



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

파킨슨병 삶의 질(PDQ-39)의  
결정 요인으로서의 의사소통 삶의 질과  
임상적 특성

연세대학교 대학원  
언어병리학협동과정  
정 재 목

파킨슨병 삶의 질(PDQ-39)의  
결정 요인으로서의 의사소통 삶의 질과  
임상적 특성

지도교수 김 향 희

이 논문을 석사 학위논문으로 제출함

2016년 6월 일

연세대학교 대학원

언어병리학협동과정

정 재 목

## 정재목의 석사 학위논문을 인준함

심사위원           김  향  희            인

심사위원           손  영  호            인

심사위원           조  성  래            인

연세대학교 대학원

2016년 6월 일

## 감사의 글

대학원 2년의 끝자락에 서니 많은 순간들이 주마등처럼 스쳐갑니다. 부족한 논문이지만 이것으로 하나의 결실을 얻게 된 것 같아 감회가 새롭습니다. 때로는 자질이 부족한 것은 아닌지, 내 길이 아닌지 의심도 해보았으나 많은 분들이 힘이 되어 주셨기에 미흡하나마 작은 결과물을 내놓을 수 있게 되었습니다. 하지만 이것이 끝이 아니라 새로운 시작이라는 것을 알기에 또 다른 긴장과 설렘이 느껴집니다.

먼저, 지난 2년 간 저희를 지도해주시며 진정한 연구자의 자세가 어떤 것인지 보여주시신 김향희 교수님께 깊은 감사를 드립니다. 자상함과 세심한 조언으로 부족한 부분을 지도해 주신 손영호 교수님, 꼼꼼함과 날카로운 지적으로 더 나은 논문이 나올 수 있도록 해주신 조성래 교수님께도 감사드립니다.

본 연구에서 가장 힘들었던 부분은 대상자분들을 구하는 일이었습니다. 바쁘신 중에 귀찮고 힘든 일이었는데도 선뜻 연구에 참여해주시고 아들처럼 따뜻하게 맞이 해주셨던 많은 환우 분들께 감사의 말씀 드립니다. 대한과킨슨병 협회 최진경 대표님, 정광주 지부장님, 정보경님을 비롯한 많은 분들의 도움이 없었다면 본 논문은 완성되지 못했을 것입니다. 그리고 연구의 시작과 끝까지 큰 도움과 격려를 주신 김선우 선생님께도 감사드립니다.

논문학기 동안 전국을 누비며 함께 동고동락한 소연누님과 지현이, 더불어 2년 동안 가장 큰 버팀목이자 친구가 돼주었던 성건 형에게 큰 고마움을 전합니다. 내 일처럼 고민을 들어주고 응원해 주었던 자은, 주연, 가영누나, 지연, 지현누나, 연누나, Kammy, 혜경, 재호 형님, 호중 형님, 연우, 인주에게도 고마운 마음을 전하며 모두 훌륭한 임상가, 연구자로 거듭날 수 있기를 기원합니다. 특히 제게 이 길을 걷게 해주시고, 늘 응원 해주신 김정완 교수님, 하지완 교수님께도 진심으로 감사의 말씀을 드립니다.

마지막으로 가장 가까운 곳에서 늘 마음으로 지켜봐주고 든든한 버팀목이 되어주시는 아버지, 어머니 그리고 동생에게 말로 다 할 수 없는 감사함을 전합니다.

## 차 례

국문요약 .....	v
<b>I. 서론</b> .....	<b>1</b>
1. 이론적 배경 .....	1
2. 연구의 필요성 및 목적 .....	5
3. 연구 문제 .....	6
<b>II. 연구 방법</b> .....	<b>7</b>
1. 연구 대상 .....	7
2. 측정 요인 .....	8
가. 파킨슨병 환자의 삶의 질 .....	8
나. 인구학적 특성.....	8
1) 성별 .....	8
2) 연령 .....	9
3) 교육 정도 .....	9
4) 배우자 유무 .....	9
5) 월소득 .....	9
6) 직업 유무 .....	9
다. 임상적 특성 .....	11
1) 병력과 유병기간 .....	11

2) 일상생활 능력 .....	11
3) 우울증상 .....	11
4) 인지능력 .....	12
라. 의사소통 삶의 질 척도 .....	12
3. 연구 절차 .....	13
4. 통계 분석 .....	13
<b>Ⅲ. 연구 결과</b> .....	14
1. 각 요인의 기술 통계량 .....	14
가. 파킨슨병 환자의 삶의 질 .....	14
나. 임상적 특성 .....	19
1) 병력과 유병기간 .....	19
2) 일상생활 능력 .....	19
3) 우울증상 .....	19
4) 인지능력 .....	19
다. 의사소통 삶의 질 .....	21
2. 파킨슨병 환자의 삶의 질과 관련 요인들 간의 상관관계 .....	22
가. 인구학적 특성 .....	22
나. 임상적 특성 .....	22
다. 의사소통 삶의 질 척도 .....	24
3. 파킨슨병 환자의 삶의 질 영향 요인 .....	25

IV. 고찰 .....	27
V. 결론 .....	32
참고문헌 .....	34
Abstract .....	40



## 표 차 례

표 1. 인구학적 특성 .....	10
표 2. PDQ-39 총점 및 영역별 점수 .....	15
표 3. 성별에 따른 PDQ-39 총점 및 하위 영역별 점수 .....	16
표 4. 교육 정도에 따른 PDQ-39 총점 및 하위 영역별 점수 .....	16
표 5. 배우자 유무에 따른 PDQ-39 총점 및 하위 영역별 점수 .....	17
표 6. 월소득에 따른 PDQ-39 총점 및 하위 영역별 점수 .....	17
표 7. 직업 유무에 따른 PDQ-39 총점 및 하위 영역별 점수 .....	18
표 8. 임상적 특성 .....	20
표 9. 의사소통 삶의 질 척도 .....	21
표 10. PDQ-39 점수와 연령 간의 상관관계 .....	22
표 11. PDQ-39 점수와 임상학적 특성 간의 상관관계 .....	23
표 12. PDQ-39 점수와 의사소통 삶의 질 간의 상관관계 .....	24
표 13. PDQ-39 점수와 관련 요인들의 단계적 회귀모형 .....	26

## 국 문 요 약

# 파킨슨병 삶의 질(PDQ-39)의 결정 요인으로서의 의사소통 삶의 질과 임상적 특성

파킨슨병 환자의 신체적, 정신적, 사회적 및 감정적 장애 등은 파킨슨병 환자의 전반적인 삶의 질을 떨어뜨린다. 파킨슨병 환자의 삶의 질에 대한 다양한 연구가 이루어지고 있지만 질병 특이적 도구를 이용하여 파킨슨병 환자의 삶의 질을 측정하고 의사소통 삶의 질을 함께 고려한 연구는 부족하다. 이에 본 연구에서는 파킨슨병 환자를 대상으로 이들의 전반적인 삶의 질을 측정하고 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 의사소통 삶의 질 척도, 인구학적 특성, 임상적 특성을 중심으로 각 요인이 파킨슨병 환자의 삶의 질에 미치는 영향력을 알아보았다.

연구 대상자는 한국판 몬트리올 인지평가(K-MoCA) 정상 기준에 속한 특별한 파킨슨병 환자 총 59명이었고, 파킨슨병 삶의 질 평가 도구로는 파킨슨병 설문(PDQ-39)를 사용하였다. 삶의 질 관련 요인으로서 의사소통 삶의 질(QCL 점수), 임상학적 특성(유병기간, 일상생활 능력, 우울증상), 인구학적 특성(성별, 연령, 배우자 유무, 교육 정도, 월소득, 직업 유무)이 측정되었다.

연구 결과, 첫째, 우울증상이 낮을수록, 일상생활 능력이 높을수록 삶의 질이 높은 것을 알 수 있었고, 임상적 특성 중에 이 두 요인이 파킨슨병 삶의 질에 가장 큰 영향을 주는 요인들로 확인되었다. 둘째, 의사소통 삶의 질이 높아질수록 전반적인 삶의 질이 높아졌으며, 여러 요인들 중 의사소통 삶의 질이 전반적인 파킨슨병 삶의 질에 가장 큰 영향을 미치는 요인이었다.

본 연구는 질병 특이적 도구를 이용하여 파킨슨병 환자의 삶의 질을 측정하

고, 의사소통 삶의 질을 포함한 관련 요인들 간의 상관관계와 영향요인을 광범위하게 확인하였다는 점에 그 의의가 있다. 파킨슨병 환자를 대상으로 평가 및 치료를 행할 때에 삶의 질에 영향을 미칠 수 있는 우울증상, 일상생활 능력의 정도, 의사소통 삶의 질을 면밀히 파악하고 그 정도에 따른 개별적인 접근을 통해, 삶의 질을 향상시킬 수 있는 방안을 모색해야 할 것이다.

## 파킨슨병 삶의 질(PDQ-39)의 결정 요인으로서의 의사소통 삶의 질과 임상적 특성

<지도교수 김 향 희>

연세대학교 대학원 언어병리학협동과정

### 정 재 목

#### I. 서론

##### 1. 이론적 배경

대표적인 노인병 중 하나인 파킨슨병(Parkinson's disease)은 일종의 퇴행성 중추신경계 질환으로서 안정 시 진전(tremor), 강직(rigidity), 서동(bradykinesia), 균형유지 장애(postural instability)를 특징적 증상으로 한다. 이는 특정 뇌신경 세포들이 손상되면서 생긴다.<sup>1,2,3</sup> 미국의 경우 파킨슨병의 유병률이 70세 이상 노인 10만 명당 200명의 비율로 발병하는 것으로 보고되며,<sup>4</sup> 국내에서도 65세 이상 인구의 1~1.6%가 해당할 것으로 추정되어 급격한 인구 고령화로 인해 향후 파킨슨병 환자의 수는 현저히 증가할 것으로 보인다.<sup>5</sup>

삶의 질이란 개인의 감정상태, 신체적 기능, 심리사회적인 태도 또는 이 세 가지에 대한 주관적인 느낌으로 폭넓게 정의된다.<sup>6</sup> 세계보건기구(World

Health Organization, WHO)에서 정의한 삶의 질(Quality of life)은 “한 개인이 속한 문화와 가치체계 안에서 자신의 목표, 기대, 규범, 관심과 관련하여 삶에서 자신이 차지하는 상태에 관한 개인적인 인식.”을 말한다.<sup>7</sup> 말·언어장애인의 삶의 질을 평가한 연구에서는 삶의 질을 평가할 때 친구관계, 가족 관계, 의사소통 등의 항목으로 평가할 수 있다.<sup>8</sup> 그 중 의사소통능력은 사회적응에 있어서 기본적인 능력으로서 의사소통에 관한 욕구는 생활 전반에 큰 영향을 미친다. 타인에게서 자신의 의사소통 욕구를 잘 이해받고, 의사소통을 시도할 때 적절한 반응을 얻는 사람일수록 삶의 질은 높아진다.<sup>9</sup> 60대 이하 23명, 60대 49명, 70대 이상 30명의 파킨슨병 환자들을 대상으로 의사소통을 포함한 삶의 질을 알아본 연구에서는 삶의 질 중 의사소통 항목이 중증도가 높아질수록 저하되었다.<sup>10</sup>

신경학적, 음성, 조음, 발성 등의 특성으로 인해 파킨슨병 환자들은 낮은 말명료도를 보이게 되는데, 이것은 발성, 호흡, 조음과 관련된 기체들의 근육긴장 및 불협응, 과소운동성 등을 원인으로 낮은 명료도를 나타내게 된다.<sup>11</sup> 이러한 파킨슨병 환자들의 저하된 말명료도로 인한 의사소통 장벽이 직장에서의 대화나 친구관계 같은 사람간의 관계를 더 불편하게 만들고, 이러한 의사소통의 장벽은 그들의 사회성, 태도와 밀접한 관계를 가지고 있다. 이러한 부분이 개인의 심리적인 측면, 정서적인 측면 뿐 아니라 사회환경적인 측면까지 영향을 미치게 된다.<sup>9,12</sup> 이러한 이유로 파킨슨병 환자들의 의사소통과 관련한 삶의 질을 ASHA QCL(ASHA Quality of Communication Life Scale, 이하 QCL)로 평가해보았을 때 낮은 말명료도가 점수에 영향을 미쳤다.<sup>12</sup>

또 다른 연구에서도, 파킨슨병 환자들의 발화를 들은 청자들은 그들이 의사소통 환경에서 불친절하고 흥미 없어 보이는 것처럼 보인다는 예상을 하게 되는데, 이러한 청자로부터의 부정적인 인상은 의사소통과 사회적 상호작용의 기회를 제한시킨다고 보고하였다. 이것은 그들의 사회생활과 정신적 행복에

지대한 영향을 미친다.<sup>13</sup>

QCL은 실어증, 마비말장애 또는 인지·의사소통 장애를 가진 성인의 손상된 의사소통능력이 의사소통 상대자와의 상호작용이나 일상생활 활동 참여에 미치는 영향을 평가하기 위하여 개발되었다.<sup>14</sup> 국내에서는 QCL이 한국어로 번안되고 신뢰도 및 타당도가 검증되었다.<sup>15</sup>

파킨슨병 환자의 삶의 질을 측정하기 위해 개발한 Parkinson's Disease Questionnaire(이하 PDQ-39)는 국제적으로 파킨슨병 환자의 질병 특이적 삶의 질 측정도구로 가장 적합하다고 평가되고 있다.<sup>16</sup> 국내에서는 Park, Sohng, Kim(2013)이 한국어 번안판의 타당도와 신뢰도를 검증하였고, 한국인을 대상으로 파킨슨병의 진행이나 파킨슨병 환자들의 삶의 질에 주는 영향을 평가하는데 사용할 수 있다.<sup>17</sup> PDQ-39가 파킨슨병 환자의 전반적인 삶의 질에 대한 정보를 제공하는 반면, QCL은 의사소통 손상의 영향이 인간관계, 사회생활, 자주성, 행복, 사회 참여, 레저, 일, 교육 활동에 미치는 영향을 평가하도록 설계되었다.<sup>18</sup>

파킨슨병 환자의 삶의 질을 저하시키는 요인이 무엇인지에 대한 연구가 꾸준히 이루어져왔고 다양한 요인들이 고려되어 왔다. 먼저, 인구학적 특성을 고려한 연구가 있었는데 인구학적 특성으로 고려된 요인은 성별, 연령, 교육기간, 사회경제적 수준, 직업의 유무 등이 포함되었다.<sup>19</sup> 하지만 성별, 교육기간, 사회경제적 능력 등이 삶의 질에 미치는 영향력에 대해서는 연구자들의 연구가 일관되지 못한 결과를 보이며,<sup>5,20,21,22</sup> 파킨슨병 환자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인으로서 낮은 예측력을 보였다.<sup>19</sup>

관련 요인으로서 임상적 특성도 고려되었는데 임상적 특성으로 고려된 요인은 유병기간, 질병 중증도, 우울증상, 일상생활 능력 등이 있었다.<sup>5,10,21,22,23,24</sup> 유병기간에 따른 파킨슨병 환자의 삶의 질에 대한 국내 연구에서 유병기간이 짧을수록 삶의 질이 높다는 결과를 보였으나,<sup>21</sup> 삶의 질과 관련이 없다는 결과를

보인 연구도 있었다.<sup>25</sup> 우울증상이 삶의 질에 미치는 부정적 영향에 대해서는 여러 선행연구에서 밝혀진 바 있다.<sup>5,19,21,22</sup> 우울증상은 파킨슨병 환자의 삶의 질 뿐 아니라 그 가족의 삶의 질과 기능적 능력에도 영향을 미쳤다.<sup>26</sup> 여러 연구에서 일상생활 능력의 저하가 삶의 질에 큰 영향을 미친다는 결과를 보이며 일상생활 능력이 파킨슨병 환자의 삶의 질에 영향을 미치는 큰 요인임이 보고되었다.<sup>19,21,22,25,26</sup>

## 2. 연구의 필요성 및 목적

파킨슨병 환자의 신체적, 정신적, 사회적 및 감정적 장애 등은 파킨슨병 환자의 전반적인 삶의 질을 떨어뜨리게 된다.<sup>5</sup> 또, 파킨슨병 환자들은 의사소통과 관련된 영역의 문제로 말명료도가 저하되고 말명료도가 저하됨에 따라 의사소통 삶의 질에 부정적인 영향을 끼친다.<sup>27</sup> 이는 삶의 질에 있어서 의사소통을 하며 얻는 삶의 즐거움이 큰 사람에게는 좌절과 절망을 느끼게 한다.<sup>9</sup> 따라서 파킨슨병 환자의 건강상태나 치료 효과를 평가하는데 삶의 질에 대한 고려가 점차 중요시되고 있다.<sup>22</sup>

파킨슨병 환자의 삶의 질에 대한 다양한 연구가 이루어지고 있지만 질병 특이적(disease-specific) 도구를 이용하여 파킨슨병 환자의 삶의 질을 측정하고 의사소통 삶의 질을 함께 고려한 연구는 부족하다. 따라서 본 연구에서는 파킨슨병 환자를 대상으로 이들의 전반적인 삶의 질을 측정하고 삶의 질에 영향을 미치는 요인들을 밝혀 보았다. 파킨슨병 환자의 삶의 질을 구성하는 요인을 의사소통 삶의 질 척도, 인구학적 특성, 임상적 특성을 중심으로 각 요인이 파킨슨병 환자의 삶의 질에 미치는 영향력을 알아보았다. 이를 통해 파킨슨병 환자들의 삶의 질 향상이라는 측면에서 언어재활의 필요성을 알리고자 하며, 삶의 질 평가도구 각 항목들의 개별적인 결과를 바탕으로 개별화된 치료 및 중재를 계획하는데 도움이 되고자 한다.



### 3. 연구 문제

위의 내용에 따른 본 연구의 연구 문제는 다음과 같다.

파킨슨병 환자들에서

- (1) 의사소통 삶의 질 척도, 인구학적 특성, 임상적 특성에 따라 PDQ-39 총점 및 여러 하위 영역 점수가 다른가?
- (2) 의사소통 삶의 질 척도, 인구학적 특성, 임상적 특성은 PDQ-39 총점에 어느 정도의 영향을 미치는가?

## II. 연구 방법

### 1. 연구 대상

본 연구는 선행 연구를 참고하여<sup>25,27,29</sup> 다음의 기준으로, 신촌 세브란스 병원 신경과를 방문한 환자 10명과 대한파킨슨병 협회 소속 회원 49명을 포함한 총 59명의 특발성 파킨슨병(idiopathic Parkinson's disease, IPD) 환자들을 선발하였다.

첫째, 읽기 수행이 가능해야 하므로 시력손상이나 기타 무시증이 있는 경우에는 제외하였다. 그러나 안경과 같은 도구를 이용하여 읽고 듣기가 가능한 경우는 연구 대상에 포함하였다. 둘째, 환자가 검사자의 질문이나 지시를 이해할 수 있어야 하므로 문맹은 제외하였다. 셋째, 지적장애, 음성장애, 자폐, 실어증과 같은 중복장애가 없는 환자를 대상으로 하였다. 넷째, 치매를 동반하지 않은 환자를 대상으로 하기 위하여 한국판 몬트리올 인지평가(Korean-Montreal Cognitive Assessment, 이하 K-MoCA) 결과에서 규준을 만족하지 못한 경우 연구대상에서 제외하였다.<sup>30</sup>

## 2. 측정 요인

### 가. 파킨슨병 환자의 삶의 질

본 연구에서는 파킨슨병 환자의 삶의 질을 측정하기 위해 개발한 PDQ-39의 한국어 번안판을 사용하였다. PDQ-39의 문항 수는 총 39문항이며 이동(Mobility, 10문항)(예, 하고 싶은 여가활동을 하는데 어려움이 있었습니까?), 일상생활활동(Activities of daily living, 6문항)(예, 몸을 씻는데 어려움이 있었습니까?), 정서적 안녕(Emotional well-being, 6문항)(예, 울적한 기분이 들었습니까?), 오명감(Stigma, 4문항)(예, 귀하의 파킨슨병을 사람들에게 숨겨야겠다고 느꼈습니까?), 사회적지지(Social support, 3문항)(예, 친밀한 인간관계에 어려움이 있었습니까?), 인지기능(Cognition, 4문항)(예, 책을 읽거나 TV 등을 볼 때 집중력에 어려움이 있었습니까?), 의사소통(Communication, 3문항)(예, 말하는데 어려움이 있었습니까?), 신체적 불편감(Bodily discomfort, 3문항)(예, 고통스러운 근육 경련이나 쥐가 난 적이 있습니까?) 등 8가지 영역으로 구성되어 있다.<sup>31</sup> 모든 문항에 대해서 5점 척도로 '0=결코 그렇지 않다, 1=간헐적으로 그렇다, 2=가끔 그렇다, 3=자주 그렇다, 4=항상 그렇다'로 선택할 수 있다.<sup>32</sup> 8개 영역을 각각 100점 만점으로 환산하며, 점수가 높을수록 삶의 질이 낮다.<sup>31</sup>

### 나. 인구학적 특성

대상자의 성별, 연령, 교육 정도, 배우자 유무, 월소득, 직업 유무를 설문으로 조사하였다.

1) 성별

총 59명 중 남자 25(42.4%)명, 여자 34(57.6%)명이었다(표1).

2) 연령

대상자의 연령은 최연소 45세, 최고령 76세로 평균 62.42( $\pm$ 7.32)세였다(표1).

3) 교육 정도

대상자의 평균 교육년수는 12.2( $\pm$ 3.63)년이었다. 고등학교 중퇴/졸업이 24명(40.7%)으로 가장 많았으며, 전문대 이상 21명(35.6%), 중학교 중퇴/졸업 8명(13.9%), 초등학교 중퇴/졸업이 5명(5.8%), 무학 1명(1.7%)이었다(표1).

4) 배우자 유무

현재 배우자가 있는 사람이 56명(94.9%), 없는 사람이 3명(5.1%)이었다(표1).

5) 월소득

월평균 소득 100~200만원(14명, 23.7%)이 가장 많았으며, 다음으로 300~400만원이 12명(20.3%), 50~100만원이 10명(16.9%), 50만원 미만 9명(15.3%), 400만원 이상 8명(13.6%), 200~300만원 6명(10.2%)이었다(표1).

6) 직업 유무

현재 직업을 가지고 있는 사람이 15명(25.4%), 가지고 있지 않은 사람이 44명(74.6%)이었다(표1).

표 1. 인구학적 특성

인구학적 특성		명(%)
성별	남성	25(42.4%)
	여성	34(57.6%)
연령	평균(±표준편차)	62.42(±7.32)
	교육 정도	
	무학	1(1.7%)
	1~6	5(8.5%)
	7~9	8(13.6%)
	10~12	24(40.7%)
	13~18	21(35.6%)
	평균(±표준편차) 년	12.2(±3.63)
배우자 유무	있음	56(94.9%)
	없음	3(5.1%)
월소득 (10,000원)	<50	9(15.3%)
	50~100	10(16.9%)
	100~200	14(23.7%)
	200~300	6(10.2%)
	300~400	12(20.3%)
	400<	8(13.6%)
직업 유무	없음	44(74.6%)
	있음	15(25.4%)

## 다. 임상적 특성

### 1) 병력과 유병기간

파킨슨병 진단 연도와 기타 병력을 설문으로 조사하였다. 기타 병력은 연구 대상자 제외 기준으로 사용하였다.

### 2) 일상생활 능력

일상생활 능력은 한글판 수정바텔지수(Korean Version of Modified Barthel Index, 이하 K-MBI)로 측정하였다. K-MBI는 일상생활을 10개의 평가 항목(개인위생, 목욕하기, 식사하기, 용변처리, 계단 오르기, 옷 입기, 대변조절, 소변조절, 보행, 의자-침대이동)으로 나누고 각 항목의 점수는 5단계(1: 과제를 수행할 수 없는 경우; 2: 최대의 도움이 필요한 경우; 3: 중등도의 도움이 필요한 경우; 4: 최소의 도움이나 감시가 필요한 경우; 5: 완전히 독립적인 경우)로 나누었다. 내용에 따라 가중치가 적용되었으며, 점수가 높을수록 일상생활 능력 정도가 높은 것으로 판단된다.<sup>33</sup> 검사지는 원칙적으로는 대상자가 직접 작성하되 필요에 따라 환자를 돌보고 있는 가족이나 간병인의 도움을 받았다.

### 3) 우울증상

우울증상은 한국판 노인 우울 척도(Korean version of the Geriatric Depression Scale, 이하 GDS-K)를 대상자가 직접 작성하여 측정하였다. 한국판 노인 우울 척도(Korean version of the Geriatric Depression Scale, 이하 GDS-K)를 대상자가 직접 작성하여 측정하였다. GDS-K는 우울증상을 측정하는 총 30개의 문항으로 구성되었으며 문항의 예로는 ‘자신의 삶에 대체로 만족하십니까?’, ‘활동이나 관심거리가 많이 줄었습니까?’ 등이 있다. 피검자가 ‘예/아니오’로 응답하는 양분척도로서 문항 당 1점을 배점으로 한다. 점수가 높

을수록 우울의 정도가 높은 것이며 점수가 13점 이하는 정상, 14~18점은 경도, 19~21점은 중등도, 22점 이상은 심도에 해당한다.<sup>34,35</sup>

#### 4) 인지능력

인지능력은 K-MoCA로 측정되었다. K-MoCA는 경도인지장애를 평가하고자 개발된 측정도구로서 시공간/실행력(5점)(예, 육면체 그리기), 어휘력(3점)(예, 동물 이름대기), 주의력(6점)(예, 순서대로 따라외우기), 문장력(3점)(예, 따라 말하기), 추상력(2점)(예, 공통성 말하기), 회상력(5점)(예, 지연회상) 및 지남력(6점)(예, 도시 이름) 등 7개 하위항목으로 구성되어있으며, 만점은 30점이다. 기억력 항목이 있으나 점수는 배정되지 않는다. 연령과 교육 정도에 따라 각각의 피검자에게 합당한 기준을 찾아 적용하였다.<sup>36</sup>

#### 라. 의사소통 삶의 질 척도

파킨슨병 환자의 의사소통 삶의 질을 측정하기 위해 QCL의 한국어 번안판을 사용하였다. 전반적인 삶의 질을 묻는 18번째 문항을 제외한 나머지 17개 문항은 ‘사회화/활동’, ‘자신에 대한 확신/자아 개념’, ‘역할과 책임’ 3개 영역으로 나누어진다.<sup>15</sup> 그 중 의사소통 관련 문항(1, 2, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 14, 17)은 10개이며 의사소통 비관련 문항(3, 4, 6, 10, 13, 15, 16)은 7개이다.<sup>27</sup> 각각의 문항은 페이지 별로 척도 그림과 함께 5점 리커트 척도로 제시되었다.<sup>14</sup> 한국판의 문항 중 성인에게 적용시키기 위해 5번 항목의 ‘학교’는 ‘직장’ 및 ‘사회’로 수정한 것을 사용하였다.<sup>27</sup> 모든 문항은 최하 1점에서 최고 5점까지 5점 척도로 이루어져 있으며, 18번 문항을 제외한 1번 문항부터 17번 문항까지의 점수를 합산하여 문항 수로 나누어 평균 점수를 산출하였고, 의사소통 관련 문항과 의사소통 비관련 문항은 각각의 평균 점수를 산출하였다.

### 3. 연구 절차

연구 절차는 사례 면담, 인지 기능 검사, 우울 검사, 일상생활능력, 파킨슨병 환자의 삶의 질 평가, 의사소통 삶의 질 평가 순으로 실시하였으며 인지 기능 검사는 현장에서 채점하여 기준에 적합하지 않은 대상자의 경우에는 연구 진행을 중단하였다. 모든 절차는 환자가 복용하는 약물의 약효가 지속되는 상태에서 실시하였고, 설문지는 대상자가 직접 작성하는 것을 원칙으로 하되, 특정 문항에 대해서 이해가 가지 않거나 도움을 필요로 할 때는 검사자가 도움을 주었다.

### 4. 통계 분석

첫째, 파킨슨병 환자의 PDQ-39 점수와 삶의 질 구성 요소(의사소통 삶의 질 척도, 인구학적 특성, 임상적 특성)의 상관관계를 알아보기 위하여 피어슨 상관 분석(Pearson correlation analysis)을 실시하였다. 둘째, 독립변수들이 PDQ-39 점수에 미치는 영향력을 확인하기 위하여 단계적 회귀분석(stepwise regression analysis)을 이용하였다. 통계프로그램은 SPSS 21(Statistical Package for the Social Science, version 21)을 사용하였다.



### Ⅲ. 연구 결과

#### 1. 각 요인의 기술 통계량

##### 가. 파킨슨병 환자의 삶의 질

본 연구에 참여한 파킨슨병 환자들의 PDQ-39의 총점은 최저 6.4점, 최고 76.3점으로 평균 33.46( $\pm$ 17.45)점이었다. PDQ-39의 하위영역 점수 중에서 신체적 불편감 영역의 평균 점수가 39.54( $\pm$ 23.85)점으로 가장 높았고 의사소통 영역의 평균 점수가 23.58( $\pm$ 20.82)점으로 가장 낮았다(표2). 인구학적 특성 중 성별, 교육 정도, 배우자 유무, 월소득, 직업유무에 따른 PDQ-39 총점 및 하위 영역별 점수를 비교해 본 결과, 통계적으로 유의한 차이가 없었다(표3-7).

표 2. PDQ-39 총점 및 하위 영역별 점수

하위 영역	문항 수	평균(±표준편차)	범위
총점	39	33.46(±17.45)	6.4 ~ 76.3
이동성	10	35.80(±22.90)	0 ~ 92.5
일상생활활동	6	38.27(±25.72)	0 ~ 87.5
정서적 안녕	6	33.05(±24.36)	0 ~ 87.5
오명감	4	30.61(±22.82)	0 ~ 93.8
사회적 지지	3	25.98(±20.65)	0 ~ 100
인지	4	32.30(±20.96)	0 ~ 87.5
의사소통	3	23.58(±20.82)	0 ~ 75.0
신체적 불편감	3	39.54(±23.85)	0 ~ 100

표 3. 성별에 따른 PDQ-39 총점 및 하위 영역별 점수

	남(N=25)	여(N=34)	t	P-value
	평균(±표준편차)	평균(±표준편차)		
PDQ-39 총점	33.94(±16.91)	33.10(±18.08)	.182	.857
이동성	34.20(±20.76)	36.98(±24.60)	-.458	.648
일상생활 활동	39.00(±22.62)	37.74(±28.10)	.184	.855
정서적 안녕	30.50(±22.62)	34.92(±24.74)	-.686	.495
오명감	26.75(±20.76)	33.45(±24.12)	-1.118	.268
사회적 지지	31.66(±26.67)	21.81(±13.76)	1.848	.070
인지	39.00(±20.43)	27.39(±20.23)	2.169	.034
의사소통	29.66(±21.52)	19.11(±19.41)	1.970	.054
신체적 불편감	39.33(±21.18)	39.70(±25.95)	-.059	.953

표 4. 교육 정도에 따른 PDQ-39 총점 및 하위 영역별 점수

	PDQ-39								
	총점	하위 영역							
		이동성	일상생활 활동	정서적 안녕	오명감	사회적 지지	인지	의사소통	신체적 불편감
F	.556	.993	.677	.716	.783	.483	2.419	.768	.385
P-value	.696	.419	.611	.585	.541	.748	.060	.550	.818

표 5. 배우자 유무에 따른 PDQ-39 총점 및 하위 영역별 점수

	배우자 있음(N=56)	배우자 없음(N=3)	t	P-value
	평균(±표준편차)	평균(±표준편차)		
PDQ-39 총점	33.01(±16.94)	41.88(±28.67)	-.855	.396
이동성	35.08(±22.45)	49.16(±32.62)	-1.038	.304
일상생활 활동	37.79(±25.53)	47.22(±33.67)	-.615	.541
정서적 안녕	32.51(±24.39)	43.05(±26.46)	-.727	.470
오명감	30.58(±23.34)	31.25(±10.82)	-.049	.961
사회적 지지	25.14(±18.49)	41.66(±50.68)	-1.360	.179
인지	31.47(±19.43)	47.91(±44.34)	-1.333	.188
의사소통	23.95(±21.08)	16.66(±16.66)	.587	.559
신체적 불편감	39.73(±23.72)	36.11(±31.54)	.254	.800

표 6. 월소득에 따른 PDQ-39 총점 및 하위 영역별 점수

	PDQ-39								
	총점	하위 영역							
	이동성	일상생활 활동	정서적 안녕	오명감	사회적 지지	인지	의사소통	신체적 불편감	
F	.469	.608	.356	.419	.479	1.317	.544	1.364	.409
P-value	.797	.694	.876	.834	.790	.271	.742	.253	.840

표 7. 직업 유무에 따른 PDQ-39 총점 및 하위 영역별 점수

	직업 있음(N=15)	직업 없음(N=44)	t	P-value
	평균(±표준편차)	평균(±표준편차)		
PDQ-39 총점	29.23(±14.36)	34.9(±18.31)	1.089	.281
이동성	26.16(±17.99)	39.09(±23.63)	1.931	.058
일상생활활동	29.72(±19.08)	41.19(±27.2)	1.508	.137
정서적 안녕	30.27(±27.65)	33.99(±23.41)	.507	.614
오명감	26.66(±24.14)	31.9(±22.48)	.773	.443
사회적 지지	24.44(±22.81)	26.51(±20.11)	.333	.741
인지	37.5(±17.19)	30.54(±21.99)	-1.113	.270
의사소통	21.11(±18.32)	24.43(±21.74)	.530	.598
신체적 불편감	41.66(±24.39)	38.82(±23.9)	-.395	.694

## 나. 임상적 특성

임상적 특성인 유병기간, 일상생활 능력, 우울증상, 인지능력에 대한 각 수치는 표8에 제시되었다.

### 1) 유병기간

결측치 1명을 제외한 58명 중 진단 연도를 기준으로 최단 1년, 최장 40년으로 평균 8.98년( $\pm 6.85$ )이었다.

### 2) 일상생활 능력

한글판 수정바델지수(K-MBI)는 최저 29점, 최고 100점으로 평균 87.54( $\pm 16.86$ )점이었다.

### 3) 우울증상

한국판 노인 우울 척도(GDS-K) 검사에서 최저 0점, 최고 28점으로 평균 12.59( $\pm 7.59$ )점이었다.

### 4) 인지능력

한국판 몬트리올 인지평가(K-MoCA)는 최저 17점, 최고 30점으로 평균 25( $\pm 2.99$ )점이었다.

표 8. 임상적 특성

임상적 특성		
유병기간(년)		
	평균(±표준편차)	8.98(±6.85)
일상생활 능력(K-MBI 점수)	평균(±표준편차)	87.54(±16.86)
우울증상 (GDS-K 점수)	평균(±표준편차)	12.59(±7.59)
인지능력 (K-MoCA 점수)	평균(±표준편차)	25.0(±2.99)

K-MBI: Korean Version of Modified Bathel Index

GDS-K: Korean version of the Geriatric Depression Scale

K-MoCA: Korean-Montreal Cognitive Assessment

#### 다. 의사소통 삶의 질

의사소통 관련 삶의 질 척도 총점은 평균 3.8점( $\pm 0.71$ )이었으며, 의사소통 관련 문항과 의사소통 비관련 문항의 평균 점수는 각각 3.94점( $\pm 0.71$ )과 3.60점( $\pm 0.86$ )이었다(표9).

표 9. 의사소통 삶의 질 척도

	ASHA QCL		
	전체 문항	의사소통 관련 문항	의사소통 비관련 문항
평균( $\pm$ 표준편차)	3.80( $\pm 0.71$ )	3.94( $\pm 0.71$ )	3.60( $\pm 0.86$ )
범위	2.06~5.0	2.10~5.0	1.43~5.0

ASHA QCL: ASHA Quality of Communication Life



## 2. 파킨슨병 환자의 삶의 질과 관련 요인들 간의 상관관계

### 가. 인구학적 특성

인구학적 특성 중 연령은 PDQ-39 총점 및 하위 영역과 상관관계를 보이지 않으므로 삶의 질과 상관이 없었다(표10).

표 10. PDQ-39 점수와 연령 간의 상관관계

	PDQ-39								
	총점	하위 영역							
	이동성	일상생활활동	정서적안녕	오명감	사회적지지	인지	의사소통	신체적불편감	
연령	.002	-.084	.045	-.005	.094	-.011	.095	.088	-.093

### 나. 임상적 특성

임상적 특성 중 PDQ-39의 총점 및 하위 영역과 가장 유의한 상관관계가 있는 요인은 일상생활 능력이었다. 즉, 일상생활 능력 점수가 높을수록 PDQ-39의 총점( $r=-.595$ ,  $p<.01$ ) 및 모든 하위영역 점수가 낮아져 삶의 질이 높아지는 음의 상관관계를 보였다. GDS-K 점수가 높아질수록 즉, 우울증상이 심할수록 PDQ-39의 일상생활활동, 의사소통영역을 제외한 모든 하위 영역과 총점( $r=.452$ ,  $p<.01$ )이 높아지며 삶의 질이 떨어지는 양의 상관관계를 보였다. 유병기간은 길어질수록 PDQ-39의 이동성 영역 점수( $r=.284$ ,  $p<.05$ )와 사회적

지지 영역 점수( $r=.279$ ,  $p<.05$ )가 높아지면서 삶의 질이 떨어졌다. 또, 인지능력이 높아질수록 PDQ-39의 일상생활 활동 영역의 점수가 낮아지며( $r=-.267$ ,  $p<.05$ ) 삶의 질이 높아졌다(표11).

표 11. PDQ-39 점수와 임상학적 특성 간의 상관관계

	PDQ-39								
	하위 영역								
	총점	이동성	일상생활 활동	정서적 안녕	오명감	사회적 지지	인지	의사소통	신체적 불편감
유병기간	.193	.284*	.162	-.027	.083	.279*	.125	.079	.059
일상생활 능력 (K-MBI)	-.565**	-.508**	-.544**	-.407**	-.434**	-.320*	-.331*	-.557**	-.320*
우울증상 (GDS-K)	.452**	.277*	.160	.606**	.414**	.440**	.409**	.183	.275*
인지능력 (K-MoCA)	-.192	-.037	-.267*	-.252	-.225	-.112	-.113	-.058	-.048

\* $p<.05$ . \*\* $p<.01$ .

PDQ-39: Parkinson's Disease Questionnaire-39

K-MBI: Korean Version of Modified Bathel Index

GDS-K: Korean version of the Geriatric Depression Scale

K-MoCA: Korean-Montreal Cognitive Assessment

### 다. 의사소통 삶의 질

PDQ-39의 총점과 QCL의 총점, 의사소통 관련, 의사소통 비관련 문항 평균 점수의 상관관계를 알아보기 위해 피어슨 상관 분석을 실시한 결과, PDQ-39 총점의 상관계수는  $-.677 \sim .625$ 로 모두 유의하였다( $p < .01$ ). QCL의 전체 및 문항 하위 평균 점수가 높아질수록, 즉 의사소통 삶의 질이 높을수록 PDQ-39의 총점은 낮아지면서 삶의 질이 높아지는 양의 상관관계를 보였다. 또, PDQ-39의 8개 하위 영역 점수와 QCL의 하위 영역 점수의 상관관계를 알아보았고, 상관계수는  $-.666 \sim .304$ 로 모두 유의하였다( $p < .05$ ,  $p < .01$ ). 즉, 파킨슨병 환자의 각 영역에서의 삶의 질이 높아질수록 의사소통 삶의 질 각 영역에서의 삶의 질이 높아지는 음의 상관관계를 보였다(표12).

표 12. PDQ-39 점수와 의사소통 삶의 질 간의 상관관계

	PDQ-39								
	하위 영역								
총점	이동성	일상생활활동	정서적안녕	오명감	사회적지지	인지	의사소통	신체적 불편감	
의사소통 삶의 질									
전체 문항	$-.677^{**}$	$-.587^{**}$	$-.509^{**}$	$-.490^{**}$	$-.454^{**}$	$-.545^{**}$	$-.442^*$	$-.623^{**}$	$-.355^{**}$
의사소통 관련 문항	$-.655^{**}$	$-.534^{**}$	$-.586^{**}$	$-.441^{**}$	$-.415^*$	$-.547^{**}$	$-.516^{**}$	$-.666^{**}$	$-.360^*$
의사소통 비관련 문항	$-.625^{**}$	$-.580^{**}$	$-.535^{**}$	$-.470^{**}$	$-.428^{**}$	$-.488^{**}$	$-.355^{**}$	$-.514^{**}$	$-.304^*$

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ .

PDQ-39: Parkinson's Disease Questionnaire-39

### 3. 파킨슨병 환자의 삶의 질 영향 요인

피어슨 상관분석에서 유의한 상관관계가 나타난 일상생활 능력, 우울증상, QCL의 의사소통 관련, 비관련 문항 평균 점수가 PDQ-39 총점에 미치는 영향을 알아보기 위하여 단계적 회귀분석을 실시하였다. 피어슨 상관분석에서 상관성이 통계적으로 유의하지 않았던 변수들은 독립변수에서 제외하였다.

분석 결과, PDQ-39 총점에 통계적으로 유의한 영향력을 주는 요인은 일상생활 능력( $\beta = -.44$ ,  $p < .001$ ), QCL의 의사소통 관련 문항 평균 점수( $\beta = -.32$ ,  $p < .002$ ), 우울증상( $\beta = .21$ ,  $p < .001$ ) 순이었다(표13). 즉, 일상생활 능력, QCL의 의사소통 관련 문항 평균 점수, 우울증상이 파킨슨병 환자의 삶의 질을 예측할 수 있는 유의한 요인으로 나타났다. 본 회귀모형은 PDQ-39 총점의 변동량을 62.2% 설명할 수 있다.

표 13. PDQ-39 점수와 관련 요인들의 단계적 회귀모형

	PDQ-39			
	B	$\beta$	t	p
의사소통 삶의 질 의사소통 관련 문항 (QCL)	-8.02	-.32	-3.21	.002**
일상생활 능력 (K-MBI)	-.46	-.44	-4.74	.001**
우울증상 (GDS-K)	.67	.21	3.14	.003**
R <sup>2</sup> (adj. R <sup>2</sup> )		.622 (.601)		

\*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ .

QCL: ASHA Quality of Communication Life

K-MBI: Korean Version of Modified Bathel Index

GDS-K: Korean version of the Geriatric Depression Scale

#### IV. 고찰

일반적으로 파킨슨병은 삶의 질을 떨어뜨리는 대표적인 퇴행성 질환이다.<sup>22</sup> 파킨슨병의 삶의 질에 대한 연구는 광범위하게 이루어져 왔으며,<sup>1,3,5,8,10,16</sup> 삶의 질을 측정하는 도구 역시 많이 개발되었다. 1997년 Jenkinson 등에 의하여<sup>31</sup> 개발된 PDQ-39는 여러 연구들에서 사용되어 왔으며,<sup>10,16,17,19,22,23</sup> 우리나라에서는 번안본이 사용되다가,<sup>38</sup> 2013년<sup>28</sup>과 2014년<sup>17</sup>에 각각 한국판의 타당성 검증 연구가 발표된 바 있다. PDQ 총점은 100점 만점으로서 점수가 높아질수록 삶의 질이 낮은 것으로 해석된다. 총 59명의 파킨슨병 환자들을 대상으로 진행된 본 연구에서는 총점 평균이 33.46점이었다. 이는 국내 선행연구의 34.34점과는 비슷한 수준이었으나,<sup>10</sup> 한국판 PDQ-39의 타당화 검증을 위해 수행된 총점 평균인 30.19점<sup>17</sup>보다는 다소 높으며, 23.20점<sup>28</sup>보다는 무척 높아, 본 연구의 대상자들의 삶의 질이 낮은 편인 것으로 확인되었다. 이러한 결과 차이는 여러 요인에 기인할 수 있는데 그 중 연구 대상자들의 유병기간이 하나의 주요 요인일 수 있다. 대체적으로 환자의 유병기간이 길수록 질환의 중증도가 심해지고 삶의 질이 저하되는 것으로 알려져 있다.<sup>39,40</sup> 선행 연구들에서 대상자들의 평균 유병기간이 각각 3.53년과 3.63년인 반면, 본 연구의 대상자들은 평균 8.98년으로서 그 기간이 길다.

물론 삶의 질에 영향을 미치는 결정 인자(determinants)는 ‘유병기간’ 이외에도 여러 요인이 있을 수 있다. 이를 알아보기 위하여 본 연구에서는 인구학적 특성, 임상적 특성, 그리고 의사소통 삶의 질 척도의 지표들이 삶의 질에 관여되는 정도를 확인하였다. 첫째, 인구학적 특성에서 살펴본 성별, 연령, 배우자 유무, 교육 정도, 월 소득, 직업 유무 등의 요인들에서 그 어떤 요인도 PDQ-39점수와 관련성을 찾지 못하였다. 그러나 선행연구들에서는 이들 요인

들 중 일부가 주요 요인으로 판명된 바 있다. 예컨대, 파킨슨병 환자 649명을 대상으로 실시된 한 코호트조사에 의하면,<sup>39</sup> 여성의 경우에 좋지 않은 정서적 안녕과 신체적 불편감을 예측할 수 있었다. 또한, 배우자가 없는 경우가 오명감과 사회적 지지에서 불리한 것으로 확인되었는데, PDQ-39의 사회적 지지 3개 문항이 대부분 먼 관계보다는 가족 또는 가까운 사람들과의 관계에 대해서 언급하기 때문에<sup>30,39</sup> 배우자가 없는 경우 사회적 지지에서 삶의 질이 떨어질 가능성이 높다고 사료된다. 배우자와 함께 있는 환자가 삶의 질이 높고,<sup>10,21,14,39</sup> 다른 어떤 지지보다 배우자의 지지가 중요하다고 한 Fitzpatrick(1997)의 연구<sup>42</sup>와는 달리 배우자의 유무가 삶의 질 저하와 상관을 보이지 않은 본 연구의 결과는 기존의 연구들과 상반된 결과이다. 하지만 본 연구에서 배우자가 없는 대상자가 3명으로 다소 부족함이 있음을 고려할 필요하다. 본 연구에서는 파킨슨병 환자의 교육 정도와 삶의 질과의 관련성을 확인할 수 없었으나 교육기간이 삶의 질의 요인으로 밝혀진 연구결과를 참조해보면<sup>24,43</sup>, 교육수준이 높을수록 자신의 문제점과 필요를 더 잘 파악할 수 있고, 더 좋은 서비스에 대한 접근이 용이하므로<sup>43</sup> 상대적으로 높은 삶의 질을 보일 수 있다고 해석할 수 있었다. 또한 높은 교육수준이 설문조사의 내용을 이해하는데 영향을 주었기 때문으로 볼 수도 있다.<sup>5</sup>

둘째, 임상학적 특성에서 살펴본 유병기간, 일상생활 능력, 우울증상, 인지능력의 요인 중 일상생활 능력, 의사소통 삶의 질, 우울증상이 파킨슨병 환자의 삶의 질 점수에 영향을 미치는 결정 요인이라는 것을 알 수 있었다. 우울증상이 파킨슨병 환자의 삶의 질과 유의한 상관을 가진다는 결론은 기존 연구의 결과들과 맥을 같이 하며,<sup>5,20,23,26,44</sup> 이는 우울증상과 삶의 질 척도는 모두 개인의 심리 상태를 반영하는 것이기 때문으로 볼 수 있다<sup>22</sup>. 우울증상이 정서적 안녕, 오명감, 사회적지지, 인지와 같은 심리적인 요인 뿐 아니라 이동성, 신

체적 불편감 영역에서도 삶의 질을 떨어뜨리는 것으로 보아, 우울증상이 신체 기능 자체에 영향을 주는 것은 아니지만 신체 영역을 포함한 자신의 삶에 대한 태도 전체에 영향을 주어 삶의 질을 저하시키는 것으로 해석할 수 있다. 이는 낮은 비운동적 증상(non-motor symptoms) 점수가 파킨슨병 환자의 삶의 질을 저하시키는 가장 큰 요인이었다는 선행연구와 맥을 같이 한다<sup>33</sup>. 그러므로 파킨슨병 환자의 삶의 질을 높이기 위해서는 우울증상의 조기 발견 및 적절한 치료가 강조된다. 하지만 파킨슨병 환자의 삶의 질 저하가 우울로부터 기인한 것인지 파킨슨병 때문인지에 대해서는 파킨슨병 환자들의 우울증 비율이 높다는 결과를 고려하여 해석에 주의가 필요하다.<sup>37</sup> 또한, 파킨슨병 환자의 우울이 인지 기능의 저하와 관련이 있고<sup>45</sup> 집중력 저하를 유발하므로<sup>46</sup> 삶의 질 측정에 있어서 신뢰도에 영향을 줄 수 있음을 고려할 필요가 있다.

본 연구에서 파킨슨병 환자의 일상생활 능력이 떨어짐에 따라 삶의 질 모든 영역에서 저하를 보였는데, 이것은 환자 본인이 자각하는 신체적 불편감과 타인에 대한 의존이 커지면서 가족 및 사회에서의 환자의 역할이 감소함에 따라 느끼는 정서적인 갈등이 함께 작용한 것으로 보인다. 이 결과를 통해 환자가 느끼는 신체적 제약이 반영된 일상생활능력이 삶의 만족도에 영향을 준다고 설명할 수 있으며 이것은 국내의 다수 연구들과 일치하는 결과이다.<sup>5,21,25</sup> 일상생활수행 능력과 삶의 질이 관련이 있다는 결과에 따라 파킨슨병 환자가 꾸준한 운동, 신체적 활동, 재활 등을 통해 일상생활수행 능력을 향상시킬 수 있다면 전반적인 삶의 질 증진도 기대해 볼 수 있을 것이다. 또한, 직업이 있다는 것은 일상생활 능력에 큰 문제가 없다는 것인데, 본 연구에서는 일상생활 수행의 어려움으로 인해 직업이 없는 대상자들(44명, 74.6%)이 상대적으로 많았다. 이는 직접 병원이나 특정한 장소를 방문하여 연구에 참여가 가능한 환자를 대상으로 하였기 때문에 일상생활 수행에 어려움이 있는 사람이 제외되는 대상군 선정 오류의 가능성도 고려해야 한다.



파킨슨병 환자의 인지능력과 삶의 질과의 연관성에 대해서는 뚜렷한 결론을 얻기는 어려웠는데, 특히 인지능력 점수와 PDQ-39의 인지영역이 상관을 보이지 않은 것은 전문가가 평가한 인지기능과 파킨슨병 환자가 주관적으로 받아들이는 인지기능의 정도가 일치하지 못한 것이라고 해석할 수 있다. 이는 전문가가 평가하는 인지능력보다 환자의 인지에 대한 주관적인 호소가 삶의 질과 더 유의한 상관을 보였다는 Cubo(2002)의 연구<sup>43</sup>와 맥을 같이 한다. 따라서 단순히 인지평가만으로 파킨슨병 환자의 주관적인 인지수준을 설명하기에 부족할 수 있으며 인지평가에서 낮은 수행을 보이지 않은 파킨슨병 환자라도 인지적인 문제를 호소할 수 있음을 의미한다.

파킨슨병 환자의 유병기간이 전반적인 삶의 질을 설명하기에는 부족함이 있었지만 PDQ-39의 사회적 지지영역과 상관을 보였다. 이는 앞서 언급하였듯이 사회적 지지 3개 문항이 대부분 가족 또는 가까운 사람들과의 관계에 대해서 언급하기 때문에,<sup>41,42</sup> 파킨슨병 환자의 유병기간이 길어짐에 따라 가족 구성원이나 동거인으로부터의 사회적인 지지에 대한 만족도가 떨어질 수도 있다고 해석해볼 수 있다.

셋째, QCL점수가 파킨슨병 환자의 전반적인 삶의 질과 높은 상관관계를 보인 결과는 QCL과 다른 HRQOL(Health-Related Quality Of Life) 도구로 측정된 점수의 유의한 상관관계를 보고한 선행 연구와 동일한 결과인데,<sup>23,25</sup> 이것은 PDQ-39로 측정된 전반적인 삶의 질도 다른 HRQOL의 점수와 마찬가지로 QCL과의 상관관계를 보인다는 것이다. 의사소통 삶의 질이 PDQ-39에 미치는 영향력을 알아보기 위한 회귀분석 결과에서도 QCL의 의사소통 관련 점수는 큰 영향을 미치는 요인으로 나타났는데, 이 결과를 통해 환자가 느끼는 의사소통 삶의 질이 반영된 QCL이 삶의 만족도에 영향을 준다고 설명할 수 있다. PDQ-39 점수는 QCL의 의사소통 비관련 문항 하위 평균점수 뿐 아니라 의사

소통 관련 문항 하위 평균점수와도 유의한 상관성을 보였는데, 이는 PDQ-39의 하위영역이 일상생활에서의 활동적인 측면 뿐 아니라 의사소통 측면도 함께 측정하기 때문이라 해석할 수 있다. 특히, PDQ-39의 의사소통 영역과 QCL의 의사소통 관련 하위 평균점수가 강한 상관관계를 보인 것은 두 측정도구가 의사소통 관련 삶의 질을 변별할 수 있는 도구임을 말해주며, 이러한 결과를 통해 언어치료를 통한 의사소통 삶의 질 개선을 알아볼 때 두 측정도구의 사용을 고려해 볼 수 있다. 하지만 PDQ-39의 의사소통 영역이 3개 문항으로만 이루어진 점과 의사소통 영역으로는 다소 모호한 문항이 있다는 점(36번 문항, 사람들에게 무시당한다는 느낌이 들었습니까?)은 해석에 주의를 필요로 한다.

본 연구의 제한점 및 후속 연구에 대한 제언은 다음과 같다.

첫째, 본 연구에서는 파킨슨병 환자들의 삶의 질 측정에 질병 특이적 측정도구를 사용하여 대조군과의 비교가 이루어지지 않았다. 둘째, 파킨슨병 중증도에 대한 고려를 하지 않은 점이 이 연구의 제한점이라 할 수 있다. 이는 파킨슨병 중증도에 대한 정보를 얻기 위해서는 현재 통원 중이거나 파킨슨병을 진단받은 병원으로 대상자의 직접 방문이 필요하여 자료 수집에 제한이 있었기 때문이다. 또, 타 연구에서는 질병중증도가 PDQ-39 점수의 유의한 변수로 작용했으므로<sup>10,17,28,31</sup> 파킨슨병 중증도를 포함한 연구가 추후 필요할 것으로 생각된다. 셋째, 배우자 유무와 직업 유무와 같은 요인에서 대상자의 수가 편중되었던 점도 제한점이라 할 수 있다. 파킨슨병 환자들의 삶의 질 관련 요인을 더 명확하게 확인하기 위해서는 대상자 집단에 대한 통제가 필요할 것이다. 마지막으로, 본 연구를 진행하면서 필요한 자료 수집 및 측정 시 영향을 미칠 수 있는 효능개시-종료 상태(on-off state)에 대한 통제가 이루어지지 못한 측면에도 제한점이 있다.

## V. 결론

본 연구에서는 파킨슨병 환자 59명을 대상으로 이들의 전반적인 삶의 질을 측정하고 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 의사소통 삶의 질 척도, 인구학적 특성, 임상적 특성을 중심으로 각 요인이 파킨슨병 환자의 삶의 질에 미치는 영향력을 알아보았다.

PDQ-39 점수와 임상적 특성(유병기간, 일상생활능력, 우울증상) 및 의사소통 삶의 질 척도가 상관관계가 있다는 것을 밝혀낼 수 있었고 인구학적 특성에서 살펴본 성별, 연령, 배우자 유무, 교육 정도, 월 소득, 직업 유무 등의 요인들에서는 그 어떤 요인도 PDQ-39점수와 관련성을 찾지 못하였다. 임상적 특성 중 유병기간, 우울증상, 일상생활능력은 PDQ-39 점수와 유의미한 상관관계를 보였고, 그 중에서 파킨슨병 환자의 PDQ-39 점수에 큰 영향을 주는 요인은 우울증상과 일상생활능력이었다. 따라서 우울증상과 일상생활능력이 파킨슨병 환자의 삶의 만족도에 큰 영향을 준다고 설명할 수 있다. QCL도 PDQ-39 점수와 높은 상관관계를 보였고 의사소통 삶의 질이 PDQ-39에 미치는 영향력을 알아보기 위한 회귀분석 결과에서도 QCL의 의사소통 관련 점수는 가장 큰 영향을 미치는 요인으로 나타났는데, 이 결과를 통해 환자가 느끼는 의사소통 삶의 질이 반영된 QCL이 삶의 만족도에 영향을 준다고 설명할 수 있다. 특히, PDQ-39의 의사소통 영역과 QCL의 의사소통 관련 하위 평균 점수가 강한 상관관계를 보인 것은 두 측정도구가 의사소통 관련 삶의 질을 변별할 수 있는 도구임을 말해주며, 이러한 결과를 통해 언어치료를 통한 의사소통 삶의 질 개선을 알아볼 때 두 측정도구의 사용을 고려해 볼 수 있다.

본 연구는 PDQ-39와 관련 요인들 사이의 상관관계를 확인하고, 파킨슨병 환자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인들을 밝혔다는 점에서 의의가 있다. 따라서 파킨슨병 환자의 치료에 있어 삶의 질에 영향을 미칠 수 있는 우울증상,

일상생활능력의 정도와 의사소통 삶의 질을 파악하고 그 정도에 따른 개별적인 접근이 필요할 것이며, 삶의 질을 향상시킬 수 있는 접근이 필요할 것이다.

본 연구에서는 첫째, 파킨슨병 환자들의 삶의 질 측정에 질병 특이적 측정 도구를 사용하여 대조군과의 비교가 이루어지지 않았다. 둘째, 파킨슨병 중증도에 대한 고려를 하지 않은 점이 이 연구의 제한점이라 할 수 있다. 타 연구에서는 질병중증도가 PDQ-39 점수의 유의한 변수로 작용했으므로 파킨슨병 중증도를 포함한 연구가 추후 필요할 것으로 생각된다. 셋째, 배우자 유무와 직업 유무와 같은 요인에서 대상자의 수가 편중되었던 점도 제한점이라 할 수 있다. 마지막으로, 본 연구를 진행하면서 필요한 자료 수집 및 측정 시 영향을 미칠 수 있는 효능개시-종료 상태에 대한 통제가 이루어지지 못한 측면에도 제한점이 있다.

## 참 고 문 헌

1. Koplas PA, Gans GB, Wisely MP. Quality of Life and Parkinson's Disease. *J Gerontology* 1999;54A(4):197-202.
2. 고성범. 파킨슨병의 진단과 치료. *가정의학회지* 2003;24(12):1059-1068.
3. Zesiewicz TA, Sullivan KL, Hauser RA. Nonmotor symptoms of Parkinson's disease. *Expert Rev Neurother* 2006;6:1811-22.
4. Miller JL. Parkinson's Disease primer. *Geriatr Nurs* 2002;23(2):69-75.
5. 홍석경. 파킨슨병 환자의 삶의 질. 동아대학교 의학과 석사학위 논문; 2001.
6. Aaronson NK. Quality of life: What is it? How should it be measured? *Oncology* 1988;2:69-74.
7. World Health Organization. WHOQOL: measuring quality of life. Retrieved from [http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf) 1997.
8. Eiser C, Morse R. Quality-of-life measures in chronic diseases of childhood. *Health Technol Assess* 2001;4:1-156.
9. Markham C, van Laar D, Gibbard D, Dean T. Children with speech, language and communication needs: their perceptions of their quality of life. *Int J Lang Commun Disord* 2009;44:748-68.
10. 송경애, 이광수, 최동원. 파킨슨병 환자의 삶의 질과 가족지지 관련 요인 분석. *기본간호학회지* 2005;12:231-9.
11. Ferguson SH, Kewley-Port D. Talker differences in clear and conversational speech: acoustic characteristics of vowels. *J Speech Lang Hear Res* 2007;50(5):1241-1255.
12. Dykstra AD, Hakel ME, Adams SG. Application of the ICF in reduced

- speech intelligibility in dysarthria. *Semin Speech Lang* 2007;28:301-311.
13. Jaywant A, Pell MD. Listener impressions of speakers with Parkinson's disease. *J Int Neuropsychol Soc* 2010;16:49-57.
  14. Burgess S, Turkstra LS. Quality of communication life in adolescents with high-functioning autism and asperger syndrome: a feasibility study. *Lang Speech Hear Services Sch* 2010;41:474-487.
  15. 최혜윤. 'ASHA 의사소통 삶의 질 척도'의 한국어판 변안. *언어청각장애연구* 2011;16(3):388-396.
  16. Marinus J, Ramaker C, van Hilton JJ, Stiggelbout AM. Health related quality of life Parkinson's disease: a systemic review of disease specific instruments. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002;72(2):241-248.
  17. Park HJ, Sohng KY, Kim S. Validation of the Korean version of the 39-Item Parkinson's Disease Questionnaire(PDQ-39). *Asian Nurs Res* 2014;8:67-74.
  18. Bose A, McHugh T, Schollenberger H, Buchanan L. Measuring quality of life in aphasia: results from two scales. *Aphasiology* 2009;23:797-808.
  19. Den Oudsten BL, Van Heck GL, De Vries J. Quality of life and related concepts in parkinsons's disease: a systematic review. *Mov Disord* 2007; 15;22:1528-37.
  20. Kuopio AM, Marttila RJ, Helenius H, Toivonen M, Rinne UK. The Quality of Life in Parkinson's Disease. *Mov Disord* 2000;15:216-23.
  21. 김성렬, 정선주, 성영희, 임주혁, 이명중. 파킨슨병 환자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인. *J Korean Neurol Assoc* 2005;23:770-775.
  22. Schrag A, Jahashahi M, Quinn N. What contribute to quality of life in patients with Parkinson's disease? *J Neurol Neurosurg Psychiatry*

- 2000;69:308-312.
23. Slawek J, Derejko M, Lass P. Factors affecting the quality of life of patients with idiopathic Parkinson's disease—a cross-sectional study in an outpatient clinic attendees. *Parkinsonism Relat Disord* 2005;11:465-8.
  24. 황윤경. 경도인지장애와 우울증상이 노년층의 이름대기 능력에 미치는 영향. 연세대학교 대학원 박사학위논문; 2015.
  25. 이신아. 파킨슨병 환자의 삶의 질 관련 요인: 인구학적 특성, 임상적 특성, 삼킴 기능, 의사소통 능력. 연세대학교 대학원 석사학위논문; 2013.
  26. Karlen KH, Larsen JP, Tandberg J, Maland JG. Influence of clinical and demographic variables on quality of life in patients with Parkinson's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1999;66:431-435.
  27. 박경은. 파킨슨병 환자의 말명료도가 의사소통 삶의 질에 미치는 영향. 연세대학교 대학원 석사학위논문; 2013.
  28. Kwon DY, Kim JW, Ma HI, et al. Translation and validation of the Korean version of the 39-item Parkinson's disease questionnaire. *J Clin Neurol* 2013;9:26-31.
  29. 고열매. 파킨슨병 환자의 말 속도와 씹 특성. 연세대학교 대학원 석사학위논문; 2010.
  30. 강연욱. 혈관성 인지장애 선별검사로서 Korean-Montreal Cognitive Assessment(K-MoCA)의 신뢰도, 타당도 및 기준 연구. *한국심리학회지* 2009;28(2):549-562.
  31. Jenkinson C, Fitzpatrick R, Peto V, et al. The Parkinson's disease Questionnaire(PDQ-39): Development and validation of a Parkinson's disease summary index score. *Age Ageing* 1997;26(5):353-357.
  32. Jenkinson C, Fitzpatrick R, Peto V, et al. The Parkinson's disease

- questionnaire: user manual for the PDQ-39, PDQ-8 and PDQ summary index. Oxford University Press 2012.
33. 정한영, 박병규, 신희석, 강윤규, 편성범, 백남중 외. 한글판 수정바델지수 (K-MBI)의 개발: 뇌졸중 환자 대상의 다기관 연구. 대한재활의학회지 2007;31:283-97.
  34. Bae JN, Cho MJ. Development of the Korean version of the Geriatric Depression Scale and its short form among elderly psychiatric patients. J Psychosom Res 2004;57:297-305.
  35. 김선용, 김예순. 작업 중심 회상치료가 치매환자의 우울과 기억 및 문제행동에 미치는 영향. 고령자·치매작업치료학회지 2014;8(2):1-10.
  36. 장성원. 정상노인과 경도인지장애의 K-MoCA와 언어과제에서의 수행력 비교. 대구대학교 대학원 석사학위논문; 2015.
  37. Schrag A. Quality of life and depression in Parkinson's disease. J Neurol Sci 2006;248:151-7.
  38. Park HJ, Kim S, Song HJ, Sohnk KA, Lee KS. Korean translation and validation of Parkinson's disease questionnaire(PDQ-39): A pilot test. Qual Life Res 2004;13(9):1527.
  39. Wu Y, Guo XY, Wei QQ, et al. Determinants of the quality of life in Parkinson's disease: Results of a cohort study from Southwest China. J Neurol Sci 2014;340:144-9.
  40. Benge JF, Kekecs Z, Encarnacion E, et al. Duration of disease does not equally influence all aspects of quality of life in Parkinson's disease. J Clin Neurosci 2016;28:102-6.
  41. Schrag A, Jahanshahi M, Quinn N. How Does Parkinson's Disease Affect Quality of Life? A Comparison With Quality of Life in the



- General Population. *Mov Disord* 2000;15(6):1112-8.
42. Fitzpatrick R, Peto V, Jenkinson C, Greenhall R, Hyman N. Health-Related Quality of Life in Parkinson's Disease: A Study of Outpatient Clinic Attenders. *Mov Disord* 1997;12(6):916-22.
43. Cubo E, Rojo A, Ramos S, Quintana S, Gonzalez M, Kompolti K, Aguilar M. The importance of educational and psychological factors in Parkinson's disease quality of life. *Eur J Neurol* 2002;9(6):589-93.
44. Zach M, Friedman A, Sławek J, Derejko M. Quality of life in Polish patients with long-lasting Parkinson's disease. *Mov Disord* 2004;19(6):667-72.
45. Kuzis G, Sabe L, Tiberti C, Leiguarda R, Starkstein SE. Cognitive functions in major depression and parkinson disease. *Arch Neurol* 1997;54:982-6.
46. Weintraub D, Stern MB. Psychiatric complications in parkinson disease. *AM J Geriatr Psychiatry* 2005;63:844-51.

부록 1. QCL 지시문 및 검사 문항

검사 방법: 지금부터 현재 자기 자신의 삶의 질이 어떤지, 본인이 어떻게 지내고 있는지, 다른 사람과는 어떻게 의사소통하는지를 알아보려고 합니다. 아래의 질문에 해당하는 답에 표시해 주세요: 오늘 기분이 어떠세요? 무척 좋습니까? 보통 때와 같습니까? 아니면 무척 나쁘니까? 해당하는 것에 동그라미를 쳐주세요.

기분이 무척 좋다. / 보통이다. / 기분이 무척 나쁘다.

이제 여러분의 삶의 질을 알아보기 위해 여러 문항들을 보여줄 것입니다. 아래의 지시사항을 잘 읽고 그대로 해 주세요:

- 각 문항을 읽습니다.
  - 자신의 상태를 가장 적절하게 설명한다고 생각되는 지점에 선을 긋습니다.
  - 문항이 자신을 정확히 표현하고 있다고 생각되면 위쪽에 가깝게 표시하고, 자신을 잘 표현하고 있지 않다고 생각되면 아래쪽에 가깝게 표시하세요. 자신의 상태를 가장 잘 나타내는 지점에 표시하면 됩니다.
  - 이 문항들은 본인과 본인의 의사소통능력에 관한 것들임을 기억하십시오.
  - 각 문항 앞에는 “나는 의사소통이 어렵긴 하지만...”이 붙는다는 것을 기억하세요.
- 1) (나는 의사소통이 어렵긴 하지만) 사람들과 말하는 것을 좋아한다.
  - 2) 나는 의사소통하는 것이 쉽다.
  - 3) (나는 의사소통이 어렵긴 하지만) 다른 친구들과 비교했을 때, 집에서 나의 역할이 똑같다.(예: 자식으로서의 역할, 형제/자매로서의 역할)
  - 4) (나는 의사소통이 어렵긴 하지만) 내 자신이 좋다.
  - 5) (나는 의사소통이 어렵긴 하지만) 학교생활을 하는데 의사소통이 자유롭다.(예: 수업듣기, 발표하기, 질문하기, 선생님의 지시 따르기, 읽기 등등)
  - 6) (나는 의사소통이 어렵긴 하지만) 친구들이나 친척들과 연락하며 지낸다.
  - 7) (나는 의사소통이 어렵긴 하지만) 대화할 때 사람들이 나를 대화에 끼워준다.
  - 8) (나는 의사소통이 어렵긴 하지만) TV(뉴스, 운동경기)나 영화(줄거리)를 이해할 수 있다.
  - 9) (나는 의사소통이 어렵긴 하지만) 전화를 사용할 수 있다.
  - 10) (나는 의사소통이 어렵긴 하지만) 나의 일상은 즐겁다.
  - 11) (나는 의사소통이 어렵긴 하지만) 사람들은 내가 말하는 것을 잘 이해한다.
  - 12) (나는 의사소통이 어렵긴 하지만) 사람들이 내 말을 이해하지 못 할 때, 이해시키려고 계속 노력한다.
  - 13) (나는 의사소통이 어렵긴 하지만) 내 스스로 결정을 내린다.
  - 14) (나는 의사소통이 어렵긴 하지만) 의사소통 하는데 자신이 있다.
  - 15) (나는 의사소통이 어렵긴 하지만) 외부 활동을 한다.(예: 스포츠, 외식, 공연 관람, 모임 등등)
  - 16) (나는 의사소통이 어렵긴 하지만) 집안일을 돕는다.(예: 장보기, 요리하기, 수리하기 등등)
  - 17) (나는 의사소통이 어렵긴 하지만) 내 의견을 스스로 말한다.
  - 18) (나는 의사소통이 어렵긴 하지만) 대체적으로 내 삶(의 질)은 좋다/행복하다.

## Abstract

### **Determinants of the quality of life in Parkinson's disease(PDQ-39):**

quality of communication life and clinical variables

JaeMok Jeong

*The Graduate Program in Speech and Language Pathology,  
Yonsei University*

(Directed by Professor HyangHee Kim)

Patients with Parkinson's disease(PD) are affected physically, mentally, socially and emotionally. As a result, PD influences the quality of life(QoL) of patients significantly. Although there are various studies investigating the impact of PD on the QoL of patients, disease-specific tools for assessing the QoL PD patients are still insufficient. This study aims to assess the overall QoL of PD patients and investigate the factors affecting QoL such as quality of communication life(QCL), demographic characteristics and clinical variables of the PD patients. Furthermore, the study also looked into how each factor influences on QoL. Participants of the study included 59 PD patients within normal limits in K-MoCA. The 39-item Parkinson's Disease Questionnaire(PDQ-39) was used to assess QoL of the PD patients. When assessing QoL, factors such as QCL, demographic characteristics (gender, age, marital status, education level, economic status, employment status), clinical variables (duration of disease, activities of daily living, depression) were

included. Results indicated that the lower the depression level and the higher the level of activities of daily living lead to a higher QoL. Amongst various clinical variables, depression and activities of daily living have the greatest influence on the QoL of PD patients. Results also indicated that the higher the QCL, the higher the QoL. Amongst various factors, QCL has the greatest influence on the QoL of PD patients. In summary, the evaluation and treatment given to patients with PD should consider the degree of depression, activities of daily living and QCL of the patients, and thus individualized approaches which enhances the QoL should be addressed when evaluating and treating PD patients.

---

Key words: Parkinson's disease, quality of life, PDQ-39, quality of communication, demographic characteristics, clinical variables