

우울, 불안, 사회적지지가 노인 파킨슨병 환자의 자살생각에 미치는 영향

Influence of Depression, Anxiety and Social Support on Suicidal Ideation in Elderly Patients with Parkinson's Disease

박현주*, 손혜경**

부산여자대학교 간호학과*, 고신대학교 간호대학**

Hyun-Joo Park(joo1007kr@hanmail.net)*, Hye Gyeong Son(hkprin@kosin.ac.kr)**

요약

본 연구는 자살생각에 위험요인인 우울, 불안과 자살생각의 보호요인인 사회적지지를 중심으로 노인 파킨슨병 환자의 자살관련요인을 규명함으로써 노인 파킨슨병 환자의 자살예방 및 관리에 대한 간호중재의 기초자료를 마련하고자 시도 되었다. 자료수집기간은 2017년 11월부터 12월까지였고, 수집된 자료는 SPSS Win 19.0 program을 사용하여 빈도와 백분율, t-test, ANOVA, Scheffé test, 상관관계, 단계적 다중회귀분석으로 분석하였다. 연구대상자는 B시에 소재하는 2개 종합병원 외래에 등록된 노인 파킨슨병 환자 120명을 대상으로 우울, 불안, 사회적지지, 자살생각 정도를 확인하고, 변수들 간의 상관관계를 파악하여 최종 노인 파킨슨병 환자의 자살생각에 미치는 영향을 확인한 결과, 우울($\beta=.58, t=7.77, p<.001$)이 가장 큰 영향을 미치는 것으로 확인되었으며, 전체 설명력은 54%였다. 본 연구결과를 바탕으로 노인 파킨슨병 환자를 대상으로 자살생각을 예방하고 질병치료과정에 잘 적응하기 위한 포괄적인 중재전략이 필요하다.

■ 중심어 : | 파킨슨병 환자 | 우울 | 불안 | 사회적지지 | 자살생각 |

Abstract

Purpose: This study is to identify how depression, anxiety and social support influence on suicidal ideation of Parkinson disease patients related to general characteristics. Methods: This descriptive correlative study was conducted through an organized and structured questionnaire and 120 sampled Parkinson disease patients. Collected data was analyzed by t-tests, ANOVA, and Pearson's correlation coefficient and multiple regression analysis using SPSS 19.0. Results : Finding revealed 1) The degrees of suicidal ideation were significantly different upon the marital status($F=3.37, p=.021$) among groups, drinking($F=4.97, p=.008$) and smoking history($F=4.77, p=.010$): 2) Pearson's correlation coefficient indicated significant association among the depression, anxiety, social support and suicidal ideation 3) Multiple regression analysis showed depression($\beta=.58, t=7.77, p<.001$), social support($\beta=-.21, t=-2.69, p=.008$) and alcohol drinking($\beta=.17, t=2.61, p=.010$). Depression was the major influencing factor and it has 54% of explanation power. Conclusion: Based on the findings of this study, health professionals should provide parkinson disease patients with comprehensive and appropriate management method to prevent suicide ideation upon factors: depression, anxiety and social support to prevent suicide ideation. Especially, implement of self-help group program to parkinson disease patients is very needed.

■ keyword : | Parkinson Disease | Depression | Anxiety | Social support | Suicidal ideation |

* 본 논문은 2018년도 부산여자대학교 교내연구비 지원에 의하여 수행된 것임(과제번호:2018교-11)

접수일자 : 2018년 09월 26일

심사완료일 : 2018년 11월 12일

수정일자 : 2018년 11월 05일

교신저자 : 손혜경, e-mail : hkprin@kosin.ac.kr

I. 서론

1. 연구의 필요성

파킨슨병은 대표적인 노인성 질환 중 하나로 안정 시 진전, 근육의 강직, 몸동작이 느려지는 운동완서, 자세성 반사의 소실과 같은 운동기능 저하와 우울, 불안 등의 정서장애, 그리고 치매나 기억력 감소의 인지기능 장애 등이 동반될 수 있는 추체외로계의 만성 퇴행성 질환이다[1].

파킨슨병의 유병율은 미국의 경우 70세 이상 노인 인구 10만 명당 200명이 발병하는 것으로 보고되었고[2], 우리나라 경우도 65세 이상 인구의 1~1.6%가 파킨슨병을 앓고 있는 것으로 보고된 바 있다[3][4]. 우리나라 파킨슨병 진료 환자는 2010년 6만 1천 565명에서 2014년 8만 5천 888명으로 2만 4천 323명 증가하였고 2014년 기준으로 60세 이상 환자가 전체 환자의 95.7%를 차지하였으며[5], 우리나라의 평균 수명의 연장과 고령화 속도로 볼 때 향후 파킨슨병 환자의 수는 급격하게 증가할 것이다.

파킨슨병은 운동성 장애 외에 증상을 완화하기 위해 사용하는 약물로 인해 망상, 환각, 불면증 등이 나타남과 더불어 우울, 불안 등의 정서장애도 증가하고 있다[1]. 특히 우울은 파킨슨병 환자의 20~66%에서 나타나고[6], 이는 파킨슨병 환자와 그 가족에게까지 부정적 영향을 미쳐 일상생활을 유지하는데 어려움을 유발한다[7]. 뿐만 아니라 시간이 지날수록 양손과 다리, 얼굴, 온몸의 떨림으로 인한 운동기능 장애로 환자들은 일상생활을 유지하기가 어려워 독립적인 생활에 심각한 위협을 느낄 수 있으며[8], 갑작스런 증상으로 인한 당혹감과 신체상의 변화로 사회적 활동이 감소하여 대인관계의 위축을 초래하게 된다[8].

파킨슨병 환자의 우울과 불안은 지속적으로 높아지고 있으며[9], Yamanishi 등[10]은 파킨슨병 환자의 55%에서 불안이 나타나고, 56%에서는 우울이 나타난다고 하였다. 뿐만 아니라 불안이 우울과 동시에 나타나는 경우는 41%가 되며, 파킨슨병 환자의 우울에 대한 관심이 커지면서 동시에 자살에 대한 위험성에 대해서도 간과할 수 없는 실정이다.

자살은 국내에서 2004년 자살예방법이 제정될 만큼 국내·외적으로 심각한 사회문제로 대두되고 있다. 그 중 신체질환은 자살의 중요 요인 중 하나로, 만성질환으로 인한 대인관계단절, 실직, 약물부작용 등이 주요 인자이다[11]. 파킨슨병 환자의 자살율에 대한 정확한 통계결과는 보고되고 있지 않지만 국외 파킨슨병 환자의 자살충동은 22.7%로 보고[12]하고 있으며, 파킨슨병 환자의 대부분이 노인인 경우가 많다[6]. 국내 파킨슨병 환자의 노인층 비율이 증가하고 있는 현 시점에서 노인 파킨슨병 환자의 부정적 정서반응이 자살 행동과의 밀접한 관련성을 고려할 때, 노인 파킨슨병 환자의 자살생각을 파악하고 중재하는 것은 지역사회 내 위기간호에서 중요한 영역이 된다.

파킨슨병 환자의 신체적 질환 및 부정적 정서에 대한 간호를 위해서는 환자가 지각하는 사회적지지는 중요한 변수가 된다. 선행연구에서 사회적지지는 파킨슨병 환자가 질병을 극복하는 과정에서 중요한 요인이 되고 특히 의료인의 지지는 파킨슨병 환자의 증상관리에 핵심적인 역할을 한다[13]. 또한 사회적지지는 위기를 극복하고 우울을 감소시키는 정서적 지지체제로 질병을 극복하는데 필수적인 요소[14]이라고 할 수 있다. 사회적지지는 대인관계에서 상호작용을 통하여 타인으로부터 받을 수 있는 모든 형태의 긍정적 자원을 의미하는 것으로 개인의 문제를 해결하는데 도움을 주고 정서적 안정을 도모함으로써[15] 신체와 삶의 기대에 대한 상실감으로 무기력해지고 우울해져 자살충동을 경험[16]하는 노인 파킨슨병 환자에게 자살생각을 줄이는 중요한 요인이 될 수 있다.

파킨슨병 환자의 자살사고와 관련하여 선행연구를 살펴보면, 우울[6], 부정적 정서, 절망감[17], 지각된 장애[17] 등이 있다고 보고되고 있으나 아직까지 국내에서는 파킨슨병 환자를 대상으로 자살사고에 영향을 미치는 요인에 대한 연구는 매우 미흡하다.

이에 본 연구는 자살생각의 위험요인인 우울, 불안과 자살생각의 보호요인인 사회적지지를 중심으로 노인 파킨슨병 환자의 자살관련요인을 규명함으로써 노인 파킨슨병 환자의 자살예방에 대한 간호중재의 기초자료를 마련하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 노인 파킨슨병 환자의 자살예방관리 프로그램을 위한 기초자료를 제공하기 위해 노인 파킨슨병 환자의 자살생각과 그 관련요인을 밝히고자 하며, 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 노인 파킨슨병 환자의 우울, 불안, 사회적지지, 자살생각 정도를 파악한다.
- 2) 노인 파킨슨병 환자의 일반적 특성에 따른 자살생각 정도의 차이를 파악한다.
- 3) 노인 파킨슨병 환자의 우울, 불안, 사회적지지, 자살생각의 관계를 확인한다.
- 4) 노인 파킨슨병 환자의 자살생각에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

II. 연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 노인 파킨슨병 환자의 자살생각의 정도를 파악하고, 그 관련요인을 확인하여 노인 파킨슨병 환자의 자살예방과 관리 프로그램을 위한 기초를 제공하는 서술적 상관관계연구이다.

2. 연구대상

본 연구의 대상자는 B지역에 소개하는 2개 종합병원 외래에 등록되어 정기적으로 파킨슨병에 대한 진료를 받는 환자 120명을 편의표출하였다. 본 연구 참여에 동의한 대상자의 선정기준은 다음과 같다.

- 1) 만 65세 이상의 의사소통이 가능하고 질문지의 내용을 이해한 자
- 2) 본 연구의 목적을 이해하고 연구에 자발적으로 참여할 것을 수락한 자

3. 연구도구

3.1 우울

기분이 저조하거나 울적한 정서상태를 말하며 정상적이거나 비정상적인 것 모두를 포함한다[18]. 본 연구

에서는 Yesavage 등[19]이 개발한 30개 문항의 노인 우울 평가도구(Geriatric Depression Scale: 이하 GDS)를 정인과 등[20]이 표준화한 것을 사용하여 측정하였다. 이는 작성이 용이하고 비교적 짧은 시간 안에 실시가 가능한 검사로서, 대상자가 ‘예/아니오’로 응답하는 양분척도로서 30문항으로 이루어져 있다. 각 문항 당 0점 또는 1점을 부여하고, 11점 이상이면 약간의 우울 증상이 있는 것이며, 21점 이상인 경우는 우울 정도가 높은 것을 의미한다. 본 도구의 개발한 당시 신뢰도는 Cronbach's α 값은 .94이었으며, 이를 정인과 등[20]의 연구에서는 Cronbach's α 값은 .88이었으며, 본 연구에서는 Cronbach's α =.91이었다.

3.2 불안

한국판 Spielberger 상태-특성 불안 척도(Korean version Spielberger State-Trait Anxiety Inventory, 이하 STAI)를 사용하였다. STAI는 40개의 문항으로 구성된 자기 보고형 불안척도로서 시간의 경과에 따라 그 강도가 변화하는 상태불안과 비교적 변화하지 않고 개인차를 가지는 동거나 획득된 행동성향으로 보이는 특성불안을 파악하는 척도이다. 1~20번까지의 문항은 상태불안 척도(State Anxiety Inventory, 이하 SAI)로, 21~40번까지의 문항은 특성불안 척도(Trait Anxiety Inventory, 이하 TAI)로 구성되어 있다. 각 문항은 4점 Likert 척도로 ‘전혀 아니다’ 1점에서 ‘거의 언제나 그렇다’ 4점이며 각 문항마다 1~4점으로 채점되며 점수가 높을수록 불안이 심함을 의미한다. 본 도구의 신뢰도는 Cronbach's α 값은 개발 당시 .88이었으며, 파킨슨병 환자를 대상으로 한 최문기 등[9]의 연구에서는 .83이었으며, 본 연구에서는 Cronbach's α = .96 이었다.

3.3 사회적지지

다른 사람과의 상호작용을 통하여 만족되는 욕구로서 애정, 존중감, 가치감, 소속감, 안정감 등의 정서적 지지와 경제적 도움 정보제공 및 충고 등의 실질적지지를 의미한다[21]. 본 연구에서는 Sherbourne과 Stewart[21]가 개발한 도구를 Kim [22]이 번안한 도구를 이용하여 측정하였다. 이 척도는 총 20문항으로 구성되어 있으며,

Likert 5점 척도로 사회적 지지가 “전혀 없다”에 0점 “없는 편이다”에 1점, “간혹 있다”에 2점, “대부분 있다”에 3점, “항상 있다”에 4점을 주었으며, 점수가 높을수록 사회적지지가 높은 것을 의미한다. 도구의 신뢰도는 개발 당시 Cronbach’s $\alpha=.97$ 이었으며, 본 연구에서는 Cronbach’s $\alpha=.88$ 이었다.

3.4 자살생각

자신의 죽음을 초래할 의도를 가지고 자신의 죽음 동기를 인지하는 것[23]으로, 자살생각과 자살행동을 하나의 연속선으로 가정할 때 자살생각이 반드시 자살시도를 이끌지는 않지만 자살생각을 자살행동의 중요한 예언 지표[23]로 본다. 본 연구에서는 Beck 등[23]이 개발한 Scale for Suicidal Ideation(SSI)을 Park 등[24]이 자가 보고형 질문지로 번안 수정한 것을 사용하여 측정하였다. 설문지는 총 19문항이며, Likert 3점 척도로 자살생각이 없는 경우가 0점, 보통인 경우가 1점, 심한 경우가 2점으로 점수 범위는 0~38점까지이며, 점수가 높을수록 자살생각이 높은 것을 의미한다. 도구의 신뢰도는 개발 당시 Cronbach’s $\alpha=.89$ 이었으며, Park 등[24]의 연구에서는 Cronbach’s $\alpha=.87$, 본 연구에서는 Cronbach’s $\alpha=.93$ 이었다.

4. 자료수집

자료수집기간은 2017년 11월부터 12월까지였으며, 연구자는 B시에 소재하는 2개 종합병원 외래에 방문하여 각 기관의 해당부서 책임자에게 연구의 내용과 목적을 설명하고 설문조사를 승인 받았다. 본 연구는 연구윤리위원회의 심의를 받지 않았으나 대상자에게 본 연구의 목적, 연구 과정에 대해 상세하게 설명하고, 이 연구과제에 동의하지 않더라도 불이익을 받지 않으며 참여해야 할 의무는 없으며 또한 설문지를 작성하겠다고 동의한 경우라도 자유의사에 의하여 언제든지 이를 철회할 수 있다는 정보를 제공하였다. 연구대상자는 자의로 참여하는 사람에 한하여 선정하였으며, 응답한 내용을 연구 목적 이외의 다른 용도로 사용하지 않을 것을 약속하는 내용을 서면화하여 동의서를 받은 후 설문지를 수집하였다. 대상자 선정은 파킨슨병으로 진단받고

Hoehn과 Yahr Scale[25]에서 Stage 1~3에 해당하며, 의사소통이 가능하고 임상적으로 안정된 상태의 환자로 주치의의 추천을 받은 자로 하였다. 설문지 작성은 환자 본인이 직접 작성하도록 하였으며 시력저하 등 부득이한 사정으로 환자 본인이 작성하기 어려운 경우는 연구자가 읽어 주고 응답하도록 하였으며, 직접 회수하였다. 본 연구의 표본의 크기는 G*power 3.1 프로그램을 이용하여 유의수준 $\alpha .05$, 효과크기 .30, 검정력 .80으로 하여 산출한 결과 111명으로 계산되었으며, 본 연구에서는 총 130부를 배부하여 120부(92.3%)를 회수하였고, 총 120부를 최종 분석에 사용하였다.

5. 자료분석

수집된 자료는 연구 목적에 따라 SPSS WIN 19.0 program을 이용하여 분석하였으며, 노인 파킨슨병 환자의 일반적 특성은 빈도와 백분율로, 노인 파킨슨병 환자의 우울, 불안, 사회적지지, 자살생각 정도는 평균과 표준편차를 구하였다. 노인 파킨슨병 환자의 일반적 특성에 따른 자살생각 정도의 차이는 t-test와 ANOVA 검정을 이용하였으며, 사후차이검정을 위하여 Scheffe 분석방법을 이용하였다. 노인 파킨슨병 환자의 우울, 불안, 사회적지지, 자살생각 간의 상관관계는 Pearson’s correlation coefficient를 이용하였다. 노인 파킨슨병 환자의 자살생각의 관련요인을 파악하기 위해서는 단계적 다중회귀분석(stepwise multiple regression)으로 분석하였다. 회귀분석 시 명목척도의 변수는 가변수(dummy)로 전환하여 다중회귀분석에 포함하였다.

III. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

노인 파킨슨병 환자는 남성이 43.3%, 여성이 56.7%이었고, 나이는 70~75세 이하가 26.7%로 가장 많았고 75~80세 이하가 25.8%순이었다. 결혼상태는 기혼이 74.2%로 가장 많았으며, 종교에서는 무교가 45.8%로 가장 많았다. 학력은 고졸이 40.0%로 가장 많았고, 무직인 경우가 73.3%, 월 소득이 100~200만 원 이하인 경

우가 34.2%로 가장 많았다. 가장 도움을 많이 주는 사람은 배우자가 71.7%였으며, 의료보장형태에서는 의료보험이 64.9%였다. 음주정도에서는 술을 마시지 않는 경우가 48.3%로 가장 많았고 가끔 마신다가 45.0%, 매일 마신다는 6.7%순이었다. 흡연정도에서는 흡연을 하지 않는 경우가 62.2%로 가장 많았고, 매일 핀다는 16.7%, 가끔 피운다가 14.2%순이었다[표 1].

표 1. 일반적 특성

(N=120)

개념	범주	n(%)
성별	남자	52(43.3)
	여자	68(56.7)
연령 100.1	65세 이상 70세 미만	40(33.4)
	70세 이상 75세 미만	32(26.7)
	75세 이상 80세 미만	31(25.8)
	80세 이상	17(14.1)
결혼상태	기혼	89(74.2)
	사별	20(16.7)
	이혼/별거	11(9.1)
종교	기독교/가톨릭	29(24.2)
	불교	36(30.0)
	없음	55(45.8)
교육정도	중졸 이하	35(29.2)
	고졸 이하	48(40.0)
	대졸 이상	37(30.8)
직업	있음	32(26.7)
	없음	88(73.3)
월수입	<100	40(33.3)
	101~200	41(34.2)
	>200	39(32.5)
도움을 주는 사람	배우자	86(71.7)
	자녀	16(13.3)
	친척	10(8.3)
	없음	8(6.7)
의료보장	있음	74(64.9)
	없음	40(35.1)
음주	매일 마심a)	8(6.7)
	가끔 마심b)	54(45.0)
	전혀 마시지 않음c)	58(48.3)
흡연	매일 흡연함a)	20(16.7)
	가끔 흡연함b)	17(14.2)
	전혀 피우지 않음c)	83(69.1)
진단기간(년)	1년 미만	20(16.7)
	1년 이상 3년 미만	36(30.0)
	3년 이상 5년 미만	30(25.0)
	5년 이상	34(28.3)
기저질환	Yes	12(10.0)
	No	108(90.0)

2. 대상자의 우울, 불안, 사회적지지, 자살생각 정도

노인 파킨슨병 환자의 우울 정도는 최소 0점, 최대 30점으로 평균 18.2(±7.07)점으로 심한 우울의 기준인 21점보다는 낮았으나 보통 이상의 우울상태를 보였으며, 불안 정도에서 상태불안은 최소 20점, 최대 80점으로 평균 40.4(±4.77)점, 특성불안은 최소 20점, 최대 80점으로 평균 42.6(±5.33)점으로 보였으며 상태불안과 특성불안은 중간 정도의 불안상태였다. 사회적지지는 최소 10점, 최대 71점으로 평균 42.9(±10.54)점을 보여 사회적지지는 중간 정도였으며, 자살생각 정도는 최소 0점, 최대 38점으로 평균 7.8(±7.56)점을 보여 자살생각 정도가 낮았다[표 2].

표 2. 우울, 불안, 사회적지지, 자살생각 정도

(N=120)

변수	범위	평균±표준편차
우울	0-30	18.2±7.07
불안	상태	40.4±4.77
	특성	42.6±5.33
사회적 지지	10-71	42.9±10.54
자살사고	0-38	7.8±7.56

3. 일반적 특성에 따른 자살생각의 차이

노인 파킨슨병 환자의 특성에 따른 자살생각 정도의 차이를 분석한 결과, 자살생각은 결혼상태(F=3.37, p=.021), 음주(F=4.97, p=.008) 및 흡연(F=4.77, p=.010) 등 3개의 변수에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 사후 검정을 위하여 Scheffe방법으로 분석한 결과, 음주정도에서 매일 음주하는 집단과 가끔 음주하는 집단이 전혀 음주하지 않는 집단에 비하여 자살생각 정도가 유의하게 높았다. 또한 흡연정도에 있어서도 매일 흡연하는 집단과 가끔 흡연하는 집단이 전혀 흡연하지 않는 집단에 비하여 자살생각 정도가 유의하게 높았다[표 3].

표 3. 일반적 특성에 따른 자살생각의 차이

(N=120)

개념	범주	Mean±SD	F(t(p))
성별	남자	7.3±8.47	-0.57 (.568)
	여자	8.2±6.83	
연령	65세 이상 70세 미만	9.8±7.97	0.92 (.453)
	70세 이상 75세 미만	7.5±7.34	
	75세 이상 80세 미만	7.4±8.41	
	80세 이상	5.5±6.05	
결혼상태	기혼	6.53±6.64	3.37 (.021)
	사별	10.4±8.21	
	이혼/별거	11.45±9.32	
종교	기독교/가톨릭	8.2±7.10	1.02 (.366)
	불교	9.0±8.14	
	없음	6.8±7.41	
교육정도	중졸 이하	8.1±7.30	0.17 (.842)
	고졸 이하	8.1±8.12	
	대졸 이상	7.2±7.23	
직업	있음	6.5±6.84	-1.11 (.270)
	없음	8.3±7.80	
월수입	<100	9.3±8.50	1.19 (.309)
	101~200	7.1±7.38	
	>200	7.0±6.64	
도움을 주는 사람	배우자	6.3±7.12	2.02 (.096)
	자녀	7.8±6.74	
	친척	9.9±6.74	
	없음	12.9±10.44	
의료보장	있음	7.5±7.28	-0.57 (.570)
	없음	8.3±8.09	
음주	매일 마심a)	10.0±10.32	4.97 (.008) b)c
	가끔 마심b)	9.8±8.22	
	전혀 마시지 않음c)	5.6±5.84	
흡연	매일 흡연함a)	10.0±8.87	4.77 (.010) b)c
	가끔 흡연함b)	11.8±8.47	
	전혀 피우지 않음c)	6.5±6.67	
진단기간(년)	1년 미만	6.1±7.33	2.37 (.075)
	1년 이상 3년 미만	7.3±6.81	
	3년 이상 5년 미만	6.4±6.37	
	5년 이상	10.5±8.87	
기저질환	Yes	8.7±6.02	0.42 (.677)
	No	7.7±7.73	

4. 우울, 불안, 사회적지지, 자살생각 간의 상관관계

노인 파킨슨병 환자의 우울, 불안, 사회적지지와 자살생각과의 상관관계 결과, 노인 파킨슨병 환자의 자살생각은 사회적 지지($r=-.286, p<.001$)와는 통계적으로 유의한 음의 상관관계를 나타냈으며, 우울($r=.353, p<.001$), 상태불안($r=.212, p<.001$), 특성불안($r=.225, p<.001$)과는 양의 상관관계를 보였다. 파킨슨병환자의 우울은 사회적지지($r=-.425, p<.001$)와 통계적으로 유의한 음의 상관관계를 나타냈으며, 상태불안($r=.582, p<.001$), 특

성불안($r=.609, p<.001$)과는 양의 상관관계를 보였다. 이는 노인 파킨슨병 환자들의 우울과 불안이 높을수록, 사회적 지지가 낮을수록 자살생각이 높음을 의미한다 [표 4].

표 4. 우울, 불안, 사회적지지, 자살생각 간의 상관관계

(N=120)

변수	불안		사회적 지지 $r(\rho)$	자살사고 $r(\rho)$
	상태 $r(\rho)$	특성 $r(\rho)$		
우울	.582(<.001)	.609(<.001)	-.425(<.001)	.354(<.001)
불안	상태	-.841(<.001)	-.494(<.001)	.212(<.001)
	특성	-	-.525(<.001)	.225(<.001)
사회적 지지			-	-.286(<.001)

4. 노인 파킨슨병 환자의 자살생각에 영향을 미치는 요인

노인 파킨슨병 환자의 자살생각에 영향을 미치는 관련 요인을 파악하기 위해 단계적 다중회귀분석을 실시하였다. 이때 결혼상태, 음주, 흡연 등의 명목변수는 가변수(dummy) 처리하여 단계적 다중회귀분석에 포함하였다. 공차한계(tolerance)의 범위 .76~.85로 0.1 이상이었고, 분산팽창인자(Variance Inflation Factor, VIF) 1.18~1.31로 기준치인 10을 넘지 않아 다중공선성의 문제가 없는 것으로 파악되었다. 잔차의 독립성 검증을 위해 실시한 Durbin -Watson값 역시 2.02로 2에 가까워 자기상관이 없는 것으로 나타나 회귀분석을 실시하기에 적합한 것으로 확인되었다. 다중회귀분석 결과, 노인 파킨슨병 환자의 자살생각에 유의한 영향을 미치는 관련요인은 우울($\beta=.58, t=7.77, p<.001$), 사회적지지($\beta=-.21, t=-2.69, p=.008$), 음주($\beta=.17, t=2.61, p=.010$)이었으며, 이들 전체 변인들은 자살생각에 대해 54%의 설명력을 보였다[표 5].

표 5. 우울, 불안, 사회적지지, 자살생각 간의 상관관계

(N=120)

변수	β	t	p	R2	Adj. R2
우울	.58	7.77	<.001	.49	.49
사회적 지지	-.21	-2.69	.008	.52	.52
음주 [†]	.17	2.61	.010	.54	.54
Adj. R ² =.54 F=46.93 p<.001					

[†]가변수(음주: 음주하지 않는 그룹=0, 음주 그룹=1)

IV. 논의

본 연구는 노인 파킨슨병 환자의 자살생각과 그 관련 요인을 파악함으로써, 노인 파킨슨병 환자의 우울 및 자살예방 관리를 위한 중재법 개발에 기초자료를 제공하고자 시도되었다.

본 연구에서 노인 파킨슨병 환자의 우울 정도는 30점 만점에 기준점(cut-off) 11점 보다 높은 평균 18.2점으로 중간 이상의 우울을 보였다. 파킨슨병 환자를 대상으로 우울을 연구한 최문기 등[9]의 연구에서는 15점 만점에 평균 5.06점이었으며, 노인 파킨슨병 환자를 대상으로 한 송경애 외[8] 연구에서는 우울이 7.78점이었고 같은 도구를 사용하여 일반 노인을 대상으로 한 Won과 Kim[26]의 연구에서는 우울이 4.94점으로 노인 파킨슨병 환자의 우울정도가 일반 노인보다 더 높은 것을 알 수 있었다. 이는 우울을 유발하는 심리사회적 스트레스 중 가장 큰 영향을 미치는 요인인 상실은 실제 존재하거나 상상에 의한 것일 수 있으며 사랑하는 사람, 신체적 기능, 지위, 자존감의 상실 등을 포함하고 있다[27]. 그 중 신체적 기능의 상실인 신체질환은 우울을 유발하는 촉발 요인이 된다고 할 수 있다. 만성신부전 환자[14] 등과 같은 만성질환자나 암환자[28]의 경우에서도 우울이 높다고 보고한 선행연구 결과에서 알 수 있듯이 신체질환은 우울의 주요인자임을 시사한다. 그렇기 때문에 노인 파킨슨병 환자의 신체적 증상으로 인한 우울을 조절할 수 있는 우울중재 프로그램이 활성화되어야 할 것이다.

노인 파킨슨 환자의 불안은 각 80점 만점에 상태불안 평균 40.4점, 특성불안 평균 42.6점으로 보통의 불안 정도를 보였다. 파킨슨병 환자의 상태불안을 연구한 배은숙과 염동문[29]의 연구에서는 상태불안 53.42점으로 본 연구결과보다 상태불안이 높았으며, 노인 만성질환자의 상태불안을 연구한 정현진, 김옥수[30]의 연구에서의 상태불안은 평균 40.8점으로 본 연구와 유사한 결과를 보였다. 평가도구가 달라 직접적인 비교는 어렵지만 시설노인의 불안을 연구한 이선영[31]의 연구에서는 상태불안은 37.2점이었으며, 이를 통해 노인 파킨슨병 환자의 불안정도가 일반 노인보다 더 높은 것을 알 수

있었다. 특히 노인을 대상으로 한 선행연구에서 불안 증 상태불안만을 연구하였는데, 이는 비교적 변화하지 않고 개인차를 가지는 특성불안보다는 시간의 경과에 따라 그 정도가 변화하는 상태불안을 측정하는 것이 상황과의 상관여부를 더 잘 설명할 수 있을 것으로 보여진다. 노인은 사회적 지위나 역할의 감소, 사회적 활동의 위축, 질병, 빈곤 등의 문제로 불안을 경험하게 되는데[29], 특히 질병과 관련하여 증상의 악화 및 사회적 고립은 노인에게 스트레스 요인으로 작용하고 상황에 따라 변화되는 상태불안을 유발할 수 있는 요인이 될 것으로 생각된다. 그래서 같은 노인이라고 하더라도 신체적 질병이 있는 노인에게서 더 높은 불안을 확인할 수 있었으며, 이와 같은 부정적 정서를 중재하기 위한 프로그램 개발이 절실하다.

노인 파킨슨병 환자의 사회적지지는 80점 만점에 평균 42.9점으로 사회적지지를 보통으로 지각하고 있었다. 파킨슨병 환자를 대상으로 사회적지지를 연구한 김유리와 민혜숙[13] 연구에서는 85점 만점에 평균 79.48점으로 사회적지지 정도가 높았다. 일반 노인을 대상으로 연구한 김정희 외[32] 연구에서는 사회적지지가 4점 만점에 평균 3.1점으로 높은 사회적 지지를 나타냈다. 노인 파킨슨병 환자들은 파킨슨병을 극복하는 과정에서 의료진이나 가족, 친구 등의 사회적지지가 있다고 지각하고 있으며 질병 극복하기 위한 환자의 의지와 노력에 사회적지지가 필요함을 느끼는 것으로 보여진다. 김유리와 민혜숙[13]의 연구에서도 의료진의 지지가 환자의 자가간호수행에 영향을 미치는 것으로 보고하고 있는 것과 같이 파킨슨병 환자에서 사회적지지는 중요한 요소이기 때문에 가족이나 의료진의 적극적인 지지가 중요하다. 특히 노인 파킨슨병 환자의 질병과 증상 관리 및 일상생활활동 관리를 위해 구체적인 정보 제공 및 영양관리, 자조모임 참석 등을 중재하고 환자가 수행할 수 있도록 교육하는 것이 중요할 것으로 사료된다.

노인 파킨슨병 환자의 자살생각 정도는 38점 만점에 평균 7.8점으로 자살생각 정도가 낮았다. 그러나 파킨슨병 환자를 대상으로 연구한 Berardelli 등[17]의 연구에서는 신체적 장애와 부정적 정서에 의해 자살충동이 증가하고 있다고 하였다. 또한 파킨슨병 환자를 대상으로

로 연구한 Plafer와 Hindle[33]은 파킨슨병 환자가 경제적 부담감과 함께 우울, 피로, 일상생활 수행능력의 저하, 무기력감 등으로 인해 자살생각이 높다고 보고하고 있다. 비록 본 연구에서 노인 파킨슨병 환자의 자살생각이 낮다고 하더라도 부정적 정서인 우울을 보통이상으로 경험하고 있어 자살충동에 대한 위험을 완전히 배제할 수는 없다. 선행연구[17][33]에서 우울은 자살사고를 설명하는 중요한 요인으로 보고하고 있는 바, 노인 파킨슨병 환자들이 자신의 자살생각을 직접적인 자살행동으로 옮기지 않도록 지속적이고 실질적인 지지와 정서적 만족감을 제공하는 것이 중요하다고 사료된다.

노인 파킨슨병 환자의 일반적 특성에 따른 자살생각 정도를 살펴보면, 결혼상태, 음주, 흡연에 따라 자살생각 정도에 차이를 보였다. 결혼상태에 따라 자살생각 정도에 차이를 보였으나, 사후검정에서 각 집단 간에 통계적으로 유의한 차이가 없어 명확한 진술이 어렵다. 그러나 암환자를 대상으로 한 Labisi [34]의 연구에서는 사별이나 이혼한 사람이 기혼인 사람보다 자살생각이 높다는 연구결과에서 보듯이 사별과 이혼 등으로 인한 사회적 고립은 자살생각의 중요한 원인인 반면, 활발한 인간관계와 가족적지지 등은 사회적으로 고립된 사람들의 자살생각을 억제하는 요인이라는 주장[34]이 있으므로 대상자 수를 확대하여 추후 연구가 필요하다.

음주에서는 매일 음주하는 사람이 가끔 음주하거나, 전혀 음주하지 않는 사람보다 자살생각 정도가 유의하게 높았다. 노인 파킨슨병 환자의 음주는 알코올의 약리작용으로 인해 중추신경계 억제 효과를 보이고, 억제성 신경전달물질인 GABA (Gamma-Amino Butyric Acid)의 작용을 항진시킬 뿐 아니라, 우울증과 관련이 높은 신경전달물질 serotonin 분비를 감소시켜 자살생각을 행동으로 옮길 위험이 높아진다[35]. 뿐만 아니라 장기간의 음주는 공격성과 충동성이 증폭시켜, 부정적 감정, 절망감 등을 증가시켜 자살의 유발요인으로 작용하고, 심리적 자제력을 약화시켜 극심한 스트레스나 정신질환 여부와 관계없이 순간적으로 자살 위험을 높일 수 있다[35]. 더욱이 노인 파킨슨병 환자는 경제적 문제, 대인관계의 어려움, 신체 피로, 가족역할의 변화, 제한된 식이 등으로 인해 심각한 신체적, 심리적 스트레스

로 무력감과 절망감 및 고독을 느끼고 있어[9] 음주환경에 노출될 위험이 높다. 이와 같이 노인 파킨슨병 환자에 있어 음주는 신체적 악화뿐만 아니라 심리적 문제까지 유발하기 때문에 노인 파킨슨병 환자의 단주는 반드시 이루어져야 하는 필수적인 부분이라 사료된다.

흡연에서는 매일 흡연하는 사람이 가끔 흡연하거나, 전혀 흡연을 하지 않은 사람보다 자살생각 정도가 높았는데, 이는 흡연과 자살은 용량 의존적 관계(dose-dependent relationship), 즉 흡연이 심할수록 우울증과 이와 관련된 자살이 증가한다는 Martini, Wagner와 Anthony[36]의 주장과 일치한다. Alberto 와 Michael[2]는 자가투약 가설에 의해 니코틴이 중추신경계의 신경조절 계통에 작용하여 우울증상의 경감을 경험하기 때문에 니코틴에 대한 갈망을 유발시켜 흡연에 대한 강력한 긍정적 강화를 받게 되어 흡연을 지속하게 된다고 하면서 파킨슨병 환자에게 흡연은 위험요소라고 하였다. Martini 등[36]은 니코틴 의존은 정신적 질환이나 신체적 질환의 여부와 상관없이 자살시도와 관련이 있다고 보고하였다. 이에 흡연하는 노인 파킨슨병 환자의 자살생각에 대한 관리와 함께 환자 개인의 금연 실천의지를 강화시키는 금연중재 간호를 함께 진행되어야 할 것으로 사료된다.

자살생각과의 관련요인을 확인하기 위해 노인 파킨슨병 환자의 특성 중 유의한 변수로 나타난 결혼상태, 음주, 흡연을 포함한 우울, 불안, 사회적지지를 분석한 결과, 자살생각에 가장 큰 영향을 미치는 중요한 요인은 우울로 나타났다. 우울은 노인 파킨슨병 환자의 가장 흔한 합병증으로 알려져 있으며[9], 우리나라의 경우는 35~42%[3][4]로 보고되었다. 또한 우울은 정서적인 증상 외에 집중력이나 기억력 감퇴와 같은 인지증상 및 피로, 수면장애, 통증, 체중변화 같은 신체증상 등도 포함하기 때문에 노인 파킨슨병 환자의 우울은 신체적 질병의 경과를 악화시킬 수 있고, 대인관계를 위축시켜 자살시도까지 악화될 수 있음[33]이 보고되었다. 이러한 보고 결과를 평가했을 때 노인 파킨슨병 환자의 우울이 조절되지 않는다면 자살생각 증가나 자살시도로 이어질 위험성이 보이는 바, 노인 파킨슨병 환자의 우울예방을 위한 간호중재 프로그램 및 전략 개발 모색이

필요한 것으로 사료된다.

사회적지지는 정서적지지 체제의 중요한 개념으로 가까운 친구, 가족으로부터의 긍정적이고 도움을 받는 것은 자살생각을 감소시켜 투병생활의 성공적인 적응을 위한 중요한 요소[37]였다. 특히 위기상황에서 환자의 우울, 불안, 절망감 등의 부정적인 정서를 감소시켜 주는 가장 중요한 요인임을 의미하며, 신체적 소진 및 부작용, 반복적인 입·퇴원 등의 부정적인 요소들을 극복하는데 사회적지지가 중요한 역할을 한다. 그러나 투병기간이 길어질수록 사회적지지가 감소되므로[32] 여생동안 지속되어야 하는 질병관리를 고려할 때 사회적지지가 문제가 될 수 있다. 그렇기 때문에 사회적지지를 지속적으로 유지할 수 있는 간호중재로 전문적 지식에 근거한 질병과정에 대한 정보제공 및 배려를 통한 지속적인 의료인의 지지와 사회복지 정책 마련이 필요하다고 생각된다.

본 연구에서는 불안이 노인 파킨슨병 환자의 자살생각에 영향을 미치지 못하는 것으로 나타났다. 이는 Kummer 등[5]의 연구에서 파킨슨병 환자의 자살충동과 사회불안장애가 관련성이 있다고 보고하고 있지만 Kummer 등[5]의 연구에서도 파킨슨병 환자의 자살충동의 영향요인으로는 주요우울이라고 설명하고 있어 본 연구와 유사한 결과를 보였다. 그러나 파킨슨병 환자의 불안은 우울과 높은 상관관계를 보이고 있기 때문에 우울관리와 더불어 불안에 대한 지속적인 관리도 필요하다고 하겠다.

본 연구는 부산광역시 소재의 2개 종합병원에 등록된 노인 파킨슨병 환자를 대상으로 했기 때문에 전체 노인 파킨슨병 환자의 결과로 일반화하기 어렵다는 제한점이 있지만, 외국에 비해 노인 파킨슨병 환자의 자살생각에 대한 간호연구가 부족한 상황에서 국내 노인 파킨슨병 환자를 대상으로 자살생각 관련요인을 밝혔다는 점에서 의의가 있다고 본다. 따라서 노인 파킨슨병 환자의 자살생각을 예방하고 질병치료과정에 잘 적응하기 위해 노인 파킨슨병 환자들의 지속적인 지지체계 형성과 우울 중재프로그램 개발이 필요하고, 자살 고위험군에 대한 자살예방 및 위기중재를 위해 의료진의 세심한 관심이 필요하며, 전인적인 간호를 제공하기 위한

포괄적인 중재전략이 필요할 것으로 보인다.

참고 문헌

- [1] L. P. Henry and B. S. Matthew, "Clinical manifestations of Parkinson's disease," In L. W. Ray and C. K. William, *Movement Disorders (2nd ed.)*, USA: Hill Co, 2004.
- [2] A. Alberto and A. S. Michael, "The epidemiology of Parkinson's disease: risk factors and prevention," *The Lancet Neurology*, Vol.15, pp.1257-1272, 2016.
- [3] 이지은, 최정규, 임현선, 김중현, 조경희, 김규식, 이필휴, 손영호, 이준홍, "국민건강보험공단 표본 코호트 자료를 이용한 한국인 파킨슨 환자의 유병률 및 발생률," *대한신경과학회지*, 제35권, 제4호, pp.191-198, 2017.
- [4] 고성복, "파킨슨병의 진단과 치료," *가정의학회지*, 제24권, 제12호, pp.191-198, 2017.
- [5] M. S. Son and S. C. Seong, *2015 National Health Insurance statistical yearbook*, Wonju: Health Insurance Review & Assessment Service, National Health Insurance Service; 2016.
- [6] A. Kummer, F. Cardoso, and A. L. Teixeira, "Suicidal Ideation in Parkinson's Disease," *Eur Psychiatry*, Vol.14, No.8, pp.431-436, 2009.
- [7] L. P. Henry and B. S. Matthew, "Clinical manifestations of Parkinson's disease," In L. W. Ray and C. K. William, *Movement Disorders (2nd ed.)*, USA: Hill Co, pp.233-245, 2004.
- [8] 송경애, 최동원, 박혜자, "파킨슨병 환자의 인구학적, 임상적 특성에 따른 우울, 일상생활 수행능력 및 인지기능," *기본간호학회지*, 제13권, 제2호, pp.249-256, 2006.
- [9] 최문기, 이주희, 추상희, 손영호, "파킨슨병 환자

- 의 우울과 통증, 신체기능,” 노인간호학회지, 제15권, 제3호, pp.236-245, 2013.
- [10] T. Yamanishi, H. Tachibana, M. Oguru, K. Matsui, K. Toda, B. Okuda, and N. Oka, “Anxiety and depression in patients with Parkinson’s disease,” *Internal Medicine*, Vol.52, No.5, pp.539-545, 2013.
- [11] 김수현, 최연희, “노인의 자살사고에 대한 스트레스의 영향정도,” *성인간호학회지*, 제20권, 제2호, pp.200-208, 2008.
- [12] V. S. Kostić, T. Pekmezović, A. Tomić, M. Ječmenica-Lukić, and T. Stojković, “Suicide and suicidal ideation in Parkinson’s disease,” *Journal of the Neurological Sciences*, Vol.289, pp.40-43, 2010.
- [13] 김유리, 민혜숙, “파킨슨병 환자의 자가간호수행에 영향을 미치는 요인,” *재활간호학회지*, 제13권, 제2호, pp.140-150, 2010.
- [14] 배정이, 박현주, 김송순, 방지수, “만성신부전 환자의 우울 관련요인,” *정신간호학회지*, 제20권, 제3호, pp.261-270, 2011.
- [15] M. H. Jang and Y. H. Kim, “The relationship of stress, depression and suicidal ideation in the elderly,” *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, Vol.14, pp.33-42, 2005.
- [16] P. R. Duberstein, Y. Conwell, K. R. Conner, S. Eberly, and E. D. Caine, “Suicide at 50 years of age and older: Perceived physical illness, family discord and financial strain,” *Psychological Medicine*, Vol.34, pp.137-146, 2004.
- [17] I. Berardelli, D. Belvisi, V. Corigliano, M. Costanzo, M. Innamorati, G. Fabbrini, A. Berardelli, and M. Pompili, “Suicidal Ideation, Perceived Disability, Hopelessness and Affective Temperaments in patients affected by Parkinson’s disease,” *International Journal of Clinical Practice*, Vol.34, pp.137-146, 2018.
- [18] A. T. Beck, C. H. Ward, M. Mendelson, J. Mock, and J. Erbaugh, “An inventory for measuring depression,” *Archives of General Psychiatry*, Vol.127, No.4, pp.561-571, 1961.
- [19] J. A. Yesavage, T. L. Brink, O. Lum, V. Huang, M. Adey, and V. O. Leirer, “Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report,” *J Psychiat Res*, Vol.17, pp.37-49, 1983.
- [20] 정인과, 광동일, 조숙행, 이현수, “한국형 노인우울검사 표준화 검사 연구,” *노인정신의학*, 제1권, 제1호, pp.61-72, 1997.
- [21] C. D. Sherbourne and A. L. Stewart, “The MOS social support survey,” *Social Science & Medicine*, Vol.32, No.6, pp.705-714, 1991.
- [22] 김연진, *혈액투석 환자가 지각하는 불확실성과 안녕감*, 건국대학교, 석사학위논문, 2009.
- [23] A. T. Beck, M. Kovacs, and A. Weissman, “Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation,” *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol.47, No.2, pp.343-352, 1979.
- [24] G. B. Park, C. S. Kim, G. J. Oh, and M. S. Shin, “The Structural Relation among Depression, Hopelessness, and Suicidal Ideation,” *The Korean Journal of Clinical Psychology*, Vol.9, No.1, pp.1-19, 1990.
- [25] G. C. Goetz, W. Poewe, O. Rascol, C. Sampaio, G. T. Stebbins, C. Counsell, N. Giladi, R. G. Holloway, C. G. Moore, G. K. Wenning, M. D. Yahr, and L. Seidl, “Movement Disorder Society Task Force Report on the Hoehn and Yahr Staging Scale: Status and Recommendations. The Movement Disorder Society Task Force on Rating Scales for Parkinson’s Disease,” *Journal of International Parkinson and Movement Disorders*, Vol.19, No.9, pp.1020-1028, 2004.

[26] J. S. Won and J. H. Kim, "Influencing Factors on Cognitive Function and Depression in Elderly," *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, Vol.12, No.2, pp.148-154, 2003.

[27] American psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical manual of mental disorder, DSM-5TM(5th)*, Washington, DC: American psychiatric Association, 2013.

[28] 이정화, "유방암 환자의 건강관련 삶의 질이 우울증상에 미치는 영향," *한국심리학회지*, Vol.16, No.4, pp.499-515, 2011.

[29] 배은숙, 엄동문, "파킨슨병 환자의 우울, 불안 및 만성질환에 기대되는 낙인중재를 위한 전화사용 인지행동치료 효과," *성인간호학회지*, 제27권, 제2호, pp.223-232, 2015.

[30] 정현선, 김옥수, "노인 만성질환자의 불안, 우울, 건강행위에 관한 연구," *Health & Nursing*, 제25권, 제2호, pp.35-46, 2013.

[31] 이선영, "시설노인의 불안, 우울, 수면장애 및 피로에 대한 향요법 손마사지의 적용 효과," *기초간호자연과학회지*, 제13권, 제1호, pp.29-35, 2011.

[32] 김정희, 김옥, 김숙향, 이경준 "노인의 사회적 지지가 노화불안에 미치는 영향과 자아존중감의 매개효과," *노인복지연구*, 제64권, pp.323-343, 2014.

[33] J. Plafer and J. Hindle, *Parkinson's disease in the older patient (2nd ed.)*, Abingdon, England: Radcliffe Publishing Ltd. Abingdon, 2008.

[34] O. Labisi, "Suicide risk assessment in the depressed elderly patient with cancer," *Journal of Gerontological Social Work*, Vol.47, No.2, pp.17-25, 2006.

[35] L. Sher, "Alcohol dependence: Neurobiological and clinical aspects," *The Scientific World Journal*, Vol.6, pp.700-706, 2006.

[36] S. Martini, F. A. Wagner, and J. C. Anthony,

"The association of tobacco smoking and depression in adolescence: Evidence from the United States," *Journal of Substance Use & Misuse*, Vol.37, pp.1853-1867, 2002.

[37] M. H. Jang and Y. H. Kim, "The relationship of stress, depression and suicidal ideation in the elderly," *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, Vol.14, pp.33-42, 2005.

저 자 소 개

박 현 주(Hyun-Joo Park)

정희원



- 2006년 2월 : 인제대학교(간호학 석사)
- 2013년 2월 : 인제대학교(간호학 박사)
- 2013년 9월 ~ 현재 : 부산여자대학교 간호학과 조교수

<관심분야> : 정신보건, 외상후스트레스 장애

손 혜 경(Hye Gyeong Son)

정희원



- 1999년 2월 : 인제대학교(간호학 학사)
- 2007년 2월 : 고신대학교(간호학 석사)
- 2015년 2월 : 인제대학교(간호학 박사)

▪ 2016년 3월 ~ 현재 : 고신대학교 간호대학 조교수

<관심분야> : 종양, 만성질환, 혈액종양