

지역사회 거주 조현병 범주 장애 환자의 신체건강관리 관련 요인

광주정신건강복지사업지원단,¹ 전남대학교 간호대학 간호학과,² 전남대학교 의과대학 정신건강의학교실³
김미나^{1,2} · 전 민³ · 이주연^{1,3} · 김선영³ · 김재민³ · 윤진상³ · 김수진² · 김성완^{1,3}

Factors Related to Physical Health Monitoring in Community-Dwelling Patients with Schizophrenia Spectrum Disorder

Mina Kim, RN^{1,2}, Min Jhon, MD³, Ju-Yeon Lee, MD^{1,3}, Seon-Young Kim, MD, PhD³, Jae-Min Kim, MD, PhD³, Jin-Sang Yoon, MD, PhD³, Soo-Jin Kim, RN, PhD², and Sung-Wan Kim, MD, PhD^{1,3}

¹Department of Nursing, Graduate School, Chonnam National University, Gwangju,

²Gwangju Mental Health and Welfare Commission, Gwangju,

³Department of Psychiatry, Chonnam National University Medical School, Gwangju, Korea

Objectives: To identify factors related to physical health monitoring of patients with schizophrenia spectrum disorder.

Methods: A total of 172 patients with schizophrenia spectrum disorder registered in mental health welfare centers and rehabilitation facilities in Gwangju were recruited. Physical health monitoring was defined by two health behaviors; fasting blood tests within recent 2 years in all participants and routine medical check-ups covered by national insurance within recent 5 years in participants aged 40 years or older. Demographic and clinical characteristics including overweight, metabolic syndrome and knowledge about physical illness were compared according to physical health monitoring.

Results: Prevalence of overweight and metabolic syndrome were 62.8% and 40.1%, respectively. The rates of fasting blood tests and routine medical check-ups were 34.9% and 67.9%, respectively. The rates of fasting blood tests were significantly higher in general hospital and university hospital compared to mental hospital or private clinic. Rates of routine medical check-ups were significantly lower in individuals using daily rehabilitation service and smokers. Knowledge about cancer and chronic illness were significantly better in individuals receiving routine medical check-ups compared with those not receiving it.

Conclusion: Education about physical health should be integrated to mental health service in community mental health center. (Korean J Schizophr Res 2019;22:14-20)

Key Words: Schizophrenia · Physical health · Smoking · Medical check-ups · Community.

서 론

조현병은 장기적인 치료가 필요한 만성 질환이다. 조현병 환자는 일반인에 비해 기대수명이 짧고, 조기 사망률도 높다.^{1,2)} 조현병 환자의 조기 사망률이 높은 원인은 자살이나 사고사가 많을 뿐만 아니라 여러 신체질환의 발생률이 높은 데 있다.³⁾ 조현병 환자는 정신의학적 약물 사용과 건강하지 않은

생활습관으로 당뇨병, 관상동맥 심장질환, 고혈압 및 폐기종 등의 신체 질환이 빈번하게 발생한다.⁴⁾ 따라서 조현병을 비롯한 정신증 환자의 신체건강을 개선하고 조기 사망률을 줄이기 위해 이들의 신체건강 문제에 관심을 갖고 관리하는 것이 중요하다. 이에 약물 치료를 받는 조현병 환자의 체질량지수, 혈당, 콜레스테롤 및 프로락틴 상승 등의 신체 징후에 대한 정기적인 모니터링이 권고되고 있다.⁵⁾ 특히 조현병 범주 장애 환자의 주요 사망원인이 심혈관질환이고 대사증후군은 심혈관 질환의 주요 위험인자이다.⁶⁾ 따라서 조현병 범주 장애 환자에서 대사증후군에 대한 정기적인 검사가 필요하고 금식혈액 검사 실시여부는 이를 확인하는 데 중요한 의미가 있다. 하지만 우리나라는 조현병 환자의 신체건강 모니터링이 적극적으로 이루어지지 않는 경향이 있고, 이에 대한 실태 파악 또한 부족하다.

Received: October 26, 2018 / Revised: December 29, 2018

Accepted: January 10, 2019

Address for correspondence: Sung-Wan Kim, Department of Psychiatry, Chonnam National University Medical School, 160 Baekseo-ro, Dong-gu, Gwangju 61469, Korea

Tel: 062-220-6148, Fax: 062-225-2351

E-mail: swkim@chonnam.ac.kr

본 연구는 보건복지부와 광주광역시의 정신보건 시범사업의 지원을 받아 수행되었음.

우리나라에서는 국민건강보험법에 의거 만 40세 이상 성인은 2년에 1회 건강검진을 받게 된다. 건강검진은 선별검사를 통해 질병을 조기에 발견할 수 있어 장기적인 관점에서 의료비를 감소시킬 수 있다.^{7,8)} 일반 성인은 물론 신체건강이 취약한 조현병 환자의 건강검진은 이들의 신체건강 문제를 조기에 발견할 수 있는 효율적인 방법이다. 따라서 건강검진 실시여부는 조현병 범주 장애 환자나 가족이 건강에 대한 교육을 잘 받고 건강관리를 잘 하는지를 반영한다고 볼 수 있다. 조현병 환자는 흡연, 비만, 신체활동의 부족, 고혈당, 고지혈증, 고혈압 등 건강 위험요인을 많이 갖고 있음에도 불구하고, 일반인에 비해 건강검진 및 예방과 관련된 행위를 소홀히 하고 있다.^{9,10)} 따라서 조현병 범주 장애 환자의 건강검진과 질병 예방과 관련된 요인을 파악함으로써 이에 대한 개선 방안을 마련할 수 있을 것이다.

건강검진 실시와 관련된 선행 연구는 일반인이나 장애인 대상의 연구가 일부 이루어졌지만,^{11,12)} 조현병 환자를 대상으로 한 연구는 미흡한 실정이다. 이에 본 연구는 조현병 범주 장애 환자에서 대사증후군을 포함한 신체건강에 대한 정기 검사가 얼마나 충실히 시행되고 있는지를 금식혈액검사와 정기건강검진 실시여부를 통해 파악하고자 한다. 또한 이와 관련된 요인을 분석하여 조현병 범주장애 환자들의 신체건강관리를 위한 기초자료를 제공하고자 한다.

방 법

연구대상

본 연구는 2015년과 2016년에 광주정신건강복지사업지원단에서 실시한 광주광역시 중증정신질환 회원 신체건강검사업의 일환으로 이루어졌다. 광주광역시 5개구 정신건강복지센터와 사회복지시설의 협조를 받아 설문 및 조사가 이루어졌다. 조사의 전체 참여자는 386명이었으며 기분장애 등을 제외한 정신병적 증상으로 치료를 받는 조현병 범주 장애 환자는 264명이었다. 이 중 본 연구 목적에 따라 항정신병약물을 복용하는 성인 환자(30대 이상 60세 미만) 172명의 데이터가 최종 사용되었다. 본 연구에 포함된 대상자는 조현병 150명(87.2%), 조현병동장애 15명(8.7%) 기타 정신증 7명(4.1%)이었다. 자료 수집은 2015년 11월부터 약 1년 동안 이루어졌다. 본 연구는 전남대학교병원 생명의학연구윤리위원회의 승인(CNUH-2015-254)을 받았고, 모든 참여자에게 연구에 대해 충분히 설명한 후 서면 동의를 받은 후 시행되었다.

연구자료

대상자의 금식혈액검사와 건강검진 실시 여부는 자가보고 설문을 통해 확인하였다. 대상자가 현재 치료 받고 있는 정신건강의학과 병원에서 금식혈액검사를 얼마나 자주 받고 있는지 답하도록 하였고 최근 2년 이내에 1번 이상 받은 경우를 금식혈액검사 수행으로 정하였다. 국민건강보험공단에서 실시하는 건강검진의 경우 최근 5년 이내에 실시한 경우를 기준으로 검진 실시 유무를 정하였다.

대상자의 인구학적 특성과 질병 및 생활습관은 국민건강보험공단에서 제공하는 건강검진 결과와 자체 제작한 설문지를 통해 수집되었다. 인구학적 특성으로 성별, 연령, 교육수준, 결혼상태, 직업 유무 및 건강보험 종류를 조사하였다. 질병 특성으로 진단명, 증상과 기능저하의 중증도, 질병 기간, 체질량지수 및 대사증후군 유무를 조사하였다. 증상과 기능저하의 중증도는 사례관리자에 의해 전반적 임상적 인상(Clinical Global Impression, CGI)에 따라 7점 Likert 척도로 평가되었다.¹³⁾ 본 연구에서는 이를 경도(1~3점), 중등도(4~5점), 고도(6~7점)로 대별하여 활용하였다. 체질량지수(body mass index, BMI)는 25kg/m² 이상을 과체중으로 정의하였다. 대사증후군은 National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel (NCEP-ATP III)의 기준¹⁴⁾과 대한비만학회의 한국인 복부비만 기준¹⁵⁾을 따랐다. 즉 복부비만(허리둘레 남자 ≥90 cm, 여자 ≥85 cm), 고혈압(혈압 ≥130/85 mm Hg 또는 약물치료 중), 고중성지방혈증(혈중 중성지방 ≥150 mg/dL 또는 당뇨병 치료 중), 공복 시 고혈당(공복혈당 ≥110 mg/dL 또는 고지혈증 치료 중) 및 저 고밀도지단백 콜레스테롤혈증(HDL 남자 <40 mg/dL, 여자 50 mg/dL) 5가지 중 3가지 이상 존재하는 경우에 대사증후군으로 진단하였다. 의료기관 이용 관련 특성은 의료기관 종류와 센터 이용 방법을 조사하였다.

건강행위는 흡연(현재 흡연자, 과거 흡연자, 비흡연자), 음주(주 1회 이상 음주, 비음주), 신체활동 정도 및 식생활을 조사하였다. 신체활동 정도는 국제신체활동 설문(IPAQ)의 점수 프로토콜에 따라 활동과 비활동 수준으로 분류하였다.¹⁶⁾ 활동군은 1) 격렬한 활동을 하루 20분 이상 시행한 날이 3일 이상이거나 2) 중간 정도의 활동을 30분 이상 혹은 30분 이상 걷기를 시행한 날이 5일 이상이거나 3) 위의 활동을 시행한 날이 5일 이상에 해당하는 경우이다. 식생활은 보건복지부가 발표한 식생활 지침에 따라 규칙적인 식생활 5문항, 균형잡힌 식생활 6문항, 건강한 식생활 9문항의 총 20문항으로 평가하였다. Likert 3점 척도로 평가되며 각 영역의 점수 합이 높을수록 규칙적, 균형 잡힌, 건강한 식생활을 의미한다.

신체건강 관련 지식 수준은 암과 만성질환과 관련한 지식의 정도를 조사하였다. 연구자가 문헌고찰을 통해 암의 원인과 치료에 대한 지식 관련 5문항과 고혈압 및 당뇨 등의 성인병에 대한 지식 6문항의 기술에 대해 각각 동의 여부를 답하도록 설문을 구성하여 동의한 개수의 총합으로 지식 수준을 평가하였다. 암에 대한 지식과 관련한 설문은 조기발견의 중요성, 암의 가족력 또는 흡연과 암 발병의 관계, 정기 검진의 필요성 등에 대한 내용이다. 암 관련 설문 중 ‘암이 운명이나 하늘의 뜻으로 발생한다’는 문항은 지식으로 보기 어려운 문항의 총합에서 제외하였다. 성인병 관련 지식에 대한 설문은 고혈압이나 당뇨병과 관련하여 운동의 효과, 만성질환 관리를 위한 약물 복용 필요성, 심혈관계 합병증, 짠 음식과 고혈압의 관계, 흡연의 해로움 등에 대한 내용이다. 성인병 관련 설문 내용 중 설상 섭취와 당뇨병 발병의 관련성에 대한 문항은 단편적으로 옳고 그름을 판단하는 것이 애매하여 총합에서 제외하였다. 분석에 사용된 최종 설문은 표 1에 제시하였다. 암 관련 지식은 0~4점, 만성질환 관련 지식은 0~5점 범위에서 측정되었는데, 해당 점수가 높을수록 신체건강 관련 지식 수준이 높음을 의미한다.

자료분석

대상자의 일반적 특성은 빈도와 백분율 및 평균과 표준편차를 구하였고, 금식혈액검사(최근 2년 이내 1회 이상 실시)와 정기건강검진(5년 이내 실시) 유무에 따른 특성의 차이를 비교하기 위해 χ^2 검정과 independent t-test를 실시하였다. 국민건강보험법에 따른 일반건강검진은 40세 이상에서 시행되

므로 이에 대한 분석은 40세 이상 112명의 자료에 대해 분석하였다. 탐색적으로 금식혈액검사 실시 유무 군에서 의료기관별, 건강검진 실시 유무 군에서 서비스 유형별 대사증후군의 환자수를 비교하기 위해 χ^2 검정을 실시하였다. 모든 통계적 유의수준은 $p < 0.05$ 로 정하였으며 양측검증을 하였다. 수집된 자료의 분석은 SPSS 21.0 프로그램(IBM SPSS Statistics for Windows, version 21.0, IBM Corp., Armonk, NY, USA)을 사용하였다.

결 과

본 연구 대상자의 인구학적 특성을 표 2에 제시하였다. 대상자 172명의 평균연령은 44.1 ± 8.0 세이고, 남성이 95명(55.2%)이었다. 고졸 이하가 111명(65.3%), 현재 배우자가 있는 경우는 25명(14.6%), 직업이 있는 경우는 34명(19.8%)이었다. 평균 질병기간은 17.4 ± 8.3 년이었다. 과체중(BMI $\geq 25 \text{ kg/m}^2$)은 108명(63.2%)이고, 대사증후군 기준에 맞는 대상자는 69명(40.1%)이었다. 전체 대상자 중 최근 2년 이내 공복 혈액검사를 받아본 경험이 없는 경우는 112명(65.1%)이었다. 금식혈액검사 실시 유무에 따른 대상자 특성의 차이는 표 2에 제시되었다. 인구학적 특성, 질병특성, 건강행위 및 신체건강 지식에서 두 구간 유의한 차이는 발견되지 않았으나, 이용 중인 의료기관은 유의한 차이가 있었다($p=0.002$). 즉 대학 및 종합병원(54.5%), 정신과 전문병원(36.3%), 개인의원(14.3%) 순으로 금식혈액검사 실시율이 높았다.

만 40세 이상에서 5년 이내 일반건강검진을 받지 않은 경우는 해당 대상자 112명 중 36명(32.1%)으로 나타났다. 건강검진 실시 유무에 따른 대상자 특성의 차이는 표 3에 제시되었다. 정신건강복지센터 이용과 관련하여 서비스 유형에서 유의한 차이가 나타났는데, 주간재활 이용자가 재가관리 대상자보다 건강검진 실시율이 유의하게 낮았다(58.2% vs. 83.3%, $p=0.018$). 흡연 여부에 따라서는 검강검진 실시에 유의한 차이가 나타났는데, 비흡연자의 78.6%에 비해 흡연자는 55.9%로 검강검진 실시율이 유의하게 낮았다($p=0.009$). 신체건강에 대한 지식과 관련해서 암관련 지식($p=0.039$)과 만성질환 관련 지식($p=0.038$) 모두에서 유의한 차이가 있었는데, 건강검진을 실시한 군에서 관련 지식수준이 유의하게 높았다. 탐색적으로 실시한 대사증후군의 유무와 의료기관별 및 서비스 유형별 상관 관계에서는 유의미한 차이는 나타나지 않았다(테이터 제시 생략).

Table 1. Questionnaire for knowledge of cancer and chronic physical illness

Knowledge about cancer	
If cancer is found early, it is usually possible to treat it.	
If you do not have any special symptoms, you do not need to undergo screening cancer.	
If you have a family member with cancer, you are more likely to get cancer.	
Smoking can cause various cancers.	
Knowledge about chronic physical illness	
Regular exercise will prevent hypertension and diabetes.	
Eating a lot of salty foods causes hypertension.	
People with high blood pressure or diabetes should take medication regularly on a daily basis.	
If you do not control hypertension/diabetes, you can die from stroke or heart disease.	
Tobacco smoking increases risk of death by stroke or cardiac disease.	

Table 2. Comparisons of demographic and clinical characteristics according to fasting blood tests

Characteristics	Categories	Total (N=172)	Done (N=60)	Undone (N=112)	χ^2 or t	p
		n (%) or M \pm SD	n (%) or M \pm SD	n (%) or M \pm SD		
Demographic characteristics						
Gender	Male	95 (55.2)	37 (61.7)	58 (51.8)	1.543	0.214
Age (years)	30-39	60 (34.9)	16 (26.7)	44 (39.3)	2.949	0.229
	40-49	64 (37.2)	24 (40.0)	40 (35.7)		
	50-59	48 (27.9)	20 (33.3)	28 (25.0)		
Education	\leq 12 years	111 (65.3)	38 (63.3)	73 (66.4)	0.157	0.692
Marital status	Married	25 (14.6)	10 (16.7)	15 (13.5)	0.310	0.578
Employment status	Employed	34 (19.8)	9 (15.0)	25 (22.3)	1.320	0.251
National Health insurance*	Medicare	66 (39.5)	22 (37.3)	44 (40.7)	0.190	0.663
	Medicaid	101 (60.5)	37 (62.7)	64 (59.3)		
Clinical characteristics						
Diagnosis	Schizophrenia	150 (87.2)	53 (88.3)	97 (86.6)	0.104	0.747
	Others	22 (12.8)	7 (11.7)	15 (13.4)		
Clinical Global Impression*	1-3	54 (33.1)	15 (26.8)	39 (36.4)	2.661	0.264
	4-5	73 (44.8)	25 (44.6)	48 (44.9)		
	6	36 (22.1)	16 (28.6)	20 (18.7)		
Disease duration (years)		17.4 \pm 8.3	18.7 \pm 8.1	16.7 \pm 8.3	1.537	0.126
BMI (kg/m ²)	\geq 25.0	108 (63.2)	41 (68.3)	67 (60.4)	1.064	0.302
Metabolic syndrome	Yes	69 (40.1)	25 (41.7)	44 (39.3)	0.092	0.761
Medical institution	General hospital	33 (19.4)	18 (30.0)	15 (13.6)	12.162	0.002
	Psychiatric hospital	102 (60.0)	37 (61.7)	65 (59.1)		
	Private clinic	35 (20.6)	5 (8.3)	30 (27.3)		
Type of service*	Day care	114 (67.5)	46 (76.7)	68 (62.4)	3.595	0.058
	Home care	55 (32.5)	14 (23.3)	41 (37.6)		
Health behaviors						
Smoking status*	Non smoker	87 (54.4)	27 (49.1)	60 (57.1)	0.976	0.614
	Ex-smoker	27 (16.9)	10 (18.2)	17 (16.2)		
	Smoker	46 (28.8)	18 (32.7)	28 (26.7)		
Alcohol consumption*	None	144 (89.4)	53 (94.6)	91 (86.7)	2.460	0.117
	\geq 1 drink/week	17 (10.6)	3 (5.4)	14 (13.3)		
Physical activity*	Inactive	75 (46.9)	21 (37.5)	54 (51.9)	3.041	0.081
	Active	85 (53.1)	35 (62.5)	50 (48.1)		
Eating habits	Regular diet	10.9 \pm 3.2	11.5 \pm 3.0	10.6 \pm 3.2	1.858	0.065
	Balanced diet	9.9 \pm 2.8	10.1 \pm 2.8	9.8 \pm 2.9		
	Healthy diet	20.9 \pm 3.3	20.3 \pm 3.4	21.2 \pm 3.2		
Knowledge of health	Cancer	2.9 \pm 1.1	2.7 \pm 1.0	3.0 \pm 1.1	-1.486	0.139
	Chronic illness	4.1 \pm 1.2	4.1 \pm 1.3	4.2 \pm 1.2		

*: Valid percent

고 찰

이 연구는 지역사회에 거주하는 조현병 범주 장애 환자의 신체 건강상태를 파악하고 금식혈액검사 및 건강검진 실시 여부와 관련된 변인을 탐색해 이들의 신체건강관리와 관련된 요인을 확인하고자 시행되었다. 먼저 조현병 환자의 신체 건강 위험요소로 알려진 과체중과 대사증후군의 유병률은

각각 62.8%, 40.1%로 나타났다. 우리나라 일반 성인의 과체중 31.9% 및 대사증후군 18.8~24.8%와 비교하면 2배 가까이 높은 수준이다.^{17,18)} 조현병 환자의 대사증후군 유병률에 대한 선행연구에서 대학병원 외래 및 입원 중인 환자의 경우 42.7%로¹⁹⁾ 본 연구결과와 비슷하였고, 종합병원에 입원 중인 경우는 48.8%,²⁰⁾ 정신요양시설에 거주하는 경우는 56.1%로²¹⁾ 본 연구보다 다소 높게 보고되었다. 이는 본 연구 참여 대상자

Table 3. Comparisons of demographic and clinical characteristics according to routine medical check ups

Characteristics	Categories	Total (N=112) n (%) or M±SD	Done (N=73) n (%) or M±SD	Undone (N=36) n (%) or M±SD	χ ² or t	p
Demographic characteristics						
Gender	Male	61 (54.5)	37 (48.7)	24 (66.7)	3.185	0.074
Age (years)	40-49	64 (57.1)	45 (59.2)	19 (52.8)	0.413	0.521
	50-59	48 (42.9)	31 (40.8)	17 (47.2)		
Education	≤ 12 years	77 (70.0)	53 (70.7)	24 (68.6)	0.050	0.823
Marital status	Married	20 (17.9)	16 (21.1)	4 (11.1)	1.646	0.200
Employment status	Employed	21 (18.8)	16 (21.1)	5 (13.9)	0.823	0.364
National Health insurance*	Medicare	32 (29.4)	21 (28.4)	11 (31.4)	0.107	0.744
	Medicaid	77 (68.8)	53 (68.8)	24 (31.2)		
Clinical characteristics						
Diagnosis	Schizophrenia	100 (89.3)	70 (92.1)	30 (83.3)	1.965	0.195
	Others	12 (10.7)	6 (7.9)	6 (16.7)		
Clinical Global Impression	1-3	36 (33.3)	24 (33.3)	12 (33.3)	3.707	0.157
	4-5	47 (43.5)	35 (48.6)	12 (33.3)		
	6	25 (23.2)	13 (18.1)	12 (33.3)		
Disease duration (years)		19.9±8.5	19.1±9.0	21.4±7.5	-1.344	0.182
BMI (kg/m ²)	≥25.0	65 (58.6)	46 (60.5)	19 (54.3)	0.385	0.535
Metabolic syndrome	Yes	50 (44.6)	33 (43.4)	17 (47.2)	0.143	0.705
Medical institution*	General hospital	19 (17.1)	14 (18.7)	5 (13.9)	2.579	0.275
	Psychiatric hospital	72 (64.9)	45 (60.0)	27 (75.0)		
	Private clinic	20 (18.0)	16 (21.3)	4 (11.1)		
Type of service*	Day care	67 (61.5)	39 (52.7)	28 (80.0)	7.476	0.006
	Home care	42 (38.5)	35 (47.3)	7 (20.0)		
Health behaviors						
Smoking status*	Non smoker	56 (52.8)	44 (61.1)	12 (35.3)	6.178	0.046
	Ex-smoker	16 (15.1)	9 (12.5)	7 (20.6)		
	Smoker	34 (32.1)	19 (26.4)	15 (44.1)		
Alcohol consumption*	None	95 (89.6)	64 (90.1)	31 (88.6)	0.062	0.803
	≥ 1 drink/week	11 (10.4)	7 (9.9)	4 (11.4)		
Physical activity*	Inactive	50 (47.6)	35 (49.3)	15 (44.1)	0.247	0.619
	Active	55 (52.4)	36 (50.7)	19 (55.9)		
Eating habits	Regular diet	10.9±3.1	11.2±3.2	10.4±3.0	1.228	0.222
	Balanced diet	9.5±2.6	9.6±2.5	9.5±2.8		
	Healthy diet	21.0±3.3	21.3±3.4	20.2±2.9		
Knowledge of health	Cancer	2.9±1.1	3.0±1.0	2.5±1.2	2.113	0.039
	Chronic illness	4.0±1.3	4.2±1.1	3.6±1.6		

*: Valid percent

모두가 지역사회 거주자라는 점에서 차이가 발생하였을 가능성이 있겠다. 조현병 환자의 사망원인 중 심혈관질환이 차지하는 비중이 가장 높다.²²⁾ 비만과 대사증후군은 심혈관질환의 위험요인으로 이에 대한 모니터링은 조현병 환자의 신체건강 증진에 기여할 것이다.²³⁾

조현병 환자의 2년 이내 금식혈액검사 미실시율은 65.1%로 상당히 높게 나타났다. 항정신병약물은 비만, 지질이상, 당뇨, 저나트륨혈증, 간기능 이상, 심혈관계 및 호흡기계 질환 등의 신체질환과 관련이 있어,²³⁾ 이를 복용하는 환자는 정기적인 신체건강 모니터링이 요구된다.⁵⁾ 영국의 NICE (National Institute for Clinical Excellence) 진료 지침과 항정신병약물과 연관된 심혈관계-대사장애 한국형 지침서 등에서 항정신병

약물을 복용 중인 조현병 환자는 매년 공복혈액검사를 통해 혈당과 지질 이상 등을 평가하도록 권고하고 있다.^{24,25)} 하지만 본 연구에서는 항정신병약물 치료 중인 환자의 절반 이상이 최근 2년 이내에 금식혈액검사를 받지 않아 지침이 제대로 시행되고 있지 않음을 알 수 있다. 특히 대상자들이 이용 하는 의료기관에 따라 검사 실시율의 유의한 차이가 나타났는데, 대학 및 종합병원이 가장 높고 개인의원이 가장 낮은 것으로 나타났다. 이러한 결과는 환자 측 요인보다 의료진 또는 의료제도적 요인이 신체건강 관리와 관련해 변수로 작용하고 있음을 시사한다. 물론 검사와 관련된 환경 및 건강보험공단의 검사에 대한 인정 여부의 영향도 고려해야 한다. 하지만, 정신건강의학과 의료진의 신체건강에 대한 태도와 지

식이 영향을 미치는 지에 대해서 향후 조사가 필요하겠고, 의료진을 대상으로 한 교육이 필요함을 시사한다. 한편 대사증후군 유병률은 금식혈액검사 실시 유무에 따라 유의한 차이를 보이지 않았다. 이는 금식혈액검사 시 대사증후군에 대한 포괄적인 검사가 시행되지 않았거나 후속 관리가 잘 이루어지지 않은 결과일 수 있다. 따라서, 대사증후군에 대한 포괄적인 검사 및 관리에 대한 의료진의 관심이 필요하다.

통계청(2016) 자료에 따르면²⁶⁾ 우리나라 40세 이상 전체 성인의 건강검진 미실시율은 22.3%였다. 반면 본 연구에서 40세 이상 대상자 중 최근 5년간 건강검진을 실시하지 않은 비율은 32.1%로 나타났다. 조현병 환자가 일반인에 비해 신체건강관련 위험요소가 많고 본 조사 설문에서 최근 5년으로 기간을 길게 설정하여 조사한 점을 고려하면 조현병 범주 장애 환자의 높은 건강검진 미실시율이 주는 임상적 의미가 크다고 할 수 있다. 조현병 범주 장애 환자의 건강검진 실시율은 센터이용방법, 흡연상태, 암과 만성질환관련 지식 정도에 따라 차이가 있었다. 먼저 주간재활이용자가 재가 관리를 받는 대상자보다 실시 비율이 낮았다. 비록 본 연구에서는 기능과 증상의 정도에 따른 상세한 평가가 이루어지지 않았지만, 일반적으로 정신건강복지센터 등록 회원 중 기능 손상이 보다 심해 재활치료가 필요한 대상자가 주간재활을 이용하는 경우가 많아 이와 관련된 요인이 영향을 미쳤을 가능성을 추정해볼 수 있다. 대상자가 별다른 증상이 없으며 건강하다고 여기는 경우에 건강 검진을 받지 않는 경향이 있고 주위사람 또는 의사의 권유 및 검진에 대한 안내가 건강검진 수검을 촉진하는 요인으로 보고되었기에,^{27,28)} 주간재활 이용자의 건강검진 실시율을 높이기 위해 사례관리자나 의료진이 보다 적극적으로 건강검진을 권유하는 것이 필요하겠다.

흡연 상태에 따른 건강검진 실시율은 비흡연자에 비해 흡연자에서 더 낮았다. 흡연은 호흡기 질환, 심혈관질환 및 뇌경색 등의 위험요인이고, 항정신병약물의 혈중 농도를 낮춤으로써, 조현병 환자의 정신증상과 신체건강에 부정적인 영향을 미친다.²⁹⁾ 흡연자는 상대적으로 신체건강이 취약하기 때문에 건강검진을 실시하는 것이 더욱 중요함에도 오히려 건강검진 실시 비율이 낮은 점은 매우 중요한 문제이다. 정신보건기관을 이용 중인 조현병 환자들이 흡연의 부정적 영향에 대해 충분히 인지하고 있지 못한 것이 영향을 미쳤을 가능성도 있었다. 이에 사례관리 시 흡연자들에 대한 금연교육과 더불어 이들의 건강검진 실시에 관심을 가지는 것이 필요하다. 또한 검사결과가 양성 또는 의심되는 소견이 나오면 추후 정확한 진단과 치료를 위해 의사의 진찰과 정밀검사 과정이 반드시 뒤따라야 하기 때문에⁷⁾ 건강검진 실시 후 결과에

대한 안내와 관심 또한 필요하다.

마지막으로 조현병 범주 장애 환자는 암과 만성질환 관련 지식이 높을수록 건강검진 실시율이 더 높은 것으로 나타났다. 정신증 환자는 신체 건강 관련 지식 수준과 건강한 생활양식에 대한 관심이 일반인 보다 낮은 경향이 있다.³⁰⁾ 이처럼 정신증 환자는 그들의 신체질환의 잠재적 위험성에 대해 정확하게 인식하지 못함으로 이에 대한 예방적 활동인 건강검진을 덜 실시하고 있는 것으로 보인다. 질병에 대한 지식과 위험 인식은 건강행위를 증진시키기 위한 기본 요소로 질병에 대한 지식과 위험 인식은 예방적 건강 행위와 밀접한 관련이 있다.³¹⁾ 이러한 관련성은 여러 선행연구에서 확인 할 수 있다. 심장질환을 가진 환자를 대상으로 한 단면연구에서 심장질환에 대한 지식이 더 뛰어날수록 자발적 건강행위를 많이 하는 경향이 있었다.³²⁾ 또한 예방접종에 대한 지식과 질병에 대한 위험인식은 예방접종행위와 일관된 관련성을 보였다.³³⁾ 더불어 일반인을 대상으로 대장암에 대한 인식을 확인하는 연구에서 건강정보를 이해하는 능력이 저하된 경우 대장암에 대한 지식이 부족하였고 대장암 선별검사인 잠혈검사와 대장내시경에 대해 부정적인 인식을 나타내었다.³⁴⁾ 따라서 조현병 환자를 위한 신체건강 관련 교육을 적극적으로 시행하고, 이를 통해 이들의 건강행위를 촉진시킬 필요가 있다.

이 연구의 제한점은 연구대상자가 정신건강복지센터와 사회복귀시설을 이용하는 환자에 국한되어 센터를 이용하지 않는 지역사회 거주 환자를 포함하지 못해 선택 편이가 있을 수 있어 연구 결과를 일반화하는 데 한계가 있다. 또한 암과 만성질환 관련 지식을 조사함에 있어 표준화 도구를 사용하지 못한 점과 금식혈액검사 및 건강검진 실시 여부를 대상자의 자기 보고로 조사하였기에 추후 연구에서는 이를 보완할 수 있는 방안이 필요하다. 끝으로 동반 내과질환으로 정기적인 검사를 받고 있는지 여부에 대해서는 정확하게 파악하지 못해 이를 통제하지 못하였다. 이러한 제한점에도 불구하고 본 연구는 기존 연구에서 미흡했던 조현병 범주 장애 환자의 신체건강 관리와 관련된 요인을 탐색하고 대안을 제시한 측면에서 임상적 의미가 크다.

결 론

항정신병약물을 복용하는 조현병 범주 장애 환자들은 신체건강이 취약함에도 불구하고 이에 대한 모니터링인 금식혈액검사와 건강검진에 소홀한 경향이 있다. 본 연구를 통해 의료기관의 종류에 따라 금식혈액검사 실시에 차이가 있음이 확인되어 향후 이와 관련된 제도적 개선이나 인식의 전환이

필요하다. 또한 신체건강의 위험요소가 상대적으로 많은 흡연자와 주간재활서비스 이용자가 오히려 건강검진에 소홀함을 확인하여 이들을 대상으로 한 보다 적극적인 관리가 필요함을 제시하였다. 신체건강 관리에 대한 지식이 건강검진 행위와 밀접하게 관련되는 것으로 나타나 향후 신체건강에 대한 교육 및 관리가 정신재활 서비스의 필수요소로 포함될 필요가 있다.

중심 단어: 조현병 · 신체건강 · 흡연 · 건강검진 · 지역사회.

REFERENCES

1) Oakley P, Kisely S, Baxter A, Harris M, Desoe J, Dziouba A, *et al.* Increased mortality among people with schizophrenia and other non-affective psychotic disorders in the community: a systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res* 2018;102:245-253.

2) Hjorthøj C, Stürup AE, McGrath JJ, Nordentoft M. Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2017;4:295-301.

3) Brown S, Inskip H, Barraclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2000;177:212-217.

4) Thornicroft G. Physical health disparities and mental illness: the scandal of premature mortality. *Br J Psychiatry* 2011;199:441-442.

5) Marder SR, Essock SM, Miller AL, Buchanan RW, Casey DE, Davis JM, *et al.* Physical health monitoring of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2004;161:1334-1349.

6) Penninx B, Lange SMM. Metabolic syndrome in psychiatric patients: overview, mechanisms, and implications. *Dialogues Clin Neurosci* 2018;20:63-73.

7) Lee WC, Lee SY. National health screening program of Korea. *J Korean Med Assoc* 2010;53:363-370.

8) Broyles RW, Narine L, Brandt Jr EN, Biard-Holmes D. Health risks, ability to pay, and the use of primary care: is the distribution of service effective and equitable? *Prev Med* 2000;30:453-462.

9) Roberts L, Roalfe A, Wilson S, Lester H. Physical health care of patients with schizophrenia in primary care: a comparative study. *Fam Pract* 2006;24:34-40.

10) Holmberg SK, Kane C. Health and self-care practices of persons with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 1999;50:827-829.

11) Han SH, Jo EH, Son JA, So ES. Factors association national health screening program participation according to sex in Korean: using the fifth Korea national health and nutrition examination survey (KNHANES VI, 2013). *Korean J Health Educ Promot* 2016;33:37-48.

12) Park JH. Factors affecting the participation rate of the mass screenings of the disabled of national [dissertation]. Cho BH (MO): Seoul National Univ.;2006.

13) Guy W. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology, Revised. Rockville, MD: National Institute of Mental Health;1976.

14) Executive summary of the third report of the national cholesterol education program (NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA* 2001;285:2486-2497.

15) Lee S, Park HS, Kim SM, Kwon HS, Kim DY, Kim DJ, *et al.* Cut-off points of waist circumference for defining abdominal obesity in the Korean population. *J Obes Metab Syndr* 2006;15:1-9.

16) Committee IR. Guidelines for data processing and analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)-short and long

forms. <http://www.ipaq.ki.se/scoring.pdf>. 2005.

17) Park EO, Choi SJ, Lee HY. The prevalence of metabolic syndrome and related risk factors based on the KNHANES V 2010. *J Agric Med Community Health* 2013;38:1-13.

18) Kwon HS, Park YM, Lee JH, Lee JH, Choi YH, Ko SH, *et al.* The prevalence and clinical characteristics of the metabolic syndrome in middle-aged Korean adults. *Korean J Med* 2005;68:359-368.

19) Nam YY, Kim CS, Ahn CW, Park KM, Ryu B, Kim CH. Clinical correlates of metabolic syndrome in patients with chronic schizophrenia. *Korean J Psychopharmacol* 2006;17:335-341.

20) Kang KD, Sea YH, Yoon BH. Prevalence of metabolic syndrome in chronic schizophrenic inpatients. *J Korean Soc Biol Ther Psychiatry* 2012;18:281-289.

21) Lee SH, Cho SH. Factors influencing metabolic syndrome among mental health facility patients with schizophrenia. *J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs* 2016;25:1-10.

22) Liu NH, Daumit GL, Dua T, Aquila R, Charlson F, Cuijpers P, *et al.* Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multi-level intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. *World Psychiatry* 2017;16:30-40.

23) Correll CU, Detraux J, De Lepeleire J, De Hert M. Effects of antipsychotics, antidepressants and mood stabilizers on risk for physical diseases in people with schizophrenia, depression and bipolar disorder. *World Psychiatry* 2015;14:119-36.

24) Korean Society for Schizophrenia Research. Cardiovascular-Metabolic Disorders Korean Related Guidelines Related to Antipsychotic Drugs. Korea: Seoul;2008

25) Excellence NIfC. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. NICE guidelines [CG178]. 2014.

26) Korean Statistical Information Service. Korea health statistics: Health screening [Internet]. Daejeon: Statistics Korea; 2016 [cited 2018 Dec 28]. Available from URL:http://kosis.kr/statisticsList/statisticsListIndex.do?menuId=M_01_01&vwcd=MT_ZTITLE&parmTabId=M_01_01.

27) Lee W. Behavioral pattern for participating national health screening program and national cancer screening program. Seoul: National Health Insurance Corporation;2003.

28) Osborn DP, King MB, Nazareth I. Participation in screening for cardiovascular risk by people with schizophrenia or similar mental illnesses: cross sectional study in general practice. *BMJ* 2003;326:1122-1123.

29) Lambert TJ, Velakoulis D, Pantelis C. Medical comorbidity in schizophrenia. *Med J Aust* 2003;178:S67-S70.

30) Buhagiar K, Parsonage L, Osborn DP. Physical health behaviours and health locus of control in people with schizophrenia-spectrum disorder and bipolar disorder: a cross-sectional comparative study with people with non-psychotic mental illness. *BMC Psychiatry* 2011;11:104.

31) Ryan P. Integrated theory of health behavior change: background and intervention development. *Clin Nurse Spec* 2009;23:161-172.

32) Liu M-H, Wang C-H, Huang Y-Y, Cherng W-J, Wang K-WK. A correlational study of illness knowledge, self-care behaviors, and quality of life in elderly patients with heart failure. *J Nurs Res* 2014;22:136-145.

33) Brewer NT, Chapman GB, Gibbons FX, Gerrard M, McCaul KD, Weinstein ND. Meta-analysis of the relationship between risk perception and health behavior: the example of vaccination. *Health Psychol* 2007;26:136-145.

34) Peterson NB, Dwyer KA, Mulvaney SA, Dietrich MS, Rothman RL. The influence of health literacy on colorectal cancer screening knowledge, beliefs and behavior. *J Natl Med Assoc* 2007;99:1105-1112.