

# 지역사회 거주 정신질환자의 자기효능감, 건강태도, 건강생활습관이 회복에 미치는 영향

곽윤복<sup>1</sup> · 김지영<sup>2</sup> · 이명하<sup>3</sup>

전북대학교 간호대학 시간강사<sup>1</sup>, 전북대학교 간호대학 · 간호과학연구소 부교수<sup>2</sup>,  
전북대학교 간호대학 · 간호과학연구소 교수<sup>3</sup>

## Effects of Self-efficacy, Health Attitudes, and Healthy Lifestyle on Recovery of People with Mental Disorders in the Community

Kwak, Yun Bok<sup>1</sup> · Kim, Ji Young<sup>2</sup> · Lee, Myung Ha<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Part-time Lecturer, College of Nursing, Chonbuk National University, Jeonju

<sup>2</sup>Associate Professor, College of Nursing, Chonbuk Research Institute of Nursing Science, Chonbuk National University, Jeonju

<sup>3</sup>Professor, College of Nursing, Chonbuk Research Institute of Nursing Science, Chonbuk National University, Jeonju, Korea

**Purpose:** The purpose of this study was to examine the effects of self-efficacy, health attitudes and healthy lifestyles on recovery of people with mental disorders in the community. **Methods:** Participants were 188 people with mental disorders receiving mental health services at community mental health welfare centers in the J province. The data were collected from May to June, 2018. Self-report questionnaires were used to measure general self-efficacy, health attitude scale, healthy lifestyles and recovery. Data were analyzed with descriptive statistics, independent t-test, one-way ANOVA with Scheffé test, Pearson's correlation coefficients, and stepwise regression using the SPSS/WIN 23.0 program. **Results:** Self-efficacy, health attitudes, and healthy lifestyle of people with mental disorders were significant factors, explained about 72% of the variance on recovery. **Conclusion:** These findings suggest that education programs and health promotion programs focused on healthy lifestyles, improving health attitudes, and self-efficacy should be developed for people with mental disorders to promote their recovery.

**Key Words:** Mental disorders; Self efficacy; Attitude to health; Healthy lifestyle; Mental health recovery

### 서 론

#### 1. 연구의 필요성

2016년 정신질환실태 역학조사에서 보고된 일 년 유병률 10.2%를 적용하여 추정된 우리나라 정신질환자 수는 총 5,273,014명이며, 이 중 정신의료기관 및 정신요양시설에 입원 또는 입소한 환자 수는 79,401명으로 전년 81,105명으로 대비

2.1%가 감소된 것으로 나타났다[1]. 하지만 조현병과 같은 중증정신질환자의 평균 입원기간은 214.6일로 오스트리아 평균 25일, 미국의 평균 10일에 비해 약 8배에서 20배 정도 높고, 퇴원 후 30일 이내의 재입원율은 21.6%로 OECD 국가의 평균 재입원율 12.9%에 비해 높은 실정이다[1,2]. 이러한 정신질환자의 장기입원과 수용 중심의 정신보건서비스 환경은 우리나라 정신보건영역의 문제점으로 제기되어 왔다. 2017년도부터 '정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률'이 전

**주요어:** 정신질환, 자기효능감, 건강태도, 건강생활습관, 정신건강회복

**Corresponding author: Kim, Ji Young** <https://orcid.org/0000-0003-4375-1384>  
College of Nursing, Chonbuk National University, 567 Baekje-daero, Deokjin-gu, Jeonju 53896, Korea.  
Tel: +82-63-270-2401, Fax: +82-63-270-3127, E-mail: kimjy@jbnu.ac.k

Received: Jul 31, 2018 | Revised: Sep 27, 2018 | Accepted: Nov 3, 2018

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.

격적으로 시행되면서 우리나라 정신건강증진 사업의 방향에도 많은 변화가 진행되고 있다[3]. 특히 중증정신질환자를 대상으로 하는 정신보건서비스의 정책은 기존의 수용 중심의 치료에서 지역사회 지원체계 구축을 기반으로 탈원화를 가속화하고 궁극적으로 지역사회로의 통합을 지향하고 있다. 이는 정신질환자의 증상 감소에 중점을 둔 의료모델이나 심리사회적 기능의 향상을 위해 정신보건전문가의 주도 하에 수행되었던 정신재활모델에서 더 나아가 당사자인 정신질환자의 자기결정권을 강화하고 주도적인 서비스 참여에 초점을 두는 회복모델의 실천을 강조하는 것이다[4].

정신질환자의 관점에서 회복은 단순히 병리적 증상 감소나 사회적 기능이 향상된 상태 이상을 의미한다. 즉, 정신질환자에 있어서 회복은 정신질환이라는 제약에도 불구하고 정신질환자 스스로 자신만의 독특한 삶의 의미를 추구하며 살아가는 과정이자 여정이라 할 수 있다. 따라서 회복은 곧 전반적인 삶의 회복을 의미하며 결과적으로 삶의 질이 향상되는 것이라 할 수 있다[5]. Whitley와 Drake [6]는 회복에 포함되는 다차원적인 요소를 제시함으로써 정신질환자의 회복에 대해 보다 통합적인 기틀을 제공하고 있다. 정신질환으로부터의 회복에는 증상의 호전과 치료순응에 해당하는 임상적 차원, 종교와 영성, 자기효능감과 같은 실존적 차원, 직업, 교육과 주거문제가 해결되는 기능적 차원, 건강한 식습관과 운동, 흡연 및 물질남용 문제가 없는 신체적 차원 및 가족, 친구, 동료와의 사회적 관계 차원 등의 다양한 요소들이 포함됨을 강조하고 있다. Gordon 등[7]도 회복에는 영성, 문화, 대인관계, 신체건강, 일상생활, 삶의 질, 대처, 정신건강, 희망, 임파워먼트, 자원, 서비스에 대한 만족 등의 다양한 측면의 요소들이 포함된다고 하였다. 이와 같이 정신질환자의 회복에는 심리사회적 건강요소뿐만 아니라 신체건강과 일상생활 유지 등의 요소들이 포함된 통합적인 개념임을 알 수 있다.

신체건강과 정신건강은 서로 밀접하게 연관되어 있고, 정신질환자의 일상생활에서의 건강한 생활습관과 실천의 문제는 곧 정신건강의 유지와 회복으로 이어진다는 점에서 정신질환자의 건강생활습관이 회복에 미치는 영향을 확인하는 것이 필요하다. 하지만 조현병 환자가 인지하는 전반적인 건강상태, 삶의 방식 및 회복 간의 관련성을 확인한 연구[8] 외에는 정신질환자를 대상으로 생활습관을 파악하고 회복에 미치는 영향을 확인한 기초연구는 부족한 실정이다.

건강생활습관은 운동, 영양, 영적성장, 대인관계, 스트레스 관리 및 건강책임과 같은 건강한 생활양식을 실천하는 것을 의미한다[9]. 정신질환자는 일반인에 비해 건강에 대한 지식과

인식이 부족하여 흡연, 음주, 불규칙한 식습관 및 운동부족과 같은 불건강한 생활습관을 갖고 있는 경우가 많은 것으로 알려져 있다[10]. 특히 정신질환자는 정신과 약물의 부작용에 따른 체중증가나 대사증후군, 당뇨병 및 심혈관질환 등의 신체질환 발생 가능성이 높음에도 불구하고 신체질환이나 건강문제가 발생하는 경우 이를 효과적으로 관리하는데 어려움을 겪게 된다[9,11]. 따라서 정신질환자를 대상으로 신체활동, 균형 잡힌 식이습관, 스트레스관리, 흡연과 음주와 같은 건강위해행동의 예방 등과 같은 생활습관에 대한 중재가 요구되고 있다[8,11]. 선행연구에서 조현병 환자의 전반적인 건강상태에 대한 지각과 건강관리 양상은 회복과 유의한 관련성이 있다고 보고된 점에 비추어볼 때[8], 건강생활습관은 정신질환자의 회복에 영향을 미치는 요인으로 유추해 볼 수 있다.

태도는 어떤 사항을 행동으로 옮기기 위한 전제조건들 중의 하나로, 경험을 통해 강화되고 조직화되며, 생활습관을 결정하거나 다른 건강 관련 행동에 중요한 역할로서 작용하기 때문에 그 중요성이 더 증가하고 있다[12]. 정신질환자가 건강에 대한 지각과 인식이 긍정적인 경우에 건강위해 행동을 적게 하고, 건강태도가 증진될 때 정신건강 및 신체건강 등의 전반적인 건강관리를 보다 효율적으로 수행하게 된다[11]. 또한 건강에 대한 관심과 긍정적인 태도는 건강생활습관의 실천과 관련되어 있으며, 건강에 대해 긍정적인 태도를 갖고 신체적 건강을 유지하는 것이 정신질환자의 회복에도 영향을 미치게 된다[8,9].

자기효능감은 과업을 성취하기 위해 필요한 행동을 계획하고 수행하는 자신의 능력에 대한 신념으로 어떤 행동을 선택하거나 지속하는데 영향을 미치는 요인이다[13]. 정신질환자는 정신증적 증상과 심리사회적 기능 장애에 따른 일상생활수행의 어려움, 사회적 위축 및 오랜 기간의 사회적 격리 등으로 심한 무력감을 경험하게 됨으로써 자기효능감이 낮아져 회복에 대한 의지 자체가 부족한 경우가 많다[14]. 자신의 능력에 대한 믿음인 자기효능감은 정신질환자의 자기관리 능력과 관련이 있으며 신체건강행동과 신체활동을 효과적으로 실천하는데 긍정적인 영향을 미치는 것으로 보고되었다[11,15]. 또한 정신질환자의 자기효능감은 회복과정에 포함되는 요소인 자기지지 능력, 임파워먼트 및 희망과 관련된 변인으로서 정신질환자의 회복에 영향을 미치는 중요한 요인이다[14].

이에 본 연구에서는 지역사회에 거주하는 정신질환자를 대상으로 자기효능감, 건강태도, 건강생활습관의 정도와 관계를 파악하고, 이 변인들이 회복에 미치는 영향을 확인하고자 한다. 본 연구결과는 정신질환자의 회복을 촉진하기 위한 실무 지침, 간호중재 및 프로그램 개발의 기초자료를 제공할 것이다.

## 2. 연구목적

본 연구는 지역사회 거주 정신질환자의 자기효능감, 건강태도, 건강생활습관이 회복에 미치는 영향을 파악하고 정신질환자의 회복을 도울 수 있는 간호중재 수립에 기초자료를 제공하고자 시행하며, 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 정신질환자의 자기효능감, 건강태도, 건강생활습관 및 회복의 정도를 파악한다.
- 정신질환자의 일반적 특성에 따른 회복의 차이를 파악한다.
- 정신질환자의 자기효능감, 건강태도, 건강생활습관 및 회복 간의 상관관계를 파악한다.
- 정신질환자의 자기효능감, 건강태도 및 건강생활습관이 회복에 미치는 영향을 파악한다.

## 연구방법

### 1. 연구설계

본 연구는 지역사회 거주 정신질환자의 자기효능감, 건강태도 및 건강생활습관이 회복에 미치는 영향을 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

### 2. 연구대상

본 연구는 일개 지역에 소재한 3개 정신건강복지센터 및 5개 정신재활시설에 등록하고 서비스를 이용하는 정신질환자를 대상으로 하였다. 연구대상자는 만 19세 이상 65세 미만의 성인으로 조현병, 양극성 장애, 주요우울장애 이외에 기질적 장애나 약물이나 알코올 중독, 정신지체 등의 문제가 없고, 의사소통이 가능하고 설문지를 읽고 이해할 수 있는 자로 임의 표집하였다. 연구대상자 수는 G\*Power 3.1.9.2 프로그램을 이용하여 다중회귀분석에 필요한 최소 표본의 크기를 산출하였으며, 예측변수 17개, 유의수준 .05, 효과크기 0.15, 검정력 .80을 충족하는 최소 표본 수는 146명이었다. 이를 근거로 탈락률을 고려하여, 220명을 대상으로 설문조사하여 총 205부의 설문지를 수거하였으나, 불충분 응답 설문지 17부를 제외한 총 188부를 최종 분석에 사용하였다.

### 3. 연구도구

본 연구에서는 자가보고형의 구조화된 설문지를 사용하였

다. 설문지는 일반적 특성, 회복, 자기효능감, 건강태도, 건강생활습관을 포함하여 총 116문항으로 구성하였다. 모든 도구는 개발자와 번역가로부터 도구사용에 대한 승인을 받은 후에 사용하였다.

#### 1) 회복

회복은 Song [16]의 한국어판 정신건강회복척도(Mental Health Recovery Measure, MHRM)를 사용하여 측정하였다. 이 도구는 총 28문항 8개 하위영역으로 5점 Likert-type 척도이며 ‘전혀 그렇지 않다’ 0점에서 ‘매우 그렇다’ 4점으로 구성되어 있다. 하위영역으로 곤경극복, 기본적 기능, 전반적 생활만족, 자기역량강화, 새로운 잠재력, 배움과 자기재정의, 영성, 옹호 및 충만으로 구성되어 있고, 점수가 높을수록 회복 정도가 좋은 것을 의미한다. 본 도구의 신뢰도인 Cronbach's  $\alpha$ 는 Song [16]의 연구에서 .95였고, 본 연구에서도 .95였다.

#### 2) 자기효능감

자기효능감은 Oh [17]의 한국어판 자기효능감 척도(New General Self-Efficacy, NGSE)를 사용하여 측정하였다. 이 도구는 총 8개 문항 Likert-type 5점 척도로, 각 문항은 ‘전혀 그렇지 않다’ 1점에서 ‘아주 그렇다’ 5점으로 구성되어 있고, 점수가 높을수록 자기효능감이 높은 것을 의미한다. 본 도구의 신뢰도인 Cronbach's  $\alpha$ 는 개발 당시 .87이었으며, Oh [17]의 연구에서는 .90, 본 연구에서는 .92였다.

#### 3) 건강태도

건강태도는 Kim [11]의 연구에서 사용된 Torabi와 Jeng [12]의 건강태도 척도(Health Attitude Scale)를 사용하여 측정하였다. 이 도구는 총 15문항 3개 하위영역으로 Likert-type 5점 척도이며, 각 문항은 ‘전혀 그렇지 않다’ 1점에서 ‘매우 그렇다’ 5점으로 구성되어 있다. 하위영역은 건강과 관련한 감정, 질병예방과 건강한 생활양식에 대한 신념, 건강실천을 위한 행동 의도 등으로 구성되어 있고, 점수가 높을수록 건강태도에 긍정적인 것을 의미한다. 문항 중 1, 5, 10, 13번은 역 문항으로 채점하였으며, 본 도구의 신뢰도인 Cronbach's  $\alpha$ 는 개발 당시 .88이었으며, 본 연구에서는 .77이었다.

#### 4) 건강생활습관

건강생활습관은 Kim과 Yun [18]의 한국어판 건강증진행위 척도(Health-Promoting Lifestyle Profile II, HPLP-II)를 사용하여 측정하였다. 이 도구는 총 52문항의 Likert-type 4점

척도로 '전혀 그렇지 않다' 1점에서 '항상 그렇다' 4점으로 구성되어 있다. 하위영역으로 건강책임 9문항, 신체활동 8문항, 영양 9문항, 영적성장 9문항, 대인관계 9문항, 스트레스관리 8문항으로 구성되어 있고, 점수가 높을수록 건강생활습관의 수행정도가 높음을 의미한다. 본 도구의 신뢰도인 Cronbach's  $\alpha$  는 개발 당시 .94였으며, 본 연구에서는 .96이었다.

#### 4. 자료수집

본 연구는 연구자 소속 대학교 기관생명윤리위원회의 승인(2018-04-011-001) 후에 시행되었고, 자료수집기간은 2018년 5월 15일부터 2018년 6월 14일까지였다. 자료수집은 연구 시작 전 해당 도에 소재한 3개 정신건강복지센터 및 5개 정신재활 시설을 선정한 후에 연구자가 직접 방문하여 해당 센터장과 시설장을 만나거나 유선으로 연구의 목적과 방법을 설명하고 연구진행을 위한 사전 허락과 협조를 받았다. 이후에 연구자가 해당기관을 방문하여 연구대상자에게 연구목적, 방법, 설문지 내용 및 소요시간, 개인정보보호에 대해 연구대상자의 수준에서 이해하기 쉽게 구체적으로 명시된 연구 설명서를 배부한 후에 구두로 상세한 설명을 제공하였다. 연구에 관한 상세한 설명을 들은 후에 자발적으로 연구참여 동의서에 서면으로 동의한 대상자에 한해서 설문조사에 응하도록 하였다. 본 연구에 사용된 설문지는 익명으로 처리된다는 점과 연구목적 외에는 다른 용도로 사용하지 않을 것임을 알려주었고, 설문지를 작성하는 중에 언제든지 연구참여를 철회할 수 있음을 서면과 구두로 설명하였다. 연구대상자가 설문지 작성 방법이나 내용을 이해하지 못하는 경우에는 연구자에게 문의하도록 하였다. 설문지 작성에 소요된 시간은 약 30~40분 정도였고, 작성된 설문지는 연구자가 직접 수거하였다. 설문지를 연구자가 직접 수거할 수 없었던 경우에는 대상자의 정보가 노출되지 않도록 회수용 봉투에 넣어 밀봉하도록 하였다. 이후에 연구자가 기관을 방문하여 수거하거나 기관 담당자를 통해 우편으로 수거하였다.

#### 5. 자료분석

본 연구에서 수집된 자료는 SPSS/WIN 23.0 프로그램을 이용하여 분석하였다.

- 대상자의 일반적 특성, 자기효능감, 건강태도, 건강생활습관 및 회복 정도는 빈도와 백분율, 평균과 표준편차 등의 기술통계 분석을 시행하였다.
- 대상자의 일반적 특성에 따른 회복 정도는 independent

t-test와 one-way ANOVA로, 사후 검정은 Scheffé test로 분석하였다.

- 대상자의 자기효능감, 건강태도, 건강생활습관 및 회복간의 상관관계는 Pearson's correlation coefficients를 산출하였다.
- 대상자의 자기효능감, 건강태도 및 건강생활습관이 회복에 미치는 영향은 단계적 다중회귀 분석을 실시하였다.

## 연구결과

### 1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 성별은 남자가 108명(57.4%)이었고, 평균 연령은  $43.65 \pm 10.70$ 세였다. 미혼이 150명(79.8%), 종교는 있는 경우가 124명(66.0%)이었다. 학력은 고졸이 101명(53.7%)으로 절반 이상을 차지하였고, 현재 직업에 종사하지 않는 경우가 155명(82.4%)이었다. 주거상태는 가족과 함께 거주 79명(42.0%), 주거시설에 거주 78명(41.5%), 혼자 거주 31명(16.5%) 순이며, 가족의 월평균 소득은 월 100만 원 이하가 129명(68.6%)이었다. 정신과적 진단은 조현병이 152명(80.9%)으로 대부분을 차지하였다. 정신과 병원에 입원 횟수는 평균  $4.72 \pm 5.03$ 회, 정신과 질환의 치료기간은 평균  $15.80 \pm 10.06$ 년이었고, 첫 발병 시기는 평균  $26.54 \pm 8.98$ 세였다. 대상자 중 현재 흡연을 하는 경우가 93명(49.5%)이고, '음주를 하지 않는다'라고 응답한 경우가 136명(72.3%)이었으며, 신체적 질환을 가지고 있다고 응답한 대상자는 62명(33.0%)이었다(Table 1).

### 2. 대상자의 자기효능감, 건강태도, 건강생활습관 및 회복 정도

자기효능감은 문항평균  $3.13 \pm 0.85$ 점(5점 만점), 건강태도는 문항평균  $3.48 \pm 0.51$ 점(5점 만점), 건강생활습관은 문항평균  $2.33 \pm 0.53$ 점(4점 만점), 회복은 문항평균  $2.36 \pm 0.71$ 점(4점 만점)이었다. 대상자의 건강태도의 하위 영역 중 건강 관련 감정은 문항평균  $3.47 \pm 0.57$ 점, 질병예방과 건강한 생활양식에 대한 신념은 평균  $3.50 \pm 0.63$ 점, 건강실천을 위한 행동 의도는 문항평균  $3.48 \pm 0.63$ 점이었다. 대상자의 건강생활습관의 하위 영역 중 건강책임은  $2.39 \pm 0.63$ 점, 신체활동은  $2.17 \pm 0.67$ 점, 영양은  $2.25 \pm 0.59$ 점, 영적성장은  $2.45 \pm 0.63$ 점, 대인관계는  $2.39 \pm 0.60$ 점, 스트레스관리는  $2.32 \pm 0.58$ 점이었다. 대상자의 회복의 하위 영역 중 곤경극복은  $2.41 \pm 0.84$ 점, 자기역량강화는  $2.41 \pm$

**Table 1.** General Characteristics of Participants (N=188)

Characteristics	Categories	n (%) or M±SD
Gender	Women	80 (42.6)
	Men	108 (57.4)
Age (year)		43.65±10.70
	≤ 29	23 (12.2)
	30~39	41 (21.8)
	40~49	63 (33.5)
	≥ 50	61 (32.5)
Marital status	Married	38 (20.2)
	Unmarried	150 (79.8)
Religion	Yes	124 (66.0)
	No	64 (34.0)
Education level	≤ Middle school	36 (19.2)
	High school	101 (53.7)
	≥ College	51 (27.1)
Occupation status	Employed	33 (17.6)
	Non-employed	155 (82.4)
Residential status	Living with family	79 (42.0)
	Living alone	31 (16.5)
	Living with others	78 (41.5)
Monthly income (10,000 won)	< 100	129 (68.6)
	≥ 100	59 (31.4)
Psychiatric diagnoses	Schizophrenia	152 (80.9)
	Mood disorders	36 (19.1)
Number of admission		4.72±5.03
	≤ 5	136 (72.3)
	≥ 6	52 (27.7)
Age of onset (year)		26.54±8.98
	≤ 19	31 (16.5)
	20~29	100 (53.2)
	≥ 30	57 (30.3)
Duration of illness (year)		15.80±10.06
	≤ 10	69 (36.7)
	11~20	56 (29.8)
	≥ 21	63 (33.5)
Smoking	Yes	93 (49.5)
	No	95 (50.5)
Drinking (frequency)	Almost daily	2 (1.1)
	≤ 2~4/week	2 (1.1)
	≤ 2~4/month	18 (9.5)
	≤ 1/month	30 (16.0)
	Never	136 (72.3)
Physical disease	Yes	62 (33.0)
	No	126 (67.0)

0.90점, 배움과 자기 재정의는 2.47±0.89점, 기본적 기능은 2.24±0.87점, 전반적 생활만족은 2.34±0.89점, 새로운 잠재력은 2.31±0.91점, 영성은 2.31±1.23점, 옹호와 충만은 2.43±0.81점이었다(Table 2).

**Table 2.** Levels of Self-efficacy, Health Attitude, Healthy Lifestyles and Recovery (N=188)

Variables	M±SD	Min~Max	
Self-efficacy	3.13±0.85	1.0~5.0	
Health attitude			
	Emotion	3.47±0.57	1.8~5.0
	Belief	3.50±0.63	1.6~5.0
	Intention of act	3.48±0.63	1.8~5.0
Healthy lifestyle			
	Health responsibility	2.33±0.53	1.2~4.0
	Physical activity	2.39±0.63	1.0~4.0
	Nutrition	2.17±0.67	1.0~4.0
	Spiritual development	2.25±0.59	1.0~4.0
	Interpersonal relations	2.45±0.63	1.0~4.0
	Stress management	2.39±0.60	1.2~4.0
Recovery			
	Overcoming difficulties	2.32±0.58	1.0~4.0
	Self-empowerment	2.36±0.71	0.0~4.0
	Learning and self-redefinition	2.41±0.84	0.0~4.0
	Basic functioning	2.41±0.90	0.0~4.0
	Overall well-being	2.47±0.89	0.0~4.0
	Reaching new potentials	2.24±0.87	0.0~4.0
	Spirituality	2.34±0.89	0.0~4.0
	Advocacy and enrichment	2.31±0.91	0.0~4.0
		2.31±1.23	0.0~4.0
		2.43±0.81	0.0~4.0

### 3. 대상자의 일반적 특성에 따른 회복 정도

대상자의 일반적 특성에 따른 회복 정도의 차이를 분석한 결과, 종교유무( $t=3.64, p<.001$ )와 직업유무에 따른 회복( $t=3.65, p<.001$ )은 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 성별을 포함한 그 이외의 일반적 특성에 따른 회복 정도는 유의한 차이가 없었다(Table 3).

### 4. 대상자의 자기효능감, 건강태도, 건강생활습관 및 회복 간의 상관관계

대상자의 자기효능감, 건강태도, 건강생활습관 및 회복 간의 상관관계를 분석한 결과, 회복은 건강생활습관( $r=.78, p<.001$ )과 강한 양의 상관관계가 있었으며, 건강태도( $r=.69, p<.001$ ), 자기효능감( $r=.65, p<.001$ ) 순으로 양의 상관관계가 있었다(Table 4).

### 5. 대상자의 자기효능감, 건강태도, 건강생활습관이 회복에 미치는 영향

대상자의 자기효능감, 건강태도 및 건강생활습관이 회복에

**Table 3.** Difference of Recovery according to General Characteristics

(N=188)

Characteristics	Categories	Recovery		
		M±SD	t or F	p
Gender	Women	2.35±0.71	0.19	.847
	Men	2.37±0.71		
Age (year)	≤29	2.21±0.78	2.38	.071
	30~39	2.17±0.61		
	40~49	2.51±0.67		
	≥50	2.40±0.76		
Marital status	Married	2.31±0.75	0.56	.578
	Unmarried	2.38±0.70		
Religion	Yes	2.50±0.70	3.64	< .001
	No	2.11±0.66		
Education level	≤ Middle school	2.21±0.66	2.77	.065
	High school	2.33±0.66		
	≥ College	2.54±0.80		
Occupation status	Employed	2.76±0.68	3.65	< .001
	Non-employed	2.28±0.69		
Residential status	Living with family	2.25±0.76	2.81	.063
	Living alone	2.31±0.75		
	Living with others	2.51±0.62		
Monthly income (10,000 won)	< 100	2.30±0.71	1.79	.076
	≥ 100	2.50±0.69		
Psychiatric diagnoses	Schizophrenia	2.36±0.69	0.39	.701
	Mood disorders	2.41±0.81		
Number of admission	≤ 5	2.39±0.72	0.82	.413
	≥ 6	2.30±0.66		
Age of onset (year)	≤ 19	2.49±0.84	2.03	.134
	20~29	2.27±0.62		
	≥ 30	2.46±0.76		
Duration of illness (year)	≤ 10	2.43±0.75	0.95	.389
	11~20	2.26±0.63		
	≥ 21	2.39±0.73		
Smoking	Yes	2.33±0.69	0.59	.559
	No	2.39±0.73		
Drinking	Yes	2.36±0.66	0.04	.967
	No	2.36±0.73		
Physical disease	Yes	2.38±0.69	0.19	.853
	No	2.36±0.72		

영향을 미치는지를 확인하기 위하여 단계적 회귀분석을 실시하였다. 대상자의 일반적 특성 중 회복의 차이를 보인 종교와 직업은 가변수 처리하여 투입하였다. 회귀분석을 실시하기 위하여 종속변수의 정규성과 독립변수들과 종속변수 결합의 다변량 정규성을 검정하였다. 종속변수의 정규성은 왜도와 첨도를 이용하였으며 독립변수들과 종속변수 결합의 다변량 정규

성은 Mardia's test로 검정한 결과, 종속변수 왜도는 0.02로 절댓값이 3 이내이고, 첨도는 0.36으로 7 이내이므로 정규성 가정을 만족하며 Mardia's test 결과 다변량 첨도가 35.81 ( $z=0.66$ ,  $p=.510$ )로 다변량 정규성 가정을 만족하였다. 회귀분석을 실시하기 위하여 종속변수의 자기상관과 독립변수 간 다중공선성을 검정하였다. 종속변수의 자기상관은 Durbin-Watson 지수, 독

립변수 간 다중공선성은 분산팽창인자 지수로 확인하였다. 공차한계는 0.1보다 크고, Durbin-Watson 지수는 규격상한인 1.81~2.20 사이로 2에 가까워 자기상관이 없이 독립적임을 확인하였다. 분산팽창인자 지수는 1.07~1.86으로 10 미만으로 나타나 독립변수 간 다중공선성이 없음을 확인하였고, 본 자료는 회귀분석을 실시하기에 적합하였다. 회귀분석 모형의 적합도 검정을 위해 Kolmogorov-Smirnov 정규성 검정과 Breusch-Pagan의 잔차 등분산성 검정을 실시한 결과 표준화된 잔차의 정규성( $z=0.91, p=.385$ )과 등분산성( $\chi^2=7.12, p=.130$ )을 만족하여 본 회귀모형은 적합하였다.

회귀분석을 시행한 결과, 대상자의 건강생활습관, 건강태도, 자기효능감 및 종교가 대상자의 회복에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났고, 이 요인들의 설명력은 72.0%( $F=123.62, p<.001$ )였다. 대상자의 회복에 가장 큰 영향을 미치는 요인은 건강생활습관( $\beta=.49, p<.001$ )이었으며, 영향력의 정도는 건강태도( $\beta=.30, p<.001$ ), 자기효능감( $\beta=.18, p=.001$ ), 종교( $\beta=.11, p=.008$ ) 순이었다(Table 5).

## 논 의

본 연구는 지역사회 거주 정신질환자의 자기효능감, 건강태도, 건강생활습관이 회복에 미치는 영향을 확인하기 위해 시도되었다. 본 연구결과를 중심으로 다음과 같이 논의하고자 한다.

본 연구에서 지역사회에 거주하는 정신질환자의 회복 정도

는 문항평균 2.36점(4점 만점)으로 나타나, 본 연구대상자는 자신의 회복 정도를 중간 정도로 인지하고 있었다. 하위영역에서는 ‘배움과 자기 재정의’ 영역이 가장 높았고 가장 낮은 영역은 ‘기본적 기능’ 영역이었다. 이는 정신요양시설의 정신질환자를 대상으로 한 연구[19]에서 회복 정도는 2.37점이며 ‘기본적 기능’ 영역이 가장 낮다고 보고한 내용과 유사한 결과이다. 또한 정신건강복지센터를 이용하는 정신질환자를 대상으로 한 연구에서 보고된 2.19점[20]에 비해 약간 높았다. 이는 본 연구에서 직업을 가진 대상자들의 회복 정도가 유의하게 높았고, 직업유무에 따라 회복 정도에 차이가 있음을 보고한 선행연구[21] 결과에 비취볼 때, 본 연구대상자의 82%에 해당하는 대부분이 무직상태라는 점이 중간수준의 회복 정도와 관련성이 있는 것으로 해석된다.

본 연구에서 대상자의 건강생활습관은 문항평균 2.33점(4점 만점)이었으며, 하위영역 분석에서 ‘영적성장’(2.45점)으로 가장 높았고, ‘신체활동’(2.17점)이 가장 낮았다. 정신질환자를 대상으로 동일한 도구를 이용한 건강생활습관 정도를 보고한 국내 연구결과가 없어 직접적인 비교는 어렵지만 다른 만성질환인 HIV 감염인을 대상으로 한 연구[22]의 2.35점과 유사한 수준이었다. 국외에서 입원한 정신질환자의 건강생활습관을 확인한 연구결과[9]에서도 건강생활습관 수준은 2.29점이었고, 하위영역 중 ‘영적성장’(2.59점)이 가장 높았고 ‘신체활동’(1.69점)이 가장 낮은 것으로 보고되었다. 또한 심장질환을 가진 환자의 건강생활습관 정도인 2.45점[23], 대사증후군 환자

**Table 4.** Correlation among Self-efficacy, Health Attitude, Healthy Lifestyles and Recovery

(N=188)

Variables	Self-efficacy	Health attitude	Healthy lifestyle
	r (p)	r (p)	r (p)
Health attitude	.52 (<.001)		
Healthy lifestyle	.61 (<.001)	.57 (<.001)	
Recovery	.65 (<.001)	.69 (<.001)	.78 (<.001)

**Table 5.** Factors Associated with Recovery of People with Mental Disorders in the Community

(N=188)

Variables	B	SE	$\beta$	t	p
(Constant)	-1.18	0.19		-6.28	<.001
Healthy lifestyle	0.66	0.07	.49	9.31	<.001
Health attitude	0.42	0.07	.30	6.13	<.001
Self-efficacy	0.15	0.04	.18	3.51	.001
Religion <sup>†</sup>	0.16	0.06	.11	2.66	.008
$R^2=.73, \text{Adj. } R^2=.72, F=123.62, p<.001$					

<sup>†</sup>Dummy variables (No=0, Yes=1).

의 2.51점[24]보다 낮은 것으로 나타나 정신질환자의 건강생활습관이 다른 만성신체질환을 가진 환자에 비해 활동량과 운동이 부족하고 이로 인한 건강문제가 발생의 위험성이 높다고 보고한 선행연구결과를 뒷받침하는 것이다[11]. 특히 건강생활습관의 하위영역 중 '신체활동'이 가장 낮은 수준으로 나타난 이유에 대해서는 정신질환자의 건강생활습관을 저해하는 요인에 대한 추가적인 연구가 필요할 것으로 사료된다.

본 연구에서 정신질환자의 건강태도는 문항평균 3.48점(5점 만점)으로 중간 정도 이상이었다. 이는 지역사회에 거주하는 정신질환자를 대상으로 수행된 연구[11]에서 보고된 3.67점보다는 낮은 수준이었다. 이러한 차이는 선행연구[11]에 포함된 정신질환자의 거주 지역이 수도권이었다는 점과 대학교 이상의 학력자가 36%로 본 연구대상자보다 많았다는 차이에서 비롯된 것으로 사료된다. 정신질환자를 대상으로 건강태도를 확인한 연구가 미비하여 일반인인 노인을 대상으로 수행된 선행연구[25]와 비교해 볼 때, 노인의 건강태도 점수인 3.34점과 유사한 수준이었다. 이러한 결과는 정신질환자도 자신의 건강에 대한 관심과 긍정적인 태도를 갖고 있음을 알 수 있다.

본 연구에서 정신질환자의 자기효능감은 문항평균 3.13점(5점 만점)으로 중간 수준이었다. 이는 정신질환자 대상의 Kim [11]의 연구에서 보고된 3.21점과 유사한 수준이었으나, 다른 만성질환인 HIV 감염인의 3.33점[22], 대사증후군 환자의 3.65점[26]에 비해서는 다소 낮은 수준임을 알 수 있다. 이는 정신질환자가 치료적 과정에서 사회로부터 격리되거나 소외되었다고 인식하는 낙인감으로 자아개념 및 자기효능감이 저하될 가능성이 높기 때문에[27], 정신질환자의 자기효능감을 사정하고, 재활 프로그램이나 의사소통 등의 활동에 참여하는 등의 중재를 통해 자기효능감을 증진시켜야 할 것으로 사료된다.

본 연구에서 정신질환자의 자기효능감, 건강태도 및 건강생활습관과 회복 간의 상관관계를 분석한 결과, 정신질환자의 높은 자기효능감, 높은 건강태도 및 건강생활습관의 높은 정도는 높은 수준의 회복과 양의 상관관계가 있었다. 이러한 결과는 정신질환자의 높은 자기효능감은 회복 수준과 양의 상관관계가 있음을 보고한 연구[13,14]를 지지하는 결과이다. 또한 정신질환자의 건강생활습관과 회복 간의 상관관계를 보고한 선행연구가 없어 직접적인 비교는 어려우나, 이는 조현병 환자가 자신의 전반적인 건강상태에 대한 지각과 건강관리 양상의 정도가 회복과 높은 관련성이 있음을 보고한 선행연구[8]의 결과와 유사한 맥락으로 이해할 수 있다. 정신질환자의 건강태도와 회복 간의 관계를 확인한 선행연구는 아니지만 정신질환자의 건강태도 정도가 높은 경우에 정신질환의 자기관리 정도도 높음을

보고한 연구결과[11]와 자기관리는 회복의 한 요소임을 감안해 볼 때 정신질환자의 건강태도와 인식 정도는 회복 정도와 관련성이 있음을 뒷받침하는 결과라 할 수 있다.

본 연구에서 정신질환자의 자기효능감, 건강태도 및 건강생활습관은 회복에 유의한 영향을 미치는 것으로 확인되었고, 일반적인 특성 중에는 종교가 유의한 영향요인이었다. 이는 건강생활습관의 실천 정도가 높고, 긍정적인 건강태도와 높은 자기효능감을 갖고 있으며, 종교를 갖고 있는 정신질환자인 경우에 회복의 정도가 높다는 것을 의미한다. 이 요인들이 회복을 설명하는 설명력은 총 72%였고, 이 중 건강생활습관이 회복에 미치는 영향이 가장 큰 요인이었다. 이러한 결과를 통해 정신질환자의 건강생활습관의 증진은 이들의 회복을 촉진하는 예측요인이 된다는 것을 알 수 있다. 그러나 아직까지 지역사회에 거주하는 정신질환자를 대상으로 하는 정신보건서비스는 증상완화를 위한 치료와 기능증진을 위한 정신사회재활에 초점을 두고 있어, 신체 건강관리를 포함하는 건강생활습관 증진 프로그램이나 중재는 미비한 실정이다[9]. 정신질환자의 정신과적 문제는 불건강한 생활습관과 밀접한 관련성을 갖고 있으므로 생활습관 개선을 위한 중재와 교육 프로그램을 개발하고 적용하는 것이 필요할 것이다[11].

본 연구에서 정신질환자의 건강태도는 회복에 미치는 유의한 영향요인으로 확인되어 정신질환자가 건강에 대해 관심을 갖고 관리하고자 하는 긍정적인 태도는 이들의 회복 과정에도 영향을 미칠 수 있음을 알 수 있다. 이에 정신질환자가 자신의 건강관리에 관심을 갖고 스스로 신체적 건강을 관리해나갈 수 있도록 건강태도를 향상시키는 내용의 프로그램이 회복지향 중재에 포함되어야 할 것이다.

본 연구에서 자기효능감은 그 영향력은 약하지만 정신질환자의 회복에 영향을 미치는 요인이었다. 선행연구에서는 정신질환자는 발병과 함께 사회적 편견을 자신에게 적용하여 환자로써 자기개념이 손상되어 수동적이고 의존적으로 행동하게 되므로[27], 회복 과정을 촉진하는데 자기효능감의 증진이 필수적이라고 보고하였다[14]. 하지만 본 연구결과에서 자기효능감의 영향력이 낮기 때문에 추후 연구에서 정신질환자의 회복과 관련된 다양한 영향변인들의 경로분석을 통해 영향관계를 확인하는 것도 필요하다고 본다.

마지막으로 일반적 특성 중 종교는 회복에 영향을 미치는 유의한 요인이었으나 영향력은 낮았다. 하지만 선행연구에서 종교와 영성은 정신질환자의 내적인 힘을 강화하고 고유한 삶의 의미를 부여함으로써 회복에 영향을 미치는 것으로 보고되었다[13]. 또한 본 연구에서 정신질환자의 건강생활습관 영역 중



‘영적 성장’ 영역이 상대적으로 높은 수준이었음을 볼 때, 추후 연구에서는 정신질환자의 영성과 종교적 활동이 건강생활습관의 실천에 어떤 영향을 미치는지에 대한 추가적인 탐색도 필요할 것으로 생각된다. 이상의 논의를 종합해 볼 때, 정신질환자의 회복을 증진시키기 위해서는 건강생활습관을 높이고 건강에 대한 태도를 높이며 환자의 정신건강뿐 아니라 신체건강의 통합적 관리를 통해 효과적인 서비스 제공과 올바른 건강에 대한 태도 및 인식을 증진시키기 위한 적극적인 관리와 간호중재가 필요할 것으로 보인다.

본 연구는 현재까지 미비하게 다루어졌던 정신질환자의 회복과 자기효능감, 건강태도 및 건강생활습관과의 관련성을 파악하고, 그 영향관계를 확인한 기초연구라는 데 그 의의가 있다. 본 연구결과는 간호교육 측면에서는 정신질환자를 대상으로 회복을 목적으로 교육 프로그램을 구성할 때 건강생활습관 향상, 건강에 대한 태도 및 자기효능감 증진을 위한 내용을 포함시켜야 하는 근거자료를 제공한다. 간호실무 측면에서는 지역사회에 거주하는 정신질환자의 건강생활습관 중재를 포함하는 회복지향서비스 개발을 위한 기초자료로 활용될 수 있다. 본 연구는 일 지역의 정신건강복지센터 및 정신재활시설의 서비스를 이용하는 정신질환자를 대상으로 임의 표집하여 분석한 연구이므로 본 연구결과를 일반화하는 데 신중을 기해야 한다. 또한 본 연구에서 정신질환자의 회복에 영향을 미치는 요인으로서 자기효능감, 건강태도 및 건강생활습관 등의 변인을 개념적 기틀이 아닌 선행연구결과를 토대로 선정하였다는 제한점이 있다.

본 연구결과를 기반으로 다음과 같이 후속연구를 제언하고자 한다. 첫째, 본 연구에서 확인된 정신질환자의 회복에 영향을 미치는 건강과 관련된 중재가 현재 매우 부족한 실정이다. 따라서 정신질환자의 회복에 영향을 미치는 건강생활습관의 현황 파악을 위해 연구대상자를 확대하여 반복 연구할 것을 제언한다. 둘째, 본 연구에서 확인된 영향 요인들을 중심으로 효율적인 건강생활습관과 회복을 위한 정신간호중재 프로그램을 개발하여 효과를 확인하는 연구를 제언한다.

## 결론

본 연구는 지역사회 거주 정신질환자의 자기효능감, 건강태도, 건강생활습관이 회복에 미치는 영향을 파악하고자 수행되었다. 본 연구결과 정신질환자의 회복에 유의하게 영향을 미치는 요인은 건강생활습관, 건강태도, 자기효능감, 종교 순이었으며, 이 변인들 중 정신질환자의 건강생활습관이 회복에 가장

큰 영향력을 미치는 변인이었다. 본 연구결과를 토대로 지역사회 정신질환자의 회복을 촉진시키기 위해서는 이들의 건강생활습관을 파악하고 향상시키는 데 중점을 둔 중재 프로그램을 개발하여 적용할 필요가 있다. 또한 지역사회에 거주하는 정신질환자의 건강의 중요성을 인식하고 태도를 개선시키고 자기효능감을 증진시키는 서비스 개발이 필요하다.

## CONFLICTS OF INTEREST

The authors declared no conflicts of interest.

## ORCID

Kwak, Yun Bok <https://orcid.org/0000-0003-4386-3466>  
 Kim, Ji Young <https://orcid.org/0000-0003-4375-1384>  
 Lee, Myung Ha <https://orcid.org/0000-0003-3766-9341>

## REFERENCES

1. Lee C. 2017 National mental health status 3rd preliminary report. National mental health statistics pilot study. Seoul: National Center for Mental Health; 2017 December, Report No. 979-11-86322-51-2.
2. Organization for Economic Co-operation and Development. Health care utilisation: hospital average length of stay by diagnostic categories [Internet]. 2017 [cited 2018 July 19]. Available from: <https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30165>
3. Jeon JA, Lee NH, Kim JH. Recent changes in mental health policy in Korea. Health and Welfare Policy Forum. 2017;246:51-63.
4. Davidson L, Schmutte T, Dinzeo T, Andres-Hyman R. Remission and recovery in schizophrenia: practitioner and patient perspectives. Schizophrenia Bulletin. 2008;34(1):5-8. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm122>
5. Kim MY. A study of quality of life based on the recovery among people with mental illness. Mental Health and Social Work. 2011;38:205-236.
6. Whitley R, Drake RE. Recovery: a dimensional approach. Psychiatric Services. 2010;61(12):1248-1250. <https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.12.1248>
7. Gordon SE, Ellis PM, Siegert RJ, Walkey FH. Core dimensions of recovery: a psychometric analysis. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research. 2014;41(4):535-542. <https://doi.org/10.1007/s10488-013-0489-1>
8. Keum R, Kim SA. Perceived functional health patterns and recovery in people with schizophrenia spectrum disorders. Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2012;21(3):238-249. <https://doi.org/10.12934/jkpmhn.2012.21.3.238>
9. Derya KE, Neslihan PG. Determination of physical health sta-

- tus and healthy lifestyle behaviors of individuals with mental illness. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2018;54(3):371-379. <https://doi.org/10.1111/ppc.12261>
10. White J, Gray R, Jones M. The development of the serious mental illness physical health improvement profile. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2009;16(5):493-498. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01375.x>
  11. Kim HR. The effects of the factors influencing the physical health behaviors on people with mental illness based on the theory of triadic influence [dissertation]. [Seoul]: Ewha Womans University; 2016. 142 p.
  12. Torabi MR, Jeng I. Health attitude scale construction: importance of psychometric evidence. *American Journal of Health Behavior*. 2001;25(3):290-298. <https://doi.org/10.5993/AJHB.25.3.17>
  13. Kang SI. A Study on the levels of recovery attitudes and factors affecting the recovery attitude of the chronically mentally ill living in the institutions. *Korean Association of Health and Medical Sociology*. 2011;30:97-129.
  14. Thomas EC, Muralidharan A, Medoff D, Drapalski AL. Self-efficacy as a mediator of the relationship between social support and recovery in serious mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2016;39(4):352-360. <https://doi.org/10.1037/prj0000199>
  15. Zechner MR, Gill KJ. Predictors of physical activity in persons with mental illness: testing a social cognitive model. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2016;39(4):321-327. <https://doi.org/10.1037/prj0000191>
  16. Song GO. Validation of the Korean version of the mental health recovery measure. *Mental Health and Social Work*. 2010;34:154-188.
  17. Oh IS. General self-efficacy: the concept, measurement issues, and implications for HRM. *Korean Counseling Psychological Association*. 2002;15(3):49-72.
  18. Kim JH, Yun SN. Occupational stress of the workers in a electronic manufacturing factory. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*. 2001;12(1):239-246.
  19. Ahn HC, Kim MA. Effects of self-determination on recovery of persons with mental illness living in mental health care facilities: the moderating effect of social support. *Mental Health and Social Work*. 2017;45(4):53-82. <https://doi.org/10.24301/MHSW.2017.12.45.4.53>
  20. Bae EK, An HJ. The influences of recovery on mentally disabled persons' behavior and symptom in the community. *Journal of Social Science*. 2016;42(1):231-251.
  21. Kim DY. A study on the factors affecting the recovery of persons with mental illness [master's thesis]. [Gwangju]: Honam University; 2016. 78 p.
  22. Park YM, Shin GS, Kim JY. Factors influencing health-promoting behaviors in people living with HIV. *Korean Journal of Adult Nursing*. 2014;26(2):234-243. <https://doi.org/10.7475/kjan.2014.26.2.234>
  23. Küçükberber N, Ozdilli K, Yorulmaz H. Evaluation of factors affecting healthy life style behaviors and quality of life in patients with heart disease. *The Anatolian Journal of Cardiology*. 2011;11(7):619-626. <https://doi.org/10.5152/akd.2011.166>
  24. Kumsar AK, Pakyuz SC. Determining the healthy lifestyle behaviors and related factors on women with metabolic syndrome. *Journal of Education and Research in Nursing*. 2015;12(1):19-24. <https://doi.org/10.5222/HEAD.2015.019>
  25. Yun DH. The elders attitude for their health and the mediated effect in social capital related to health-enhancement relationship [dissertation]. [Gwangju]: Chosun University; 2017. 87 p.
  26. Kang JS, Kang HS, Jeong YH. A web-based health promotion program for patients with metabolic syndrome. *Asian Nursing Research*. 2014;8(1):82-89. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2014.03.002>
  27. Kim MG. A study on the effects of empowering social interaction on social behaviors of people with psychiatric disability. *Mental Health and Social Work*. 2009;33:5-35.