험행위정도가 높게 나타났다. 스트레스는 인간의 사고, 정서, 행위에 영향을 미치는 주요 요소 중 하나이다. 만성정신질환자는 스트레스에 취약하고 특히 부정적인 스트레스 생활사건은 우울이나 외상 후 스트레스장애 발생과 유의한 관계가 있으며 자살, 음주 등의 건강위험행위를 초래할 수 있다 [11][13][16]. 따라서 만성정신질환자의 건강위험행위를 예방하기 위해서는 부정적 스트레스 생활사건과 우울을 정기적으로 사정하고 고위험군에 대한 적극적인 관리와 중재가 제공되어야 할 것이다. 본 연구에서 대상자는 병식이 낮을수록 건강위험행위 수준이 높게 나타났다. 병식은 자신의 질병과 증상 및 치료에 대해 이해하고 수용하는 정도를 의미하며 긍정적 효과로 치료의 순응을 높이고 자의입원이나 긍정적 예후를 기대할 수 있다[10]. 이러한 맥락에서 만성정신질환자의 병식 향상은 정신질환관리 뿐만 아니라 신체건강관리에도 영향을 미칠 것으로 생각된다. 따라서 만성정신질환자의 건강증진프로그램을 개발할 때 스트레스 병력과 우울 및 병식정도를 중요한 상관요인으로 인식하고 이를 고려해야 할 것으로 본다.

본 연구결과에서 대상자의 건강위험행위에 영향을 미치는 요인은 성별, 진단명, 스트레스 생활사건, 병식, 우울임이 확인되었으며 이들 변수는 대상자의 건강위험행위를 24% 설명하는 것으로 나타났다. 즉 남성이며 조현병환자인 경우, 스트레스 생활사건의 경험이 많고, 병식이 낮을수록, 우울이 심할수록 건강위험행위에 더욱 참여하는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 조현병과 우울증환자에서 건강위험행위 정도를 높게 보고한 연구[8][18], 여성에 비해 남성에서 흡연, 음주, 성행위 등의 건강위험행위 수준을 더 높게 보고한 연구[16][22], 만성정신질환자의 아동기와 성인기의 성적학대 등 스트레스 생활사건의 경험[13][16]과 우울[11]이 건강위험행위의 영향요인임을 보고한 연구결과와 유사하였다. 하지만 기존연구[11][14]와 달리 본 연구에서 대상자의 정신증상, 교육수준, 체질량지수는 건강위험행위에 유의한 영향력이 없는 것으로 나타났다. 따라서 만성정신질환자를 확대하고 동일한 도구를 사용하여 다양한 건강위험행위 영향요인을 탐색하는 반복연구를 제안한다.

이상의 연구결과를 종합해 볼 때 만성정신질환자의 건강위험행위는 중간이상의 수준으로 건강을 유지하고 건강위험행위를 개선할 수 있는 건강증진프로그램의 개

발이 필요함을 알 수 있다. 특히 본 연구에서 유의한 영향요인으로 나타난 스트레스 생활사건, 병식, 우울을 고려하여 지역사회 만성정신질환자에게 적합한 정신건강교육과 건강증진프로그램을 개발하고 적용할 때 효과적일 것으로 생각한다. 본 연구에서 지역사회의 만성정신질환자의 건강위험행위 정도와 성별, 진단명, 스트레스 생활사건, 병식, 우울이 건강위험행위 영향요인으로 나타난 결과는 대상자의 이해를 돕고 간호중재개발 및 적용시 활용할 수 있는 기초자료를 제공한 것에서 의의가 있다고 볼 수 있다. 하지만 본 연구는 정신보건센터나 사회복지시설을 이용하고 있는 만성정신질환자를 대상으로 하였으므로 지역사회의 만성정신질환자 전체로 일반화하는데 제한점이 있다. 따라서 정신질환의 유형과 본 연구에서 유의한 영향요인으로 나타난 성별을 고려하고 대상자수를 확대하여 건강위험행위 정도와 다양한 영향요인을 파악하는 추후 연구가 필요하겠다. 또한 추후 건강위험행위의 하부영역 각각에 미치는 영향요인을 분석하여 결과를 비교하는 연구를 제안한다.

## 5. 결론

본 연구는 지역사회 만성정신질환자의 건강위험행위에 미치는 영향요인을 파악하기 위해 시도되었다. 본 연구결과에서 성별, 진단명, 스트레스 생활사건, 병식, 우울이 유의한 만성정신질환자의 건강위험행위 영향요인으로 나타났다. 이들 전체 요인들은 대상자의 건강위험행위를 24% 설명하였다. 이러한 연구결과는 지역사회 만성정신질환자의 건강위험행위 정도와 영향요인을 파악한 것에서 의의가 있으며 만성정신질환자의 건강을 증진시키기 위한 교육 및 중재개발을 위한 기초자료가 될 수 있을 것이다. 따라서 이러한 요인을 반영하여 지역사회의 만성정신질환자의 건강위험행위를 효율적으로 관리할 수 있는 건강증진프로그램을 개발하고 활용해 볼 것을 제안한다.

## References

- [1] Bae, H., Kim, D., Koh, H., Kim, Y., & Park, J. (2008). Psychometric properties of the life events checklist-Korean version. *Psychiatry Investigation*,

- 5, 163-167.
- [2] Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Gusman, F. D., & Charney, D. S. (1995). The development of a clinician administered PTSD scale. *Journal of Trauma Stress, 8*, 75-90.
- [3] Byeon, Y. A. (2011). A study on the effects of insight on the quality of life of the persons with mental illness : mediation of treatment compliance and symptom coping. Unpublished master's thesis, Gyeongsang National University, Jinju.
- [4] David, A. S. (1990). Insight and psychosis. *British Journal of Psychiatry, 156*, 798-808.
- [5] Grigoletti, L., Perini, G., Rossi, A., Barbui, C., Tansella, M., & Amadeo, F. (2009). Mortality and cause of death among psychiatric patients: a 20-year case-register study in an area with a community-based system of care. *Psychological Medicine, 39*, 1875-1884.
- [6] Han, K. S. & Yang, B. G. (2006). Influencing factors on symptom self management in patients with chronic mental disorders. *Journal of Korean Academy of Nursing, 36*, 127-135.
- [7] Kim, K. E. (2006). A study on drinking and smoking habits of the community residents. *Journal of Korean Public Health Nursing, 20*, 39-56.
- [8] Leas, L. & McCabe, M. (2007). Health behaviors among individuals with schizophrenia and depression. *Journal of Health Psychology, 12*, 563-579.
- [9] Lee, D. S. (2003). Structural model development of health insensitivity. Unpublished doctoral dissertation, Seoul National University, Seoul.
- [10] Lee, Y. R. (2001). A study on the factors which affect the negative dropout in social rehabilitation facility for mentally disabled-Taiwha fountain house case study. Unpublished doctoral dissertation. Ehwa Womens University, Seoul.
- [11] Loranie, L., & Marita, M. (2007). Health behaviors among individuals with schizophrenia and depression. *Journal of health psychology, 12(4)*, 563-579.
- [12] Marc, D. H., Christoph, U. C., Julio, B., Marcelo, C. B., Dan, C., Itsuo, A., et al. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders-prevalence, impact of medication and disparities in health care. *World Psychiatry, 10*, 52-77.
- [13] Mariette, J. C., John, R. W., & Barbara, N. (2009). Health risk behavior and mental health problems as mediators of the relationship between child abuse and adult health. *American Journal of Public Health, 99*, 847-854.
- [14] Meade, C. S. & Sikkema, K. J. (2007). Psychiatric and psychosocial correlates of sexual risk behavior among adults with severe mental illness. *Community Mental Health Journal, 43*, 153-169.
- [15] Nam, Y. Y., Kim, C. S., Ahn, C. W., Park, K. M., Ryu, B., & Kim, C. H. (2006). Clinical correlates of metabolic syndrome in patients with schizophrenia. *Korean Journal of Psychopharmacology, 17*, 335-341.
- [16] O'Hare, T., & Sherrer, M. V., & Shen, C. (2009). Lifetime traumatic events and high risk behaviors as predictors of PTSD symptoms in people with severe mental illness. *Social Work Research, 33*, 209-218.
- [17] Overall, J. & Gorham, D. (1962). The brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports, 10*, 799-812.
- [18] Packs, S. (2009). Poor physical health and mortality in patients with schizophrenia. *Nursing Standard, 23*, 41-45.
- [19] Roick, C., Fritz-Wieacker, A., Matschinger, H., Heider, D., Schindler, J., Riedel-Heller, S., & Angermeyer, M. (2007). Health habits of patients with schizophrenia. *Society of Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 42*, 268-276.
- [20] Scott, B. & Scott, L. (2010). Health behavior beliefs and physical health risk factors for cardiovascular disease in an outpatients sample of consumers with a severe mental illness: a cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies, 47*, 753-760.
- [21] Shin, H. C., Kim, C. H., Park, Y. W., Cho, B. L., Song, S. W., Yun, Y. H., & Oh, S. W. (2000).

Detection of depression in primary care = validity of Zung's self-rating depression scale. *The Journal of the Korean Academy of Family Medicine*, 21(10), 1317-1329.

- [22] Tara, W. S., Linda, B., Daniel, P. C., David, G. M., Michelle, O., & Ali, H. M. (2004). Risk behaviors and healthcare coverage among adults by frequent mental distress status. *American Journal of Preventive Medicine*, 26(3), 213-216.
- [23] The Korea Institute for Health and Social Affairs (2012). Survey of the disabled. Seoul: Korean Ministry of Health & Welfare.
- [24] Zung, W. W. K. (1969). A cross cultural survey of symptoms in depression. *American Journal of Psychiatry*, 126, 154-159.

## 강 문 희



- 1994년 2월 : 충남대학교 간호학과 (간호학학사)
- 1997년 8월 : 충남대학교 간호학과 (간호학석사)
- 2005년 2월 : 충남대학교 간호학과 (간호학박사)
- 2010년~현재 : 충남대학교 간호학과 교수

- 관심분야 : 정신간호, 지역사회 정신건강증진
- E-Mail : mhgang@cnu.ac.kr