

파킨슨병 환자의 자기간호수행에 영향을 미치는 요인*

김 유 리¹ · 민 혜 숙²

¹동아대학교병원 간호부 간호사, ²동아대학교 의과대학 간호학과 교수

Factors Influencing Self Care Performance in Patients with Parkinson's Disease*

Kim, Yu-Ri¹ · Min, Hye Sook²

¹Nurse, Dong-A University Medical Center, ²Professor, Department of Nursing, Dong-A University

Purpose: This study aims to find the factors that affect the degree of self-care performance in Parkinson's disease (PD) patients. **Method:** This study used a descriptive correlational design. The data were collected using a sample of 80 PD patients, from the university affiliated Parkinson Center in Busan. Pearson's correlations and multiple regression analyses were conducted using the SPSS 18.0. **Results:** The mean score of the self-care performance was 3.61 (± 0.40). The highest score observed of self-care performance subscale was medication subscale (4.55 ± 0.50) and the lowest score was observed in the exercise subscale (3.03 ± 0.64). The self-care performance had significant correlations with depression ($r = -.32, p < .01$), self-care knowledge ($r = .28, p < .05$), function of motion ($r = .25, p < .05$), ability of daily activity ($r = .22, p < .05$), self-efficacy ($r = .24, p < .05$), and support from medical staff ($r = .24, p < .05$). The significant predictors of self-care performance included depression ($\beta = -.28$), status of employment ($\beta = -.27$), self-care knowledge ($\beta = .21$), support from medical staff ($\beta = .28$), and educational level ($\beta = .28$), accounting for 34% of the variance in the self-care performance. **Conclusion:** Depression, self-care knowledge, medical support are significant predictors which affect the self-care performance with PD patients.

Key words : Parkinson's disease, Self care performance, Depression, Social support, Self care knowledge

서 론

연구의 필요성

1817년 James Parkinson에 의해 진전마비(paralysis agitans, shaking palsy)로 처음 기술된 파킨슨병은 팔 다리의 진전, 근육의 경직, 몸동작이 느려지는 운동완서, 자세성 반사의 소실과 같은 운동기능 저하와 우울 등의 정서장애, 그리고 치매나

주요어 : 파킨슨병, 자기간호수행, 우울, 사회적지지, 자기간호지식

* 본 논문은 동아대학교 학술연구비 지원에 의하여 연구되었음.

* This work was supported by Dong-A University Research Grant.

* 본 논문은 석사학위 논문의 일부를 발췌하여 수정한 내용임.

* This article is a revision of the first author's master's thesis from Dong-A University.

Address reprint requests to : Min, Hye Sook

Department of Nursing, Dong-A University

3ga-1, Dongdaesin-dong, Seo-gu, Busan 602-714, Korea

Tel: 82-51-240-2872 Fax: 82-51-240-2920 E-mail: hmin@dau.ac.kr

투고일: 2010년 10월 15일 수정일: 2010년 11월 22일 게재확정일: 2010년 12월 6일

기억력 감소의 인지장애 등이 동반될 수 있는 추체 외로계의 만성 퇴행성 질환이다(Savitt, Dawson, & Dawson, 2006).

파킨슨병은 미국에서 알츠하이머병 다음으로 호발하는 신경 퇴행성 질환으로 65세 이상 미국 노인의 약 1.5%, 85세 이상에서는 5%의 이환율을 보이며, 남성이 여성보다 1.5배 높은 것으로 보고되었다(Elbaz et al., 2002). 우리나라의 경우 2003년 안산시의 파킨슨병 역학조사 결과 18세 이상 인구에서 10만 명 당 374명, 60세 이상에서는 1,470명의 환자를 보고한 바 있고(Go et al., 2003), 2005년 통계청 보고에 의하면 1996년 신경계 질환으로 인한 총 사망자 2,127명 중 파킨슨병으로 인한 사망자는 220명으로 10.3%에 그쳤지만 2005년에는 신경계 질환으로 인한 총 사망자 4,133명 중 파킨슨병 사망자가 1,188명으로 28.7%를 보여 파킨슨병으로 인한 사망자수가 매우 증가하였음을 알 수 있다(Korea National Statistical Office, 2005). 또한 파킨슨병은 연령이 높아질수록 파킨슨병 발생율이 높아지는 것으로 보고되기 때문에(Elbaz et al., 2002), 우리나라도 평균 수명의 연장과 이로 인한 노령인구의 증가를 비추어볼 때 파킨슨병의 유병률은 더욱 증가할 것으로 예상된다.

파킨슨병은 병리학적으로 비가역적인 변화를 동반하고 병의 진행과 관련하여 불확실성을 많이 갖고 있으며, 동반되는 문제가 복합적이고 완치가 어렵지만 다양한 영역의 서비스와 치료지시를 이행하고자 하는 스스로의 끊임없는 노력을 통해 질병관리가 가능하다는 만성질환의 특성을 갖는다. 만성질환의 관리에 있어 중요한 개념 중의 하나가 자가간호인데, 자가간호란 자신의 건강을 유지, 증진하기 위해 일상생활을 스스로 수행하는 행위(Orem, 1991)로서 건강증진, 질병예방, 질병과 상해의 치료, 증상관리 및 재활과 관련된 행위를 광범위하게 포함한다. 파킨슨병 또한 지속적인 자가간호를 필요로 하는 만성질환으로서 이들 환자들은 평생 동안 증상관리, 음식 섭생, 운동, 약물복용, 일상생활활동 및 사회활동 영역에서 자가간호를 수행함으로써 질병을 관리하여 최적의 건강을 유지해야 한다. 그러므로 의료를 포함한 여러 분야의 전문가들은 이들의 자가간호가 효율적으로 이루어지도록 적극적인 중재가 요구된다.

그동안의 파킨슨병 환자와 관련된 연구들은 대부분 의학과 재활영역에서 많이 이루어졌지만 최근 들어 간호영역에서도 관련연구가 진행되고 있다. 지금까지 간호영역에서 이루어진 선행연구들을 살펴보면 대부분 파킨슨병 환자와 관련성이 있는 특정 변수, 즉 파킨슨병 환자의 우울, 삶의 질, 가족지지, 영양상태, 운동기능 정도를 파악하는 연구와 이들 변수와 관련성을 갖는 요인을 확인하는 연구(Lee, 2007; Lim, Park, & Kim, 1997; Song, Lee, & Choi, 2005)가 대부분이었으며, 최근 들어서 중재프로그램을 적용하여 신체적, 사회 심리적 기능과 증상변화에 미치는 효과를 검증한 연구가 있지만(Song,

Mun, Lee, & Choi, 2007) 전반적으로 파킨슨 관련연구는 양적인 측면에서는 제한적이라고 할 수 있다.

파킨슨병 관련 선행연구들을 살펴보면, 전반적으로 파킨슨병 환자들은 우울정도가 높음을 알 수 있는데, Lim 등(1997)은 파킨슨병 환자 122명을 대상으로 한 연구에서 대상자의 37.4%에서 우울이 있음을 보고하였고, Hong (2001)도 66.6%의 환자에서 우울발생을 보고한 바 있으며, 외국의 경우 파킨슨병 외래환자의 21%에서 중증 우울이, 20%에서 경증 우울이 있음을 보고(Starkstein, Preziosi, Bolduc, & Robinson, 1990)하였다. 우울한 파킨슨병 환자들은 우울하지 않은 환자보다 일상생활 동작이 더 의미있게 손상되었는데(Lim et al., 1997; Starkstein et al., 1990), 파킨슨병 환자의 우울은 신체활동을 축소시키고 결과적으로 일상생활동작을 감소시킴으로써 질병관리를 위해 매일 수행해야 하는 자가간호에 부정적인 영향을 미칠 것으로 판단된다. 또한 파킨슨병 환자의 우울은 사회적 지지와도 밀접한 관련성을 갖고 있는데, 가족지지 뿐만 아니라 의료인의 지지가 높을수록 우울정도가 낮아지는 양상을 보였고(Lim et al., 1997), 파킨슨병을 극복하는 과정에서 의료진과 친구 등을 포함한 사회적 지지는 환자로 하여금 적극적 삶을 살아가는 재도약의 원동력이 되어 자신의 질병에 대한 의지와 노력을 기울이게 하는 힘이 된다고 보고되었다(Park, 2006). 그러므로 사회적 지지는 우울을 감소시키고 자신의 질병을 위한 치료이행에 충실하도록 하는 요인이 될 수 있다고 판단되는데, 기존 연구에서 우울과 사회적 지지는 삶의 질을 높이는데 의미있는 영향을 미친다고 하였고(Hong, 2001; Song et al., 2005), 파킨슨병 환자의 삶의 질과 일상생활능력 그리고 운동기능 정도가 역상관관계가 있음을 보고하였다(Sung, Yang, & Choi, 2006). 일반적으로 만성질환환자의 치료지시 이행에 영향을 미치는 요인으로서 많이 언급되는 것이 자기효능감인데, Song 등(2007)은 파킨슨병 환자에게 자기효능감을 포함하는 자기관리중재프로그램을 시행한 결과 신체, 심리적 기능이 좋아졌음을 보고하였다.

이외에도 파킨슨병 환자를 대상으로 한 연구는 아니지만 지속적인 자가간호를 수행해야 하는 암환자와 간 질환자를 대상으로 한 연구에서(Bac & Sou, 2001; Shin, 2002) 자가간호 지식정도가 높을수록 자가간호 수행정도가 높았던 결과를 미루어 볼 때 만성질환의 특성을 갖는 파킨슨 환자의 자가간호 지식도 자가간호수행에 관련성이 있을 것으로 생각된다.

이상에서와 살펴본 바와 같이 기존연구들은 파킨슨병 환자의 특정변수들과 이들 변수들과 관련성이 있는 요인들을 확인한 연구로서 파킨슨병 환자의 활동능력과 운동기능, 우울, 사회적 지지, 자기효능감 등은 자가간호수행과 관련성을 갖고 있는 것으로 판단되며, 파킨슨병 환자를 대상으로 연구가 진행되는 않았지만 자가간호지식도 파킨슨병 환자의 자가간호

수행에 영향을 미치는지 확인해야 할 것이라 생각된다.

그러므로 본 연구에서는 실제 일상생활에서 파킨슨병 환자들이 자가간호를 어느 정도 수행하고 있는지 조사하고, 위에서 언급된 변수들을 이용하여 이들의 자가간호수행에 영향을 미칠 것으로 예상되는 변수들의 영향력을 확인하고자 한다. 이들 연구결과는 파킨슨병 환자가 자신의 질병관리를 위해 각 영역별로 어느 정도의 노력을 기울이고 있으며, 일상생활에서 자가간호수행을 증진시키기 위한 프로그램 개발에 기초적인 자료로 활용될 수 있을 것으로 기대된다.

연구의 목적

본 연구의 목적은 파킨슨병 환자의 자가간호 수행도와 영향요인을 확인하기 위함이며, 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 파킨슨병 환자의 자가간호수행, 우울, 신체활동 의존도, 사회적 지지, 자기효능감, 자가간호지식정도를 확인한다.
- 파킨슨병 환자의 일반적 특성에 따른 자가간호수행의 차이를 확인한다.
- 파킨슨병 환자의 자가간호수행과 우울, 신체활동 의존도, 사회적 지지, 자기효능감, 자가간호지식 간의 상관관계를 확인한다.
- 파킨슨병 환자의 자가간호수행에 영향을 미치는 요인을 분석한다.

용어의 정의

● 자가간호수행

자가간호란 자신의 생명, 건강, 그리고 안녕을 유지하기 위하여 각 개인이 일상생활 활동을 스스로 수행하는 실제 행위로서(Orem, 1991), 본 연구에서는 연구자가 개발한 운동, 식이, 약물, 증상관리 및 병원방문, 일상생활관리, 환경관리의 6개 영역으로 구성된 자가간호수행 도구를 이용하여 측정할 점수이다.

● 우울

기분이 저조하거나 울적한 정서상태를 말하며 정상적이거나 비정상적인 것 모두를 포함한다(Beck, 1967). 본 연구에서는 Hahn 등(1986)이 번역한 BDI (Beck, 1967)를 이용하여 측정할 점수이다.

● 신체활동 의존도

스스로 일상생활에서 수행하는 신체의 활동 정도를 측정하는 것으로서, 본 연구에서는 파킨슨병 환자의 장애평가척도로 사용되고 있는 5개 하위영역으로 구성된 UPDRS (Unified

Parkinson's Disease Rating Scale, Fahn et al., 1987)의 도구 중 발음, 침 흘림, 삼킴, 개인위생, 착의, 걷기 등의 일상생활능력과 말하기, 얼굴표정, 떨림, 손과 다리의 움직임, 자세 등의 운동기능을 측정할 점수이다.

● 사회적 지지

다른 사람과의 상호작용을 통하여 만족되는 욕구로서 애정, 존중감, 가치감, 소속감, 안정감 등의 정서적 지지와 경제적 도움, 정보제공 및 충고 등의 실질적 지지를 말한다(Kaplan, 1977). 본 연구에서는 가족지지와 의료인 지지로 구성된 Kim (1993)의 도구로 측정할 점수이다.

● 자기효능감

자신이 어떤 행위를 할 수 있다는 자신의 능력에 대한 신념으로(Bandura, 1986), 본 연구에서는 Kim (2003)의 일반적 자기효능감 척도를 이용하여 측정할 점수이다.

● 자가간호지식

자가간호지식이란 생명, 건강, 발달, 안녕을 유지, 증진하기 위해 자가간호에 참여하는 능력으로(Orem, 1991), 본 연구에서는 파킨슨병과 관련된 자가간호지식을 측정하기 위하여 연구자가 개발한 총 20문항으로 구성된 도구로 측정할 점수이다.

연구 방법

연구 설계

본 연구는 파킨슨병 환자의 자가간호 수행도와 이의 영향요인을 파악하기 위한 서술적 상관관계 연구이다.

연구 대상

G power program에 의하면 상관관계 및 회귀분석에서 유의수준 .05, 효과의 크기 .15, 검정력을 .7을 유지하기 위한 표본수는 76명이었으나(Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) 탈락률을 고려하여 89명을 선정하였다. 본 연구에서는 부산 D 대학병원의 파킨슨센터를 방문한 환자를 대상으로 하였으며, 응답이 부정확하거나 환자가 설문지 응답이 힘들어서 중간에 거절의사를 밝힌 9명을 제외하여 총 80명을 최종 연구대상자로 하였다. 이들 중 12명의 환자는 약물조절을 위해 입원한 환자로서 파킨슨 병 증상이 심하지 않아(4-5단계의 환자는 제외함) 외래환자들과 증상 정도가 비슷한 환자였다. 구체적인 연구대상자의 조건은 다음과 같다; 1) 특발성(idiopathic) 파킨슨병으로 진단된 환자, 2) L-dopa 치료나 다른 도파민류

치료에 반응하는 환자, 3) Hoehn & Yahr의 파킨슨병 질병단계(Baas, Stecker, & Fischer, 1993)에 의거하여 자가간호수행이 매우 어려울 것으로 예측되는 중증의 불능(disability)상태를 나타내는 4단계와 휠체어를 사용하거나 도움 없이는 침상에만 있는 5단계 환자를 제외, 4) 의사소통이 가능하며 연구의 목적을 이해하고 연구 참여에 동의한 환자이다.

연구 도구

● 자가간호수행 측정도구

파킨슨병과 관련된 자가간호 수행정도를 측정하기 위하여 Song과 Lee (2006)의 ‘파킨슨병의 자기관리’ 내용을 주 근간으로 하고, 파킨슨병의 자가간호와 관련된 선행연구(Lee, 2007; Sung, 2005; Sung, Yang, & Choi, 2006)를 기초로 하여 6개 영역(운동, 식이, 약물, 증상관리 및 병원방문, 일상생활관리, 환경관리)의 총 34문항으로 구성된 도구를 개발하였다. 본 도구의 문항을 개발하기 위해 참고문헌을 기초로 하여 운동, 식이, 약물, 생활관리, 말하기 훈련, 낙상예방관리, 수면관리, 정서관리, 의료진과의 관계영역에서 92개의 문항을 선정하였으며, 이들 문항들은 간호학 교수와의 논의를 거쳐 7개 영역의 55개의 문항을 일차로 선정하였다. 선정된 문항은 간호학과 교수 2인, 신경과 수간호사 1인, 신경과 전문의 2인, 파킨슨 센터 간호사 1인, 파킨슨 운동 전문 강사 1인으로 구성된 전문가 집단으로부터 내용 타당도를 검증받았는데, ‘매우 적합하다’에서부터 ‘매우 부적합하다’의 5점으로 각 문항에 응답하도록 하여 CVI 0.8 이상인 문항만을 도구의 최종 문항으로 결정하였다. 본 도구는 운동 6개, 식이 7개, 약물 5개, 증상관리 및 병원방문 5개, 일상생활관리 6개, 환경관리영역 5개의 총 34개의 문항으로 구성되었다. 최종 선정된 34개의 문항을 이용하여 예비조사를 실시하였으며, 예비조사를 통해 문구를 수정하였고 제외된 문항은 없었다. 각 문항의 점수는 5점 척도로 구성되며 점수가 높을수록 자가간호 수행정도가 높은 것을 의미한다. 본 연구 도구의 Cronbach's α 는 .91이었다.

● 자가간호지식 측정도구

파킨슨병과 관련된 자가간호지식을 측정하기 위하여 파킨슨병 관련문헌(Lee, 2007; Song & Lee, 2006; Sung, 2005; Sung, Yang, & Choi, 2006)과 본 연구에서 개발한 자가간호 수행도구의 문항을 토대로 하여 파킨슨병의 특성, 치료 및 간호(약물, 운동, 식이, 환경 및 일상생활관리 관련지식 포함), 증상관리에 대한 내용을 포함하는 자가간호지식 측정도구를 개발하였다. 초기에 작성된 문항수는 병의 특성 12개, 약물 5개, 운동 6개, 식이 7개, 수면관리 2개의 총 32문항이었지만 간호학

과 교수 2명, 신경과 전문의 2명, 신경과 수간호사 1명, 파킨슨 센터 간호사 1명, 파킨슨 운동 전문 강사 1명의 전문가 집단에게 내용 타당도를 검증받았는데, ‘매우 적합하다’에서부터 ‘매우 부적합하다’의 5점으로 응답하도록 하여 CVI 0.8 이상인 문항만을 선정하여 최종적으로 3개 영역의 20개 문항으로 도구를 구성하였다. 선정되지 못한 문항들은 대부분 각 영역별로 너무 세부적인 내용을 질문하거나 중복되는 내용을 묻는 문항이었다. 각 문항의 점수는 정답 1점, 오답과 ‘모르겠다’는 0점을 배점하였고 총 점수가 높을수록 자가간호 지식정도가 높음을 의미한다. 본 연구 도구의 Cronbach's α 는 .92이었다.

● 우울 도구

우울 정도를 측정하기 위해 Hahn 등(1986)이 번역하고 표준화한 BDI (Beck Depression Inventory, Beck 1967)를 사용하였다. 이 도구는 정서적, 인지적, 동기적, 심리적 영역의 21개 문항으로 구성되며, 각 문항은 4점 Likert 척도로 측정된다. 총 점수범위는 0~63점으로 점수가 높을수록 우울 정도가 높음을 의미하는데, 0~17점은 정상, 18~24점은 경한 우울, 25~29점은 중한 우울, 30점 이상은 극한 우울로 한다(Hahn et al., 1986). 이 도구는 개발 당시 신뢰도가 Cronbach's α = .86이었으며, 본 연구도구의 Cronbach's α 는 .86이었다.

● 신체활동 의존도 측정도구

파킨슨병 환자의 신체활동 의존도를 측정하기 위하여 파킨슨병 환자의 장애평가척도로 사용되고 있는 UPDRS (Fahn et al., 1987)를 사용하였다. UPDRS는 임상에서 파킨슨병 치료에 대한 반응성을 평가하기 위해 고안된 도구로서 정신, 행동 및 정서, 일상생활능력, 운동기능(motor function), 그리고 Hoehn & Yahr의 질병단계(Baas et al., 1993)를 파악하는 5개 하위영역으로 구성되었다. 본 연구에서는 일상생활능력(총 점수 범위 0-52점)과 운동기능(총 점수 범위 0-108점)의 2개 영역을 선별하여 사용하였다. 일상생활능력은 발음, 침 흘림, 삼킴, 개인위생, 착의, 걷기 등의 기능을 측정하는 13개 문항으로 구성되었으며, 운동기능은 말하기, 얼굴표정, 떨림, 손과 다리의 움직임, 자세 등의 기능을 측정하는 27개 문항으로 이루어졌다. 각 문항은 증상이 없거나 정상인 경우는 0점에서 증상이 심각하거나 완전히 다른 사람에게 의존하는 경우인 4점의 5점 척도로 측정되며, 일상생활동작이 완전히 독립적이면서 정상인 0점부터 완전히 의존적인 160점의 점수를 가지며 점수가 낮을수록 의존도가 낮고 독립적임을 의미한다. Lim 등(1997)의 연구에서 도구의 Cronbach's α 는 .93이었고, 본 연구에서는 Cronbach's α 는 .92이었다.

● 자기 효능감 측정도구

자기효능감을 측정하기 위하여 Kim (2003)이 번역, 수정하여 사용한 일반적 자기효능감 측정도구 사용하였다. 본 도구는 총 13문항으로 구성되어 있으며, 각 문항마다 '전혀 자신 없다' 1점에서 '완전히 자신 있다' 5점으로 점수화하여 최저 13점에서 최고 65점까지의 범위를 가지며, 점수가 높을수록 일반적 자기 효능감 정도가 높음을 의미한다. Kim (2003)의 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=0.98$ 이었고, 본 연구의 도구 신뢰도 Cronbach's α 는 .97이었다.

● 사회적 지지 측정도구

사회적 지지 정도를 측정하기 위해 Kim (1993)이 개발한 사회적 지지척도를 이용하였다. 본 도구는 가족지지 12문항, 의료인 지지 5문항의 총 17문항으로 구성되었으며 각 문항은 Likert 5점 척도로 '항상 그렇다' 5점에서부터 '전혀 그렇지 않다'의 1점으로 배점하였고 최저 17점에서 최고 85점까지의 범위를 가지며, 점수가 높을수록 사회적 지지 정도가 높음을 의미한다. 본 도구의 개발 당시 Cronbach's $\alpha=0.94$ 이었으며, 본 연구의 도구 신뢰도 Cronbach's α 는 .96이었다.

자료 수집 방법

2008년 5월 1일부터 6월 31일 동안 연구자가 자가간호 수행도구와 자가간호 지식도구를 개발하여 전문가로 부터 내용 타당도를 검정 받은 후 일차 설문지를 작성하여 예비조사를 실시하였다. 15명의 파킨슨병 환자를 대상으로 예비조사를 실시하여 도구의 사용에 문제가 없음을 확인하였으며 2008년 7월 1일부터 8월 31일까지 부산의 D대학병원에서 본 연구의 자료를 수집하였다.

자료 수집은 조사자 1인이 실시하였으며, 신체활동 의존도를 제외한 다른 변수들의 자료는 본 연구 대상자들이 대부분 나이가 많고 상지의 떨림과 근육위축 등과 같은 파킨슨병의 증상으로 인한 신체적 불편감으로 설문지 작성이 어렵다고 판단되어 1:1 면담 방식을 이용하여 수집되었다. 자료수집은 파킨슨센터 내의 상담실에서 이루어졌으며 설문지의 총 응답 시간은 평균 40분 정도 소요되었다. 신체활동 의존도 검사는 2명의 신경과 전문의에 의해 실시되었고 자료조사 시 병록지를 참고로 하였다.

윤리적인 고려

2008년 5월 부산 D 대학병원의 진료부서장과 간호부를 방문하여 연구의 목적과 방법을 설명하고 모든 개인적 자료결과가 외부에 노출되지 않고 연구에만 사용할 것을 명시하고

협조 승인을 받았다. 연구대상자들에게 직접 설문조사의 목적을 설명하고, 연구의 중간에 대상자가 원하면 언제든지 연구 참여를 거부할 수 있음과 면담의 내용은 연구목적 이외에 다른 목적으로는 절대로 사용되지 않을 것이며, 익명으로 처리됨을 설명하였고 서면 동의서를 받았다.

자료 분석 방법

수집된 자료는 SPSS/PC 12.0 프로그램을 이용하여 파킨슨병 환자의 자가간호수행, 우울, 신체활동 의존도, 사회적 지지, 자기효능감, 자가간호지식은 평균과 표준편차를 구하였고, 파킨슨병 환자의 일반적 특성에 따른 자가간호수행의 차이를 t-검증과 oneway ANOVA로, 변수 간의 상관관계는 Pearson's correlations로 분석하였으며, 자가간호수행에 영향을 미치는 요인들을 확인하기 위해 단계적 다중회귀 분석을 실시하였다.

연구 결과

대상자의 일반적 특성

연구 대상자는 총 80명으로 여자가 68.3%로 많았으며, 연령대는 대부분 50세 이상으로 60세~70세 미만이 36.2%, 70-79세가 32.5%이었다. 학력은 초졸 이하가 57.5%로 가장 많았고, 종교는 불교가 51.3%로 가장 많았다. 대상자의 78.8%가 직업이 없었으며, 대상자의 주 수발자는 58.7%가 배우자였으며, 가족의 월소득은 100만원 미만이 57.5%이었다. 파킨슨병 이외의 동반질환이 있는 대상자는 66.2%이었으며, 파킨슨병의 유병기간이 24개월 이상 된 대상자가 38.8%로 가장 많았고, 의료진으로부터의 파킨슨병에 대한 교육을 받은 대상자는 16.2%이었다(Table 1).

자가간호수행, 우울, 신체활동 의존도, 사회적 지지, 자기효능감, 자가간호지식

대상자의 자가간호수행, 우울, 신체활동 의존도, 사회적 지지, 자기효능감, 자가간호지식 정도는 Table 2와 같다. 대상자의 총 자가간호 수행정도는 170점 만점 중 평균 120.86으로 평균평점은 5점 만점 중 3.61±0.40점이었다. 하위 영역별 점수를 살펴보면 약물이 22.60점(평균평점 4.55±0.50)으로 가장 높았으며, 일상생활관리영역도 23.73점(평균평점 3.99±0.58)으로 높은 수행정도를 보였으나, 운동영역은 17.36점(평균평점 3.03±0.64)으로 가장 수행정도가 낮았으며 환경관리영역도 16.31점(평균평점 3.30±0.70)으로 수행정도는 다른 영역에 비해 낮은 편이었다.

Table 1. Self Care Performance according to General Characteristics (N=80)

Variables	n (%)	Self care performance						Total	
		Exercise	Nutrition	Medication	Symptom ¹⁾	Daily life ²⁾	Environment		
		M±SD	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD	
Age (yr)	60 <	25 (31.3)	2.97±.62	3.17±.38	4.52±.51	3.58±.61	4.02±.53	3.26±.70	3.56±.29
	60~69	29 (36.2)	3.16±.55	3.33±.48	4.62±.46	3.76±.66	4.13±.50	3.43±.66	3.71±.40
	70~79	26 (32.5)	2.94±.76	3.44±.51	4.52±.53	3.46±.72	3.80±.67	3.19±.74	3.54±.48
	F (p)		0.94 (.394)	2.18 (.120)	0.36 (.702)	1.46 (.394)	2.38 (.099)	0.86 (.426)	1.58 (.214)
Gender	Male	25 (31.3)	3.06±.65	3.30±.42	4.51±.48	3.47±.57	3.97±.58	3.25±.61	3.57±.35
	Female	55 (68.3)	3.01±.65	3.32±.49	4.57±.50	3.67±.70	4.00±.58	3.32±.74	3.63±.43
	t (p)		0.29 (.771)	-0.27 (.822)	-0.50 (.602)	-1.25 (.215)	-0.24 (.814)	-0.41 (.681)	-0.61 (.557)
Education level (school)	Elementary ≤	46 (57.5)	2.89±.63	3.31±.46	4.50±.51	3.50±.66	3.85 ^b ±.62	3.22±.64	3.52±.39
	Middle	21 (26.3)	3.24±.75	3.35±.52	4.75±.42	3.87±.63	4.11 ^{ab} ±.50	3.41±.75	3.76±.38
	≥High	13 (16.3)	3.18±.36	3.29±.45	4.43±.50	3.55±.67	4.27 ^a ±.41	3.40±.82	3.67±.40
	F (p)		2.78 (.068)	0.08 (.924)	2.32 (.105)	2.45 (.093)	3.40 (.038)	0.69 (.504)	2.94 (.059)
Religion	Protestant	13 (16.3)	3.25±.56	3.35±.49	4.45±.48	3.60±.70	4.07±.61	3.27±.90	3.65±.42
	Buddhist	41 (51.3)	3.00±.69	3.34±.50	4.56±.52	3.60±.64	4.04±.52	3.27±.66	3.61±.40
	Catholic	9 (11.3)	3.16±.77	3.54±.36	4.89±.33	4.04±.65	3.91±.83	3.44±.84	3.80±.47
	None	17 (21.3)	2.85±.48	3.11±.39	4.44±.48	3.39±.65	3.85±.57	3.33±.59	3.46±.33
	F (p)		1.09 (.360)	1.83 (.148)	1.94 (.130)	1.97 (.125)	0.54 (.658)	0.17 (.919)	1.48 (.227)
Occupation	Yes	17 (21.2)	3.00±.67	3.32±.43	4.22±.53	3.25±.51	3.92±.57	3.17±.58	3.45±.33
	No	63 (78.8)	3.04±.64	3.24±.48	4.64±.46	3.70±.67	4.01±.58	3.34±.73	3.65±.41
	t (p)		0.19 (.849)	0.94 (.353)	3.31 (.001)	2.57 (.021)	0.55 (.586)	0.85 (.396)	1.91 (.060)
Main caregiver	Spouse	47 (58.7)	2.96±.62	3.24±.47	4.46±.53	3.53±.63	3.97±.53	3.33±.61	3.55±.37
	Son or daughter	20 (25.0)	3.06±.75	3.46±.46	4.60±.44	3.59±.72	3.90±.65	3.21±.71	3.62±.46
	Other	13 (16.3)	3.23±.57	3.37±.44	4.80±.38	3.88±.71	4.19±.62	3.34±.99	3.78±.41
	F (p)		0.91 (.406)	1.64 (.202)	2.62 (.079)	1.36 (.262)	1.0129 (.368)	0.22 (.807)	1.59 (.210)
Monthly income (10,000 won)	100 <	46 (57.5)	3.02±.60	3.30±.40	4.62±.46	3.67±.65	4.02±.55	3.36±.75	3.64±.38
	≥100	34 (42.5)	3.04±.71	3.34±.56	4.46±.54	3.51±.68	3.95±.63	3.22±.62	3.57±.44
	t (p)		0.06 (.953)	0.03 (.979)	1.49 (.140)	1.44 (.154)	0.99 (.325)	0.59 (.558)	1.06 (.293)
Comorbidity	Yes	53 (66.2)	3.05±.66	3.34±.49	4.59±.51	3.65±.70	3.96±.58	3.40±.69	3.64±.40
	No	27 (33.8)	2.99±.63	3.27±.43	4.48±.46	3.51±.59	4.04±.59	3.10±.69	3.55±.40
t (p)		-0.35 (.724)	-0.66 (.512)	-0.97 (.335)	-0.90 (.369)	0.61 (.547)	-1.84 (.069)	-0.98 (.330)	
Duration (month)	6 <	23 (28.8)	2.97±.70	3.30±.53	4.63±.47	2.97±.57	3.94±.57	3.20±.55	3.56±.38
	6-24	26 (32.5)	3.15±.62	3.24±.46	4.45±.55	3.15±.66	3.91±.55	3.30±.72	3.57±.37
	> 24	31 (38.8)	2.97±.63	3.39±.44	4.58±.47	2.97±.72	4.09±.61	3.38±.79	3.67±.45
	F (p)		0.69 (.503)	0.80 (.454)	0.82 (.443)	1.57 (.215)	0.74 (.483)	0.44 (.643)	0.65 (.523)
Experience of education program	Yes	13 (16.2)	3.03±.54	3.34±.54	4.49±.52	3.03±.69	4.10±.62	3.36±.89	3.63±.41
	No	67 (83.8)	3.03±.67	3.31±.46	4.56±.49	3.03±.67	3.97±.57	3.29±.66	3.60±.40
	F (p)		0.03 (.977)	0.21 (.836)	-0.48 (.631)	-0.20 (.840)	0.73 (.466)	0.32 (.750)	0.25 (.806)

Duncan post-hoc test was done. a, b=significantly different groups. Symptom¹⁾=Symptom management & Visiting hospital; Daily Life²⁾=Daily life management.

대상자의 우울은 평균 15.16점으로 대상자의 우울정도를 분류한 결과 우울점수가 0~17점의 '정상'에 해당하는 대상자는 65.0%이었고, 18~24점의 '경한 우울'에 해당하는 대상자는 26.3%, 25~29점의 '중한 우울'에 해당하는 대상자는 6.2%, 30점 이상의 '극한 우울'에 해당하는 대상자는 2.5%이었다.

신체활동 의존도는 일상생활능력과 운동기능으로 나누어 측정하였는데, 일상생활능력의 의존도는 총점 52점 중 9.33점으로 의존도가 낮았다. 추가분석에서 상대적으로 타 항목에 비해 일상생활능력의 의존도가 높았던 항목은 걷기와 떨림, 글씨쓰기, 말하기(발음) 등이었다. 운동기능의 의존도도 총점

108점 중 20.55점으로 전체적으로 낮은 편이었으며, 전체항목 중 다른 항목보다는 손가락 마주치기, 다리 빨리 움직이기, 자세안정, 얼굴표정 항목에서 운동기능의 의존도가 높았다.

가족지지와 의료인 지지로 구성된 총 사회적 지지 점수는 85점 만점 중 79.48점(평균평점 4.68)으로 하위영역인 가족지지는 56.64점(5점 만점 중 평균평점 4.72점), 의료인 지지는 22.84점(평균평점 4.57점)으로 지지정도가 높았다. 자기효능감은 평균 33.91점이었다.

대상자의 파킨슨병 관련 자기간호지식은 20점 만점 중 11.56점으로 정답률은 57.8%이었다.

Table 2. Score of Self Care Performance, Depression, Dependence of Activities of Daily Living, Social Support, Self Efficacy and Self Care Knowledge (N=80)

Variables	Subscale	No. of question	Mean ±SD	Range
Self care performance	Medication	5	22.60± 2.66	16- 25
	Daily life management Symptom ¹⁾	6	23.73± 3.59	15- 30
	Nutrition	5	17.89± 3.42	12- 25
	Environment management	7	22.98± 3.18	16- 31
	Exercise	5	16.31± 3.69	5- 25
		6	17.36± 3.57	11- 26
	Total	34	120.86±13.80	93-151
Depression		21	15.16± 7.29	5- 43
Dependence ²⁾	Ability of daily activity	13	9.33± 6.62	1- 35
	Function of motion	14	20.55±13.35	2- 66
	Total	27	29.81±18.72	4- 94
Social support	Family support	12	56.64± 7.15	16- 60
	Medical staff support	5	22.84± 3.32	11- 25
	Total	17	79.48± 9.65	27- 35
Self efficacy		13	33.91±10.65	14- 65
Self care knowledge		20	11.56± 2.89	0- 18

Symptom¹⁾=Symptom management & Visiting hospital; Dependence²⁾=Dependence of activities of daily living.

일반적 특성에 따른 자가간호수행의 차이

대상자의 일반적 특성에 따른 자가간호수행의 차이를 분석한 결과 총 자가간호수행에 의미있는 차이를 보인 일반적 특성은 없었다. 그러나 자가간호수행의 하위영역별 분석에서는 직업이 없는 대상자가 직업을 갖고 있는 대상자 보다 약물영역($t=3.31, p=.001$)과 증상관리 및 병원방문 영역($t=2.57, p=.012$)에서 자가간호 수행정도가 유의하게 높았다. 또한 고졸 이상의 학력을 가진 대상자가 초등학교 이하의 대상자에 비하여 일상생활관리영역의 자가간호 수행정도가 높았다($F=3.40, p=.038$) (Table 1).

자가간호수행, 우울, 신체활동 의존도, 사회적 지지, 자기효능감, 자가간호지식 간의 관계

대상자의 자가간호수행과 우울, 신체활동 의존도, 사회적

지지, 자기효능감, 자가간호지식 간의 상관관계는 Table 3과 같다. 자가간호수행은 우울($r=-.32, p<.01$), 신체활동 의존도의 하위영역인 일상활동능력($r=-.22, p<.05$)과 운동기능($r=-.25, p<.05$)과 역상관관계를 보여 우울정도가 낮을수록, 신체활동 의존도가 낮을수록 자가간호 수행정도가 높았다. 또한 자가간호수행은 자기효능감($r=.24, p<.05$), 의료인 지지($r=.24, p<.05$), 그리고 자가간호지식($r=.28, p<.05$)과 순상관관계를 보여 자기효능감이 높을수록, 의료인 지지가 높을수록, 자가간호지식이 높을수록 수행정도가 높았다. 하위영역별 자가간호수행과 변수간의 상관성을 살펴보면 운동과 일상생활관리영역의 자가간호수행은 일상활동능력 의존도, 우울, 자기효능감, 그리고 자가간호지식과 유의미한 관련성이 있었으며, 증상관리 및 병원방문과 약물수행영역은 가족지지 혹은 의료인지지와 상관성이 높았다. 환경관리영역은 가족지지와 의료인지지, 그리고 우울과 유의미한 상관성을 갖고 있었으나 식이영역의 간호수행과 의미있는 관련성을 갖는 변수는 없었다.

Table 3. Correlations of Study Variables with Self Care Performance (N=80)

Variables	Depression	Dependence of activities		Social support		Self efficacy	Self care knowledge
		Ability of daily activity	Function of motion	Family support	Medical staff support		
Self care performance	Exercise	-.32**	-.28*	-.25*	-.01	.05	.26*
	Nutrition	-.16	.08	.01	-.02	.01	-.01
	Medication	-.05	-.01	-.05	.19	.24*	.05
	Symptom ¹⁾	-.12	-.16	-.20	.34**	.34**	.17
	Daily life ²⁾	-.25*	-.38**	-.39**	.11	.08	.36**
	Environment	-.35**	-.07	-.09	.30**	.33**	.11
	Total	-.32**	-.22*	-.25*	.20	.24*	.24*

* $p<.05$; ** $p<.01$.

Symptom¹⁾=Symptom management & Visiting hospital; Daily Life²⁾=Daily life management.

Table 4. Influencing Factors on Self Care Performance

(N=80)

Variable	B	SE	β	t	R ²	Adj R ²	F (p)
Depression	-.33	.11	-.28	-2.88**	.103	.103	7.55 (.001)
Occupation	-.27	.10	-.27	-2.81**	.069	.172	
Self care knowledge	.03	.01	.21	2.16*	.050	.223	
Medical staff support	.17	.06	.28	2.89**	.045	.267	
Educational level	.12	.04	.28	2.81**	.070	.338	

* $p < .05$; ** $p < .01$.

자가간호수행에 영향을 미치는 요인

단계적 다중회귀분석을 이용하여 자가간호수행에 영향을 미치는 요인을 분석하였다(Table 4). 독립변수로는 자가간호수행과 유의한 상관관계를 보인 신체활동 의존도(일상생활능력, 운동기능), 우울, 자기효능감, 사회적 지지, 자가간호지식과 일반적 특성 중 자가간호수행의 하위영역에서 집단별로 차이를 보였던 학력, 직업유무와 추가적으로 연령, 성별을 포함시켰으며 성별, 직업유무, 학력은 dummy 변수로 전환하여 분석하였다. 분석결과 자가간호수행에 영향을 미치는 요인은 우울($\beta = -.28, p < .01$), 학력($\beta = .28, p < .01$), 의료인 지지($\beta = .28, p < .01$), 직업유무($\beta = -.27, p < .01$), 자가간호지식($\beta = .21, p < .05$)으로 우울 변수의 설명력이 10.3%로 가장 높았으며 이들 5개 변수의 총 설명력은 33.8%이었다($F = 7.55, p = .001$).

논 의

파킨슨병은 증상관리만 적절히 이루어진다면 장기간에 걸쳐 독립적인 생활이 가능한 대표적인 만성 신경성 퇴행질환이기 때문에 파킨슨병 환자들은 일상생활 속에서 자신의 생활양식을 바꾸고, 변화된 건강행위를 유지하며 지속적으로 자가간호를 수행해야만 한다.

본 연구는 파킨슨병 환자의 자가간호 수행정도와 이에 영향을 미치는 요인들을 확인하기 위해 시도된 것으로, 연구결과 대상자의 자가간호 수행정도는 총 5점 만점 중 '보통'과 '비교적 잘함' 사이에 위치하는 평균평점 3.61점의 수행정도를 보였다. 파킨슨병 환자를 대상으로 자가간호 수행정도를 확인한 연구가 없어 비교하기는 어렵지만 혈액종양환자의 자가간호수행이 3.94점(5점 만점)으로 보고(Shin, 2002)되어 본 대상자의 수행정도가 다소 낮았다. 또한 자가간호수행을 6개 하위영역으로 나누어 분석한 결과, 약물영역의 간호수행이 4.55점으로 수행정도가 가장 높았는데 이는 환자들이 파킨슨병에 대한 교육프로그램의 참가경험이 21.2%에 그쳤지만 본 연구에서 의료인의 지지($r = .24$)가 높을수록 투약영역의 자가간호수행이 높았다는 결과를 볼 때, 의료진으로부터 약물복용이나 파킨슨병의 치료방법에서 약물의 중요성에 대한 상담이

많이 이루어지는 것으로 판단된다.

이와 함께 일상생활관리영역의 자가간호수행정도도 3.99점으로 높아 일상생활에서 비교적 독립적인 활동을 하고 있는 것으로 판단된다. 본 연구에서 조사한 일상생활관리영역의 자가간호수행은 미세한 근육운동을 포함한 특수활동이 아닌 개인위생이나 식사와 옷 입기와 같은 기본적인 활동의 수행여부를 묻는 것으로서, 본 연구에서 선정된 대상자들은 파킨슨병의 질병단계인 Hoehn & Yahr stage (Baas et al., 1993)에 의거하여 중증의 불능(disability)상태를 나타내는 4단계와 휠체어를 사용하거나 도움 없이는 침상에만 있는 경우인 5단계의 환자를 제외하였기 때문에, 본 연구대상자들에게 심각한 일상활동능력과 운동기능의 손상은 없을 것으로 예측되었다. 본 연구대상자들의 신체활동 의존도를 분석한 결과에서도 의존도가 매우 낮은 것으로 파악되었음을 볼 때 이들은 일상생활활동에서는 크게 어려움이 없었을 것으로 판단된다.

그러나 이렇게 일상생활활동이 비교적 어려움이 없고, 신체활동 의존도가 낮은 것으로 분석되었음에도 불구하고 다른 영역에 비해 특히 운동영역(3.03점)의 수행정도는 가장 낮은 것으로 조사되었다. 이러한 결과를 미루어 볼 때 파킨슨병 환자의 운동수행은 단순히 신체활동의 의존도에만 영향을 받지 않는다고 추론할 수 있겠다. 이러한 추론을 받쳐주는 결과로서 본 연구에서는 운동영역의 자가간호수행이 신체활동 의존도보다 우울과 더 상관성이 높았으며, 또한 자기효능과 자가간호지식과도 의미있는 관련성을 갖고 있었다. 특히 운동영역을 하위항목별로 추가분석을 실시한 결과 '지구력 운동을 규칙적으로 실시한다'의 점수(3.63점)는 타 항목에 비해 높았지만, 걷기 운동의 올바른 방법을 따라하고, 관절운동을 지속하며, 안면운동이나 소리 지르기와 같은 소근육을 발달시키는 운동항목은 수행점수가 2점대로 매우 낮게 조사되었다. 즉 걷기운동과 같은 포괄적인 지구력 운동의 수행정도는 좋은 편이나 각 근육들의 구체적인 운동방법, 특히 소근육 운동에 대한 수행은 이루어지지 않고 있었다. 이와 함께 고려해볼 점은, 본 연구대상자의 신체활동 의존도는 높지 않았지만 각각의 신체부위별 신체활동 의존도를 살펴볼 때 다른 항목에 비해 상대적으로 얼굴표정, 손 운동, 다리운동, 걷기, 글씨쓰기, 말하기 등의 항목에서 의존도가 높은 것으로 조사되었기 때

문에 이들 부위의 관련근육들을 운동시킬 필요가 있다고 판단된다. 이렇게 소근육운동이 필요함에도 불구하고 이들 근육 운동의 수행정도가 낮았던 이유로 운동에 대한 지식부족도 한 원인일 것으로 추정되는데, 본 연구 대상자의 파킨슨병 관련 지식의 정답율은 57.8%로 낮은 편이어서 이를 지지하고 있다. 운동을 규칙적으로 실시하지 않으면 근육의 자율적 운동 감소로 인해 근육과 인대의 경직을 초래하고 움직임이 점점 더 감소하여 운동장애를 초래할 뿐만 아니라, 이로 인해 사회적 활동도 축소되며 일상생활에서 의존도도 높아지게 된다. 파킨슨병 환자를 대상으로 복합 운동(변형된 포크댄스, 걷기, 밴드운동)과 태극권 운동의 중재를 시행한 후 상·하지 근력/근지구력, 하지 유연성, 민첩성 및 평형성이 유의하게 증가하였다는 결과를 볼 때(Sung, 2005; Sung, Yang, & Kang, 2006), 파킨슨병 환자들에게 운동을 하지 않는 원인을 정확하게 분석함과 더불어 질병단계별, 근육별 구체적인 운동방법에 대한 교육을 통해 일상생활의 독립성을 오랫동안 유지할 수 있도록 해야 할 것이며, 특정 미세근육에 대한 운동의 효과를 확인하는 추후연구도 필요할 것으로 생각된다.

지지모임의 참석, 낙상예방을 위한 환경조성, 일상활동을 편하게 돕는 기구 등의 사용과 같은 환경관리영역도 다른 영역과 비교하여 수행정도가 낮았는데, 환경관리영역 중 '파킨슨병 지지모임에 참가한다(1.77점)'의 항목이 전체 34개의 항목 중 가장 낮았다. 이는 파킨슨병의 특성상 외모의 변화나 신체적 멸됨, 걷기 등의 운동기능 장애 등으로 인해 지지모임에 참석을 꺼려할 수 있겠으나, 류마티스 관절염 환자를 대상으로 자조모임을 통해 환자들의 신체기능의 증가(Lee, Suh, & Lee, 2001)에 효과적이라는 것이 이미 보고되었고, 환자와 의료진의 지지는 가족구성원으로서의 역할을 재조명하고, 투병과정의 정보를 공유하며, 환자상호 간에 정서적 지지를 받는다는 장점(Kim, 2002)이 있으므로 파킨슨병 환자에게 병원에서 개최하는 파킨슨병 교실이나 파킨슨병 자기관리 과정 등의 지지모임에 적극 참석할 수 있도록 격려하고 이런 모임들을 활성화시키는데 간호사의 적극적인 개입이 필요하다고 생각한다.

대상자의 자가간호수행에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위해 본 연구에서는 신체활동 의존도, 우울, 사회적 지지, 자기효능감, 자가간호지식의 정도를 조사하였다. 분석결과 본 연구대상자의 우울정도는 우울하지 않은 대상자가 65.0%였고, '경한 우울'이 26.25%, '중한 우울'이 6.25%, '극한 우울'이 2.5%로 우울군으로 분류된 대상자가 35%이었는데, 이는 원발성 파킨슨병 환자에서 우울 발생률을 47%로 보고한 결과(Dooneief et al., 1992)와 Hamilton 우울척도를 이용한 조사에서 파킨슨병 환자의 45.5%에서 심한 정도의 우울을 보인다(Min, Jung, & Lee, 1993)는 결과들과 비교하면 본 연구 대상

자의 우울정도는 비교적 낮은 편이었다. 이와 함께 대상자의 파킨슨병 관련 자가간호지식의 정답률은 57.80%로 전반적으로 낮은 편으로 조사되었다.

본 연구 대상자들의 자가간호 수행정도를 설명해 줄 수 있는 영향요인을 분석하기 위해 자가간호수행과 관련성이 있는 것으로 분석된 우울, 자가간호지식, 신체활동 의존도, 사회적 지지, 자기효능감과 대상자의 일반적 특성을 포함하여 다중회귀분석을 시행한 결과 자가간호수행에 가장 영향력이 높은 요인은 우울($\beta=-.28$)이었으며 직업 유무, 자가간호지식, 의료인 지지, 학력이 유의미한 영향요인으로 확인되었고 이들 변수의 총 설명력은 33.8%이었다($F=7.55, p<.001$). 자가간호수행에 영향을 미치는 유의미한 요인 중 우울과 자가간호지식, 의료인 지지는 간호중재가 가능한 변수라 할 수 있는데, Hong (2001)은 파킨슨병 환자의 삶의 질에 가장 큰 영향을 끼치는 요인을 우울로 언급하면서 운동프로그램을 실시할 때 신체적 능력만 향상시키는 것이 아니라 사회적, 정신적 영역을 고려해야 한다고 하였다. 그러므로 파킨슨병 환자의 자가간호수행을 높이기 위해 우울을 감소시키기 위한 다양한 간호 중재적 접근이 필요하며, 의료인 지지가 자가간호수행에 매우 긍정적인 효과를 줄 수 있는 것으로 분석되었기 때문에 의료인의 적극적인 개입을 통한 지지가 필요하다고 생각된다. 특히 의료인은 대상자의 질병과 증상관리를 위해 질병 단계별로 구체적인 정보제공을 통해 환자의 지식을 증대시킬 필요가 있으며, 단순한 지식의 전달이 아닌 일상생활에서 지속적으로 자가간호를 수행할 수 있도록 좀 더 실무적이고 또 지속적인 추후 관리가 이루어져야 하겠다. 이러한 체계적인 관리를 통해 환자 자신이 질병관리를 위해 스스로 질병정보를 찾고 적극적으로 모임에 참석하며, 정확한 방법으로 매일 일상생활 속에서 꾸준히 소근육운동을 포함한 모든 영역의 자가간호를 수행하도록 해야 할 것이다.

이상에서 살펴 본 바와 같이 파킨슨병 환자의 자가간호수행은 중간정도의 수행정도를 보이고 있으며, 약물영역과 일상생활관리영역의 수행이 높은 반면, 운동과 식이영역에서는 자가간호수행정도가 낮았다. 또한 자가간호 수행정도에 우울, 자가간호지식, 의료인 지지, 직업유무, 학력이 유의한 영향요인으로 분석되었다. 이들 요인 중 우울과 자가간호지식, 의료인 지지는 간호중재가 가능한 변수들로서 이들 변수들을 고려한 통합적인 파킨슨병 환자의 자가간호수행 증진 프로그램이 개발되기를 기대한다.

결론 및 제언

본 연구는 파킨슨병으로 부산 소재 D 대학병원의 파킨슨센터를 방문한 환자 80명을 대상으로 이들의 자가간호 수행정

도와 자가간호수행에 영향을 미치는 요인을 확인하고자 시도되었다. 연구결과 대상자의 총 자가간호수행은 5점 만점 중 3.61점으로 약물영역과 일상생활관리영역의 수행정도는 매우 높았던 반면 운동영역의 수행정도가 가장 낮았고 식이영역의 수행도 낮은 편이었다. 대상자의 자가간호수행은 우울정도와 일상생활의존도가 낮을수록, 자가간호지식, 자기 효능감, 의료인 지지가 높을수록 수행정도가 높았는데, 이들 관련요인 중 우울변수가 자가간호 수행정도를 예측하는 가장 영향력이 높은 변수였으며, 다음으로 직업유무, 의료인 지지, 학력 변수도 영향요인으로 분석되었고, 이들의 총 설명력은 33.8%였다.

이상의 결과와 같이 자가간호수행의 영향요인으로 분석된 요인들 중 우울과 자가간호지식, 의료인 지지는 간호중재가 가능한 변수로서 파킨슨병 환자의 우울 감소와 자가간호지식을 증진시키고 의료인의 적극적인 지지를 활용한 복합적인 중재프로그램이 개발되어야 하며, 프로그램 개발 시 자가간호 수행정도가 매우 낮았던 영역을 적극 고려해야 할 것이다. 또한 본 연구는 파킨슨병 질병단계에서 자가간호수행이 매우 어려울 것으로 예측되는 4단계와 5단계(Hoehn & Yahr stage)에 해당하는 환자들을 연구에서 제외하였기 때문에 연구결과에 제한점을 갖는다고 판단된다. 그러므로 대상자 수를 확대하여 질병단계별 대상자의 자가간호수행의 영향요인을 확인하는 추후연구를 제안한다.

References

- Bae, H. O., & Sou, S. R. (2001). Effect of structured information provided on knowledge and self care behavior of liver cirrhosis patients. *Journal of Korean Academy of Adult Nursing*, 13(3), 476-485.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Baas, H., Stecker, K., & Fischer, P. A. (1993). Value and appropriate use of rating scales and apperative measurements in quantification of disability in Parkinson's disease. *Journal of Neural Transmission-Parkinson's disease & Dementia section*, 5(1), 45-61.
- Beck, A. T. (1967). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Dooneief, G., Mirabello, E., Bell, K., Marder, K., Stern, Y., & Mayeux, R. (1992). An estimate of the incidence of depression in idiopathic Parkinson's disease. *Archives of Neurology*, 49(3), 305-307.
- Elbaz, A., Bower, J. H., Maraganore, D. M., McDonnell, S. K., Peterson, B. J., & Ahlskog, J. E. (2002). Risk tables for parkinsonism and Parkinson's disease. *Journal of Clinical Epidemiology*, 55(1), 25-31.
- Fahn S., Elton R. L., Members of the UPDRS development committee. (1987). Unified Parkinson's disease rating scale. In S. Fahn, C. D. Marsden, M. Goldsten, D. B. Calne (Ed.), *Recent development in Parkinson's disease*, vol. 2(pp. 153-163). Florham Park: Macmillan.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191.
- Go, S. B., Kyun, D. Y., Lee, J. M., Han, J. K., Kim, B. J., Park, M. K., et al. (2003) Prevalence of parkinsonism in Ansan-city. *Journal of Korean Neurological Association*, 21(5), 498-501.
- Hahn, H. M., Yum, T. H., Shin, Y. W., Kim, K. H., Yoon, D. J., & Chung, K. T. (1986). A standardization study of Beck Depression Inventory in Korea. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*, 25(3), 487-500.
- Hong, S. K. (2001). *Quality of life in patients with Parkinson's disease*. Unpublished master's thesis, Dong-a University, Busan.
- Kaplan, B. H. (1977). Social support and health. *Medical Care*, 15(5), 47-58.
- Kim, H. S. (2003). *A study on the quality of life, self-efficacy and family support of stroke patients in oriental medicine hospitals*. Unpublished master's thesis, Dongeui University, Busan.
- Kim, M. S. (2002). *Effects of the self-help group program for quality of life in women with breast cancer*. Unpublished master's thesis, Ajou University, Suwon.
- Kim, O. S. (1993). *A study on the correlation between perceived social support and the quality of life of hemodialysis patients*. Unpublished master's thesis, Seoul National University, Seoul.
- Korea National Statistical Office. (2005). *Total population survey in 2005*. Retrieved from the KOSIS web site: <http://kostat.go.kr>.
- Lee, I. O., Suh, M. J., & Lee, K. S. (2001). The effects of follow-up with peer group meetings after self-help program for arthritis patients. *The Journal of Rheumatology Health*, 8(1), 109-121.
- Lee, J. Y. (2007). *Dietary patterns and nutritional status of early Parkinson's disease patients*. Unpublished master's thesis, Kyunghee University, Seoul.
- Lim, K. C., Park, K. O., & Kim, B. J. (1997). A study on the correlations between social support, dependence of activities of daily living and depression in patients with Parkinson's disease. *Journal of Korean Academy of Adult Nursing*, 9(3), 366-377.
- Min, S. G., Jung, S. S., & Lee, H. S. (1993). Depression in Parkinsonian patients. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*, 32(2), 188-194.
- Orem, D. E. (1991). *Nursing: Concepts of practice*(4th ed.). St. Louis: Mosby-Year Book. Inc.
- Savitt, J. M., Dawson, V. L., & Dawson, T. M. (2006). Diagnosis and treatment of Parkinson disease: molecules to medicine. *The Journal of Clinical Investigation*, 116,

- 1744-1754.
- Shin, E. Y. (2002). *Relationships among self care knowledge, family support and self care behavior in hemato-oncologic patients*. Unpublished master's thesis, Chonnam National University, Gwangju.
- Song, K. Y., Lee, K. S., & Choi, D. W. (2005). An analytical study on quality of life and family support of patients with Parkinson's disease. *Journal of Korean Academy of Fundamental Nursing*, 12(2), 231-239.
- Song, K. Y., & Lee, K. S. (2006). Self-management of Parkinson's disease. Seoul : Shinkwang Pub.
- Song, K. Y., Mun, 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), 883-890.
- Starkstein, S. E., Preziosi, T. J., Bolduc, P. L., & Robinson, R. G. (1990). Depression in Parkinson's disease. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 178(1), 27-31.
- Sung, H. R. (2005). *Effects of combined exercise program on UPDRS, functional fitness and QOL in patients with Parkinson's disease*. Unpublished doctoral dissertation, Busan National University, Busan.
- Sung, H. R., Yang, J. H., & Choi, J. H. (2006). Relationships between functional fitness, UPDRS, and QOL in patients with Parkinson's disease. *The Korean Journal of Physical Education*, 45(1), 835-845.
- Sung, H. R., Yang, J. H., & Kang, M. S. (2006). Effects of Tai Chi Chuan exercise on UPDRS, function fitness, BDI and QOL in patients with Parkinson's disease. *The Korean Journal of Physical Education*, 45(6), 583-590.