

심방세동 환자의 증상경험 및 삶의 질간의 관계

백 경 화¹⁾ · 손 연 정²⁾

서 론

연구의 필요성

심방세동(Atrial fibrillation)은 심방의 물리적인 기능약화의 결과로 일어나는 상심실성 부정맥으로서, 심전도상에서는 불규칙하고 다양한 진폭, 모양, 시간으로 빠른 세동파를 가진 연속적인 P파를 특징으로 하며, 방실전도가 충돌할 때 빈번하고 빠른 심실성 반응을 초래하기도 한다(Wyse, Waldo, & Dimarco, 2002). 이러한 심방세동은 임상실무에서 가장 흔히 볼 수 있는 부정맥이나, 정상 동성리듬을 가진 환자군에 비해 2배 정도의 높은 사망률을 발생하게 할 뿐 아니라, 기저 심질환의 중증도와 관련이 있는 심각한 질환이기도 하다(Page, 2004).

심방세동 유병률은 미국의 경우 40세 이상에서는 약 2.3%, 65세 이상에서는 5.9% 정도로 보고되고 있으며(Dorian et al., 2000), 우리나라의 경우, 발생환자의 평균나이는 약 65.3세로 40세 이상에서는 0.7%, 65세 이상에서는 약 2.1%로 알려져 있다(Jeong, 2005). 특히 심방세동 발생률은 나이가 10년씩 늘어날 때 마다 거의 2배 이상 증가하며, 80세 이상의 연령층에서는 전체 인구의 약 8%까지 관찰된다고 보고되고 있다(Wolf, Abbott, & Kannel, 1991). 심방세동은 발생빈도와 양상에 따라 크게, 지속기간이 7일 이하인 발작성(paroxysmal)과, 7일 이상인 지속성(persistent)으로 분류할 수 있는데, 특히 지속성 심방세동 중에서도 동율동 전환에 실패하였거나, 환자와

의사가 합의하여 동율동 전환의 시도없이 심방세동 상태로 치료를 결정한 경우는 영구성(permanent) 심방세동으로 표현하기도 한다(Fuster et al., 2006). 지금까지 널리 알려진 심방세동의 위험요인으로는 고령, 남성, 관상동맥 질환, 판막질환, 고혈압, 좌심비대, 당뇨, 심부전, 심근병증, 폐질환, 갑상선 기능항진증, 전해질 불균형, 3cm 이상의 좌심방 확장(Fuster et al., 2006; Wolf et al., 1991) 등이 있으며, 정상인에서도 정신적 스트레스, 수술 후, 운동, 알코올 중독 등에 의해 흔히 나타날 수 있다고 한다(Jeong, 2005; King & Lemaire, 2002).

심방세동은 다양한 유발인자와 공유질환에 따라 임상양상, 치료전략, 예후가 달라지는 예측하기 힘든 질환으로서, 대부분 환자는 심방세동과 관련된 광범위한 증상들을 제대로 인식하지 못할 뿐 아니라, 증상을 경험하더라도 이전에 개인적으로 경험한 다른 증상들과 주로 연결시켜 생각하고 있어, 심방세동의 구체적 증상들을 정확히 구별하여 정의하지 못하고 있다(Hegbom et al., 2007; Kang, 2006). 이러한 증상의 간과는 뇌졸중, 출혈, 조절되지 않는 부정맥과 같은 치명적 합병증을 초래하므로써 질병의 악화 및 재입원으로 이어지게 한다(McCabe, Schad, Hampton, & Holland, 2008). 또한 심방세동은 최근 증가추세에 있는 인구의 고령화, 만성 심질환의 유병률 증가와 관련하여 특히 노인에서 적절한 치료와 관리가 중요시되는 심장질환 중 하나라 할 수 있다(Singh, 2003). 따라서 적절한 증상관리는 건강관리를 제공하는 의료진들에게 있어서도 양질의 의료제공이라는 측면에서 중요한 문제임에도 불구하고, 대부분 의료진들은 증상에 대한 체계적인 접근법

주요어 : 심방세동, 증상, 삶의 질

1) 순천향대학교 천안병원 순환기내과 전담간호사

2) 순천향대학교 의과대학 간호학과 조교수(교신저자 E-mail: yjson@sch.ac.kr / yon629@hanmail.net)

접수일: 2008년 10월 8일 수정일: 2008년 11월 5일 게재확정일: 2008년 11월 14일

없이 당면하는 현 상황 또는 문제해결에만 급급해하거나, 심실성 부정맥에 비해 중요하게 다루지 못하고 있는 실정이다 (Kang & Bahler, 2004).

한편, Kang (2006)이 미국에 거주하는 심방세동 환자를 대상으로 증상경험을 조사한 연구에서, 운동시 쉽게 지치는 증상이 가장 빈도높게 호소하는 것으로 나타났으며, 이러한 쉽게 지치는 증상 및 호흡곤란 등의 부정맥 관련 증상경험이 건강관련 삶의 질과도 관련성이 높은 것으로 나타났다. 이는 심방세동 환자의 증상경험이 그 자체만으로도 환자 및 보호자에게 신체적, 정신적 스트레스를 제공할 뿐 아니라, 일상생활 및 사회생활을 영위하는 데도 문제를 야기시켜 결국 삶의 질 저하를 초래하게 만드는 것과 관련있는 것으로 사료된다 (Dorian et al., 2002). 특히 심방세동 환자의 삶의 질은 심부전이나 그 외 다른 심장질환을 가진 환자들에 비해서도 삶의 질이 매우 낮은 것으로 보고되고 있으며(Ong et al., 2006), Thrall, Lip, Carroll과 Lane (2007)이 심방세동 진단을 받은 지 6개월째인 101명의 환자를 대상으로 한 조사연구에서 심방세동 환자의 우울 및 불안 정도가 매우 높으며, 삶의 질이 현저히 낮았다고 보고하였다.

지금까지 수행된 심방세동 관련 국내외 연구동향을 살펴보면, 심방세동을 가진 심부전 환자 대상 베타 차단제의 유용성 (Fung, Chan, Yeung, & Sanderson, 2002) 및 심실조율의 효과 (Tse et al., 2004)와 같이, 항부정맥제 요법이나 침습적 요법과 같은 치료효과를 평가하는 것과 관련된 연구들이 주를 이루고 있었으며, 국외의 경우 심방세동 환자 대상의 증상경험 및 삶의 질 관련 연구가 다수 있었던 반면(Dorian et al., 2002; Hegbom et al., 2007; Kang, 2006; Ong et al., 2006), 국내의 경우는 심방세동 환자를 대상으로 유병률 및 위험요인을 조사하거나(Jeong, 2005), 심방세동 이외의 심장질환자 대상 증상경험 및 삶의 질을 조사한 연구(Kim, 2007; Lee, 2003; Song & Lee, 2008; Woo, Eom, & Oh, 2006)는 소수에 그쳐, 국내 심방세동 환자를 대상으로 증상경험 및 삶의 질간의 관계를 조사한 연구는, 인공심박동기 이식환자 대상의 Yoon (2005)의 조사연구 외에는 유사한 선행연구를 찾아보기 힘들었다.

이상에서 살펴본 바와 같이 심방세동 환자의 효율적 증상관리를 통한 삶의 질 증진방안을 마련하는 것은 시급하며, 이러한 문제를 해결함에 있어, 선행적으로 심방세동 환자의 증상경험 및 삶의 질 정도를 알아보고, 증상경험 및 삶의 질간의 관계를 파악하는 일은 환자 개개인의 신체적, 경제적, 사회적, 정신적 손실을 최소화 할 수 있고, 나아가 개별적인 증상관리 전략과 간호중재를 개발하는 데 기초자료를 제공할 수 있을 것이다.

연구 목적

본 연구의 목적은 심방세동 환자들을 대상으로 증상경험(증상 빈도, 증상 심각성) 및 삶의 질 정도를 파악하고, 나아가 증상경험 및 삶의 질 간의 관계를 파악함으로써 심방세동 환자의 증상별 구체적 관리방안 및 삶의 질을 향상시키는 간호중재 프로그램개발 마련을 위한 기초자료를 제공하고자 시도되었으며, 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 심방세동 환자의 증상경험 및 삶의 질 수준을 파악한다.
- 심방세동 환자의 일반적 특성에 따른 증상경험 및 삶의 질 수준에 차이가 있는 지를 파악한다.
- 심방세동 환자의 증상경험 및 삶의 질 간의 관계를 파악한다.

연구 방법

연구 설계

본 연구는 심방세동 진단을 받은 환자의 증상경험 및 삶의 질 정도를 파악하고, 나아가 증상경험 및 삶의 질간의 관계를 파악하고자 시도된 서술적 조사연구이다.

연구 대상자

본 연구는 C시 소재 S대학 부속병원에서 정상 심실기능 상태의 원발성 심방세동(Primary Atrial fibrillation with normal ventricular function) 진단을 받은 지 1년 이상 된, 순환기내과 외래를 이용하는 환자를 대상으로 임의표출하였다. 대상자 선정시 기준은 1) 연령은 만 30세 이상 80세 미만이며, 2) 설문지 응답이 가능하고, 3) 본 연구의 목적을 이해하고 연구참여에의 서면동의를 한 110명을 대상으로 하였다. 또 심장수술 후 혹은 갑상선 기능항진증과 같은 이차질환에 기인한 심방세동이거나 이식형 심박동기를 삽입한 환자 및 NYHA 등급이 4단계로 중증인 환자는 설문지 응답이 어려우므로 연구대상에서 제외하였다. 본 연구에서 최종 분석대상은 응답이 미비한 자료 8부를 제외한 총 102명이었다.

연구 도구

● 일반적 특성

일반적 특성은 크게 인구사회학적 특성과 질병관련 특성으로 나눌 수 있는데, 인구사회학적 특성 중 성별, 연령, 결혼상태, 교육수준, 종교, 직업, 월평균 소득, 흡연 및 알콜 섭취여부는 설문지를 통해 조사하였고, 질병관련 특성 중 NYHA 등급, 공유질환, 좌심실 박출계수(Left Ventricle Ejection Fraction),

복용약물 등은 의무기록지를 통해 분석하였다.

● 증상경험

부정맥관련 증상경험 측정도구는 Bubien, Kay와 Jenkins (1993)에 의해 개발되고 Jenkins (1993)에 의해 수정된 Symptom Checklist Version 3로써, 이 도구는 심방 부정맥 관련 증상의 빈도 및 심각성에 대한 환자의 인지수준을 측정하도록 고안되어졌다. 본 측정도구는 크게 증상 빈도(Symptom Frequency)와 증상 심각성(Symptom Severity)의 하부영역으로 나뉘며, 각 하부영역은 16개의 심방세동 관련 증상경험 목록으로 구성되어 있다. 먼저 증상 빈도의 경우 16개 주요 증상 항목에 대해 0점(전혀 경험하지 않았다)에서 4점(매일 여러번 경험했다)까지의 5점 척도로 측정되며, 증상 심각성의 경우, 0점(전혀 심하지 않았다)에서 3점(매우 심하게 경험하였다)까지의 4점 척도로 측정된다. 따라서 증상 빈도 총 점수는 0점에서 64점까지의 점수범위를 가지며, 증상 심각성 총점수는 0점에서 48점까지의 점수범위를 가진다. 각각 점수가 높을수록 증상 빈도 횟수가 잦고, 증상경험의 정도가 심함을 의미한다. 본 연구에서의 증상경험 중 증상 빈도 측정도구의 Cronbach's alpha=0.842 이었으며, 증상 심각성 측정도구의 Cronbach' alpha=0.907로 나타났다.

● 삶의 질

삶의 질은 Ware와 Sherbourne (1992)에 의해 개발되고 Koh, Chang, Kang, Cha와 Park (1997)에 의해 국내에서 신뢰도와 타당도가 검증된 SF-36으로 측정하였다. 본 연구의 도구는 신체적 기능(Physical Functioning, PF) 10문항, 사회적 기능(Social Functioning, SF) 2문항, 신체적 역할 제한(Role limitation-Physical, RP) 4문항, 감정적 역할제한(Role limitation-Emotion, RE) 3문항, 정신건강(Mental Health, MH) 4문항, 활력(Vitality, VT) 5문항, 통증(Bodily Pain, BP) 2문항, 일반건강(General Health, GH) 5문항, 건강상태의 변화 1문항 등 총 9개 항목 36개 문항으로 구성되어 있으며 건강상태의 변화를 제외한 8개 항목을 문항에 따라 1점에서 6점 Likert 척도로 점수화하여 항목별로 합산한 점수를 100점으로 환산하여 점수가 높을수록 삶의 질이 높을 것을 의미한다. Koh 등(1997)의 연구에서 8개 항목별 Cronbach's alpha=0.51~0.85였으며, 본 연구에서의 Cronbach's alpha=0.710~0.935의 범위로 나타났다.

자료수집 방법 및 절차

본 연구의 자료수집 기간은 2008년 2월 11일부터 2008년 7월 27일까지로, 본 조사에 앞서 심방세동 진단을 받은 환자

10명을 대상으로 예비조사를 실시하여 설문지 내용의 구성 및 이해도, 소요시간 등을 확인 한 후, 수정·보완하여 최종 설문지를 완성하였다. 즉, 본 조사를 위해 S대학병원 순환기내과와 간호부의 승인을 받은 후, 순환기내과 전문의 5명으로부터 원발성 심방세동 진단을 받고, 외래를 통해 내원한 환자 가운데, 연구대상자 선정기준에 적합한 환자를 대상으로 포함시켰다. 연구대상자 선정기준에 적합한 환자를 대상으로, 연구목적에 대해 설명하고 서면동의를 구한 후, 연구참여에의 의사를 밝힌 환자를 중심으로 직접 구조화된 설문지를 작성하도록 하였다. 대상자가 직접 작성하기 힘들거나 원할 경우에는 면담을 통해 연구자가 설문지를 작성하였고, 대상자의 질병관련 특성은 의무기록지를 통해 확인하였다.

자료분석 방법

본 연구에서 수집된 자료의 분석은 SPSS WIN 14.0을 이용하여 전산처리한 후 분석하였다. 대상자의 일반적 특성, 증상경험 및 삶의 질 정도는 실수, 백분율, 평균과 표준편차를 이용하여 분석하였고, 대상자의 일반적 특성에 따른 증상경험 및 삶의 질 정도는 independent sample t-test, one-way ANOVA를 이용하여 분석하였다. 또한 대상자의 증상경험 및 삶의 질 간의 관계는 Pearson correlation coefficient를 이용하여 분석하였다.

연구 결과

대상자의 일반적 특성

대상자의 일반적 특성을 살펴보면(Table 1), 성별에서는 남자가 여자에 비해 다소 많은 55.9%였으며, 연령은 65세 이상 노인이 67.6%, 배우자가 있다고 응답한 사람은 70.6%였다. 교육수준에서는 초등학교 졸업이 48.0%로 다수를 차지하였고, 종교를 가지고 있는 사람은 53.9%, 직업을 갖고 있는 경우가 63.7%, 월평균 소득이 100만원 미만이라고 응답한 사람이 45.1%로 나타났다. 한편 생활습관 측면에서 흡연과 음주를 한다고 응답한 사람은 각각 22.5%와 14.5%를 차지하였다. 대상자의 질병관련 특성과 관련하여 심부전 중증도 분류체계인 NYHA 등급을 살펴보면 2단계에 속하는 사람이 48.0%로 많았고, 공유질환으로서 고혈압을 갖고 있는 사람이 51.0%, 심부전 32.4%, 당뇨 16.7%, 심근경색 12.7%, 뇌졸중 8.8%, 만성폐색성 폐질환 2.9%의 분포를 나타내었다. 약물복용의 경우 아스피린은 36.3%, 와파린은 26.5%의 환자에서 복용하고 있었다.

Table 1. General Characteristics of Participants (N=102)

Characteristics	Classification	n	%
Gender	Men	57	55.9
	Women	45	44.1
Age(years)	<65	33	32.4
	≥65	69	67.6
Spouse	No	30	29.4
	Yes	72	70.6
Education	None	17	16.7
	Elementary school	49	48.0
	Middle school	14	13.7
	High school or above	22	21.6
Religion	No	47	46.1
	Yes	55	53.9
Job	No	65	63.7
	Yes	37	36.3
Monthly income (1000won)	<1,000	46	45.1
	1,000-2,000	37	36.3
	>2,000	19	18.6
Smoking status	No	79	77.5
	Yes	23	22.5
Alcohol intake	No	78	85.5
	Yes	24	14.5
NYHA class	1	20	19.6
	2	49	48.0
	3	33	32.4
Comorbidities			
Heart failure	No	69	67.6
	Yes	33	32.4
Hypertension	No	50	49.0
	Yes	52	51.0
Diabetes Mellitus	No	85	83.3
	Yes	17	16.7
Myocardial infarction	No	89	87.3
	Yes	13	12.7
COPD	No	99	97.1
	Yes	3	2.9
Stroke	No	93	91.2
	Yes	9	8.8
LVEF	Normal	73	71.6
	Abnormal	29	28.4
Medication			
Aspirin	No	65	63.7
	Yes	37	36.3
Warfarin	No	75	73.5
	Yes	27	26.5

NYHA=New York Heart Association; COPD=Chronic obstructive pulmonary disease; LVEF=Left ventricle ejection fraction

대상자의 증상경험 및 삶의 질 정도

대상자의 부정맥관련 증상경험을 증상 빈도 및 증상 심각성 차원에서 살펴 본 결과, 증상 빈도의 경우 16개 항목 중 ‘쉽게 지침(tiredness)’이 평균 2.54점, ‘기운없음(weakness)’이 2.51점, ‘숨이 참(shortness of breath)’이 2.19점의 순으로 높게

나타난 반면, ‘심장이 뛰는 것과 상관없이 가슴아픔(chest pain when heart is not racing)’, ‘심장이 뛸 때 마다 가슴아픔(chest pain when heart is racing)’은 각각 평균점수가 0.28점과 0.29점으로 상대적으로 낮은 증상 빈도를 보였다. 증상 심각성의 경우 16개 항목 중 ‘숨이 참(shortness of breath)’의 평균점수가 0.79점, ‘숨쉬기 어려움(hard to catch breath)’ 0.69점, ‘쉽게 지침(tiredness)’이 0.67점으로 높은 점수를 나타내었고, ‘심장이 뛰는 것과 상관없이 가슴아픔(chest pain when heart is not racing)’과 ‘안면홍조(feeling warm/flushed)’의 증상항목은 각각 0.17점과 0.21점으로 증상 심각성 정도가 상대적으로 낮게 나타났다. 부정맥관련 증상경험 16개 항목에 대한 증상 빈도의 총합은 최대 47점 만점에 평균 16.30점, 증상 심각성의 총합은 최대 37점 만점에 5.86점으로 나타났다(Table 2).

Table 2. Frequency and Severity of Symptom Experience (N=102)

Items	Symptom frequency	Symptom severity
	M±SD	M±SD
Weakness	2.51± 1.74	0.65±0.91
Tiredness/lack of energy	2.54± 1.77	0.67±0.94
Headache	0.54± 1.06	0.28±0.69
Feeling warm/flushed	0.39± 1.03	0.21±0.67
Sweating	0.68± 1.30	0.36±0.82
Nausea	0.38± 1.02	0.24±0.69
Poor appetite	0.85± 1.37	0.46±0.82
Dizziness/light headache	1.35± 1.53	0.66±0.93
Hard to catch breath	1.30± 1.62	0.69±1.00
Shortness of breath	2.19± 1.79	0.79±1.08
Trouble concentrating	1.00± 1.49	0.40±0.86
Difficulty sleeping	1.06± 1.41	0.45±0.89
Heart fluttering/skipping	0.59± 1.05	0.35±0.69
Heart racing	0.78± 1.18	0.42±0.83
Chest pain when heart is racing	0.29± 0.76	0.28±0.72
Chest pain when heart is not racing	0.28± 0.78	0.17±0.58
Total	16.30±11.88	5.86±8.17

대상자의 삶의 질 정도를 세부항목별로 살펴본 결과, ‘정신 건강’ 영역이 100점 만점에 평균 84.64점, ‘통증’ 영역이

Table 3. Level of Quality of Life N=102

Domain	M±SD
General Health (GH)	41.90±27.13
Physical Function (PF)	49.90±33.21
Role physical Function (RP)	32.07±44.33
Bodily Pain (BP)	65.35±33.23
Vitality (VT)	35.15±22.33
Social Function (SF)	58.89±29.14
Role emotional Function (RE)	60.27±47.54
Mental Health (MH)	84.64±26.49
Quality of Life (total)	53.92±23.04

65.35점의 순으로 높게 나타났고, ‘신체적 역할제한’과 ‘활력’ 영역은 각각 평균 32.07점과 35.15점으로 가장 낮은 점수를 보였다. 삶의 질의 8개 하부영역의 총합을 100점 만점으로 환산한 결과 평균 53.92점으로 나타났다(Table 3).

대상자의 일반적 특성에 따른 증상경험 및 삶의 질 수준의 차이

대상자의 일반적 특성에 따른 증상경험의 차이를 살펴보면 (Table 4), 먼저 증상 빈도의 경우, 유의수준 p<0.05를 기준으

Table 4. Differences in Symptom Experience and Quality of Life by General Characteristics (N=102)

Characteristics	Classification	Symptom frequency		Symptom severity		Quality of life (total)	
		M±SD	t or F (p)	M±SD	t or F (p)	M±SD	t or F (p)
Gender	Men	15.06±10.91	-1.120(0.266)	5.20± 7.58	-0.798(0.427)	54.52±21.38	0.292(0.771)
	Women	17.90±12.98		6.69± 8.90		53.08±25.44	
Age(years)	< 65	18.04±14.90	-0.195(0.846)	5.95± 9.46	-0.012(0.990)	65.08±22.18	3.170(0.002)
	≥ 65	16.59±10.64		5.98± 7.76		49.01±22.01	
Spouse	No	17.33±13.27	0.495(0.622)	7.60±10.55	1.103(0.273)	51.09±20.48	-0.719(0.474)
	Yes	15.92±11.41		5.27± 7.21		54.99±24.00	
Education	None	20.00±11.29	1.873(0.140)	5.86± 6.95	0.043(0.988)	47.07±23.35	0.999(0.397)
	Elementary school	17.47±12.06		5.89± 7.90		52.87±22.25	
	Middle school	15.77±12.69		6.50± 9.78		55.75±23.26	
	High school or above	11.16±10.45		5.39± 9.06		60.24±24.39	
Religion	No	12.74± 9.69	-2.875(0.005)	4.71± 7.79	-1.380(0.172)	55.83±24.29	0.730(0.468)
	Yes	19.78±13.02		7.28± 8.53		52.22±22.02	
Job	No	17.59±11.77	1.267(0.209)	6.47± 8.53	0.503(0.616)	49.31±22.72	-2.581(0.012)
	Yes	14.18±12.44		5.48± 7.87		62.02±21.92	
Monthly income (1,000won)	a. < 1,000	19.44±11.85	2.939(0.058)	8.37± 9.73	3.743(0.028)	48.71±22.44	2.201(0.117)
	b. 1,000~2,000	14.35±11.78		3.79± 5.97		57.13±21.92	
	c. > 2,000	12.29±10.71		2.92± 4.66		60.97±25.13	
Smoking status	No	16.18±10.97	-0.420(0.163)	5.80± 7.81	-0.117(0.675)	51.63±23.35	-1.406(0.907)
	Yes	17.43±14.48		6.05± 9.44		59.48±20.81	
Alcohol intake	No	17.13±11.05	0.870(0.387)	6.41± 7.85	0.705(0.483)	48.99±22.05	-3.857(<0.001)
	Yes	14.63±14.22		4.95± 9.18		69.02±19.64	
NYHA class	a. 1	12.26±10.93	5.092(0.008)	5.26± 8.34	1.672(0.195)	68.25±20.08	9.262(<0.001)
	b. 2	14.62±11.73		4.42± 7.78		56.34±24.02	
	c. 3	22.12±10.98		8.19± 8.32		40.94±16.07	
Comorbidity HF	No	16.22±11.83	-0.110(0.921)	5.91± 8.67	-0.069(0.945)	55.32±23.05	0.828(0.410)
	Yes	16.50±12.21		5.77± 7.22		51.06±23.13	
HTN	No	14.23±11.94	-1.605(0.112)	5.24± 8.12	-0.651(0.517)	57.11±23.08	1.314(0.192)
	Yes	18.24±11.61		6.44± 8.27		50.79±22.81	
DM	No	16.13±12.14	-0.311(0.757)	5.56± 7.79	-0.734(0.465)	54.36±22.99	0.393(0.695)
	Yes	17.21±10.71		7.38±10.10		51.85±23.90	
MI	No	16.23±11.84	-0.153(0.879)	5.74± 8.25	-0.337(0.737)	54.71±23.11	0.836(0.405)
	Yes	16.82±12.73		6.64± 7.97		48.73±22.85	
COPD	No	16.30±11.96	-0.004(0.996)	5.91± 8.29	0.257(0.798)	54.06±23.04	0.328(0.744)
	Yes	16.33±11.15		4.67± 4.62		49.61±27.47	
Stroke	No	15.75±11.89	-1.399(0.166)	5.06± 7.66	-2.711(0.008)	51.51±23.04	3.934(0.003)
	Yes	21.88±10.92		8.03± 9.64		34.75±12.28	
LVEF	Normal	14.67±10.66	-2.114(0.037)	5.72± 7.86	-0.245(0.807)	54.45±24.02	0.380(0.705)
	Abnormal	20.48±13.89		6.24± 9.17		52.33±20.26	
Medication Aspirin	No	16.53±13.06	0.235(0.815)	6.38± 8.86	0.739(0.462)	55.79±23.11	1.080(0.283)
	Yes	15.91± 9.60		4.97± 6.88		50.30±22.84	
Wafarin	No	16.39±10.91	0.117(0.907)	4.91± 6.98	-1.630(0.107)	54.76±22.65	0.547(0.586)
	Yes	16.05±14.71		8.17±10.35		51.82±24.32	

NYHA=New York Heart Association; HF=Heart failure; HTN=Hypertension; DM=Diabetes mellitus; MI=Myocardial infarction; COPD=Chronic obstructive pulmonary disease; LVEF=Left ventricle ejection fraction

로 종교($t=-2.875, p<0.005$), NYHA 등급($F=5.092, p=0.008$) 및 좌심실박출계수($t=-2.114, p=0.037$)에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보였는데 즉 종교가 있고, NYHA 등급에서 3단계에 속하는 사람이, 좌심실 박출계수가 비정상 범주에 속하는 사람들이 그렇지 않은 사람들에 비해 증상의 빈도가 더 잦은 것으로 나타났다. 증상 심각성의 경우에는 월평균 소득 정도 ($F=3.743, p=0.028$)와 뇌졸중($t=-2.711, p=0.008$)에서 통계적 유의성을 보였는데, 월소득이 100만원 미만인 사람들과, 뇌졸중을 경험한 사람이 그렇지 않은 사람들에 비해 증상경험 정도가 더 심한 것으로 나타났다.

삶의 질 정도에서는 연령($t=3.170, p=0.002$), 직업($t=-2.581, p=0.012$), 음주($t=-3.857, p<0.001$), NYHA 등급($F=9.262, p<0.001$) 및 뇌졸중($t=3.934, p=0.003$)간에 통계적으로 유의한 차이를 나타내었는데, 65세 이상 노인과 직업이 없는 사람, 음주를 하는 사람, NYHA 등급이 3단계에 속하는 사람과 뇌졸중을 경험한 사람들이 그렇지 않은 사람들에 비해 삶의 질 수준이 더 낮음을 알 수 있었다(Table 4).

대상자의 증상경험 및 삶의 질 간의 관계

대상자의 증상경험과 삶의 질의 간의 관계를 살펴본 결과, 증상 빈도와 증상 심각성($r=0.735, p<0.001$)간에, 증상 빈도와

삶의 질 총점($r=-0.670, p<0.001$)간에, 증상 심각성과 삶의 질 총점($r=-0.528, p<0.001$)간에 통계적으로 유의한 상관관계가 있음을 알 수 있었다. 즉, 증상 빈도가 잦을수록 증상경험의 정도가 더 심하고, 삶의 질이 낮았으며, 증상 심각성이 증가할수록 삶의 질이 점수가 낮은 것으로 나타났다. 또한 증상 빈도의 경우, 유의수준 $p<0.05$ 에서 삶의 질 하부영역 8개 부문 모두에서 통계적으로 부적 상관관계를 나타내었고, 증상 심각성은 삶의 질 하부영역 중 ‘신체적 기능’ 영역을 제외한 7개 부문에서 통계적으로 부적 상관관계를 나타내었다(Table 5).

논 의

심방세동은 지속적인 치료와 관리가 요구되는 만성질환 중 하나로, 부정맥 중에서도 발생빈도가 높고, 무증상에서부터 심장기능 저하를 초래하여 생명을 위협하는 혈전색전증과 같은 치명적 증상에 이르기까지 다양하여, 이에 따른 개별적 증상관리 전략이 무엇보다 시급히 요구된다. 이에 본 연구는 심방세동 환자들의 주된 증상경험 양상 및 삶의 질 정도를 파악함으로써 효율적 증상관리를 통한 삶의 질 개선을 유도하고자 실시되었다.

먼저 일반적 특성 가운데, 심방세동의 위험요인으로 알려진 성별, 연령, 공유질환의 분포를 살펴보면, 본 연구대상자 중

Table 5. The Correlations between Symptom Experience and Quality of Life (N=102)

	Symptom frequency	Symptom severity	GH	PF	RP	BP	VT	SF	RE	MH	QOL (total)
	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)
Symptom frequency	1										
Symptom severity	0.735 (<0.001)	1									
GH	-0.318 (0.003)	-0.324 (0.004)	1								
PF	-0.267 (0.012)	-0.095 (0.416)	0.299 (0.003)	1							
RP	-0.516 (<0.001)	-0.247 (0.031)	0.296 (0.003)	0.598 (<0.001)	1						
BP	-0.684 (<0.001)	-0.607 (<0.001)	0.374 (<0.001)	0.462 (<0.001)	0.503 (<0.001)	1					
VT	-0.379 (<0.001)	-0.242 (0.038)	0.330 (0.001)	0.348 (<0.001)	0.420 (<0.001)	0.409 (<0.001)	1				
SF	-0.538 (<0.001)	-0.353 (0.002)	0.376 (<0.001)	0.486 (<0.001)	0.497 (<0.001)	0.829 (<0.001)	0.472 (<0.001)	1			
RE	-0.397 (<0.001)	-0.483 (<0.001)	0.265 (0.008)	0.289 (0.004)	0.442 (<0.001)	0.422 (<0.001)	0.210 (0.038)	0.290 (0.004)	1		
MH	-0.618 (<0.001)	-0.503 (<0.001)	0.322 (0.001)	0.204 (0.046)	0.363 (<0.001)	0.455 (<0.001)	0.386 (<0.001)	0.481 (<0.001)	0.249 (0.014)	1	
QOL	-0.670 (<0.001)	-0.528 (<0.001)	0.572 (<0.001)	0.705 (<0.001)	0.785 (<0.001)	0.817 (<0.001)	0.598 (<0.001)	0.782 (<0.001)	0.659 (<0.001)	0.580 (<0.001)	1

GH=General Health; PF=Physical Function; RP=Role physical Function; BP=Bodily Pain; VT=Vitality; SF=Social Function; RE=Role emotional Function; MH=Mental Health; QOL=Quality of life

남자 환자가 55.9%로 여자 환자에 비해 많은 것으로 나타나, 선행연구들에서 남성이 여성보다 심방세동 발생율이 높다는 결과들과 일치함을 알 수 있었고(Benjamin et al., 1994; McCabe & Geoffroy, 2002; Ong et al., 2006), 연령에서도 65세 미만 환자에 비해 65세 이상 노인 환자의 비율이 67.6%로 훨씬 많은 분포를 차지하므로 Kang (2006)의 연구에서 60세 이상 대상자의 비율이 74.1%였다는 것과 유사하였고, 연령 증가에 따른 심방세동 유병률이 증가한다는 연구결과들과 일맥상통하였다(Fuster et al., 2006; McCabe et al., 2008). 또한 공유질환에 있어서도 고혈압 및 심부전의 유병률이 각각 51.0%, 32.4%로 선행연구들과 유사한 양상을 보였다(Jeong, 2005; McCabe & Geoffroy, 2002)

대상자의 증상경험 정도에 있어 증상 빈도의 경우, 최대 47점 만점에 평균 16.30점, 증상 심각성 최대 37점 만점에 5.86점으로, 매우 낮게 나타났는데 이는 본 연구와 유사한 연구를 찾기 힘들어 직접적인 비교는 어려우나, Hegbom 등(2007)의 연구에서 심방세동 환자 28명에 대한 운동중재 프로그램 전, 증상 빈도가 최대 64점 만점에 14점, 증상 심각성은 최대 48점 만점에 12점으로 나타난 수치와 Ong 등(2006)의 연구에서 증상 심각성이 최대 5점 만점에 평균점 2.42점의 중증도를 나타내었다는 결과와는 다소 차이가 있었다. 이와 같이 본 연구에서 증상경험의 정도가 낮게 나타난 것은 심방세동의 주된 발병 연령층이 노인환자로서 증상표현이 애매모호한 경우가 많거나 무증상으로 보고하는 경우 또한 많으며, 증상이 있는 경우에도 주로 산발적이고 만성적이어서 증상을 간과하는 경우가 많은 것과 연관있을 것으로 사료된다(Hardin & Steele, 2008). 이는 Kang (2006)이 25세 이상 심방세동 환자를 조사했을 때 노인 환자의 비율이 약 70.3%로 나타난 것과 본 연구에서도 또한 노인환자의 비율이 67.6%로 청장년층에 비해 높았다것으로 볼 때 유추할 수 있다.

증상목록별 빈도 및 심각성을 살펴보았을 때, 본 연구에서는 ‘쉽게 지침(tiredness/lack of energy)’이 평균점 2.54점으로 증상 빈도가 가장 높았으며, 그 다음으로는 ‘기운없음(weakness)’이 2.51점으로 나타났는데, 이는 Kang (2006)의 연구에서 ‘쉽게 지침(tiredness/lack of energy)’의 증상 빈도가 가장 높았다는 연구결과와 일치하였다. 증상 심각성의 경우 본 연구와 유사하게 항목별 중증도를 제시한 연구는 찾을 수 없었는데, 16개 항목 중 ‘숨이 참(shortness of breath)’의 평균점수가 0.79점, ‘숨쉬기 어려움(hard to catch breath)’이 0.69점으로 호흡과 관련된 증상을 주로 많이 호소함을 알 수 있었다. 본 연구결과, 심방세동 관련 증상경험 항목들간에 증상 빈도와 증상 심각성의 정도가 반드시 일치하지는 않는 것으로 나타나, 향후 심방세동 환자의 증상경험관련 간호사정시 이러한 측면을 고려하여 증상 빈도와 증상 심각성 중 어느 한 부분

에만 간호사가 초점을 둘 것이 아니라, 대상자가 주관적으로 인식하는 증상 빈도가 낮더라도, 증상 심각성이 심각하거나, 혹은 증상 빈도는 높으나, 증상 심각성이 낮은 경우와 같이 환자 개인별 증상경험은 다양하게 표출될 수 있으므로 좀 더 개별화된 증상관리 전략이 마련되어야 할 것으로 사료된다.

심방세동 환자의 삶의 질 총 점수는 100점 만점에 평균 53.92점으로, 이는 본 연구와 동일한 측정도구를 사용한 Ong 등(2006)의 연구에서 나타난 48.15점보다는 조금 높았으며, Hegbom 등(2007)의 연구에서 나타난 79.75점보다도 훨씬 낮은 수치로서, Song과 Lee (2008)가 관상동맥 우회술 후 12개월 된 환자와 일반인의 삶의 질을 측정한 연구결과, 각각 66.12점, 68.13점이었던 것으로 볼 때 심방세동 환자의 삶의 질이 현저히 낮음을 알 수 있었다. 삶의 질 관련 하부 영역에서는 신체적 역할제한(RP)과 관련된 영역의 삶의 질이 가장 낮게 나타났으며, 정신건강(MH) 영역에서의 삶의 질이 가장 높게 나타났다. 이러한 연구결과는 선행연구들에서 신체관련 영역의 삶의 질이 정신관련 영역의 삶의 질에 비해 낮았다고 보고한 선행연구 결과들을 뒷받침해주었다(Hegbom et al., 2007; Ong et al., 2006)

일반적 특성에 따른 증상경험 및 삶의 질 간의 차이를 살펴보았을 때, 증상 빈도의 경우 종교($p=0.005$), NYHA 등급($p=0.008$) 및 좌심실 박출계수($p=0.037$)와 통계적으로 유의한 차이를 보였는데, 종교의 경우 증상을 자유로이 표현할 수 있는 분위기의 지지체계 역할을 종교활동이 함으로써 종교가 있는 사람들의 증상 빈도가 종교가 없는 사람들에 비해 상대적으로 높은 수치를 나타내었을 것으로 생각된다. NYHA 등급이 높은 중증단계에 속하거나 좌심실 박출계수가 비정상 범주일 경우 흔히 임상적으로 심장기능 상태의 악화를 나타내므로, 이러한 결과는 심방세동 환자의 증상 빈도에 영향을 미쳤을 것으로 생각된다(Yoon, 2005). 증상 심각성에서는 가족의 월소득($p=0.028$), 뇌졸중($p=0.008$)에서 통계적 유의성을 나타내었는데, 즉, 가족의 월소득이 100만원 미만의 저소득층 사람들과 뇌졸중을 앓고 있는 사람들이 그렇지 않은 사람들에 비해 증상 심각성이 훨씬 높았다. 이는 심방세동과 관련한 증상조절 및 뇌졸중과 같은 혈전색전증에 기인한 합병증을 예방함에 있어 지속적 약물복용이 요구되며, 증상악화의 경우 재입원 등에 의한 의료비용이 지출되므로, 이와 관련한 경제적 능력은 가족월소득과 무관하지 않을 것으로 판단된다. 심방세동 환자의 삶의 질은 연령($p=0.002$), 직업($p=0.012$), 알콜 섭취($p<0.001$), NYHA 등급($p<0.001$) 및 뇌졸중($p=0.003$)에서 통계적으로 유의한 차이를 나타내었는데, 65세 이상 노인, NYHA 등급에 따른 중증도가 3단계에 속하는 사람들과 뇌졸중을 앓고 있는 사람들이, 그렇지 않은 사람들에 비해 삶의 질이 현저히 낮았다는 것은 선행연구 결과들과 비슷하였다

(Dorian et al., 2000; Kang, 2006; Thrall et al., 2007). 직업은 없다고 응답한 사람들이, 직업이 있다고 응답한 사람들에 비해 삶의 질이 현저히 낮았는데, 이는 본 연구에서 노인 연령층이 많았다는 점과, 직업을 영위할 수 없을 정도로 사회적 활동에 제한을 받아 삶의 질 저하를 초래하였을 것으로 생각된다. 알콜섭취의 경우 정확한 음주량이 조사되지 않았으므로 추후 연구에서는 흡연과 더불어 정확한 양 및 종류 등을 함께 조사하여 반복측정할 필요가 있겠다.

마지막으로 심방세동 환자의 증상경험과 삶의 질 간의 관계를 분석한 결과, 증상 빈도가 잦을수록 증상경험의 정도가 더 심하고, 삶의 질이 낮았으며, 증상 심각성이 증가할수록 삶의 질 총점이 낮은 것으로 나타났다. 또한 증상 빈도의 경우, 삶의 질 하부영역 8개 부문 모두에서 통계적으로 부적 상관관계를 나타내었고, 증상 심각성은 삶의 질 하부영역 중 '신체적 기능' 영역을 제외한 7개 부문에서 통계적으로 부적 상관관계를 나타내었다. 이러한 결과는 Kang (2006)의 연구결과에서도 동일하게 나타났다.

이상의 연구결과를 통해, 심방세동 환자의 증상경험은 빈도와 심각성 측면에서 그 정도가 높은 편은 아니었으나, 이는 심방세동 환자의 발생 연령층이 주로 노인으로 그 특성상 주관적 증상경험을 표현하는 데 있어, 애매모호하거나 심방세동 관련 증상을 정확히 알지 못할 수 있음을 시사한다(Hardin & Steele, 2008; McCabe et al., 2008). 이와 같이 무증상성 심방세동 환자의 경우, 환자가 인지하는 증상은 미미하더라도 심초음파 및 심도자술과 같은 진단적 검사에서 심근경색 및 심부전과 같은 심각한 심장질환으로의 진행이 발견될 수 있으므로(Vasamreddy et al., 2006), 개별 환자에 대한 심방세동 관련 증상교육이 집중적으로 이루어져야 하며, 조기 스크리닝으로서 일정기간 간격으로 심방세동 환자 대상 정기검사가 이루어져야 할 것으로 생각된다.

또한 본 연구결과, 증상 빈도 및 증상 심각성과 삶의 질 간에 상관성이 높은 것으로 나타나, 심방세동 환자의 효과적인 증상관리 전략을 통해 대상자의 삶의 질을 증진할 수 있음을 확인하였다. 따라서 향후 심방세동 환자 및 보호자들이 자가관리를 잘 수행할 수 있도록 심방세동과 관련된 증상목록을 표준화함으로써, 환자들이 자신의 증상을 지속적으로 모니터링하여, 뇌졸중 및 혈전색전증으로 인한 심각한 합병증으로부터 벗어날 수 있도록 다양한 간호중재방안이 모색되어야 할 것이다.

결론 및 제언

본 연구는 심방세동 환자의 증상경험 및 삶의 질 정도를 파악하고, 나아가 증상경험 및 삶의 질 간의 관계를 파악하고

자 실시된 서술적 조사연구로서, C시 소재 S대학 부속병원에서 정상 심실기능하에서 원발성 심방세동 진단을 받은 지 1년 이상 된 환자 가운데, 대상자 선정기준을 충족한 총 102명을 분석대상으로 하였다.

연구결과, 부정맥관련 증상경험 16개 항목에 대한 증상 빈도의 총합은 최대 47점 만점에 평균 16.30점, 증상 심각성의 총합은 최대 37점 만점에 5.86점으로 나타났다. 증상 빈도의 경우 16개 항목 중 '운동시 쉽게 지침', '평상시 기운없음', '운동시 숨이 참'의 순으로 높은 평균 점수를 보였다. 증상 심각성의 경우 16개 항목 중 '운동시 숨이 참', '숨쉬기 어려움', '운동시 쉽게 지침'의 순으로 높은 평균 점수를 나타내었다. 대상자의 삶의 질 정도를 세부항목별로 살펴본 결과, '정신건강' 영역, '통증' 영역의 순으로 높게 나타났고, '신체적 역할제한'과 '활력' 영역은 상대적으로 가장 낮은 점수를 보였다. 대상자의 일반적 특성에 따른 증상경험의 차이에서는, 증상 빈도의 경우 종교, NYHA 등급 및 좌심실박출계수에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보였고, 증상 심각성의 경우 월평균 소득과 뇌졸중 항목에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 삶의 질 총점에서는 연령, 직업, 음주, NYHA 등급 및 뇌졸중간에 통계적으로 유의한 차이를 나타내었다. 대상자의 증상경험과 삶의 질의 간의 관계를 분석한 결과, 증상 빈도와 증상 심각성 간에, 증상 빈도와 삶의 질 총점 간에, 증상 심각성과 삶의 질 총점 간에 통계적으로 유의한 정적 상관관계가 있었다.

이상의 연구결과를 토대로, 향후 대상자 수를 확대하여 반복실험해 볼 것과 심방세동 환자의 증상경험 및 삶의 질 변화를 전향적으로 조사해봄으로써 회복단계별 증상에 따른 맞춤형 간호중재 개발마련에 기여할 것으로 생각된다.

References

- Benjamin, E. J., Levy, D., Vaziri, S. M., D'Agostino, R. B., Belanger, A. J., & Wolf, P. A. (1994). Independent risk factors for atrial fibrillation in a population-based cohort. The Framingham Heart Study. *JAMA*, 271(11), 840-844.
- Bubien, R. S., Kay, G. N., & Jenkins, L. S. (1993). *Test specifications for symptom checklist: Frequency and severity*. Milwaukee: University of Wisconsin-Milwaukee.
- Dorian, P., Paquette, M., Newman, D., Green, M., Connolly, S. J., & Talajic, M., et al. (2002). Quality of life improves with treatment in the Canadian trial of atrial fibrillation. *Am Heart J*, 143(6), 984-990.
- Dorian, P., Jung, W., Newman, D., Paquette, M., Wood, K., & Ayers, G. M., et al. (2000). The impairment of health-related quality of life in patients with intermittent atrial fibrillation: Implications for the assessment of investigational therapy. *J Am Coll Cardiol*, 36(4), 1303-1309.

- Fung, J. W., Chan, S. K., Yeung, L. Y., & Sanderson, J. E. (2002). Is beta-blockade useful in heart failure patients with atrial fibrillation? An analysis of data from two previously completed prospective trials. *Eur J Heart Failure*, 4(4), 489-494.
- Fuster, V., Ryden, L. E., Canom, D. S., Crijns, H. J., Curtis, A. B., & Ellenbogen, K. A., et al. (2006). ACC/AHA/ESC 2006 Guidelines for the management of patients with atrial fibrillation. *Circulation*, 114(7), 257-354.
- Hardin, S. R., & Steele, J. R. (2008). Atrial fibrillation among older adults: Pathophysiology, symptoms and treatment. *J Gerontol Nurs*, 34(7), 26-33
- Hegbom, F., Stavem, K., Sire, S., Heldal, M., Orning, O. M., & Gjesdal, K. (2007). Effects of short-term exercise training on symptoms and quality of life in patients with chronic atrial fibrillation. *Int J Cardiol*, 116(1), 86-92.
- Jenkins, L. S. (1993). *The manual for the symptom checklists-frequency and severity*. Maryland; University of Maryland.
- Jeong, J. H. (2005). Prevalence of and risk factors for atrial fibrillation in Korean adults older than 40 years. *J Korean Med Sci*, 20(1), 26-30.
- Kang, Y., & Bahler, R. (2004). Health-related quality of life in patients newly diagnosed with atrial fibrillation. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 3(1), 71-76.
- Kang, Y. (2006). Relation of atrial arrhythmia-related symptoms to Health-related quality of life in patients with newly diagnosed atrial fibrillation: A community hospital-based cohort. *Heart Lung*, 35(3), 170-177.
- Kim, R. Y. (2007). *A study on health-related quality of life after open heart surgery*. Unpublished master's thesis, Chonbuk University, Jeonju.
- King, A. B., & Lemaire, G. J. (2002). Managing anticoagulation in patients with atrial fibrillation. *Nurse Pract*, 27(9), 17-27.
- Koh, S. B., Chang, S. J., Kang, M. G., Cha, B. S., & Park, J. G. (1997). Reliability and validity on measurement instrument for health status assessment in occupational workers. *Korean J Prev Med*, 30(2), 251-266.
- Lee, J. O. (2003). *Health-related quality of life by symptoms in patients with heart disease*. Unpublished master's thesis, Daejeon University, Daejeon.
- McCabe, P. J., & Geoffroy, S. (2002). Atrial fibrillation: The newest frontier in arrhythmia management. *Prog Cardiovasc Nurs*, 17(3), 110-123.
- McCabe, P. J., Schad, S., Hampton, A., & Holland, D. E. (2008). Knowledge and self-management behaviors of patients with recently detected atrial fibrillation. *Heart Lung*, 37(2), 79-90.
- Ong, L., Irvine, J., Nolan, R., Cribbie, R., Harris, L., & Newman, D., et al. (2006). Gender differences and quality of life in atrial fibrillation; the mediating role of depression. *J Psychosom Res*, 61, 769-774.
- Page, R. L. (2004). Newly diagnosed atrial fibrillation. *N Engl J Med*, 351, 2408-2416.
- Singh, B. N. (2003). Atrial fibrillation: Epidemiologic considerations and rationale for conversion and maintenance of sinus rhythm. *J Cardiovasc Pharmacol Ther*, 8(1), 13-26.
- Song, Y. S., & Lee, J. S. (2008). A comparison of quality of life between patients with 12 months after coronary artery bypass graft surgery and general population. *J Korean Clin Nurs Res*, 14(1), 25-32.
- Thrall, G., Lip, G. Y., Carroll, D., & Lane, D. (2007). Depression, anxiety, and quality of life in patients with atrial fibrillation. *Chest*, 132(4), 1259-1264.
- Tse, H. F., Newman, D., Ellenbogen, K. A., Buhr, T., Markowitz, T., & Lau, C. P. (2004). Effects of ventricular rate regularization pacing on quality of life and symptoms in patients with atrial fibrillation(Atrial fibrillation symptoms mediated by pacing to mean rates[AF SYMPTOMS study]). *Am J Cardiol*, 94(7), 938-941.
- Vasamreddy, C. R., Dalal, D., Dong, J., Cheng, A., Spragg, D., & Lamiy, S. Z., et al. (2006). Symptomatic and asymptomatic atrial fibrillation in patients undergoing radiofrequency catheter ablation. *J Cardiovasc Electrophysiol*, 17(2), 134-139.
- Ware, J. E., Jr., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short form health survey(SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*, 30(6), 473-483.
- Wolf, P. A., Abbott, R. D., & Kannel, W. B. (1991). Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: The Framingham Study. *Stroke*, 22(8), 983-988.
- Woo, S., Eom, A., & Oh, E. G. (2006). Symptom experience and related factors in patients with angina pectoris. *J Korean Acad Fundam Nurs*, 13(3), 447-456.
- Wyse, D. G., Waldo A. L., & Dimarco, J. P. (2002). Atrial fibrillation follow-up Investigation of Rhythm Management (AFFRIM) Investigators. A comparison of rate control and rhythm control in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med*, 347(23), 1825-1833.
- Yoon, S. Y. (2005). *Symptom experience and quality of life in patients with implantable pacemaker*. Unpublished master's thesis, Yonsei University, Seoul.

Relationships between Symptom Experience and Quality of Life in Patients with Atrial Fibrillation

Baek, Kyung-Hwa¹⁾ · Son, Youn-Jung²⁾

1) Cardiology Department Responsible Nurse, Soonchunhyang University Hospital Cheonan

2) Assistant Professor, Department of Nursing, College of Medicine, Soonchunhyang University

Purpose: In this study, relationships between symptom experience and quality of life in a cross-sectional sample of patients with Atrial Fibrillation (AF) were investigated. **Methods:** This descriptive study involved a convenience sample of AF patients from S university hospital, C city. One hundred and two AF patients completed psychometric validated measures of AF related symptoms and quality of life. Descriptive statistics and Pearson correlation coefficients with SPSS WIN 14.0 were used for data analysis. **Results:** Of 16 atrial arrhythmia-related symptoms, the patients reported 'tiredness' as the most frequent and 'shortness of breath' as the most severe. The level of overall quality of life for patients with AF was 53.92. There were significant differences in symptom frequency according to religion, New York Heart Association (NYHA) classification and left ventricular ejection fraction ; symptom severity according to monthly income and stroke ; quality of life according to age, job, alcohol intake, NYHA class and stroke. Quality of life for these patients was positively correlated with symptom frequency and symptom severity. **Conclusions:** This study demonstrated that patients with more frequent and severe symptoms perceive poorer quality of life than patients with less frequent and less severe symptoms. Symptom experience should be assessed early to improve quality of life for patients.

Key words : Atrial fibrillation, Symptoms, Quality of life

• Address reprint requests to : Son, Youn-Jung

Department of Nursing, College of Medicine, Soonchunhyang University

366-1, Ssangyong dong, Cheonan, Chungnam Province, South Korea

Tel: 82-41-570-2487 Fax:82-41-575-9347 E-mail: yjson@sch.ac.kr