

시설 거주 정신질환자의 건강행위 자기효능감 영향요인

오은정¹ · 오영주²

¹원광대학교 간호대학, 부교수 · ²원광대학교 간호대학, 조교수

Factors Influencing Health Behavior Self-Efficacy among Facility Residents with Mental Illness

Eun Jung, Oh¹ · Young Ju, Oh²

¹*Department of Nursing, Wonkwang University, Associate Professor*

²*Department of Nursing, Wonkwang University, Assistant Professor*

Abstract

Purpose : This study aimed to examine the effects of general characteristics, dietary and lifestyle habits, disease-related characteristics, subjective health status, anxiety, and health attitudes on health behavior self-efficacy among facility residents with mental illness. **Methods :** The cross-sectional study included a sample of 188 facility residents with mental illness. Data were collected using a structured questionnaire from February 7 to March 10 2026. Statistical analyses were performed using the IBM SPSS Statistics program (Version 25.0), including descriptive statistics, independent t-test, one-way analysis of variance, Pearson's correlation coefficients, and multiple regression. **Results :** Health behavior self-efficacy was statistically associated with education level ($F = 5.75, p = .001$), diagnosis of gastrointestinal disease ($t = -2.28, p = .024$), physical activity intensity ($F = 12.67, p < .001$), frequency of carbonated drink consumption ($F = 3.24, p = .023$), coffee consumption ($F = 3.53, p = .016$), overeating ($F = 9.09, p < .001$) and snacking ($F = 8.14, p < .001$). In addition, health attitude ($r = .50, p < .001$), subjective health status ($r = .25, p = .001$) and anxiety ($r = -.40, p < .001$) were significantly correlated with health behavior self-efficacy. Multiple linear regression indicated that subjective health status and health attitudes explained 56.4% of the variance in health behavior self-efficacy. **Conclusion :** These findings highlight the need to develop nursing interventions that promote subjective health status and health attitudes to improve health behavior self-efficacy among facility residents with mental illness.

Key words : Mental Disorders, Anxiety, Health Status, Attitude to Health, Self-Efficacy

I. 서론

1. 연구의 필요성

정신질환자는 질병에 대한 자기관리기술의 부족과 낮은 사회경제적 수준으로 인해 건강한 식이 및 신체 활동과 같은 신체건강관리에 취약하다. 또한 질병의 특성, 약물 부작용, 의료서비스 접근성의 제한 등이 복합적으로 작용하여 일반 인구에 비해 신체질환 유병률과 사망률이 높은 것으로 보고되고 있다[1-3]. 실제 정신질환자의 평균 신체질환 진단 개수는 2022년 기준 11.2개로 비정신질환군보다 1.6배 높은 수치를 보였다[4]. 특히 신경증적 질환은 위장관 및 통증 관련 질환과 치매는 골절, 파킨슨병 및 뇌혈관질환과 높은 관련성이 확인되었다[4]. 이에 정신간호사는 건강생활 습관 형성, 신체활동 증진, 건강위험요인 관리, 만성질환 예방 및 관리, 그리고 정신건강서비스와 신체건강 서비스 간 연계 강화를 통해 정신질환자의 신체건강 증진을 지원하는 중요한 역할을 수행해야 한다[2].

정신질환자에게 동반되는 신체질환 중 위장관질환은 신경계 장애와 함께 높은 유병률을 보이는 질환군으로 보고되었으며[5], 기능성 위장질환(Functional Gastrointestinal Disorders, FGID)의 동반 유병률이 높은 것으로 보고되었다. 특히 우울 및 불안과 같은 정신·사회적 요인들이 위장관질환의 발생과 관련이 있음이 확인되었다[6]. 그 이유는 위장관은 정신·심리적 상태에 민감하게 반응하는 기관으로, 우울과 불안과 같은 정서적 변화가 위장관 운동 및 분비 기능에 영향을 미치기 때문이다. 기능성 위장질환 및 과민성장증후군(Irritable Bowel Syndrome, IBS)과 같은 소화기 증상은 정서적 스트레스와 뇌-장 축(brain-gut axis) 상호작용과도 밀접하게 연관되어 있기 때문으로 보고 있다. 정신질환자는 불안과 우울을 주요 증상으로 경험하는 경우가 많아 이러한 정서적 요인이 위장관 기능에 영향을 미치고 신체건강 문제를 악화시킬 수 있다[6]. 따라서 불안은 정신질환자의 신체건강 관리에 중요한 영향을 미치는 심리적 요인으로 고려될 필요가 있다.

선행연구에 따르면 정신요양시설에 거주하는 정신질환자의 불건강한 생활습관은 이들의 회복을 지연시킬 뿐 아니라 신체질환의 잠재적 위험요인으로 작용하는 것으로 보고되었다[1,7]. 정신질환자는 오랜 유병 기간과 반복된 입·퇴원 치료 과정을 거치면서 건강에 대한 인식과 지식이 충분히 형성되지 못한 경우가 많다. 또한 항정신병 약물의 영향으로 포만감 지연, 식욕 증가 및 음식에 대한 갈망이 나타날 수 있으며, 이로 인해 주·야간 간식 섭취와 같은 건강하지 못한 식이 습관이 형성되기 쉽다[1,7]. 이러한 식·생활 습관은 위장관질환을 비롯한 신체질환 발생 위험을 증가시킬 수 있다. 또한 정신질환자는 잔여 정신병적 증상과 기억력 저하 등으로 인해 건강행위를 지속적으로 실천하는 데 어려움을 경험한다. 따라서 건강한 식·생활습관 형성과 긍정적인 건강태도 증진은 생활 습관 개선뿐만 아니라 건강행위 실천을 위해 중요한 요소이다. 특히 정신질환자는 행동적 특성인 무기력과 장기간의 유병 과정에서 반복되는 실패 경험으로 건강관리 행동에 대한 동기가 저하되어 신체활동 수준이 낮은 경향을 보인다. 이에 정신질환자 스스로 건강행위를 실천할 수 있다는 믿음인 건강행위 자기효능감을 향상시키는 것이 중요하다.

건강행위 자기효능감은 개인이 자신의 건강요구를 충족시키기 위해 필요한 행동을 성공적으로 수행할 수 있다고 지각하는 능력으로, 건강행위 실천의 주요 결정요인으로 알려져 있다[8]. 선행연구에서도 정신질환자의 건강행위 자기효능감은 건강태도 및 생활습관과 유의한 관련이 있는 것으로 보고되었다[7]. 따라서 정신질환자의 신체질환 발생 위험을 감소시키고 건강 증진 행동을 강화하기 위해서는 건강행위 자기효능감에 대한 이해와 이를 향상시킬 수 있는 전략 마련이 필요하다.

주관적 건강상태는 개인이 자신의 건강상태를 어떻게 지각하고 평가하는지를 의미하며[9], 이러한 지각은 건강에 대한 관심과 건강 행위 형성에 중요한 영향을 미친다[10]. 특히 정신질환자의 경우 주관적 건강상태에 대한 왜곡된 인식이나 과소·과대평가가 건강행위 수행에 영향을 줄 수 있으므로, 이들의 주관적

건강상태를 정확히 파악하는 것이 선행되어야 한다. 이를 바탕으로 자신의 건강상태에 대한 적절한 인식을 돕고, 필요시 건강상태 변화에 대한 상담과 교육을 제공하는 접근이 요구된다. 또한 정신질환자의 건강태도 변화를 위해서는 현재의 식·생활습관 수준을 체계적으로 평가하고, 이를 기반으로 한 맞춤형 중재가 이루어져야 한다. 건강한 식·생활습관 형성과 더불어 개인이 지각한 건강상태에 대한 상담을 병행함으로써 왜곡된 건강 인식을 교정하고 긍정적인 건강태도를 강화할 수 있다. 나아가 이러한 교육과 상담을 통합한 간호 중재는 정신질환자의 전반적인 건강관리를 향상시키는 데 중요한 전략이 될 수 있다.

건강태도는 건강과 관련된 상황에서 개인이 보이는 인지적·정서적 반응을 의미하며, 건강행동을 유발하게 하는 건강에 대한 긍정적인 태도를 의미한다[8, 10]. 건강태도는 건강증진행위에 직·간접적으로 영향을 미치는 중요한 심리적 요인으로, 긍정적인 건강태도를 형성할수록 건강행위의 실천 가능성이 높아지는 것으로 보고되고 있다[10]. 따라서 건강행위 향상을 위해서는 우선적으로 개인의 건강태도를 긍정적으로 형성하고 강화하는 전략이 선행되어야 한다.

건강신념모델(Health Belief Model, HBM)의 핵심 개념 중 자기효능감은 행동을 취할 수 있는 능력에 대한 확신을 의미한다. 즉 오랜 기간에 걸쳐 고착된 습관, 예를 들어 고지방 음식 섭취, 불충분한 운동 또는 불건강한 생활습관, 흡연 등과 같은 습관을 따르는 문제에 대한 성공적인 변화를 위해서는 그러한 생활방식을 실제로 바꿀 수 있다는 확신이 요구된다[11]. 따라서 정신질환자의 성공적인 건강행동 변화의 능력에 대한 확신을 향상시키기 위해서는 현재의 행동 유형에 의해서 자신이 위험에 처해 있다는 것을 느끼고, 자신이 인식한 장애를 극복하고 필요한 행동을 취할 수 있는 능력이 있다고 느껴야 한다[12, 13]. 건강신념모델에서는 개인이 건강 문제에 대한 민감성, 심각성, 행동의 유익성 및 장애성을 인식할 뿐 아니라, 건강행동을 실천할 수 있다는 자기효능감을 가질 때 행동 변화가 촉진된다고 설명한다[11]. 특히 자기효능감은 건강행동의 시작과 지속을 결정하는 핵심 요인으로서,

규칙적인 운동, 건강한 식습관 유지, 금연과 같은 건강증진행동 수행에 영향을 미친다. 또한 Bandura의 사회인지이론(Social Cognitive Theory)에 따르면 자기효능감은 개인적 요인, 행동적 요인 및 환경적 요인의 상호작용에 의해 형성된다. 개인의 인구사회학적 특성, 건강상태 및 질병 경험, 건강 관련 생활습관, 심리적·인지적 특성은 자기효능감 형성에 영향을 미치는 주요 요인으로 보고되고 있다[13, 14].

선행연구 중 정신질환자의 위장관질환에 영향 미치는 정신·사회적인 요인 등의 연구가 있었으나[15, 16], 시설에 거주하는 정신질환자를 대상으로 이들의 건강요구를 충족시킬 수 있는 관리능력 향상을 중심으로 질환적 특성, 식·생활습관 관련 특성, 임상적 특성 및 심리·인지적 특성을 통합적으로 분석한 간호 연구는 제한적인 실정이다. 따라서 본 연구에서는 일반적 특성, 식·생활습관 특성, 질병 관련 특성 및 심리·인지적 특성을 건강행위 자기효능감의 관련 요인으로 선정하고, 이들 변수가 시설 거주 정신질환자의 건강행위 자기효능감에 미치는 영향을 확인하고자 하였다. 이를 통해 정신질환자의 건강행위 자기효능감과 관련 요인을 규명함으로써 건강한 태도 및 행위 변화를 촉진하기 위한 상담 및 교육 전략의 기초자료를 제공하고자 한다. 또한 본 연구는 정신간호사가 정신질환자의 건강태도 변화를 효과적으로 지원하고, 위장관질환을 포함한 신체질환의 조기 예방을 도모할 수 있는 간호중재 프로그램 개발을 위한 근거자료를 마련하는데 목적이 있다.

2. 연구 목적

본 연구의 목적은 시설에 거주하는 정신질환자의 식·생활습관 관련 특성, 주관적 건강상태, 불안, 건강태도 및 건강행위 자기효능감 수준을 파악하고, 건강행위 자기효능감에 영향을 미치는 요인을 규명하는데 있다. 또한 이를 바탕으로 시설에 거주하는 정신질환자의 신체건강 관리 및 예방에 도움이 되는 긍정적인 건강행위 자기효능감 수준을 증진시킬 수 있는 간호중재 개발을 위한 기초자료를 제공하고자 한다. 구체

적 목적은 다음과 같다.

첫째, 대상자의 일반적 특성 및 식·생활습관 관련 특성을 파악한다.

둘째, 대상자의 일반적 특성 및 식·생활습관 관련 특성에 따른 건강행위 자기효능감 수준의 차이를 파악한다.

셋째, 대상자의 주관적 건강상태, 불안, 건강태도와 건강행위 자기효능감 정도를 파악한다.

넷째, 대상자의 주관적 건강상태, 불안, 건강태도와 건강행위 자기효능감 간의 상관관계를 파악한다.

다섯째, 대상자의 건강행위 자기효능감 수준에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

II. 연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 정신재활시설 또는 정신요양시설에 입소하여 생활하고 있는 정신질환자를 대상으로 식·생활습관 관련 특성 정도를 파악하고, 주관적 건강상태, 불안과 건강태도가 건강행위 자기효능감 수준에 미치는 영향을 분석하기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 연구 대상

본 연구의 연구대상자는 일 지역에 소재한 2개의 정신재활시설과 2개의 정신요양시설에 입소하여 생활하는 정신질환자이다. 연구대상자는 만 19세 이상 70세 미만의 대상으로 기질적 장애, 알코올 중독 또는 지적장애가 없고, 의사소통이 가능하고 설문 문항을 읽고 이해할 수 있는 자로 선정하였다. 또한 연구 참여의 자율성을 보장하기 위하여 연구 참여를 희망한 대상자에 한해 정신의학과 전문의가 병식이 있고, 의사소통이 가능하며, 자기 의사결정 능력이 있어 설문 참여 여부에 대한 자율적 의사를 충분히 표현할 수 있다고 판단한 대상으로 하였다.

본 연구의 표본 크기는 G*Power 3.1.9.2 프로그램을

이용하여 다중회귀분석에 필요한 최소 표본의 크기를 산출하였다. 예측변수 16개, 중간크기의 effect size(f^2)=.15, 유의수준(α)=.05, 검정력($1-\beta$)=.90을 기준으로 산정한 최소 표본 수는 175명이었다. 이에 설문지 회수율을 고려하여 210명을 대상으로 설문조사를 실시하였으며, 이 중 응답이 불충분한 12부를 제외하고 최종적으로 198부를 분석에 사용하였다.

3. 연구 도구

1) 주관적 건강상태

주관적 건강상태는 Speake 등[9]이 개발한 문항을 Hwang[17]이 번안한 도구를 사용하여 측정하였다. 본 도구는 현재 전반적인 건강상태, 1년 전과 비교한 현재 자신의 건강상태, 동일한 연령대의 타인과 비교한 자신의 건강상태에 대한 인식을 묻는 총 3개 문항으로 구성되어 있다. 각 문항은 ‘매우 나쁨’ 1점에서 ‘매우 좋음’ 5점까지의 Likert 5점 척도로 측정하며, 점수가 높을수록 주관적 건강상태가 높음을 의미한다.

도구의 내적 일관성 신뢰도는 Hwang[17]의 연구에서 Cronbach's α =.85였으며, 본 연구에서는 Cronbach's α =.86이었다.

2) 불안 증상

불안증상은 Zigmond와 Snaith[18]가 개발한 병원 불안·우울척도(Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)를 Oh 등[19]이 번역하고 타당화한 한국어판 HADS의 불안 하위척도(HADS-A)를 사용하여 측정하였다. 본 도구는 총 7개 문항으로 구성되어 있으며, 각 문항은 0~3점의 Likert 4점 척도로 측정한다. 총점의 범위는 0~21점이며, 0~7점은 정상, 8~10점은 경증 불안, 11~21점은 중등도 이상의 불안 상태를 의미한다.

도구의 내적 일관성 신뢰도는 Oh 등[19]의 연구에서 불안 하위척도(HADS-A)의 Cronbach's α =.89였으며, 본 연구에서는 Cronbach's α =.78이었다.

3) 건강태도

건강태도는 Torabi 등[20]이 개발한 Health Attitude Scale을 Kim[21]이 정신질환자에게 적합하게 수정·보완한 도구를 사용하여 측정하였다. 본 도구는 총 15개 문항으로 구성되어 있으며, 각 문항은 ‘전혀 그렇지 않다’ 1점에서 ‘매우 그렇다’ 5점까지의 Likert 5점 척도로 측정한다. 하위영역은 건강과 관련된 감정, 질병예방 및 건강한 생활양식에 대한 신념, 그리고 더 건강해지기 위한 행동 의도로 구성되어 있으며, 점수가 높을수록 건강태도가 긍정적임을 의미한다.

도구의 내적 일관성 신뢰도는 Torabi 등[20]이 개발한 Health Attitude Scale의 Cronbach's $\alpha = .88$ 이었으며, 본 연구에서는 Cronbach's $\alpha = .84$ 이었다.

4) 건강행위 자기효능감

건강행위 자기효능감은 Sherer 등[22]이 개발한 자기효능감 척도를 Roh[23]가 정신질환자의 건강관리 자기효능감 측정을 위해 수정·보완한 도구를 사용하여 측정하였다. 본 도구는 총 20개 문항으로 구성되어 있으며, 각 문항은 ‘전혀 자신이 없다’ 1점에서 ‘완전히 자신이 있다’의 Likert 5점 척도로 측정한다. 하위영역으로 식사, 운동, 약 복용 등의 구체적인 건강행위와 일상생활 활동과 관련된 내용으로 구성되어 있으며, 점수가 높을수록 건강행위 자기효능감 수준이 높음을 의미한다.

도구의 내적 일관성 신뢰도는 Roh[23]의 연구에서 Cronbach's $\alpha = .93$ 이었으며, 본 연구에서는 Cronbach's $\alpha = .95$ 이었다.

5) 일반적 특성과 식·생활습관 관련 특성

본 연구 대상자의 일반적 특성은 성별, 연령, 교육수준, 입소기간 등의 인구사회학적 특성과 흡연 여부, 탄산음료 섭취 빈도, 커피 섭취 빈도, 신체활동 강도, 과식 빈도, 간식 및 야식 섭취 빈도 등의 식·생활습관 관련 특성으로 구성하였다.

식·생활습관 관련 특성은 정신재활시설과 정신요양시설에서 근무 중인 정신건강간호사(1급) 2인의 임상경험을 바탕으로 관찰한 대상자의 식·생활습관 관

련 특성과 간호학 교수 3인이 선행연구[7]를 근거로 신체건강 관리와 관련된 총 7개 문항으로 구성하였다. 선정된 식·생활습관 관련 특성 항목은 본 연구 대상자와 유사한 특성을 지닌 15명을 대상으로 항목의 이해도와 표현의 적절성을 확인하였다.

4. 자료수집 및 윤리적 고려

본 연구는 W대학교 생명윤리위원회(Institutional Review Board, IRB)의 심의 및 승인을 받은 후 수행되었다(ABN01-202602-HR-065). 자료수집 기간은 2026년 2월 7일부터 3월 10일까지였다. 자료수집은 연구 시작 전 일 지역 해당 도에 소재한 정신재활시설 및 정신요양시설을 선정한 후, 연구자가 직접 기관장과 정신간호담당자에게 연구의 목적과 방법을 설명하고 연구진행에 대한 사전 승인을 서면으로 받았다. 이후 연구자가 해당 기관을 방문하여 연구대상자에게 연구의 주제, 목적, 절차, 방법, 설문 내용과 작성 소요 시간, 개인정보 보호에 관한 사항이 구체적으로 명시된 연구 설명문을 배부하고 충분히 설명한 후 서면 동의를 받았다. 본 연구에 자발적 참여를 희망한 대상으로 이루어졌으며, 의사소통이 가능하며 자기 의사결정 능력이 있어 설문 여부의 자율성에 대한 의견을 충분히 표현할 수 있다고 판단한 자로 실시하였다.

본 연구는 연구 대상자들에게 어떠한 신체적·심리적 위해도 가하지 않으며, 수집된 자료는 오로지 연구 목적 외에는 사용되지 않음을 설명하였다. 또한 연구 참여 도중이라도 본인이 원할 경우는 언제든지 참여를 철회할 수 있으며, 이로 인한 불이익이나 강제성이 없음을 고지하였다. 설문 과정에서 수집된 모든 정보는 비밀이 보장되며, 작성된 설문지는 익명으로 처리되고 연구자만이 식별할 수 있도록 부호화하여 보관됨을 설명하였다. 연구대상자가 설문 문항이나 작성 방법을 이해하지 못하는 경우 연구자가 추가 설명을 제공하였다. 설문지 작성에는 약 20~30분이 소요되었으며, 작성된 설문지는 정신재활시설 및 정신요양시설 간호담당자와 연구자가 직접 회수하였다. 설문지는 탈락률을 고려하여 210부를 배부하였으며, 설문

지와 동의서는 각각의 별도의 봉투에 담아 배포 및 회수함으로써 대상자의 개인정보가 노출되지 않도록 하였다. 이 중 응답이 불충분한 12부의 설문지를 제외한 198부를 최종 분석에 사용하였다.

5. 자료분석

본 연구에서 수집된 자료는 SPSS Statistics for Windows, Version 25.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA)을 이용하여 분석하였다. 구체적인 방법은 다음과 같다.

- 대상자의 일반적 특성과 식·생활습관 관련 특성은 빈도, 백분율, 평균과 표준편차로 분석하였다.
- 대상자의 일반적 특성과 식·생활습관 관련 특성에 따른 건강행위 자기효능감의 차이는 independent t-test와 one-way ANOVA로 분석하였으며, 사후 검정은 Scheffé test를 실시하였다.
- 대상자의 주관적 건강상태, 불안, 건강태도와 건강행위 자기효능감 정도는 평균과 표준편차, 범위(최소값, 최대값)를 산출하였다.
- 대상자의 주관적 건강상태, 불안, 건강태도와 건강행위 자기효능감 간의 상관관계는 Pearson's correlation coefficients로 분석하였다.
- 대상자의 건강행위 자기효능감에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위하여 Multiple regression analysis를 실시하였다.

Ⅲ. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성 및 식·생활습관 관련 특성

본 연구대상자의 일반적 특성과 식·생활습관 관련 특성은 다음과 같다(Table 1). 일반적 특성을 살펴보면, 성별에서는 남자가 64.9%로 절반 이상을 차지하였다. 연령대는 50대가 87명(46.3%)으로 가장 높은 비율을 보였으며, 평균 연령은 51.87(± 10.27)세였다. 교육 수준은 초등학교 이하가 74명(39.4%)으로 가장 많았고, 다음으로 고등학교 졸업자 58명(30.9%), 중학교

졸업자 36명(19.1%), 대학교 졸업 이상자 20명(10.6%) 순이었다. 시설 입소 기간은 11~20년이 59명(31.4%)으로 가장 많았으며, 평균 시설 입소 기간은 16.25(± 10.33)년이었다.

식·생활습관 관련 특성을 살펴보면, 흡연 여부에서는 비흡연자가 113명(60.1%)으로 과반수 이상이 흡연을 하지 않는 것으로 나타났다. 탄산음료 섭취 빈도는 '주 1~2회'가 58명(30.9%)으로 가장 많았고, '주 3~4회' 49명(26%), '거의 마시지 않는다' 47명(25%), '주 5일 이상' 34명(18.1%) 순이었다. 커피 섭취 빈도는 '주 5일 이상 마신다'가 102명(54.3%)으로 가장 높은 비율을 보였으며, '거의 마시지 않는다'가 27명(14.4%)으로 가장 낮은 비율을 나타냈다. 신체활동 강도는 80명(42.6%)이 신체활동을 거의 하지 않는 것으로 나타나 가장 높은 비율을 차지하였다. 다음으로 '가끔 보통 수준의 신체활동을 하나 매주 규칙적으로 시행하지 않는다'가 53명(28.2%), '주 5일 이상 가볍게 운동한다'가 33명(17.6%) 순이었다. 또한 '하루 30분 이하로 주 5일 이하 실시'와 '하루 30분 이상 주 5일 정도 실시'는 각각 11명(5.9%)으로 낮은 비율을 보였다. 과식 빈도는 '거의 과식하지 않는다'가 86명(45.7%)으로 가장 높은 비율을 보였다. 다음으로 '주 3~4일 과식한다' 38명(20.2%), '주 1~2일 과식한다' 37명(19.7%), '주 5일 이상 과식한다' 27명(14.4%) 순으로 나타났다. 한편, '과식을 한다'고 응답한 대상자는 총 102명(54.3%)으로, 절반 이상의 대상자가 과식을 하는 것으로 나타났다. 간식 빈도는 '주 3일 이상 섭취한다'가 76명(40.4%)으로 가장 높은 비율을 보였으며, '주 1~2일 섭취한다' 39명(20.7%), '하루 1~2회 섭취한다' 35명(18.6%), '하루 3회 이상 섭취한다' 8명(4.3%) 순으로 나타났다. 간식을 섭취한다고 응답한 대상자는 총 158명(84.0%)으로, 대부분의 대상자가 간식을 섭취하는 것으로 나타났다. 야식 빈도는 '야식을 섭취하지 않는다'가 128명(68.1%)으로 가장 높은 비율을 보여 과반수 이상의 대상자가 야식을 섭취하지 않는 것으로 나타났다. 위장관질환 진단 경험 여부에서는 진단받지 않은 대상자가 100명(53.2%)으로, 진단받은 경험이 있는 대상자 88명(46.8%)보다 더 많은 것으로 나타났다.

Table 1. General Characteristics and Lifestyle of Participants

(N = 198)

Variable	Categories	n	% or M±SD
Gender	Male	122	64.9
	Female	66	35.1
Age(year)			51.87±10.27
	≤39	22	11.7
	40~49	44	23.4
	50~59	87	46.3
	≥60	35	18.6
Education level	≤Elementary school	74	39.4
	Middle school	36	19.1
	High school	58	30.9
	≥College	20	10.6
Duration of institutionalization (year)			16.25±10.33
	≤10	45	23.9
	11~20	59	31.4
	21~30	44	23.4
	≥31	40	21.3
Smoking	Yes	75	39.9
	No	113	60.1
Carbonated drinks (times per week)	≥5	34	18.1
	3~4	49	26
	1~2	58	30.9
	Almost never	47	25
Coffee intake (times per week)	≥5	102	54.3
	3~4	33	17.6
	1~2	26	13.8
	Almost never	27	14.4
Physical activity intensity	Never	80	42.6
	Light activity or moderate activity(do not every week)	53	28.2
	Light activity every week	33	17.6
	Moderate activity (less than 30 minutes and less than 5 days a week)	11	5.9
	Moderate activity (more than 30 minutes and more than 5 days a week)	11	5.9
Overeating (per week)	≥5 days	27	14.4
	3~4 days	38	20.2
	1~2 days	37	19.7
	I seldom overeat	86	45.7
Snack consumption	≥3 times per day	8	4.3
	1~2 times per day	35	18.6
	≥3 days per week	76	40.4
	1~2 day per week	39	20.7
	I do not have snacks	30	16
Late-night snack	≥3 times per day	8	4.3
	1~2 times per day	19	10.1
	≥3 days per week	8	4.3
	1~2 day per week	25	13.3
	I do not eat late night meals	128	68.1
Diagnosis of gastrointestinal disease	Yes	88	46.8
	No	100	53.2

Table 2. Difference of Health Behavior Self-Efficacy according to General Characteristics and Lifestyle

(N=198)

Variable	Categories	Health behavior self-efficacy			Scheffé
		M±SD	t or F(p)		
Gender	Male	2.75±0.84	-0.39	.696	
	Female	2.80±0.95			
Age (year)	<39	2.59±0.88	0.45	.715	
	40~49	2.86±0.89			
	50~59	2.78±0.85			
	≥60	2.75±0.94			
Education level	≤Elementary school ^a	2.46±0.70	5.75	.001	a<c
	Middle school ^b	2.82±1.05			
	High school ^c	3.04±0.85			
	≥College ^d	3.00±0.90			
Duration of institutionlization (year)	≤10	2.98±0.87	2.02	.113	
	11~20	2.57±0.81			
	21~30	2.84±0.90			
	≥31	2.76±0.92			
Smoking	Yes	2.76±0.91	0.01	.991	
	No	2.77±0.86			
Carbonated drinks (times per week)	≥5 ^a	2.48±0.84	3.24	.023	a<c
	3~4 ^b	2.64±0.95			
	1~2 ^c	3.01±0.89			
	Almost never ^d	2.82±0.73			
Coffee intake (times per week)	≥5 ^a	2.58±0.87	3.53	.016	
	3~4 ^b	3.02±0.81			
	1~2 ^c	2.92±0.85			
	Almost never ^d	3.01±0.88			
Physical activity intensity	Never ^a	2.37±0.69	12.67	<.001	a<c,d,e
	Light activity or moderate activity(do not every week) ^b	2.77±0.78			
	Light activity every week ^c	3.31±0.83			
	Moderate activity (less than 30 minutes and less than 5 days a week) ^d	3.28±0.84			
	Moderate activity(more than 30 minutes and more than 5 days a week) ^e	3.51±1.19			
Overeating (per week)	≥5 days ^a	2.41±0.82	9.09	<.001	a,b<d, b<c
	3~4 days ^b	2.28±0.72			
	1~2 days ^c	2.99±0.81			
	I seldom overeat ^d	2.99±0.88			
Snack consumption	≥3 times/day ^a	3.20±0.84	8.14	<.001	c<b,d
	1~2 times/day ^b	3.15±0.85			
	3~6 days/week ^c	2.39±0.86			
	1~2 days/week ^d	3.10±0.84			
	I do not have snacks ^e	2.72±0.60			
Late-night snacking	≥3 times/day ^a	2.98±0.87	1.31	.268	
	1~2 times/day ^b	2.96±1.07			
	≥3 days/week ^c	3.21±0.72			
	1~2 days/week ^d	2.53±0.67			
	I do not have snacks ^e	2.74±0.88			
Diagnosis of gastrointestinal disease	Yes	2.61±0.94	-2.28	.024	
	No	2.90±0.80			

Table 3. Levels of Subjective Health Status, Anxiety, Health Attitude and Health Behavior Self-Efficacy (N=198)

Variable	M±SD	S±SD	Range(Min~Max)
Subjective health status	3.28±0.75	9.85±2.25	1~5(3~15)
Anxiety	1.10±0.65	7.64±4.53	0~3(0~21)
Health attitude	3.26±0.43	48.93±6.42	2.1~4.4(31~66)
Health behavior self-efficacy	2.77±0.88	55.38±17.57	1~5(20~99)

M±SD : Mean ± Standard Deviation; S±SD : Score ± Standard Deviation; Min~Max : Minimum~Maximum

Table 4. Correlation among Subjective Health Status, Anxiety, Health Attitude and Health Behavior Self-Efficacy (N=198)

Variable	r(p)			
	1	2	3	4
1. Subjective health status	1			
2. Anxiety	-.27(<.001)	1		
3. Health attitude	.14(.065)	-.27(<.001)	1	
4. Health behavior self-efficacy	.25(.001)	-.40(<.001)	.50(<.001)	1

2. 대상자의 일반적 특성 및 식·생활습관 관련 특성에 따른 건강행위 자기효능감 차이

대상자의 일반적 특성 및 식·생활습관 관련 특성에 따른 건강행위 자기효능감의 차이는 Table 2와 같다. 일반적 특성에 따른 건강행위 자기효능감은 교육 수준($F=5.75$, $p=.001$)에 따라 유의한 차이를 보였다. 사후검정 결과, 무학 및 초등졸업자는 고등학교 졸업자보다 건강행위 자기효능감이 유의미하게 낮은 것으로 나타났다.

식·생활습관 관련 특성에 따른 건강행위 자기효능감의 차이에서는 신체활동 강도($F=12.67$, $p<.001$), 탄산음료 섭취 빈도($F=3.24$, $p=.023$), 커피 섭취 빈도($F=3.53$, $p=.016$), 과식 빈도($F=9.09$, $p<.001$), 간식 섭취 빈도($F=8.14$, $p<.001$)에 따라 유의한 차이가 나타났다. 사후 검정 결과, 매주 가볍게 운동하거나 하루 30분 이하 또는 30분 이상 신체운동을 수행하는 대상자는 신체활동을 거의 하지 않는 대상자보다 건강행위 자기효능감이 유의하게 높았다. 또한 매주 5회 이상 탄산음료를 섭취하는 대상자는 주 1~2회 섭취하는 대상자보다 건강행위 자기효능감이 유의하게 낮았다. 과식을 거의 하지 않는 대상자는 주 5일 이상 과식

또는 주 3회 이상 과식하는 대상자보다 건강행위 자기효능감이 유의하게 높았다. 주 3~6회 간식을 섭취하는 대상자는 하루 1~2회 또는 주 1~2회 섭취하는 대상자에 비해 건강행위 자기효능감이 유의하게 낮았다. 또한 위장관질환 진단 경험 여부에 따라라도 건강행위 자기효능감은 유의한 차이를 보였으며($t=-2.28$, $p=.024$), 위장관질환을 진단받지 않은 대상자가 진단 받은 대상자보다 건강행위 자기효능감이 높게 나타났다.

3. 대상자의 주관적 건강상태, 불안, 건강태도 및 건강행위 자기효능감 정도

주관적 건강상태의 평균(총점)은 5점(15점) 만점에 3.28 ± 0.75 점(9.85 ± 2.25 점), 불안 평균(총점)은 3점(21점) 만점에 1.10 ± 0.65 점(7.64 ± 4.53 점)이었다. 건강태도의 평균(총점) 5점(75점)만점에 3.26 ± 0.43 점(48.93 ± 6.42 점), 건강행위 자기효능감의 평균(총점)은 5점(100점) 만점에 2.77 ± 0.88 점(55.38 ± 17.57 점), 이었다(Table 3).

4. 주관적 건강상태, 불안, 건강태도 및 건강행위 자기효능감 간의 상관관계

대상자의 주관적 건강상태, 불안, 건강태도 및 건강행위 자기효능감 간의 상관관계를 분석한 결과, 건강행위 자기효능감은 주관적 건강상태($r=.25, p=.001$), 건강태도($r=.50, p<.001$)와 유의한 양의 상관관계를 보였으며, 불안($r=-.40, p<.001$)과는 유의한 음의 상관관계를 나타냈다(Table 4).

5. 대상자의 건강행위 자기효능감 수준에 영향을 미치는 요인

대상자의 건강행위 자기효능감에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위하여 다중회귀분석(multiple regression analysis)을 실시하였다(Table 5). 회귀분석의 가정을 검증하기 위하여 자기상관(autocorrelation)과 다중공선성(multicollinearity)을 확인하였다.

Durbin-Watson 통계량은 1.775로 2에 근접하여 잔차

Table 5. Influencing Factors of Health Behavior Self-Efficacy

(N=198)

Variable	B	SE	β	t	p
(Constant)	-0.67	1.07		-0.63	.537
Education level ^{1†}	-0.16	0.23	-.09	-0.70	.489
Education level ^{3†}	-0.58	0.33	-.23	-1.75	.092
Diagnosis of gastrointestinal disease ^{1†}	0.21	0.22	.11	0.98	.335
Carbonated drinks ^{1†}	0.36	0.31	.15	1.14	.265
Carbonated drinks ^{2†}	0.16	0.23	.09	0.70	.492
Coffee intake ^{2†}	-0.41	0.29	-.21	-1.44	.163
Coffee intake ^{3†}	-0.20	0.29	-.11	-0.69	.495
Physical activity intensity ^{2†}	0.43	0.29	.21	1.50	.145
Physical activity intensity ^{3†}	0.08	0.43	.02	0.19	.851
Physical activity intensity ^{4†}	0.20	0.32	.08	0.61	.549
Overeating ^{1†}	-0.47	0.36	-.19	-1.31	.201
Overeating ^{2†}	-0.50	0.30	-.21	-1.67	.107
Snack consumption ^{2†}	-0.34	0.37	-.15	-0.93	.359
Snack consumption ^{3†}	0.41	0.31	.19	1.32	.198
Snack consumption ^{4†}	-0.23	0.28	-.11	-0.81	.426
Subjective health status	0.33	0.13	.33	2.52	.018
Anxiety	-0.32	0.22	-.18	-1.42	.166
Health attitude	0.93	0.23	.49	4.05	<.001

F(p)

4.23(<.001)

R²

.738

Adjusted R²

.564

Durbin-Watson

1.775

Education level^{1†}=Middle school, Education level^{3†}≥College; Diagnosis of gastrointestinal disease^{1†}=(Yes); Carbonated drinks^{1†}=3-4times per week, Carbonated drinks^{2†}=1-2times per week; Coffee intake^{2†}=1-2times per week, Coffee intake^{3†}= Almost never; Physical activity intensity^{2†}=Light Activity Every Week, Physical activity intensity^{3†}=less than 30 minutes and less than 5 days a week, Physical activity intensity^{4†}=more than 30 minutes and more than 5 days a week; Overeating^{1†}= 3-4 days per week, Overeating^{2†}=1-2 days per week; Snack consumption^{2†}=3-6 days/week, Snack consumption^{3†}=1-2 days/week, Snack consumption^{4†}=I do not have snacks. SE=Standard Error

간 자기상관이 없는 것으로 나타나 독립성 가정을 충족하였다. 또한 잔차 산점도(residual scatter plot)를 검토한 결과, 특정한 패턴이 관찰되지 않아 오차의 선형성(linearity)과 등분산성(homoscedasticity) 가정이 충족되는 것으로 확인되었다.

공차한계(tolerance)는 .53~.76의 범위로 나타나 기준치인 0.1 이상이었으며, 분산팽창인자(Variance Inflation Factor, VIF)는 모두 1.32~2.70으로 10.0을 초과하는 변수가 없어 독립변수 간 다중공선성(multicollinearity)의 문제가 없는 것으로 확인되었다.

회귀분석에서는 대상자의 일반적 특성 및 식·생활습관 관련 특성 중 건강행위 자기효능감에 유의한 차이를 보인 교육수준, 위장관질환 진단 여부, 탄산음료 섭취 정도, 커피 섭취 정도, 신체활동 정도, 과식 및 간식 횟수를 가변수(dummy variable)로 변환하여 투입하였다. 또한 주관적 건강상태, 불안, 건강태도를 독립변수로 회귀모형에 포함하였다.

분석 결과, 시설 거주 정신질환자의 건강행위 자기효능감에 영향을 미치는 요인은 주관적 건강상태와 건강태도로 나타났다(Table 5).

건강태도($\beta = .49, p < .001$)가 가장 큰 영향요인으로 확인되었으며, 주관적 건강상태($\beta = .33, p = .018$)가 그 다음으로 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 회귀모형의 설명력은 56.4%였으며($F = 4.23, p < .001$), 통계적으로 유의하였다.

IV. 논의

본 연구는 시설 거주 정신질환자를 대상으로 주관적 건강상태, 불안, 건강태도와 건강행위 자기효능감 수준을 파악하고, 건강행위 자기효능감에 영향을 미치는 예측요인을 분석하기 위하여 수행되었다. 연구 결과를 요약하고 논의하면 다음과 같다.

본 연구에서 일반적 특성에 따른 건강행위 자기효능감의 차이를 분석한 결과, 초등학교 이하가 고등학교 졸업자보다 건강행위 자기효능감이 유의미하게 낮은 것으로 나타났다. 이러한 결과는 조현병 노인을 대

상으로 한 연구에서 건강 문해력이 건강행위 자기효능감과 신체기능 수행에 유의미한 영향요인으로 확인된 Liao와 Wang[24]의 연구와 교육수준이 높을수록 건강증진 생활양식 수준이 높다고 보고한 Fan 등[25]의 연구 결과와 맥락을 같이한다. 이에 저학력 정신질환자는 건강행위 실천 기반이 상대적으로 취약할 가능성이 있으므로 이들을 대상으로 식생활양식 개선 전략을 우선적으로 고려할 필요가 있다.

또한 질병적 특성인 위장관질환을 진단받은 정신질환자는 진단받지 않은 대상자에 비해 건강행위 자기효능감 수준이 유의하게 낮은 결과를 보였다. 이는 위장관질환은 복통, 소화불량 등 지속적인 신체적 불편감을 동반하여 일상생활 수행능력과 건강관리 실천에 대한 자신감을 저하시킬 가능성이 있으며, 그 결과 건강행위 자기효능감 감소로 이어졌을 것으로 사료된다.

신체활동 정도에 따른 건강행위 자기효능감의 차이를 분석한 결과, 신체활동을 거의 하지 않는 대상자는 매주 가벼운 신체활동을 하거나, 보통 강도의 신체활동을 주 5일 이하로 1회 30분 이하 또는 매주 5일 정도 1회 30분 이상 신체활동을 하는 대상자보다 건강행위 자기효능감이 유의미하게 낮은 것으로 나타났다. 커피 섭취는 매주 5일 이상 마시는 대상자가 과반수 이상인 102명(54.3%)이었으며, 건강행위 자기효능감과 유의미한 차이를 보였다. 이러한 결과는 성인을 대상으로 한 체계적 문헌고찰 및 메타분석에서 운동중재가 지각된 자기효능감을 유의하게 향상시킨다고 보고한 Ghayou Baghbani 등[26]의 연구를 뒷받침하는 연구 결과이다. 한편, 지역사회 거주 정신질환자를 대상으로 한 Kwak 등[7]의 연구에서 건강생활습관 요인 중 신체활동 정도가 가장 낮은 수준을 보고된 바 있다. 이는 지역사회 내 시설 거주 정신질환자의 신체활동 증진을 위한 간호중재의 필요성을 시사하고 있다. 그러나 정신보건서비스는 주로 정신증상 완화와 정신사회재활에 초점을 두고 있어 신체건강관리에 대한 체계적인 간호중재는 상대적으로 미비한 실정이다. 또한 신체활동은 음성증상 및 전반적인 정신병리 등에도 긍정적인 영향을 미치는 것으로 보고되고 있어 [8] 정신질환자의 건강증진 전략 수립 시 신체활동 증

진을 포함한 간호 중재는 건강행위 자기효능감을 강화하는 중요한 접근이 될 수 있을 것으로 사료된다.

본 연구 대상자의 탄산음료 섭취, 과식 및 간식 섭취 빈도와 같은 식습관 특성에 따라 건강행위 자기효능감은 유의미한 차이를 보였다. 탄산음료 섭취를 매주 5번 이상 마시는 대상자는 주 1~2회 섭취하는 대상자에 비해 건강행위 자기효능감이 낮았으며, 과식을 거의 하지 않는 대상자는 주 5일 이상 과식하는 대상자 또는 주 3~4회 과식하는 대상자보다 건강행위 자기효능감이 높았다. 또한 간식 섭취 빈도가 주 3~6회 섭취하는 대상자는 하루 1~2회 또는 주 1~2일 섭취하는 대상자에 비해 건강행위 자기효능감이 낮은 결과를 보였다. 이러한 결과는 연구 대상자가 동일하지 않아 직접적 비교에는 한계가 있으나, 간호대학생을 대상으로 식습관과 건강행위 자기효능감 간 관계를 분석한 결과 식습관이 건강관리 자기효능감 및 건강행위와 유의한 관계를 보고한 Park 등[27]의 연구와 맥락을 같이한다. 이는 식습관 관련 특성이 개인의 건강 자기관리 역량 및 실행에 대한 신념과 밀접히 연결되어 있음을 시사한다. 한편, 정신질환자의 경우 항정신병약물로 인한 식욕 증가 및 식욕 조절이 어려워 과식을 하게 되는 경우가 많다. 또한 정신재활시설이나 정신요양시설에서 시행되는 자율배식 형태는 섭취량 조절의 어려움을 초래할 수 있으며, 간식 역시 자율적으로 구매·섭취하는 구조가 형성되어 있어 잦은 탄산음료 섭취 및 과식으로 이어질 가능성이 있다. 따라서 이러한 약물 및 시설 환경적 요인이 건강하지 못한 식습관 형성에 영향을 미쳤을 것으로 사료된다. 따라서 건강행위 자기효능감 향상을 위한 중재 전략 수립 시 식습관에 대한 관리가 중요하게 고려되어야 할 것이다.

본 연구에서 대상자의 주관적 건강상태는 평균 3.28점으로 나타났다. 정신질환자를 대상으로 주관적 건강상태를 보고한 국내 연구가 제한적이어서 직접적인 비교에는 어려움이 있으나, 일반 성인을 대상으로 한 Park과 Lee[10]의 연구에서 보고된 3.24점과 유사한 수준이었다. 이는 정신질환자 또한 자신의 건강상태를 일반 성인과 비슷한 수준으로 인식하고 있음을 알 수

있었다. 정신질환자의 건강상태에 대한 자기평가가 일반 성인과 유사한 수준이라는 본 연구 결과를 고려할 때, 건강에 대한 긍정적인 인식과 태도 형성을 위한 효과적인 간호중재 전략과 신체건강관리 교육을 통해 이들의 건강에 대한 관심도와 건강태도를 긍정적으로 변화시킬 수 있을 것으로 사료된다.

본 연구 대상자의 불안 총점은 7.64점으로 나타났으며, 건강행위 자기효능감과 음의 상관관계를 보였다. 이는 불안 수준이 높을수록 건강관리에 대한 자신감이 낮아질 수 있음을 시사한다. 불안은 정신질환자의 증상 악화, 치료 순응도 저하, 건강행위 수행 감소와 밀접하게 관련되는 중요한 정서적 요인으로 알려져 있으며, 최근에는 위장관질환의 발생과 증상 악화에 미치는 주요 심리적 요인으로도 보고되고 있다[6]. 기능성 위장관질환(FGID)는 내과적인 접근만으로는 설명하기 어려우며, 신체적·정신적·사회적 요인이 상호작용하는 질환으로 알려져 있다. 이에 따라 최근에는 모든 질병 과정이 생물학적, 심리적, 사회적 요인의 상호작용에 의해 영향을 받는다는 생물·정신·사회적(biopsychosocial) 접근을 기반으로 한 통합적 관리의 중요성이 강조되고 있다. 특히 정신질환자의 경우 불안과 우울과 같은 정서적 요인뿐 아니라 스트레스 및 외상 경험과 같은 심리·행동적 요인이 위장관 증상과 밀접하게 관련되는 것으로 보고되고 있어[28] 정신질환자의 건강행위 자기효능감 증진을 위한 중재를 개발할 때 불안과 같은 정서적 요인을 함께 고려할 필요가 있다. Smolarczyk-Kosowska 등[29]은 정신건강지원센터를 이용하는 조현병 및 정동장애 환자를 대상으로 한 연구에서 신체훈련, 인지훈련 및 사회치료를 포함한 정신재활 프로그램이 불안 증상을 감소시키고 삶의 질을 향상시키는 데 효과적이라고 보고하였다. 이는 정신질환자의 불안 관리가 증상 완화뿐만 아니라 전반적인 기능 회복과 삶의 질 향상에 중요한 요소를 시사한다. 따라서 정신간호사는 대상자의 불안과 같은 부정적 정서를 조기에 사정하고 적절히 관리할 필요가 있다. 또한 심호흡, 점진적 근육이완요법, 명상 등의 이완기법을 활용한 신체훈련과 건강생활습관 증진 프로그램을 제공함으로써 불안 감소와 건강

행위 실천을 지원할 수 있을 것이다. 나아가 정신건강 서비스와 신체건강서비스의 연계를 강화하여 위장관 증상을 비롯한 신체질환을 조기에 발견하고 적절한 치료를 받을 수 있도록 지원하는 통합적 접근이 요구된다.

본 연구 대상자의 건강태도는 평균 3.26점으로 나타나 자신의 건강태도를 중간 이상 수준으로 인식하고 있는 것으로 확인되었다. 이는 지역사회 정신질환자를 대상으로 한 Kwak 등[7]의 연구에서 보고된 3.48점보다 낮은 수준이었다. 두 연구는 대상자의 진단 특성 및 거주 형태에 차이가 있어 직접적인 비교에는 제한이 있으나, 본 연구 대상자는 정신재활 및 요양시설에 장기간 거주하는 정신질환자로 구성되어 있어 지역사회 거주자에 비해 건강관리와 관련된 자율적 의사결정 및 건강행동 실천 경험이 제한되었을 가능성이 있다. 한편 일반 성인을 대상으로 한 Park과 Lee[10]의 연구에서는 평균 3.81점으로 본 연구 결과보다 높은 수준을 보였다. 이는 정신질환자가 일반 성인에 비해 건강에 대한 관심이나 건강관리 태도가 상대적으로 낮을 수 있음을 시사한다. 그럼에도 본 연구의 건강태도 점수는 평균 3.26점으로, 척도의 중간점인 3점의 중간값을 상회하여 보통 이상의 수준을 나타내는 것으로 해석할 수 있다. Park과 Lee[10] 연구에 따르면 건강에 대한 태도가 긍정적일수록 건강에 대한 관심과 동기가 향상되고, 이는 건강증진행위 실천으로 이어질 가능성이 높다고 보고하였다. 따라서 정신질환자를 대상으로 건강태도를 더욱 강화할 수 있는 체계적 간호중재를 개발·적용할 필요가 있으며, 특히 건강행위 자기효능감 증진 전략과 연계한 건강관리 프로그램이 효과적일 것으로 사료된다.

본 연구 대상자의 건강행위 자기효능감은 2.77점으로 중간 정도의 수준을 보였다. 측정 도구가 본 연구 도구와 달라 직접적인 비교에는 제한이 있으나, 이는 지역사회 정신건강복지센터 및 시설 서비스를 이용하는 정신질환자를 대상으로 한 Kwak 등[7]의 연구에서 보고된 3.13점보다 다소 낮은 수준을 보였다. 이러한 차이는 본 연구 대상자가 시설에 입소하여 생활하는 만성정신질환이라는 특성과 관련이 있을 것으로 사료

된다. 즉, 정신질환자가 경험하는 사회적인 낙인감[7]과 더불어 장기간의 시설 입소 생활로 인한 지역사회와의 격리 및 사회적 단절이 자신의 능력에 대한 신뢰를 약화시키고 자기효능감 저하로 이어졌을 것으로 사료된다. 건강행위 자기효능감은 올바른 행동을 지속시킬 뿐만 아니라 노력 정도를 증가시켜 효과적인 자기관리와 건강상태를 유지하게 하므로[8] 효과적인 건강행위 자기효능감 증진을 위한 간호전략을 강화해야 할 것이다. 간호전략에서는 단순한 건강정보 제공을 넘어 개별 건강상담을 통한 신체·정신건강 행위에 대한 맞춤형 목표 설정과 사회적 지지 강화 등 건강행위 자기효능감을 체계적으로 향상시킬 수 있는 전략을 포함할 필요가 있다. 특히 시설 거주 대상자의 특성을 고려한 지역사회 연계 프로그램 및 사회참여 확대 전략이 병행되어야 할 것이다.

본 연구에서 대상자의 주관적 건강상태, 불안, 건강태도 및 건강행위 자기효능감 간의 상관관계를 분석한 결과, 정신질환자의 건강행위 자기효능감은 주관적 건강상태 및 건강태도와 양의 상관관계를 보였으며, 불안과는 음의 상관관계를 나타냈다. 자신의 건강상태를 긍정적으로 인식하고 건강에 대해 호의적인 태도를 지닐수록 건강행위를 수행할 수 있다는 자기감이 높아지는 반면, 불안 수준이 높을수록 건강행위 자기효능감은 저하될 수 있음을 시사한다. 정신질환자를 대상으로 주관적 건강상태와 건강행위 자기효능감 간의 관계를 직접적으로 보고한 연구는 제한적이어서 비교에는 어려움이 있으나, 일반 성인을 대상으로 한 Park과 Lee[10]의 연구에서 주관적 건강상태가 건강증진행위와 관련성이 있음을 보고한 결과와 유사한 맥락에서 이해할 수 있다. 또한 본 연구에서 건강행위 자기효능감과 건강태도 간의 유의한 양의 상관관계는 지역사회 거주 정신질환자를 대상으로 건강행위 자기효능감과 건강태도 간의 정적 상관을 보고한 Kwak 등[7]의 연구 결과를 뒷받침하는 결과이다. 따라서 정신질환자의 건강행위 자기효능감을 향상시키기 위해서는 주관적 건강상태와 건강태도를 긍정적으로 강화하는 중재가 필요하며, 동시에 불안을 완화할 수 있는 정서적 지지 및 대처 전략을 포함한 간호 전

략이 요구된다.

본 연구에서는 건강행위 자기효능감에 영향을 미치는 요인으로 건강태도와 주관적 건강상태가 확인되었으며, 특히 건강태도가 가장 큰 영향요인으로 나타났다. 이는 정신질환자의 건강에 대한 긍정적인 지각과 인식은 건강위해행동을 감소시키고, 건강관리에 대한 관심과 참여를 증진시키는 것으로 보고한 선행연구[7]를 뒷받침하는 결과이다. 또한 건강태도는 치료 순응, 만성질환 자기관리 및 회복 과정과 밀접하게 관련되는 것으로 알려져 있으며[30], 건강에 대한 긍정적인 태도는 건강생활습관 실천과도 관련이 있는 것으로 보고되고 있다[9]. 이러한 결과는 정신질환자의 건강행위 자기효능감 증진을 위해 건강 관련 지식 제공뿐만 아니라 건강에 대한 긍정적인 인식과 태도를 형성할 수 있는 동기적 접근이 함께 고려되어야 함을 시사한다. 따라서 정신질환자의 건강행위 자기효능감 증진을 위해서는 주관적 건강상태에 대한 긍정적 인식을 강화하고 건강에 대한 긍정적 태도를 형성할 수 있는 건강교육 및 건강증진 프로그램을 개발·적용할 필요가 있다. 또한 건강행위 자기효능감은 자신의 건강상태에 대한 인식과 건강에 대한 가치 인식 및 태도와 같은 인지적·동기적 요인의 영향을 받을 수 있음을 보여준다. 따라서 정신질환자의 건강행위 자기효능감 증진을 위해서는 주관적 건강상태에 대한 긍정적 인식을 강화하고, 건강에 대한 긍정적 태도를 형성할 수 있는 건강교육 및 건강행위 자기효능감 증진 중재 전략을 개발·적용하는 것이 효과적일 것으로 생각된다.

본 연구는 지금까지 잘 다루지 않았던 정신재활시설 및 정신요양시설 거주 정신질환자를 대상으로, 신체건강관리를 위한 식·생활습관 관련 특성, 질병적 특성 및 심리·인지적 특성이 건강행위 자기효능감에 미치는 영향을 종합적으로 분석한 기초연구라는 점에서 의의가 있다. 특히 건강태도와 주관적 건강상태의 중요성을 확인함으로써 정신증상 중심의 관리에서 벗어나 신체건강과 건강행동을 함께 고려하는 통합적 정신건강간호의 방향성을 제시하였다는 점에서 의의가 있다. 이는 정신증상 중심의 관리에서 벗어나 신체건강을 함께 고려하는 통합적 정신건강 간호 실천의

방향성을 제시하는 데 기여할 수 있을 것으로 기대된다.

본 연구의 제한점은 첫째, 일개 지역의 정신재활시설 및 정신요양시설 입소 정신질환자를 대상으로 수행된 시설중심 연구로 연구 결과를 지역사회 거주자를 포함한 전체 정신질환자에게 일반화하는 데 제한이 있다. 둘째, 본 연구에서 건강태도는 건강행위 자기효능감의 가장 강력한 영향요인으로 확인되었다. 건강태도는 건강행위에 대한 가치와 중요성에 대한 평가적 신념을 의미하는 반면, 건강행위 자기효능감은 건강행위를 수행할 수 있다는 능력에 대한 신념을 의미한다는 점에서 개념적으로 구분된다. 그럼에도 불구하고 건강태도와 건강행위 자기효능감은 건강 관련 인지 및 신념을 반영하는 개념으로서 일부 유사한 측면을 포함하고 있으며, 두 변수 모두 자기보고식 Likert 척도를 통해 측정되었다는 점에서 공통방법편의(common method bias)의 가능성을 완전히 배제할 수는 없다. 따라서 향후 연구에서는 개념적 차별성을 보다 명확히 검증하고 다양한 측정방법을 활용하여 변수 간 관계를 재확인할 필요가 있다. 셋째, 대상자의 신체활동 강도와 식습관 수준을 자기보고식 설문을 통해 측정하였기 때문에 실제 수행 정도를 정확하게 반영하는 데 제한이 있을 수 있다. 추후 연구에서는 정확한 신체활동 정도와 식습관에 대한 요인을 보다 정밀하게 측정하여 건강태도 및 건강행위 자기효능감과 관련된 요인을 더 상세히 규명할 연구가 이루어져야 할 것이다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 일 지역 시설 거주 정신질환자를 대상으로 식·생활습관, 주관적 건강상태, 불안, 건강태도가 건강행위 자기효능감에 영향을 미치는 주요 요인을 규명하였다. 연구 결과, 주관적 건강상태와 건강태도가 건강행위 자기효능감에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났으며, 건강태도가 가장 큰 영향요인으로 확인되었다. 이러한 결과는 시설 거주 정신질환자의

건강행위 자기효능감 증진을 위해서는 건강 관련 지식 제공에 국한되지 않고, 건강에 대한 긍정적인 인식과 태도를 형성할 수 있는 동기강화 및 행동중재 전략을 포함한 건강교육 프로그램 개발과 적용이 중요함을 시사한다.

본 연구 결과를 바탕으로 다음과 같이 제언하고자 한다. 첫째, 본 연구는 일개 지역의 정신재활시설 및 정신요양시설에 거주하는 정신질환자를 편의표집한 연구로 연구결과를 일반화하는 데 한계가 있다. 따라서 향후 연구에서는 다양한 지역과 시설 환경에서 거주하고 있는 정신질환자를 포함하여 연구결과의 일반화 가능성을 높일 필요가 있다. 둘째, 본 연구는 건강행위 자기효능감의 관련 요인을 규명하는 데 중점을 두어 변수 간의 역동적이고 복합적인 관계를 충분히 설명하지 못하였다. 따라서 향후 연구에서는 건강태도와 건강행위 간 관계에서 건강행위 자기효능감의 매개효과와 건강태도의 조절효과를 검증하여 변수 간의 인과적 경로를 보다 구체적으로 규명할 것을 제언한다. 셋째, 정신재활시설 및 요양시설에 거주하는 정신질환자를 대상으로 한 건강태도 및 건강증진행위 관련 연구가 여전히 부족한 실정이다. 따라서 이들의 긍정적인 건강태도 형성과 건강증진행위 실천을 촉진할 수 있는 중재 프로그램 개발 및 적용 후 그 효과를 검증하는 중재연구를 제언한다.

References

1. DE Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*. 2011;10(1):52-77.
<https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00014.x>
2. Robson D, Gray R. Serious mental illness and physical health problems: a discussion paper. *International Journal of Nursing Studies*. 2007;44(3):457-466.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.07.013>
3. Na EJ, Lee J, Sohn JH, Yang M, Park Y, Sim HB, et al. Characteristics of comorbid physical disease in patients with severe mental illness in South Korea: a nationwide population-based study (2014-2019). *Psychiatry Investigation*. 2024;21(4):361-370.
<https://doi.org/10.30773/pi.2023.0224>
4. Kim HJ, Shin SY, Jeong SH. Nature and extent of physical comorbidities among Korean patients with mental illnesses: pairwise and network analysis based on health insurance claims data. *Psychiatry Investigation*. 2022;19(6):488-499.
<https://doi.org/10.30773/pi.2022.0068>
5. Oreški I, Jakovljević M, Aukst-Margetić B, Crnčević Orlić Ž, Vuksan-Ćusa B. Comorbidity and multimorbidity in patients with schizophrenia and bipolar disorder similarities and differences. *Psychiatria Danubina*. 2012;24(1):80-85.
6. Kang DH, Jang SH, Ryu HS, Choi SC, Noh SH, Baek YS, et al. Psychosocial factors influence the functional gastrointestinal disorder among psychiatric patients. *Korean Journal of Psychosomatic Medicine*. 2018;26(1):1-8.
<https://doi.org/10.22722/KJPM.2018.26.1.1>
7. Kwak YB, Kim JY, Lee MH. Effects of self-efficacy, health attitudes, and healthy lifestyle on recovery of people with mental disorders in the community. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2018;27(4):303-312.
<https://doi.org/10.12934/jkpmhn.2018.27.4.303>
8. Ashrafioun L, Bonar E, Conner KR. Health attitudes and suicidal ideation among university students. *Journal of American College Health*. 2016;64(3):256-260.
<https://doi.org/10.1080/07448481.2015.1081911>
9. Speake DL, Cowart ME, Pellet K. Health perceptions and lifestyles of the elderly. *Research in Nursing & Health*. 1989;12(2):93-100.
<https://doi.org/10.1002/nur.4770120206>

10. Park SJ, Lee YH. Effects of perceived health status, health attitude, and health concern on health promoting behavior in adults. *The Korea Contents Society*. 2016;16(12):335-346.
<https://doi.org/10.5392/JKCA.2016.16.12.192>
11. Glanz K, Rimer BK, Lewis FM. Health behavior and health education: theory, research and practice. 3rd ed. Yoo TK, Yoo HR, translators. Seoul: Koonja; 2009. p. 48-54.
12. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. 1977;84(2): 191-215.
13. McAuley E, Morris KS, Doerksen SE, Motl RW, Liang H, White SM, et al. Effects of change in physical activity on physical function limitations in older women: mediating roles of physical function performance and self-efficacy. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2007;55(12):1967-1973.
14. Bandura A. Guide for constructing self-efficacy scales. In: Pajares F, Urdan T, editors. *Self-efficacy beliefs of adolescents*. Greenwich, CT: Information Age Publishing; 2006. p. 307-337.
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.
16. Hwang SK, Lee YJ, Cho ME, Kim BK, Yoon YI. Factors associated with gastrointestinal symptoms among rotating shift nurses in South Korea: a cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(16):9795.
<https://doi.org/10.3390/ijerph19169795>
17. Hwang MH. A model of self-care and well being of elderly [dissertation]. Daegu: Kyungpook National University; 2000. p. 1-106.
18. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1983;67(6):361-370.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
19. Oh SM, Min KJ, Park DB. A Comparison of normal, depressed and anxious groups: a study on the standardization of the hospital anxiety and depressed scale for Koreans. *Journal of the Korean Neuropsychiatric Association*. 1999;38(2):289-296.
20. Torabi MR, Seo DC, Jeng I. Alternate forms of health attitude scale. *American Journal of Health Behavior*. 2004;28(2):166-172.
<https://doi.org/10.5993/AJHB.28.2.7>
21. Kim HR. The effects of individual-family-environmental factors on the physical health behaviors of people with mental illness: based on the theory of triadic influence. *Mental Health & Social Work*. 2019;47(2):127-163.
<https://doi.org/10.24301/MHSW.2019.06.47.2.127>
22. Sherer M, Maddux JE, Mercandante B, Prentice-Dunn S, Jacobs B, Rogers RW. The self-efficacy scale: construction and validation. *Psychological Reports*. 1982;51(2):663-667.
<https://doi.org/10.2466/pr0.1982.51.2.663>
23. Rho ES. A study on the development of a quality of life model of schizophrenic patients [dissertation]. Seoul: Chung-Ang University; 2000. p. 1-112.
24. Liao SJ, Wang LJ. Correlation of health literacy, health management self-efficacy and attitude in elderly patients with schizophrenia: a cross-sectional study. *Nursing Open*. 2024;11:e2065.
<https://doi.org/10.1002/nop2.2065>
25. Fan Y, Zhou L, Chen X, Su J, Zhong S. Determinants and outcomes of health-promoting lifestyle among people with schizophrenia. *BMC Psychiatry*. 2024;24:177.
<https://doi.org/10.1186/s12888-024-05625-2>
26. Ghayour Baghbani SM, Arabshahi M, Saatchian V. The impact of exercise interventions on perceived self-efficacy and other psychological outcomes in adults: a systematic review and meta-analysis. *Euro-*

- pean Journal of Integrative Medicine. 2023;62:102281.
<https://doi.org/10.1016/j.eujim.2023.102281>
27. Park JS, Lee YJ, Park MK, Jeong YH. Effects of health behaviors, health self-efficacy and motivation on eating habit of nursing students. Korea Society for Wellness. 2020;15(4):599-609.
<https://doi.org/10.21097/ksw.2020.11.15.4>
28. Park JE, Yu BH. Psychiatric treatment for functional gastrointestinal disorder. Journal of Neurogastroenterology and Motility. 2004;10(1):1-14.
29. Smolarczyk-Kosowska J, Szczegielniak A, Legutko M, Zaczek A, Kunert L, Piegza M, et al. Assessment of the impact of a daily rehabilitation program on anxiety and depression symptoms and the quality of life of people with mental disorders during the COVID-19 pandemic. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021; 18(4):1434.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18041434>
30. Fava GA, Cosci F, Sonino N, Guidi J. Understanding health attitudes and behavior. The American Journal of Medicine. 2023;136(3):252-259.
<https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2022.10.019>

