

# 파킨슨병 환자의 극복력과 영향요인

김성렬<sup>1</sup> · 정선주<sup>2</sup> · 신나미<sup>5</sup> · 신혜원<sup>3</sup> · 김미선<sup>4</sup> · 이숙자<sup>6</sup>

서울아산병원 신경과 임상전문간호사 · 고려대학교 간호대학 박사과정<sup>1</sup>,  
서울아산병원 신경과 조교수<sup>2</sup>, 신경과 전문의<sup>3</sup>, 코디네이터<sup>4</sup>,  
고려대학교 간호대학 조교수<sup>5</sup>, 교수<sup>6</sup>

## Resilience in Patients with Parkinson's Disease

Kim, Sung Reul<sup>1</sup> · Chung, Sun Ju<sup>2</sup> · Shin, Nah-Mee<sup>5</sup> · Shin, Hae-Won<sup>3</sup> · Kim, Mi Sun<sup>4</sup> · Lee, Sook Ja<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Clinical Nurse Specialist, Asan Medical Center · Doctoral student, College of Nursing, Korea University,

<sup>2</sup>Assistant Professor, Department of Neurology, <sup>3</sup>MD, Department of Neurology, <sup>4</sup>Coordinator, Asan Medical Center,

<sup>5</sup>Assistant Professor, <sup>6</sup>Professor, College of Nursing, Korea University

**Purpose:** The aim of this study was to investigate the level of resilience and related factors in patients with Parkinson's disease (PD) in Korea. **Methods:** Data were obtained from 148 patients using the Resilience Scale (RS), Beck's Depression Inventory (BDI), and Spielberger's Anxiety Inventory (AI). **Results:** The mean scores of the RS, BDI, and AI were 127.7±21.6, 12.9±9.3, and 41.9±11.1, respectively. The RS score was strongly correlated with the BDI score ( $r=-.531, p<.001$ ) and the AI ( $r=-.572, p<.001$ ). The resilience was significantly revealed by household income ( $F=4.002, p=.009$ ) and presence of a hobby ( $t=-3.300, p=.001$ ). In addition, resilience was significantly correlated with age of disease onset ( $r=.164, p=.046$ ), years of living with PD ( $r=-.262, p=.001$ ), and the length of treatment with levodopa ( $r=-.283, p<.001$ ). From the stepwise multiple regression analysis, the most important factors related to the RS score were the AI score, household income, and length of treatment with levodopa. **Conclusion:** Understanding these factors is essential for developing effective interventions to improve resilience in patients with PD.

**Key Words :** Parkinson's disease, Resilience

## 서 론

### 1. 연구의 필요성

파킨슨병은 흑질의 도파민성 신경세포의 소실을 초래하는 퇴행성 뇌질환으로 유병률은 전 세계적으로 인구 10만 명당 18~418명으로 보고되고 있으며 발병률은 1년에 10만

명당 4.9~26명으로 추정되고 있다 (Jankovic & Tolosa, 2002). 최근 국내 보고 자료에 의하면 파킨슨병 환자의 국내 유병률은 연 평균 13.9%씩 증가하여 2004년 39,265명이었던 환자의 수가 2008년 65,945명으로 약 1.7배 증가하였다 (Health Insurance Review & Assessment Service, 2009).

파킨슨병의 증상은 운동성 증상과 비운동성 증상으로 나누어지며, 운동성 증상은 안정 시 진전, 서동증, 경직, 균형

**주요어 :** 파킨슨병, 극복력

**Address reprint requests to :** Lee, Sook Ja, College of Nursing, Korea University, 126-1 Anam-dong 5ga, Sungbuk-gu, Seoul 136-705, Korea.  
Tel: 82-2-3290-4914, Fax: 82-2-927-4676, E-mail: scslee@korea.ac.kr

- 본 연구는 고려대학교 간호학연구소의 연구비를 지원받아 시행되었음.

투고일 2009년 11월 17일 / 수정일 2010년 2월 8일 / 게재확정일 2010년 2월 15일

장애, 보행동결, 구부정한 자세 등이 있고, 비운동성 증상은 수면장애, 통증, 변비, 소변장애, 발한장애, 피로, 우울, 불안 등이 포함된다 (Adler, 2005; Jankovic & Tolosa, 2002; Shulman, Taback, Bean, & Weiner, 2001). 파킨슨병 환자의 소실된 신경세포를 재생시키는 근본적인 치료법은 아직 없으며, 현재의 치료는 약물 혹은 수술적인 치료, 운동 치료를 통하여 증상을 조절하는 것이다 (Presented by the Parkinson Study Group et al., 2009).

초기 단계의 파킨슨병 환자는 소량의 약물로 증상이 잘 조절되어 일상생활을 수행하는데 도움을 전혀 필요로 하지 않지만, 진행된 파킨슨병 환자는 기본적인 일상생활 등에 어려움을 경험하게 되고 이러한 일상생활의 장애는 질병이 진행됨에 따라 계속 증가한다 (Koplas et al., 1999). 과거에는 파킨슨병 환자의 운동증상과 이에 대한 치료에 관한 연구가 주를 이루었으나 최근에는 파킨슨병 환자의 삶의 질이나 우울, 조기 은퇴로 인한 소외감, 가족 간의 갈등 등 환자들이 경험하는 사회심리적인 문제에 관한 연구들이 증가하고 있다 (Calne, Lidstone, & Kumar, 2008; Koplas et al., 1999; Shulman et al., 2001; Sohng, Moon, Lee, & Choi, 2007).

Shapiro (2002)는 노인의 대다수와 18~44세 젊은 성인의 3분의 1에 해당하는 인구가 만성질환을 갖고 있다고 언급하면서 이들의 질병 및 증상관리에 도움을 줄 수 있는 사회심리적인 요인 중 극복력이 만성질환자와 가족에게 중요하다고 하였다. 극복력이란 개인이 역경으로부터 회복하여 긍정적인 적응결과를 가져오게 하는 사회 심리적 능력을 표현하는 개념으로 (Kim & Yoo, 2004; Wagnild & Young, 1993) 생의 과정 가운데 어려운 상황이나 역경, 스트레스, 고통을 성장의 경험으로 전환하고 앞으로 나아가는 능력을 말한다 (Polk, 1997). 또한 극복력은 모든 인간이 어려움이나 스트레스 상황에 처해 있을 때 이를 이겨낼 수 있는 긍정적인 힘과 강점을 지니고 있다는 전제 하에 위기에서 원래대로 되돌아갈 수 있는 능력, 끊임없는 도전을 극복하는 힘으로 언급되며, 위기와 도전에 대한 반응으로 인내하고 성장해 가는 역동적 과정을 의미한다 (Walash, 1998). 이처럼 극복력의 개념은 초기 연구에서는 개인이 타고난 선천적으로 획득된 고정적인 능력이나 특성으로 표현되었으나 (Jacelon, 1997) 이후에는 결과 (Vinson, 2002)나 발달 단계 및 환경에 따라 변화하는 대처과정의 다변적이며 역동적인 본질을 내포하고 있는 과정으로 설명되고 있다 (Olsson, Bond, Burns, Vella-Brodrick, & Sawyer, 2003). Hardy, Concato와 Gill

(2004)은 지역사회 거주 노인을 대상으로 극복력을 조사한 결과, 극복력은 우울 정도가 낮고 독립적인 일상생활 수행능력이 가능하며 자가 측정된 건강 (self-rated health)의 정도가 높을수록 높다고 하였으며, Yoo (2004)는 류마티스 관절염 환자의 극복력을 연구한 결과, 환자의 극복력은 일상생활 정도, 우울과 상관관계가 있다고 하였다. 또한 암 환자의 극복력에 영향을 미치는 요인을 연구한 결과 (Lee, 2005) 극복력은 환자의 연령, 결혼 상태에 따라 차이를 보이며 교육 정도가 높을수록 또 경제상태가 좋을수록 높게 나타났다고 하였다. Pollack, Stein과 Davidson (2004)는 불안장애 환자의 극복력은 정상인보다 낮다고 하면서, 불안장애 환자를 대상으로 2~3개월간 인지-행동 치료 (Cognitive-behavioral therapy)와 약물요법을 병용한 결과 극복력이 유의하게 높아졌다고 보고하였다. 또한 극복력의 점수가 높은 집단은 효과적인 대처기전을 사용하고, 긍정적인 감정을 가지며, 자기주도적이며, 부정적인 감정 및 우울 증상이 적고, 스트레스 수준이 낮다고 하였다 (Steinhardt & Dolbier, 2008).

이와 같이 파킨슨병은 흔한 만성 퇴행성 질환으로 완쾌가 어렵고 계속적으로 진행되는 경과를 거치며, 병의 주요 증상으로 우울과 불안을 동반하므로 (Adler, 2005; Jankovic & Tolosa, 2002; Shulman et al., 2001), 파킨슨병 환자들이 자신의 질환을 이해하고, 질병 및 증상을 관리하는 데 있어 무엇보다 중요한 것이 극복력 증진이라고 사료된다. 그러나 현재 파킨슨병 환자의 극복력에 관한 연구는 거의 전무한 상태이므로 이들의 극복력 증진을 위해서는 어떠한 요인이 주요하게 고려되어야 하는지 우선적으로 연구되어야 할 필요가 있다.

따라서 본 연구자는 다양한 간호문제를 갖고 있는 파킨슨병 환자의 극복력 정도를 조사하고 이에 영향을 주는 주요 요인을 확인함으로써, 추후 파킨슨병 환자가 자신의 질병에 긍정적으로 대처하고 적응하도록 돕는데 기초자료를 제공하고자 본 연구를 시도하였다.

## 2. 연구목적

본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 파킨슨병 환자의 극복력 정도를 확인한다.
- 파킨슨병 환자의 극복력에 영향을 미치는 요인을 규명한다.

## 3. 용어정의

**1) 극복력**

생의 과정 중 어려운 상황이나 역경, 스트레스, 고통을 성장의 경험으로 전환하고 앞으로 나아가는 능력을 말하며 (Polk, 1997), 본 연구에서는 Wagnild 와 Young (1993)이 개발한 극복력 측정도구를 Song (2004)이 번역하여 사용한 도구를 이용하여 측정된 값으로 정의한다.

**2) 우울**

자신에 대한 부정적인 인식의 결과로써 근심, 침울함, 실패감, 상실감, 무력감, 무가치함을 나타내는 정서적 상태를 의미하며 (Beck, 1967), 본 연구에서는 Beck (1967)이 개발한 Beck Depression Inventory (BDI)를 Lee와 Song (1991)이 번역하여 사용한 도구를 이용하여 측정된 값으로 정의한다.

**3) 불안**

불안이란 불 특정적이고 의식적으로 인식할 수 없는 위협에 대한 긴장, 우려, 두려움 등의 정서적 반응으로써 생리적 각성과 함께 여러가지 유형의 두려운 행동과 감정이 혼합된 주관적 느낌으로 (Spielberger, 1972), 본 연구에서는 Spielberger (1972)의 자가평가 불안 측정도구를 Kim과 Shin (1978)이 번역하여 사용한 도구를 이용하여 측정된 값으로 정의한다.

- 비특이성 파킨슨증후군이나 파킨슨병 이외에 다른 질환이 없는 환자
- 혼돈증상이 없으며 지남력이 정상인 환자
- 의사소통에 어려움이 없는 환자
- 파킨슨병을 진단받은 지 6개월 이상 경과한 환자
- 대상자의 진료기관에서 실시하고 있는 파킨슨병 관련 교육을 1회 이상 받은 자

본 연구대상자의 수는 Cohen의 Power analysis 에 근거하여 유의수준 ( $\alpha$ )=.05, 회귀분석의 중간 크기효과 (.15, 검정력 ( $1-\beta$ )은 .80으로 [www.power-analysis.com](http://www.power-analysis.com)을 이용하여 계산하였으며, 최소 인원은 147명으로 산출되었고 실제 본 연구의 대상은 148명이었으므로 연구대상자의 수는 적절하다고 판단되었다. 또한 연구를 진행한 의료기관은 파킨슨병 환자에게 처음 내원하여 진료 받은 후 임상전문간호사나 코디네이터로부터 30분 정도 질환에 대한 개별 교육을 정기적으로 시행하고 있으므로, 본 연구대상자 선정기준에 이와 관련한 기준을 포함하였다.

**3. 연구도구**

본 연구에서 사용된 연구도구는 다음과 같다.

**1) 극복력**

본 연구에서 사용한 극복력 측정도구는 Wagnild와 Young (1993)이 개발한 극복력 측정도구를 Song (2004)이 번역하여 사용한 도구를 이용하였으며, 이메일을 통해 Wagnild의 허락을 받아 사용하였다. 이 도구는 노인을 대상으로 개발된 개인의 유능성과 자신의 삶에 대한 수용력을 평가하기 위한 척도로 극복력 측정에 가장 많이 이용되는 도구이다. 이 도구는 개인의 유능성에 관한 17문항과 자신의 삶의 수용에 관한 8문항의 총 25문항으로 각 문항은 '전혀 그렇지 않다' 1점에서 '매우 그렇다' 7점까지의 7점 척도로 구성되어 있다. 점수범위는 최저 25점에서 최고 175점까지로 점수가 높을수록 극복력 정도가 높은 것을 의미한다. 개발당시 본 도구의 내적 일관성 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha$  =.91이었으며, Song (2004)의 연구에서는 Cronbach's  $\alpha$  =.87, 본 연구에서는 Cronbach's  $\alpha$  =.84이었다.

**2) 우울**

본 연구에서 사용한 우울측정도구는 Beck (1967)이 개발한 우울측정도구 (Beck Depression Inventory, BDI)를 Lee

**1. 연구설계**

본 연구는 파킨슨병 환자의 극복력 정도와 이에 영향하는 요인을 확인하기 위한 서술적 조사연구이다.

**2. 연구대상 및 자료수집**

본 연구는 서울시내 소재 1개 3차 의료기관 신경과에 입원한 환자 및 외래를 방문한 파킨슨병 환자를 근접모집단으로 하여 다음과 같은 대상자 선정기준에 적합한 환자 150 명을 편의표출 하였다. 그 중 설문지의 완성도가 낮은 2부를 제외하여 실제 분석에 사용된 연구대상은 148명이다. 대상자 선정기준은 다음과 같다.

- 본 연구의 목적을 이해하고 서면동의 한 환자

**연구방법**

와 Song (1991)이 번역하여 사용한 도구를 이용하였다. BDI는 정서적, 인지적, 동기적, 생리적 증후군의 4개 영역을 포함하여 총 21문항으로 각 문항은 0점에서 3점까지의 4점 척도로 구성되어 있다. 점수범위는 최저 0점에서 최고 63점까지로 점수가 높을수록 우울 정도가 심한 것을 의미한다. 개발당시 본 도구의 내적일관성 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha = .86$ 이었으며, Lee와 Song (1991)의 연구에서는 일반인의 경우 Cronbach's  $\alpha = .78$ , 우울 환자의 경우 Cronbach's  $\alpha = .85$ 이었고, 본 연구에서는 Cronbach's  $\alpha = .88$ 이었다.

### 3) 불안

본 연구에서 사용한 불안 측정도구는 Spielberger (1972)가 고안한 특성불안 척도를 Kim과 Shin (1978)이 번역하여 사용한 도구를 그대로 이용하였다. 이 도구는 자가보고형의 긍정적 문항 7문항, 부정적 문항 13문항의 총 20문항으로 각 문항은 '대단히 그렇다' 1점, '보통 그렇다' 2점, '조금 그렇다' 3점, '전혀 그렇지 않다' 4점까지의 4점 척도이며, 각 문항 중 1, 6, 7, 10, 13, 16, 19번 문항은 역으로 환산된다. 점수 범위는 최저 20점에서 최고 80점까지이며, 점수가 높을수록 특성불안이 높은 것을 의미한다. 본 도구의 내적 일관성 신뢰도는 Kim과 Shin (1978)의 연구에서 Cronbach's  $\alpha = .86$ 이었으며, 본 연구에서는 Cronbach's  $\alpha = .88$ 이었다.

### 4) 일반적 특성 질문지

#### (1) 인구사회학적 특성

인구사회학적 특성은 환자의 연령, 성별, 학력, 결혼상태, 종교, 가족의 월 소득과 여가활동 유무, 거주지, 직업의 유무 및 낮 동안 누구와 함께 시간을 소요하는지를 측정하였다.

#### (2) 임상적 특성

임상적 특성은 환자의 질병발병 연령, 유병기간, 레보도파를 이용한 치료기간, 파킨슨병 관련소요비용, 일일 레보도파 투여 용량, 운동 변동 (motor fluctuation) 유무, 이상운동 유무, 환시 유무, 파킨슨병 중등도 단계, 일상생활 수행능력 및 인지기능 정도를 측정하였다. 그 중 일상생활 수행능력 및 인지기능 정도를 측정하기 위해 사용된 도구는 다음과 같다.

일상생활 수행능력: 일상생활 수행능력의 측정은 파킨슨병 환자에게 적합하게 만들어진 Schwab and England Activities of Daily Living Score (ADL)을 이용하였다. 이 도

구는 10개의 척도로 구성되어 있으며, 100%는 모든 기능을 완벽히 할 수 있는 것을 의미하고, 0%는 도움없이 어떠한 행위도 할 수 없음을 의미한다 (Watt & Koller, 1997).

인지기능 측정도구: 파킨슨병 환자의 인지기능 정도는 한국어판 간이정신상태 검사 (Korean-Mini Mental State Examination, K-MMSE)를 이용하였다. 이 도구는 Kwon과 Park (1989)이 한국 노인들에게 적합한 6개 영역, 9개 문항으로, 시간 및 장소에 대한 지남력, 기억 등록, 주의력, 계산능력, 기억 회상, 언어 기능, 이해력, 판단의 항목으로 구성되어 있다. 점수가 높을수록 인지기능 정도가 높은 것을 의미하며, 최고 30점 만점으로 평가한다.

### 4. 자료수집

본 연구의 자료수집기간은 2009년 4월 1일부터 8월 20일까지 약 5개월간으로, 연구변인에 대한 측정도구 설문지, 병력 기록지 및 환자와의 면담을 통해 자료수집하였다. 회수된 설문지 총 150부 중 설문지의 완성도가 낮은 2부를 제외한 148부를 본 연구분석 자료의 대상으로 하였다.

본 연구는 자료수집에 앞서 본 연구대상자가 등록되어 있는 해당 의료기관의 임상연구센터 (IRB, Institute Review Board)의 심의과정을 통과한 후 (AMC IRB 2009-0137), 신경과에 입원한 환자 및 외래 환자 중 임상전문간호사나 코디네이터 간호사로부터 본 연구의 목적을 듣고 서면 동의한 환자를 대상으로 설문지를 이용하여 자료수집하였다. 설문지를 작성하는 장소는 외래나 병동의 조용한 면담실을 이용하여 작성하도록 하였으며, 설문지 작성 시 보호자는 외래 대기실이나 병동 휴게실에 있도록 하여 가능한 환자가 자신의 극복력 및 우울, 불안 상태를 있는 그대로 작성할 수 있도록 하였다. 설문지 작성 후 추가로 면담을 실시하여 환자의 임상적 특성을 확인하여 기록하였다.

### 5. 자료분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 11.5 프로그램을 이용하여 다음과 같이 분석하였다.

- 인구사회학적 특성 및 임상적 특성, 극복력, 우울, 불안 정도는 기술통계를 이용하여 분석하였다.
- 인구사회학적 특성 및 임상적 특성에 따른 극복력은 t-test와 ANOVA로 분석하였다.
- 임상적 특성과 극복력, 극복력과 우울, 우울과 불안과

의 관계는 Pearson's correlation coefficients를 이용하여 분석하였다.

- 극복력에 영향을 미치는 요인은 단계별 다중회귀분석을 이용하여 분석하였다.
- 본 연구에서 사용한 도구의 내적일관성 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha$  계수를 이용하였다.

## 연구결과

### 1. 파킨슨병 환자의 일반적 특성

본 연구대상자의 일반적 특성 중 인구사회학적 특성 및 임상적 특성에 대한 연구결과는 다음과 같다.

#### 1) 인구사회학적 특성

본 연구대상자의 인구사회학적 특성 중 성별은 남자가 62명 (41.9%), 여자가 86명 (58.1%)이었으며, 평균 연령은  $62.2 \pm 9.5$ 세이었다. 학력은 초등학교 졸업이 41명 (28.7%), 고졸 39명 (27.3%), 대졸 30명 (21.0%), 중졸 26명 (18.2%)이었다. 결혼 상태는 기혼이 111명 (75%)이었으며, 종교가 있는 환자는 113명 (76.4%)이었다. 또 직업을 갖고 있는 환자는 15명 (10.1%)이었으며, 배우자와 거주하는 경우가 110명 (74.3%), 혼자 거주하고 있는 환자 11명 (7.4%), 간병인과 거주하는 환자 6명 (4.1%)이었다. 낮 시간을 배우자와 함께 보내는 환자가 54명 (36.5%), 혼자 시간을 보내는 환자가 43명 (29.1%)이었다. 취미 생활을 하는 환자는 63명 (42.6%)이었으며, 대도시에 거주하는 환자가 74명 (50%)이었다 (Table 1).

#### 2) 임상적 특성

본 연구대상자의 임상적 특성 중 평균 유병기간은  $8.8 \pm 5.6$ 년, 파킨슨병의 평균 발병연령은  $53.4 \pm 11.8$ 세이었다. 레보도파를 이용한 치료 기간은 평균  $7.7 \pm 5.4$ 년이었으며, 일일 레보도파 투여 용량은 평균  $797.4 \pm 383.6$  mg 이었다. 환자 중 운동변동 증상을 보이는 환자는 83명 (56.1%), 이상운동 증상을 동반한 환자는 73명 (49.3%), 약으로 인한 환시를 동반하고 있는 환자는 13명 (8.8%)이었다. 대상자들은 한 달 평균  $13.1 \pm 20.9$ 만원의 비용을 파킨슨병으로 소요하고 있었으며 최대 200만원의 비용을 소요하고 있는 환자도 있었다. 또 파킨슨병의 중등도 단계 (Median Hoehn and Yahr 단계)는 평균 2단계로 환자의 양측에 증상은 있으

나 중심 잡는 기능은 유지된 환자가 가장 많았다. 일상생활 수행능력은 평균  $86.4 \pm 7.3\%$ 이었고, 한국어판 간이정신상태 검사로 측정된 인지기능의 평균 점수는  $26.9 \pm 2.8$  (범위, 18~30)이었다 (Table 2).

### 2. 파킨슨병 환자의 우울 및 불안

본 연구대상자의 우울 점수는 평균  $12.9 \pm 9.3$ 점으로 최소값은 0점, 최대값은 40점이었으며, 불안 점수는 평균  $41.9 \pm 11.1$ 으로 최소값은 20점, 최대값은 68점 이었다.

### 3. 파킨슨병 환자의 극복력

본 연구대상자 전체의 극복력 정도는 평균  $127.7 \pm 21.6$ 점으로 최소값은 72점, 최대값은 172점이었으며, 그 중 남자 환자의 극복력 점수는  $130.6 \pm 21.4$ 점, 여자 환자의 극복력 점수는  $125.5 \pm 21.7$ 이었다.

#### 1) 인구사회학적 특성에 따른 극복력 정도

본 연구대상자의 인구사회학적 특성에 따른 극복력 정도는 가족의 월 수입 정도에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보였으며 ( $F=4.002, p=.009$ ), 운동교실, 노래교실, 복지관을 이용한 취미 생활을 하고 있는 환자는 이러한 시설을 이용하지 않는 환자보다 극복력 점수가 높은 것으로 나타났다 ( $t=-3.300, p=.001$ ). 또한, 학력에 따른 극복력 점수는 유의한 차이를 보이지 않았으나 저학력 (무학, 초등학교 졸업, 중학교 졸업)과 고학력 (고등학교 졸업, 대학교 졸업)의 두 집단으로 구분하여 비교하였을 때 저학력 집단의 극복력 점수는  $124.2 \pm 22.9$ , 고학력 집단의 극복력 점수는  $131.7 \pm 20.2$ 로 두 집단 간에 통계적으로 유의한 차이를 보였다 ( $t=-2.074, p=.040$ ). 낮 시간을 누구와 함께 보내는지에 따른 극복력 점수는 배우자와 함께 보내는 환자나 일을 하고 있는 환자 집단의 극복력 점수가  $131.4 \pm 22.6$ 로, 낮 시간을 혼자 보내거나 간병인, 자녀와 시간을 보내는 환자 집단의 극복력 점수  $122.8 \pm 19.4$ 보다 높게 나타났으며, 통계적으로도 유의한 차이를 보였다 ( $t=2.443, p=.016$ ). 그 외에 환자의 성별, 연령, 결혼상태, 종교의 유무, 직업의 유무, 거주지에 따른 극복력 점수는 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다 (Table 1).

#### 2) 임상적 특성에 따른 극복력 정도

본 연구대상자의 임상적 특성에 따른 극복력 정도는 운동

Table 1. Differences of Resilience Scores by General Characteristics

(N=148)

Characteristics	Categories	n (%)	M±SD*	t or F	p
Sex	Male	62 (41.9)	130.6±21.4	1.411	.160
	Female	86 (58.1)	125.5±21.7		
Age (year)	31~40	4 (2.7)	130.5±20.2	0.555	.735
	41~50	10 (6.7)	134.0±26.4		
	51~60	42 (28.4)	125.5±22.4		
	61~70	59 (39.9)	126.7±23.1		
	71~80	30 (20.3)	130.3±16.7		
	81~90	3 (2.0)	138.3±11.7		
Educational level (n=143)	None	7 (4.9)	127.9±17.7	1.466	.216
	Elementary	41 (28.6)	126.1±22.5		
	Middle	26 (18.2)	120.3±24.9		
	High	39 (27.3)	130.5±17.8		
	College	30 (21.0)	133.3±23.1		
Marital status	Not married	2 (1.4)	130.5±24.7	0.699	.554
	Married	111 (75.0)	129.1±22.5		
	Divorced	10 (6.7)	123.4±20.4		
	Bereaved	25 (16.9)	122.9±17.5		
Religion	Yes	113 (76.4)	127.5±22.5	-0.123	.902
	No	35 (23.6)	128.1±18.8		
Household income (10,000 won/month) (n=123)	< 100	41 (33.3)	122.5±22.3	4.002	.009
	≥ 100~ < 200	27 (22.0)	124.8±24.2		
	≥ 200~ < 300	12 (9.7)	122.4±22.1		
	≥ 300	43 (35.0)	136.9±19.9		
Job	Yes	15 (10.1)	133.6±18.2	1.130	.260
	No	133 (89.9)	127.0±21.9		
Cohabitant	Spouse	110 (74.3)	128.7±22.7	0.397	.810
	Son or daughter	19 (12.8)	122.2±18.2		
	Alone	11 (7.4)	126.2±19.3		
	Private caregiver	6 (4.1)	128.8±15.3		
	Parents	2 (1.4)	127.0±29.7		
Primary caregiver	Spouse	54 (36.5)	131.0±24.2	1.601	.177
	Alone	43 (29.1)	123.4±19.4		
	No need	29 (19.6)	132.3±19.6		
	Private caregiver	11 (7.4)	124.6±23.2		
	Son or son-in-law	11 (7.4)	118.9±16.4		
Hobby (extra activities)	Yes	63 (42.6)	134.3±19.4	-3.300	.001
	No	85 (57.4)	122.8±21.9		
Residence area	Large city	74 (50.0)	129.2±21.1	0.939	.394
	Small city	44 (29.7)	128.4±22.0		
	Rural	30 (20.3)	122.9±22.2		

\*Standard deviation.

변동 유무, 이상운동 유무, 환시 유무, 파킨슨병 중증도 단계에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다 (Table 2).

#### 4. 파킨슨병 환자의 극복력에 영향을 미치는 요인

##### 1) 극복력과 임상적 특성과의 상관관계

본 연구대상자의 극복력과 임상적 특성과의 상관관계를

조사한 결과, 파킨슨병 발병연령이 낮을수록 극복력 점수가 낮은 것으로 나타났으며 ( $r=.164, p=.046$ ), 유병기간이 짧을수록 ( $r=-.262, p=.001$ ), 레보도파를 이용한 치료기간이 짧을수록 ( $r=-.283, p<.001$ ), 일일 레보도파 투여용량이 적을수록 ( $r=-.176, p=.032$ ) 극복력 점수가 높은 것으로 나타났다. 그러나 임상적 특성 중 파킨슨병의 운동변동 유무와 이상운동 유무, 환시 유무, 파킨슨병 중증도 단계, 일상생활

수행능력, 파킨슨병 치료비용, 한국어판 간이정신상태검사에 의한 인지기능은 환자의 극복력과 상관이 없는 것으로 나타났다 (Table 3).

**2) 극복력과 우울 및 불안과의 상관관계**

본 연구대상자의 극복력과 우울 및 불안과의 상관관계를 조사한 결과, 우울 점수가 높을수록 극복력 점수가 낮은 것으로 ( $r=-.531, p<.001$ ), 또 불안 점수가 높을수록 극복력 점수가 낮은 것으로 나타났다 ( $r=-.572, p<.001$ ) (Table 3).

**3) 극복력의 영향요인**

본 연구대상자의 극복력에 영향을 미치는 요인을 예측하기 위하여 인구사회학적특성, 임상적 특성, 우울 및 불안을 단계별 다중회귀분석으로 분석한 결과, 극복력에 가장 큰 영향을 미치는 요인은 불안 ( $Adj R^2=.349, p<.001$ )으로 전체변량의 34.9%를 설명하고 있었으며, 그 다음으로는 가족의 월 수입 ( $Adj R^2=.386, p=.005$ ), 레보도파를 이용한 치료기간 ( $Adj R^2=.406, p=.028$ )으로 전체 변량의 40.6%를 설명하는 것으로 나타났다 (Table 4).

또한 본 연구에서는 단계별 다중회귀분석의 다중공선성

**Table 2.** Differences of Resilience Scores by Clinical Characteristics (N=148)

Characteristics	Categories	n (%)	M±SD*	t or F	p
Motor fluctuation	Yes	83 (56.1)	125.1±21.4	1.633	.105
	No	65 (43.9)	130.9±21.5		
Dyskinesia	Yes	73 (49.3)	126.5±20.0	0.635	.527
	No	75 (50.7)	128.8±23.1		
Visual hallucination	Yes	13 (8.8)	120.5±18.9	1.248	.214
	No	135 (91.2)	128.4±21.8		
Hoehn and Yahr stage	0	2 (1.4)	148.5±10.6	0.996	.423
	1	7 (4.7)	137.7±32.4		
	2	98 (66.2)	127.9±21.2		
	2.5	17 (11.5)	124.2±21.5		
	3	21 (14.2)	125.5±20.2		
	4	3 (2.0)	115.7±21.2		

\*Standard deviation.

**Table 3.** Pearson Correlation among Variables

Variables	Resilience score	
	r	p
Age of disease onset	.164	.046
Years of living with PD	-.262	.001
Activities of daily living	.154	.062
The length of treatment with levodopa	-.283	<.001
Daily levodopa equivalent dose	-.176	.032
Medical cost for PD treatment	.014	.880
Depression	-.531	<.001
Anxiety	-.572	<.001
Cognitive function	.052	.598

**Table 4.** Influencing Factors on Resilience by Stepwise Multiple Regression

Variables	R	Adj R <sup>2</sup>	β	t	p	F	p
Anxiety	.595	.349	-.043	-7.185	<.001	28.551	<.001
Household income	.630	.386	.155	3.066	.005		
The length of treatment with levodopa	.649	.406	-.026	-2.218	.028		

(multicollinearity) 여부를 확인하기 위해 독립변수 간의 상관관계, 허용도 (tolerance), 분산팽창지수 (variance inflation factor, VIF), Durbin-Waston test를 실시하였다. 독립변수의 상관관계는 0.80 이상인 설명변수가 없어 서로 독립적임을 알 수 있었으며, 회귀분석의 허용도는 .920~.973으로 0.4 이하인 변수는 없었으며 VIF는 1.028~1.087로 기준을 만족하였다. Durbin-Waston test에서는 값이 1.775로 나타나 오차항들 간에 자기상관의 문제가 없음을 확인하였다.

## 논 의

본 연구결과 파킨슨병 환자의 극복력 점수는 175점 만점에  $127.7 \pm 21.6$ 로 측정되었다. 이것은 Wagnild와 Young (1993)이 도구개발 당시 지역사회에 거주하는 노인을 대상으로 조사한 결과 극복력 점수가  $147.9 \pm 16.8$ 로 측정된 점수보다 낮게 나타났으며, Wagnild (2003)가 소득에 따른 극복력의 차이를 알아보기 위하여 지역사회에 거주하는 노인을 대상으로 극복력을 측정된 결과 극복력이 141.2~149.1로 측정된 점수보다 낮은 점수이다. 이는 Wagnild (2003)등의 지역사회 거주노인 연구대상자들과 본 연구의 대상자인 파킨슨병 환자들의 경우 정상적인 노화과정으로 인한 신체심리사회적 변화 이외에 지속적으로 진행되는 질병의 경과 때문에 일상활동 등에 제한을 받아 사회심리적으로 많이 위축되었기 때문에 초래된 결과로 해석된다.

또한 파킨슨병 환자의 극복력은 본 연구결과 인구사회학적인 특성과 임상적 특성, 그리고 우울 및 불안과 모두 관련이 있는 것으로 나타났다.

인구사회학적 특성과 극복력과의 관계에서는 특히 가족의 경제적인 능력, 즉 월 수입이 파킨슨 환자의 극복력과 상관성이 있는 것으로 나타났는데, 이는 암 환자를 대상으로 극복력과 경제 상태를 연구한 Lee (2005)의 연구결과와 일치하는 결과이다. 이러한 결과는 만성질환자의 경우 오랜 투병기간으로 인한 병원치료비용 등의 지속적인 경제적 부담이 주요한 요인으로 기여했기 때문인 것으로 사료된다. 본 연구에서 파킨슨 환자의 극복력 정도는 배우자 및 주간호자에 따라 유의한 차이를 보여 낮에 배우자와 시간을 보내는 환자의 극복력 점수가 혼자 시간을 보내거나 간병인과 시간을 보내는 환자 또는 자녀와 시간을 보내는 환자의 극복력 점수보다 높은 점수를 보였다. 이것은 Lee (2005)의 연구에서 배우자가 주 간호자인 환자의 극복력 점수가 그렇지 않은 환자의 극복력 점수보다 높다고 보고한 결과와

맥락을 같이 한다. 따라서 배우자와 주간호자에 따른 환자의 극복력에 관한 추후 연구가 필요할 것으로 생각된다. 또한 본 연구결과에서는 복지관을 이용한 운동교실이나 노래교실, 요가 등 취미생활 및 봉사활동을 하고 있는 환자의 극복력 점수가 그렇지 않은 환자의 극복력 점수 보다 높은 것으로 나타났으므로 파킨슨 환자가 이와 같은 취미활동을 적극적으로 활용할 수 있도록 하는 방법을 모색하는 것도 환자의 극복력을 증진시킬 수 있는 방법 중 하나로 생각된다.

임상적 특성과 극복력과의 관계에서는 질병 발병연령이 낮을수록, 유병기간이 짧을수록, 레보도파를 이용한 치료기간이 짧을수록, 일일 레보도파 투여용량이 적을수록 극복력 점수가 높은 것으로 나타나, 파킨슨병의 중증도가 높을수록 극복력이 낮음을 알 수 있었다. 따라서 파킨슨병의 중증도에 따른 사회 심리적 측면의 차별화된 간호요구의 파악 및 중재가 고려되어야 한다고 본다. 또한 본 연구에서는 일상생활 수행능력과 극복력 간에 통계적으로 유의한 상관관계를 보이지 않았는데, 이러한 결과는 Hardy 등 (2004)이 지역사회에 거주하는 노인을 대상으로 극복력 정도를 연구한 결과 독립적인 일상생활 수행능력을 가진 노인의 극복력이 그렇지 않은 노인의 극복력보다 유의하게 높다고 보고한 연구결과와 다소 차이를 보였다. 이는 Hardy 등 (2004)의 연구에서는 일상생활 수행능력을 측정하기 위해 Independence in Instrumental Activities of Daily Living 도구가 사용되었으며, 본 연구에서는 파킨슨병 환자를 대상으로 개발된 Schwab and England Activities of Daily Living Score 도구를 사용하였기 때문에 측정도구 사용의 차이로 인한 결과에 기인했을 가능성으로 판단되어 두 측정도구에 대한 동일 대상자의 반응을 확인하기 위한 반복연구가 필요할 것으로 생각된다.

본 연구에서는 파킨슨병 환자의 우울과 불안을 측정하여 극복력과의 상관관계를 조사한 결과, 우울, 불안, 극복력의 세 변수 간에는 통계적으로 유의한 상관관계를 보였다 ( $r = -.531$ ,  $r = -.572$ ). 이는 Kim과 Yoo (2004)가 신중후군 환자를 대상으로 극복력과 우울의 관계를 조사한 결과, 극복력이 높을수록 우울 점수는 낮게 나타났다고 보고한 결과와 일치하며, 지역사회 거주노인을 대상으로 한 Hardy 등 (2004)의 연구에서 극복력이 높을수록 우울 점수는 낮게 나타났다고 한 결과와도 일치하는 결과이다. 본 연구결과 파킨슨병 환자의 불안은 극복력과 유의한 부적 상관관계가 있으며, 극복력에 영향을 미치는 요인 중 가장 중요한 요인으

로 나타났다. 이것은 Pollack 등 (2004)의 연구에서 불안 환자의 극복력이 낮게 나타난 것과 맥락을 같이 한다. 따라서 파킨슨병 환자의 극복력 증진을 위한 간호중재 개발 시 환자의 불안을 초래하는 요인을 파악하고 이를 완화시키는 간호중재가 포함되어야 할 것으로 사료된다.

본 연구에서 단계별 다중회귀분석을 실시한 결과 환자의 극복력에 가장 큰 영향을 미치는 요인은 불안 ( $Adj R^2=.349, p<.001$ ), 가족의 월수입 ( $Adj R^2=.386, p=.005$ ), 레보도파를 이용한 치료기간 ( $Adj R^2=0.406, p=.028$ ) 순으로 나타났으며, 전체 설명력은 40.6%로 낮게 나타났다. 따라서 본 연구에는 포함시키지 않았으나 극복력에 사회적 지지와 자아존중감이 영향한다고 보고한 연구결과 (Steinhatdt & Dolbier, 2008)를 고려하여 본 연구에서 밝혀진 영향요인 이외에 이들 개념을 포함하여 극복력에 영향하는 요인을 추후 연구해 볼 필요가 있다고 생각된다.

보통 노인들은 정상적인 노화과정과 동반된 질환으로 일상생활에서의 기능이 손상되기 쉬우므로 변화된 기능적인 손상에 적응하고 이를 극복해 내는 능력이 중요하다 (Foster, 1997). 이러한 측면에서 노인 환자에게 호발하는 파킨슨병은 계속적으로 진행되는 질병과정을 거치므로, 그 어떤 만성질환보다 환자가 자신의 병을 받아들이고 이겨내는 능력이 중요하다. 이러한 관점에서 본 연구는 파킨슨병 환자의 긍정적인 사회 심리적 측면을 극복력을 통해 측정하고 이에 영향하는 요인을 밝힘으로써, 극복력이 낮은 환자의 특성을 알아내어 이들에게 적절한 간호를 제공할 수 있는 기초자료를 제공하였다는 점에 본 연구의 의의가 있다. 이상의 연구결과를 토대로 다음과 같이 제언하고자 한다.

첫째, 본 연구는 서울시 소재 1개 3차 의료기관을 방문한 환자만을 대상으로 하였으므로 파킨슨병 환자 전체를 대상으로 결과를 일반화할 때는 신중을 기해야 할 것이다.

둘째, 환자의 질환에 대한 이해 및 지식은 병을 받아들이고 극복하는데 중요한 요인이나 본 연구에서는 해당 의료기관에서 파킨슨병에 대한 교육을 1회 이상 받은 환자로 대상자를 제한하였기 때문에 환자의 질환에 대한 지식 정도를 연구변인에 포함시키지 않았다. 따라서 파킨슨병에 대한 지식 정도와 태도에 따른 극복력에 대한 추후 연구가 필요할 것으로 생각된다.

결론적으로, 파킨슨병 환자의 극복력은 인구사회학적 특성, 임상적 특성, 심리 정서적 특성에 의해 영향을 받을 수 있었으며 이 중 환자의 불안과 가족의 월 수입, 레보도파를 이용한 치료기간이 중요한 요인임을 확인하였다. 따라

서 파킨슨병 환자의 극복력에 대한 세심한 주의가 필요하며, 영향 요인을 고려한 효율적인 극복력 증진 간호중재 프로그램의 개발이 모색되어야 한다고 사료된다.

## 결론 및 제언

본 연구는 파킨슨병 환자의 극복력 정도를 파악하고 이에 영향하는 요인을 확인함으로써, 파킨슨병 환자를 위한 효과적인 극복력 증진을 위한 간호중재 프로그램 개발의 기초자료를 제공하고자 시도되었다.

본 연구결과 파킨슨병 환자의 극복력에 가장 큰 영향을 미치는 요인은 불안 ( $Adj R^2=.349, p<.001$ ), 가족의 월수입 ( $Adj R^2=0.386, p=.005$ ), 레보도파를 이용한 치료기간 ( $Adj R^2=0.406, p=.028$ ) 순으로 나타났으며, 이 세 변수가 전체 변량의 40.6% 정도를 설명하였다.

그러므로 파킨슨병 환자의 극복력 증진을 위해서는 극복력에 영향하는 요인을 고려한 간호중재의 개발이 요구된다. 즉 본 연구결과에서 유의한 영향요인으로 나타난 불안과 경제능력, 치료기간 이외에도 본 연구에 포함되지는 않았으나 파킨슨병 환자의 극복력에 영향을 줄 수 있는 다른 요인들을 포함하는 추후 연구와 파킨슨병 환자의 극복력을 증진시킬 수 있는 효율적인 간호중재 프로그램의 개발을 제언한다.

## REFERENCES

- Adler, C. H. (2005). Nonmotor complication in Parkinson's disease. *Movement Disorder, 20*, 23-29.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
- Calne, S. M., Lidstone, S. C., & Kumar, A. (2008). Psychosocial issues in young-onset Parkinson's disease: Current research and challenges. *Parkinsonism and related disorders, 14*, 143-150.
- Foster, J. R. (1997). Successful coping, adaptation and resilience in the elderly: An interpretation of epidemiologic data. *Psychiatric Quarterly, 68*(3), 189-219.
- Hardy, S. E., Cancato, J., & Gill, T. M. (2004). Resilience of community dwelling older persons. *Journal of American Geriatric Society, 52*, 257-262.
- Health Insurance Review & Assessment Service (2009). *Ministry for health, welfare and family affairs*. Retrieved October 26, 2009, from <http://www.mw.go.kr>
- Jankovic, J., & Tolosa, E. (2002). *Parkinson's disease & Movemet*

- disorders* (4th ed.). LWW.
- Jacelon, C. S. (1997). The trait and process of resilience. *Journal of advanced Nursing*, 25, 123-129.
- Kim, D. H., & Yoo, I. Y. (2004). Relationship between depression and resilience among children with nephrotic syndrome. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 34(3), 534-40.
- Kim, J. T., & Shin, D. K. (1978). A study based on the standardization of the STAI for Korea. *New Medical Journal*, 21(11), 69-75.
- Koplas, P. A., Gans, H. B., Wisely, M. P., Kuchibhatla, M., Cutson, T. M., & Gold, D. T., Taylor, C. T., & Schenkman, M. (1999). Quality of life and Parkinson's disease. *Journal of Gerontology*, 54, 197-202.
- Kwon, Y. C., & Park, J. (1989). Korean version of mini-mental state examination (MMSE-K) part I: Development of the test for the elderly. *Journal of the Korean Neuropsychiatric Association*, 28, 125-135.
- Lee, E. K. (2005). *A study on the factors affecting the cancer patients*. Unpublished master's thesis, Chungang University, Seoul.
- Lee, Y. H., & Song J. Y. (1991). A study of the reliability and the validity of the BDI, SDS, and MMPI-D scales. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 10(1), 98-113.
- Olsson, C. A., Bond, L., Burns, J. M., Vella-Brodrick, D. A., & Sawyer, M. (2003). Adolescent resilience: A concept analysis. *Journal of adolescence*, 26, 1-11.
- Presented by the Parkinson Study Group, Huntington Study Group, Dystonia Study Group, Myoclonus Study Group, Tourette Syndrome Study Group, Cooperative Ataxia Group, and Tremor Research Group (2009). Program: Twenty third annual symposium on etiology, pathogenesis, and treatment of Parkinson's disease and other movement disorders. *Movement Disorder*, 24(12), 1870-1880.
- Polk, L. V. (1997). Toward a middle-range theory of resilience. *Advances in Nursing Science*, 19, 1-13.
- Pollack, M. H., Stein, M. B., & Davidson, J. R. T. (2004). New challenges for anxiety disorders: Where treatment, resilience, and economic priority converge. *CNS Spectrums*, 9(4), 1-10.
- Shapiro, E. R. (2002). Chronic illness as a family process: A social-developmental approach to promoting resilience. *Psychotherapy*, 58(11), 1375-1384.
- Shulman, L. M., Taback, R. L., Bean, J., & Weiner, W. J. (2001). Comorbidity of the nonmotor symptoms of Parkinson's disease. *Movement Disorder*, 16, 507-510.
- Sohng, K. Y., Moon, J. S., Lee, K. S., & Choi, D. W. (2007). The development and effects of a self-management program for patients with Parkinson's Disease. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 37(6), 891-901.
- Song, Y. S. (2004). *Determinants of resilience of the physically disabled at home*. Unpublished master's thesis, Kosin University, Pusan.
- Spielberger, C. D. (1972). *Anxiety on emotional state, anxiety, current trends in theory and research 1*. New York: Academic press.
- Steinhardt, M., & Dolbier, C. (2008). Evaluation of a resilience intervention to enhance coping strategies and protective factors and decrease symptomatology. *Journal of American college health*, 56(4), 445-453.
- Vinson, J. A. (2002). Children with asthma: Initial development of the Child Resilience Model: Practice applications of research. *Pediatric Nursing*, 28, 149-158.
- Wagnild, G. M. (2003). Resilience and successful aging; Comparison among low and high income older adults. *Journal of Gerontology Nursing*, 12, 42-49.
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1, 165-178.
- Walash, F. (1998). *Strengthening family resilience*. New York: Guilford, 3-27.
- Watts, R. L., & Koller, W. C. (1997). *Movement disorders: Neurologic principles and practice*. McGraw-Hill.
- Yoo K. H. (2004). A study on the relationship between mastery and activity of daily life in rheumatoid arthritis patients. *The Korean Journal of Rehabilitation Nursing*, 7(2), 207-212.