

# 관상동맥중재술을 받은 급성관동맥증후군 환자의 건강통제위 및 치료지시이행

신 수 진

순천향대학교 간호학과 전임강사

## Health Locus of Control and Compliance of Treatment in Acute Coronary Syndrome Patients after Percutaneous Coronary Intervention

Shin, Su Jin

Full-time Lecturer, Department of Nursing, Soon Chun Hyang University

**Purpose:** The purpose of this study was to explore the differences of health locus of control and treatment compliance according to general characteristics and severity in acute coronary syndrome(ACS) patients after percutaneous coronary intervention. **Methods:** This descriptive study was conducted with a convenient sample of 103 ACS patients. The dependent variables were measured by the scales for the Multidimensional Health Locus of Control and the Treatment Compliance. The collected data were analyzed by the Fisher's exact test, Chi-square and t-tests, and ANOVA using the SPSS program. **Results:** Pre-interventional severity was significantly different between men and women. In terms of internal health locus of control, there was a significant difference according to gender, educational status, economic status, and severity. The level of medication compliance was the lowest among the sub-scales of treatment compliance. **Conclusion:** These findings suggest that clinical nurses should evaluate the general characteristics and severity of the patients with ACS for providing tailored nursing interventions.

**Key Words :** Acute coronary syndrome, Internal-external control, Compliance

## I. 서 론

### 1. 연구의 필요성

심장질환, 고혈압성 질환 등을 포함하는 순환기계 질환은 사망률과 유병률이 암 다음으로 높은 주요 사망원인이다. 사망률 변동 추이에 있어서 뇌혈관질환 사망률은 가장 많이 감소하고 있는 반면, 심장질환으로 인한 사망률은 꾸준히 증가하여, 1996년 인구 10만 명 당 13.0명에서 2006년 29.2명으로 두 배 이상 증가

하였다(Korean National Statistics Office, 2007). 유병률 및 사망률 증가와 함께 의료비용도 높은 비중을 차지하고 질병의 사회경제적 비용을 추계한 결과 심장질환이 4위를 차지하였다(Jung & Ko, 2004). 세계보건기구가 발표한 바에 의하면 심혈관질환은 단일질환으로는 하기도 감염, 후천성 면역결핍증, 우울증, 설사에 이어 5 번째로 질병부담이 큰 질환(World Health Organization, 2002)으로 보고되어, 급성질환임과 동시에 지속적으로 관리를 필요로 하는 질환으로 실질적이고 효율적인 간호전략 수립이 중요함을 알 수 있다.

**Corresponding address:** Shin, Su Jin, Department of Nursing, Soon Chun Hyang University, 366-1 Ssangyong-dong, Cheonan 330-090, Korea.  
Tel: 82-41-570-2491, E-mail: ssj1119@sch.ac.kr

\*본 연구는 순천향대학교 학술연구비 지원으로 수행하였음(과제번호 20070167).

투고일 2008년 08월 11일 심사회의일 2008년 10월 22일 심사완료일 2008년 11월 11일

특히 급성관동맥증후군은 심전도의 ST분절 상승, Q파 유무와 심근표지자의 상승유무에 따라 Q파 심근경색증, 비Q파 심근경색증과 불안정형 협심증으로 분류되는 급성심근허혈에 의한 질병군으로(Park, 2002), 급성으로 발병하는 관상동맥질환이지만 치료법의 발전에도 불구하고 돌연사의 위험과 재발의 위험이 높고 처음 발생 때보다 재발 시 사망률이 현저하게 증가한다(David & Holmen, 2003). 따라서 환자의 진단과 치료과정에서 지속적인 위험도 판정을 강조하고 있고(Branwald et al., 2002), 질병 특성 상 재발방지와 최적의 건강유지를 위해 죽상경화증의 위험요인을 수정해야 하며, 미국심장협회에서는 심혈관계질환을 예방하기 위한 운동과 신체활동 증진을 강조하고 있다(Center for Disease Control and Prevention, 2008).

미국심장협회의 ‘관상동맥질환 환자에서 심장발작과 사망 예방 보고서(Smith et al., 2001)’에서는 위험인자 감소를 위한 처방책으로 환자의 임상상태를 개선하는 데는 환자이행이 핵심적인 요소가 되어야 한다고 강조하였다. 사망의 위험이 높은 심근경색증은 처음 발생한 경우 사망률이 20 - 30%이지만 환자 자신이 잘 못 관리하여 재발하는 경우에는 사망률이 68 - 85%로 증가하기 때문에(Black & Matassarini-Jacob, 1997), 회복의 목표는 신체적, 심리사회적으로 적정한 기능에 도달하고 위험요인을 수정함으로써 심장질환의 진행을 예방하는 것이다. 즉, 급성관동맥증후군 대상자의 치료를 위한 중재시술이 완치를 의미하는 것이 아니며, 회복기 재활관리가 중요하고, 회복과정에 대한 환자의 인식이나 행위가 중요함을 알 수 있다.

따라서 관상동맥중재술 후에도 지속적인 재발방지 행위를 위한 간호중재를 적용하기 위해서는 회복기 건강행위 이행에 대한 이해가 선행되어야 한다. 또한 건강통제위는 건강과 관련된 행위에 영향을 미치는 선행변수이고(Wallston, Wallston, & De Vellis, 1978), 급성관동맥증후군 환자의 재발방지를 위한 장기간의 건강행위변화와 관련이 있다(Lee & Park, 1997). 또한 성별이나(Lee, 2007), 개인이 증상을 어떻게 재정의하고 평가하느냐에 따라 치료추구행위가 달라지고, 대처방식과 통제위 등의 특성이 관상동맥질환자의 치료추구행

위에 영향을 미친다(Lee, Kim, & Cho, 2002)는 연구결과를 통해 개별적 특성에 따른 회복기 건강통제위 및 치료지시이행의 차이를 파악하는 것이 개별적 중재를 위해 선행되어야 함을 알 수 있다.

그러나 대부분의 연구가 질병경험 자체에 초점을 두어 왔으며, 급성관동맥증후군 환자의 통증 특성의 차이(Choi & Hong, 2008), 관상동맥우회술 후 회복기 증상의 차이(Shin, 2003), 신체적 기능적 회복을 평가하거나 자기효능감이나 우울 척도 등을 사용하여 심리적 회복상태를 측정하는 연구가 주로 이루어지고 있다.

따라서 관상동맥증후군이 급성질환임과 동시에 관상동맥중재술을 받은 후에도 재발방지를 위한 만성적 관리가 필수적이라는 점을 고려할 때, 회복기에 대상자의 건강조절에 대한 인식이나 치료행위를 파악하는 것이 중요하므로, 회복기 행위에 대한 이해를 위해 시술 후 회복기 환자의 치료지시이행과 건강통제위에 대해 파악함으로써 개별적인 특성에 따른 중재프로그램을 개발하는데 기여하고자 한다.

## 2. 연구목적

본 연구의 목적은 관동맥중재술을 받은 급성관동맥증후군 환자를 대상으로 일반적 특성 및 시술 전 중증도에 따른 시술 후 건강통제위, 치료지시이행의 차이를 파악하는 것이며, 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 대상자의 일반적 특성 및 시술 전 중증도를 파악한다.
- 시술 후 건강통제위와 치료지시이행 정도를 파악한다.
- 일반적 특성 및 중증도에 따른 건강통제위의 차이를 분석한다.
- 일반적 특성 및 중증도에 따른 치료지시이행의 차이를 파악한다.

## II. 연구방법

### 1. 연구설계

본 연구는 관상동맥중재술을 받은 급성관동맥증후

군 환자의 일반적 특성 및 중증도에 따른 건강통제위 및 치료지시이행의 차이를 파악하기 위한 서술적 조사 연구이다.

## 2. 연구대상자

본 연구의 대상은 C시에 소재하는 일 대학병원에서 급성관동맥증후군을 진단받고 경피적 관동맥중재술을 받고 퇴원한 자로 본 연구의 목적을 이해하고 연구참여에 동의한 103명이었다. 표본수는 G\*Power 3.0.10 (Faul & Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007)을 이용하여 최대 4그룹의 F-test 시 유의 수준  $\alpha$ 는 .05, power는 .80, effect size는 .5로 설정하여 산출하였을 때 102명이었으므로 본 연구의 대상자수는 적절한 수준이었다.

## 3. 연구도구

본 연구에 사용된 도구는 구조화된 설문지로 대상자의 일반적 특성 및 중증도 평가, 건강통제위, 치료지시이행정도에 관한 항목으로 구성되었다.

### 1) 중증도

급성관동맥증후군 환자의 시술 전 중증도 평가를 위해서는 Tang, Wong과 Herbison(2007)이 개발한 global registry of acute coronary events(GRACE) hospital discharge score를 사용하였다. GRACE score는 급성관동맥증후군을 진단받고 퇴원 후 예후를 예측하는 점수로 나이, 심부전 및 심근경색 과거력, 입원 시 심박동수, 수축기혈압, ST-Segment depression 여부, 입원 중 혈청 크레아티닌 수치, 심장효소, 응급시술 여부를 점수화하는 도구로 점수가 높을수록 퇴원 후 사망률이 높다고 예측한다.

### 2) 건강통제위

건강통제위 도구는 Wallston, Wallston과 De Vellis (1978)가 개발한 다차원적 건강통제위 척도(multidimensional health locus of control scales)를 Ahn(2003)이 수정한 도구를 사용하였다. 이 도구는 내적 성향, 타인의존성향, 우연성향의 3가지 하위척도로 각각 6문항씩

구성된 5점 척도의 도구로 점수의 범위는 세 가지 성향이 각각 최저 6점에서 최고 30점으로 점수가 높을수록 해당 성향이 높음을 의미한다. 본 도구의 신뢰도는 Ahn (2003)의 연구에서 내적 성향이 .68, 타인의존 성향이 .51, 우연성향이 .53이었으며, 본 연구에서의 신뢰도는 내적 성향이 .927, 타인의존 성향이 .883, 우연성향이 .788이었다.

### 3) 치료지시이행 정도

본 연구에서 치료지시이행 정도를 측정하기 위한 도구로는 관상동맥질환자의 치료지시이행을 측정하기 위해 Kim(1991)이 개발하고 Lee(2001)가 수정보완한 측정도구를 사용하였다. 본 도구는 위험요인 조절, 식사요법, 투약이행, 일상활동을 포함한 운동 및 휴식, 추후관리의 5개 영역에 각 5문항씩, 총 25문항의 5점 척도로 구성되었으며, 각 영역별로 최저 0점에서 최고 25점의 범위로 점수가 높을수록 치료지시이행 정도가 높음을 의미한다. Lee(2001)의 연구에서 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha = .72$ 였으며 본 연구에서의 Cronbach's  $\alpha = .541$ 이었다.

## 4. 자료수집

자료수집을 위해 C시에 소재하는 일 대학병원의 연구윤리위원회에 연구목적과 연구진행에 대한 공문을 보내어 연구시행에 대한 허락을 받았으며, 자료수집기간은 2007년 12월부터 2008년 4월까지 이루어졌다. 자료수집은 연구자와 연구보조원 1인에 의해 이루어졌으며, 외래진료 수 대상자와 면담을 통해 직접 설문지를 작성하고, 중증도 계산을 위한 자료는 의무기록 분석을 통해 자료를 수집하였다.

## 5. 자료분석방법

수집된 자료는 SPSS/WIN 14.0 프로그램을 이용하여 유의수준 .05에서 양측 검정하였다. 구체적으로는 일반적 특성 및 중증도, 건강통제위, 치료지시이행 정도는 기술통계를 이용하고, 성별에 따른 일반적 특성

의 차이는 Chi-square test나 Fisher's exact test, 일반적 특성 및 중증도에 따른 건강통제위와 치료지시이행 정도의 차이는 t-test, ANOVA와 post hoc comparison을 이용하여 분석하였다.

### 6. 연구의 제한점

본 연구는 일개 병원에서 자료를 수집하였으므로 연구결과를 일반화하는데 신중을 기해야 한다.

## III. 연구 결과

### 1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 일반적 특성은 Table 1과 같다. 연령 분포

는 여성의 경우 대부분 60대 이후였으며, 남성의 경우 40대 이후 전 연령에 고루 분포하여 성별에 따른 차이가 있었다. 교육수준은 여성의 경우 90%가 무학이거나 초등학교 졸업이었으며, 남성의 경우 중학교 졸업 이상이 63.6%로 나타났다. 직업에 있어서는 여성은 83.3%가 무직이었으나 남성의 59.4%가 직업을 가지고 있었고, 남성의 경우 92.2% 돌봐주는 가족이 있는 반면, 여성의 27.0%가 돌봐주는 가족이 없는 것으로 나타났다. GRACE 척도로 측정된 중증도 평균점수는 여성이 남성보다 높게 나타났다.

### 2. 대상자의 건강통제위 및 치료지시이행

대상자의 건강통제위와 치료지시이행에 대한 평균 점수 및 표준편차는 다음과 같다. 내적 통제위 24.71 ±

**Table 1.** General characteristics and disease-related factors (N=103)

Characteristics	Categories	Female (n=37)		Male (n=66)		p
		n (%) or M ± SD				
Age(yrs)	≤ 49	1 (2.7)	15 (22.7)			.001*
	50 - 59	1 (2.7)	13 (19.7)			
	60 - 69	17 (45.9)	19 (28.8)			
	≥ 70	18 (48.6)	19 (28.8)			
Religion	Yes	21 (60.0)	31 (48.4)			.299
	No	14 (40.0)	33 (51.6)			
	Missing = 2					
Educational status	Illiteracy	11 (36.7)	3 (5.5)			.003*
	Elementary	16 (53.3)	17 (30.9)			
	Secondary	1 (3.3)	24 (43.6)			
	College or more	2 (6.7)	11 (20.0)			
	Missing = 5					
Monthly income (Million won)	< 1	28 (80.0)	27 (42.9)			.002*
	1 - 1.99	3 (8.6)	16 (25.4)			
	≥ 2	4 (11.4)	20 (31.7)			
Occupation	Yes	6 (16.7)	38 (59.4)			.000*
	No	30 (83.3)	26 (40.6)			
	Missing = 1					
Family member taken care	Yes	27 (73.0)	59 (92.2)			.009*
	No	10 (27.0)	5 (7.8)			
GRACE risk score <sup>†</sup>		104.45 ± 22.44	92.96 ± 27.63			.033*

\*p < .05; †GRACE, global registry of acute coronary events hospital discharge score.

**Table 2.** Health locus of control (N=103)

Valuables	M ± SD	Min	Max
Health locus of control-internal	24.71 ± 4.73	6.00	30.00
Health locus of control-power others	24.09 ± 4.26	11.00	30.00
Health locus of control-chance	15.82 ± 6.34	6.00	30.00

4.73, 외적 통제위가 24.09 ± 4.26, 우연통제위가 15.82 ± 6.34점이었으며(Table 2), 치료지시이행은 하위요인 별로 식이요법 19.35 ± 3.37, 위험요인 수정 19.02 ± 3.19, 추후관리 18.85 ± 3.28, 일상생활 및 휴식이 17.45 ± 2.92, 투약이행 14.69 ± 3.12 순이었다(Table 3).

**Table 3.** Compliance with treatment (N=103)

Valuables	M ± SD	Min	Max
Follow-up	18.85 ± 3.28	13.00	25.00
Modification of risk factors	19.02 ± 3.19	9.00	25.00
Modification of Diet	19.35 ± 3.37	10.00	25.00
Medication compliance	14.69 ± 3.12	9.00	25.00
Daily activity and resting	17.45 ± 2.92	9.00	24.00
Total	89.46 ± 9.26	59.00	115.00

### 3. 일반적 특성 및 중증도에 따른 건강통제위의 차이

일반적 특성 및 중증도에 따른 건강통제위의 차이는 Table 4와 같다. 내적 통제위는 성별( $t = 3.245, p = .002$ )과 중증도( $t = 2.693, p = .008$ )에 따라 유의한 차이가 있었으며, 외적 통제위는 일반적 특성 및 중증도에 따른 차이가 없는 것으로 나타났다. 우연 통제위의 경우, 성별( $t = -3.339, p = .001$ ), 나이( $F = 4.210, p = .008$ ), 교육수준( $F = 6.481, p = .001$ ), 월수입( $F = 6.923, p =$

$.002$ ), 중증도( $t = -2.704, p = .008$ )에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

### 4. 일반적 특성 및 중증도에 따른 치료지시이행의 차이

일반적 특성 및 중증도에 따른 치료지시이행의 차이는 Table 5와 같다. 추후관리는 월수입( $F = 4.472, p = .014$ )과 직업 유무( $t = 2.469, p = .015$ )에 따라 유의한 차이가 있었으며, 위험요인 수정은 일반적 특성 및 중증도에 따른 차이가 없는 것으로 나타났다. 식이요법의 경우 성별( $t = -2.216, p = .029$ ), 월수입( $F = 3.505, p = .034$ ), 직업유무( $t = -2.930, p = .004$ )에 따라 유의한 차이가 있었으며, 투약이행은 돌봐주는 가족이 있는지( $t = -2.058, p = .042$ )와 중증도( $t = -2.669, p = .009$ )에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 일상 활동 및 휴식은 교육수준( $F = 2.980, p = .036$ )에 따라 유의한 차이가 있었다.

## IV. 논 의

최근 사망률이 꾸준히 증가하고 있는 대표적인 질환인 급성관동맥증후군 환자는 관동맥중재술을 받은 후에도 질병 특성 상 만성질환으로서 재발 방지를 위한 지속적인 재활관리가 더욱 중요하다. 특히, 대상자들이 관상동맥질환이 만성적이고 계속 진행되는 질병이기 때문에 위험요인을 수정함으로써 진행을 늦출 수 있다는 것을 이해할 수 있게 하는 것이 중요하고, 재활관화 후에는 완전히 교정되거나 완치가 되어 다시 재발을 경험하지 않을 것으로 오해하여 응급상황에 적절하게 대처하지 못하고 치료가 지연되는 경우가 있으므로 간호사는 재발에 대한 조기 징후와 합병증에 대한 구체적인 교육에 대한 일차적인 책임을 가져야 한다(Vlasic, 2004). 이에 본 연구는 개별적으로 효율적인 재활관리를 위한 기초자료를 제공하였다는 점에 의의가 있다.

대상자의 연령분포는 여성의 경우 70대 이후가 가장 많고 남성의 경우 40대 이후 전 연령에 고루 분포하는 성별에 따른 차이를 보였으며, 이는 급성심근경색증

**Table 4.** Health locus of control according to general characteristics and severity (N=103)

Characteristics	Categories	Internal	t or F	p	Power-others	t or F	p	Chance	t or F	p
Gender	Male	25.80 ± 4.25	3.245	.002*	24.16 ± 4.60	.220	.826	14.33 ± 6.33	-3.339	.001*
	Female	22.78 ± 4.99			23.97 ± 3.62			18.48 ± 5.51		
Age(yrs)	≤ 49 <sup>a</sup>	25.87 ± 3.61	1.621	.189	23.00 ± 4.81	.658	.580	11.68 ± 7.01	4.210	.008*
	50 - 59 <sup>b</sup>	25.92 ± 2.43			24.71 ± 4.85			14.07 ± 3.77		
	60 - 69 <sup>c</sup>	25.05 ± 5.31			23.83 ± 3.57			16.36 ± 6.25		
	≥ 70 <sup>d</sup>	23.43 ± 5.05			24.59 ± 4.46			17.75 ± 5.85		
Religion	Yes	24.51 ± 4.71	-.493	.623	23.65 ± 4.51	-.890	.376	16.73 ± 6.36	1.151	.252
	No	25.00 ± 4.99			24.42 ± 4.07			15.25 ± 6.37		
Educational status(yrs)	0 <sup>a</sup>	25.28 ± 3.42	1.755	.162	23.57 ± 2.97	.968	.412	19.57 ± 5.37	6.481	.001*
	≤ 6 <sup>b</sup>	24.19 ± 5.45			24.42 ± 3.63			16.38 ± 6.26		
	7 - 12 <sup>c</sup>	26.62 ± 3.11			22.50 ± 5.34			13.00 ± 5.85		
	≥ 13 <sup>d</sup>	26.76 ± 3.34			23.76 ± 3.53			10.92 ± 3.59		
Monthly income (Million won)	< 1 <sup>a</sup>	23.92 ± 5.20	1.711	.186	24.32 ± 4.27	.768	.467	18.07 ± 6.18	6.923	.002*
	1 - 1.99 <sup>b</sup>	26.05 ± 5.02			24.21 ± 3.82			13.00 ± 6.12		
	≥ 2 <sup>c</sup>	25.37 ± 3.38			23.04 ± 4.78			14.00 ± 5.54		
Occupation	Yes	25.13 ± 4.95	.559	.557	23.63 ± 4.55	-.792	.430	14.93 ± 6.54	-1.396	.166
	No	24.60 ± 4.49			24.32 ± 4.07			16.71 ± 6.16		
Family member taken care	Yes	24.73 ± 4.87	-.001	1.000	24.18 ± 4.36	.938	.350	15.84 ± 6.48	-.384	.702
	No	24.73 ± 4.35			23.06 ± 3.57			16.53 ± 5.59		
GRACE risk score	< 100	25.79 ± 4.09	2.693	.008*	24.17 ± 4.37	.203	.840	14.37 ± 6.41	-2.704	.008*
	100 - 149	23.33 ± 5.17			24.00 ± 4.16			17.68 ± 5.81		

\*p < .05.

환자를 대상으로 한 Choi와 Hong(2008) 및 급성관동맥증후군 환자를 대상으로 한 Perez, Nicolau, Romano와 Laranjeira(2005)의 연구보고와 유사한 결과였다. 또한 급성관동맥증후군을 진단받고 퇴원 후 예후를 예측하는 중증도 점수인 GRACE 평균 점수가 남성보다 여성이 유의하게 높게 나타나 입원기간 동안 급성관동맥증후군으로 인한 사망률이 남성보다 여성이 높았다는 보고(Kanamasa et al., 2004)와 맥락을 같이 하였다. 이는 GRACE의 하위 구성 요인 중 연령이 포함되어 있으며, 시술을 받은 여성의 연령이 남성에 비해 고령에

많이 분포하는 것과 관련된 것으로 해석할 수 있으며, 또한 여성의 경우 증상호소가 비전형적이고(Patel, Rosengren, & Ekman, 2004), 그로 인해 응급의료체계를 이용하는 시간이 지연될 수 있다(Choi & Hong, 2008)는 것을 뒷받침하는 결과이다.

건강과 관련된 행위에 영향을 미치는 건강통제위 성격에 있어서는 건강이 자기 자신에 의해 좌우된다고 믿는 내적 통제위와 건강에 영향력 있는 타인에 의해 좌우된다고 믿는 외적 통제위가 운에 의해 좌우된다고 믿는 우연통제위에 비해 높게 나타났다. 그러나 성별

**Table 5.** Compliance of treatment according to general characteristics and severity (N=103)

Characteristics	Categories	Follow-up	t or F p	Risk factors	t or F p	Diet	t or F p	Medication	t or F p	Activity & resting	t or F p	Total	t or F p
Gender	Male	19.12±3.41	1.102	19.03±3.35	.006	18.81±3.57	-2.216	14.46±2.97	-.996	17.66±3.08	.974	89.20±10.05	-.375
	Female	18.37±3.03	.273	19.02±2.92	.995	20.32±2.76	.029*	15.10±3.37	.322	17.08±2.61	.332	89.91±7.79	.708
Age(yrs)	≤ 49	19.18±2.99		18.81±3.08		18.50±3.84		15.75±3.62		18.93±2.61		91.81±10.14	
	50 - 59	19.64±2.87	1.428	18.35±3.81	.336	18.00±3.72	1.606	14.07±2.49	1.043	16.57±3.63	2.030	86.64±10.58	.826
	60 - 69	18.91±3.75	.239	19.08±2.93	.799	19.66±3.19	.193	14.88±3.52	.377	17.50±2.79	.115	90.05±9.68	.463
	≥ 70	18.08±2.97		19.33±3.32		19.94±3.09		14.29±2.63		17.45±2.92		88.91±7.86	
Religion	Yes	18.76±3.09	-.312	19.00±3.31	.003	19.25±3.44	-.100	14.30±3.35	-1.194	17.38±2.76	-.571	88.81±8.97	.900
	No	18.97±3.59	.756	18.97±3.08	.973	19.31±3.40	.920	15.06±2.89	.235	17.72±3.13	.569	90.21±9.90	.432
Educational status(yrs)	0 <sup>a</sup>	17.50±2.76		18.92±3.83		20.50±2.65		15.71±2.84		17.28±2.36		89.92±7.27	
	≤ 6 <sup>b</sup>	18.52±3.34	2.205	19.14±2.55	1	19.66±3.25	1.558	14.50±2.68	.619	16.85±2.52	2.980	88.69±7.80	1.320
	7 - 12 <sup>c</sup>	19.37±3.50	.094	17.93±3.69	.384	18.00±4.51	.206	15.25±3.90	.605	17.93±3.66	.036*	88.50±14.34	.273
	≥ 13 <sup>d</sup>	20.46±2.75		19.92±3.22		19.76±2.45		14.76±3.67		19.30±1.84	b<d	94.23±6.74	
Monthly income (Million won)	< 1 <sup>a</sup>	17.98±3.05	4.472	19.05±2.81	.028	20.09±3.14	3.505	14.61±2.82	1.625	17.12±2.86	1.372	88.98±8.24	.159
	1-1.99 <sup>b</sup>	20.21±3.52	.014*	18.94±3.70	.973	18.68±3.62	.034*	13.68±2.84	.202	17.73±3.07	.258	89.26±8.98	.854
	≥ 2 <sup>c</sup>	19.62±3.21	a<b	18.87±3.74		18.08±3.45	a<c	15.41±3.92		18.28±2.99		90.29±12.26	
Occupation	Yes	19.75±3.64	2.469	18.72±3.23	-1.008	18.22±3.63	-2.930	14.54±3.30	-.185	17.75±2.73	.726	89.00±10.40	-.410
	No	18.14±2.86	.015*	19.38±3.19	.316	20.16±2.95	.004*	14.66±2.90	.853	17.32±3.06	.469	89.78±8.58	.683
Family member taken care	Yes	19.08±3.36	1.768	19.09±3.06	.325	19.34±3.48	.297	14.41±3.02	-2.058	17.48±2.83	-.299	89.50±9.47	.091
	No	17.46±2.53	.080	18.80±4.09	.746	19.06±2.78	.767	16.20±3.46	.042*	17.73±3.39	.765	89.26±8.96	.928
GRACE risk score	< 100	19.39±3.17	1.927	19.05±3.25	.081	18.98±3.29	-1.291	15.37±3.36	2.669	17.84±3.14	1.540	90.65±9.68	1.504
	100 - 149	18.15±3.33	.057	19.00±3.14	.936	19.84±3.44	.200	13.82±2.56	.009*	16.95±2.56	.127	87.88±8.54	.136

\*p < .05.

에 따른 차이에서 남성은 여성에 비해 내적통제위가 높고, 우연통제위는 여성이 높은 것으로 나타나 급성 심근경색환자의 회복과정에 대한 Shin(2008)의 연구에서 회복과정을 운명적으로 수용하는 유형에 여성과 고령의 참여자가 비교적 많이 해당하였다는 결과와 일맥상통한다. 또한 중증도가 높거나, 교육수준이 낮거나, 월수입이 적은 경우 내적통제위 높게 나타나, 내적통제위 강화교육이 관상동맥질환 재발 환자에게 효과적이고(Park, 2006), 건강회복에 대해 확신하는 허혈성 심장질환자가 상대적으로 생활의욕, 건강진단, 운동 등의 건강증진 행위 정도가 높았다고 보고한 Kim

(2002)의 연구결과를 고려할 때, 여성, 낮은 교육수준, 저소득 및 중증도가 높은 대상자에게 특히 통제감을 강화할 수 있는 프로그램 적용이 필요함을 알 수 있다.

치료지시이행은 하위영역별로 식이요법은 비교적 이행정도가 높은 반면, 투약이행은 낮은 점수를 보였다. 투약이행은 특히, 중증도가 높은 경우 낮게 나타났다. 이는 시술 후 지속적인 예방적 차원으로 사망률과 재발률을 줄이기 위한 약물요법이 시행되고 있으나, 일부 대상자 중에는 약물복용에 버거움을 느끼거나 약물에 의존하기 싫다는 생각으로 처방대로 복용하던 약물을 임의로 조절하기도 하였다는 Shin(2008)의 연구

결과를 참고할 때 투약 불이행의 요인에 대한 분석과 함께 약물복용에 대한 장애요인 감소를 위한 전화상담 등의 지속적인 관리를 강화하기 위한 노력이 필요할 것이며, 전화를 통한 지지간호가 병원방문과 처방된 약물복용 이행에 효과적이었다는 Choi와 Cho(2007)의 연구는 이를 뒷받침하고 있다.

한편, 본 연구에 사용한 Lee(2001)의 치료지시이행 도구의 신뢰도가 .541로 비교적 낮게 나타났다. 이에 대해 연구자가 도구의 문항별 신뢰도를 분석한 결과, 12, 14, 17, 21, 23번 문항을 삭제할 경우 신뢰도가 .610으로 증가하였으며, 각 문항의 내용이 약을 먹기 전에 맥박을 재는가, 통증이 심할 경우 의사를 찾는가 등의 내용으로 약을 먹기 전에 맥박을 측정해야 한다고 교육받은 적이 없거나 본 연구의 대상자가 중재술을 받은 후 재발이 없었던 자가 대부분이기 때문에 혼동을 경험하지 않은 경우 ‘전혀 하지 않는다’에 응답하였기 때문인 것으로 사료되므로 이에 대해 다른 집단과의 비교 시 해석상 주의를 요한다.

추후관리 영역에서는 월수입이 100만원 이하인 그룹에 비해 월수입 100 - 200만원인 그룹과 직업이 있는 그룹에서 추후관리 점수 높게 나타났다. 이는 경제적 부담 증가가 심근경색환자의 회복과정에 영향요인으로 경제적 어려움이 많은 경우 질병관리 부분에서 처방 고수하기 전략사용이 소극적이었고(Shin, 2008), 관상동맥 중재술 후 재협착 여부를 알아보기 위한 추적 관상동맥 조영술의 실천에 대한 Kim과 Park(2000)의 연구에서 추적 관상동맥 조영술을 실시하지 않는 경우가 63.4%에 달하였는데, 이에 대한 이유가 경제적 부담과 증상호전의 이유가 가장 많았다는 결과와 일치한다. 이와 관련하여 2005년 9월부터 심장질환자의 진료비의 자기부담을 줄이는 국민건강보험공단의 정책이 시행되고 있다. 이는 급증하고 있는 심장질환자를 위한 사회적 지원의 일환이라는 측면에서 의의가 있다고 볼 수 있으나 근본적으로는 발생한 심장질환에 대한 치료비 부담을 보조해주는 것 뿐 아니라 일차 예방과 이차적 발생을 예방함으로써 총 의료비 절감을 목표로 하는 것이 국가경제적으로 유익하며 개인의 건강관련 삶의 질을 생각할 때에도 의료비 부담뿐 아니라 이차적 재

발 및 합병증 예방에 대한 투자가 필요하다고 본다.

또한 콜레스테롤이 높은 경우 재발률이 높으므로 식이관리가 매우 중요한데, 식이요법은 여성, 수입이 적은 집단, 직업이 없는 집단이 이행점수가 높았다. 이는 식이이행 예측 요인이 식이 자기효능감, 가족 지지(Han, Lee, & Kim, 2007)였다는 점을 고려할 때, 남성의 경우 식이준비에 직접 참여하는 비율이 낮고, 직업을 가지고 있는 비율이 높다는 점을 요인으로 고려할 수 있다. 즉, 남성의 경우 식이관리에 대한 장애요인에 대한 대안과 함께 식이 효능감과 가족 지지를 높이기 위한 중재가 강화되어야 할 것이다.

## V. 결론 및 제언

본 연구는 관동맥중재술을 받은 급성관동맥증후군 환자 103명을 대상으로 일반적 특성 및 시술 전 중증도에 따른 시술 후 건강통제위, 치료지시이행의 차이를 파악한 서술적 조사 연구로서 시술 전 중증도는 남성보다 여성이 유의하게 높았으며, 건강과 관련된 행위에 영향을 미치는 건강통제위 성격은 내적 통제위와 외적 통제위가 우연통제위에 비해 높게 나타났다. 그러나 여성, 낮은 교육수준, 저소득 및 중증도가 높은 대상자에게 내적통제위가 낮게 나타났으며, 치료지시이행은 하위영역별로 식이요법은 비교적 이행정도가 높은 반면, 투약이행은 낮은 점수를 보였다. 추후관리 영역에서는 저소득 그룹과 무직그룹에서 점수가 낮은 것으로 나타났다. 식이요법은 남성, 유직자에게서 이행 점수가 낮게 나타났다.

결론적으로 관동맥중재술 후 회복기 치료지시이행의 각 하위요인별로 일반적 특성 및 중증도에 따른 차이가 있음을 알 수 있었으며, 이러한 차이를 개별적으로 고려한 환자 관리를 통해 급성관동맥증후군 환자의 재혈관화 이후 치료지시이행 및 그로 인한 결과를 향상시키기 위한 간호중재전략에 기초자료로 활용될 것이라 기대한다. 이상의 연구결과와 논의, 연구자의 본 연구 진행 경험을 바탕으로 다음과 같이 제언하고자 한다.

첫째, 치료지시이행 중 가장 낮은 점수를 나타낸 투

약이행에 대해 대상자 입장에서의 심층적 탐색을 위한 질적연구를 제안한다.

둘째, 연구대상자의 구성비율에서 여성보다 남성이 많았는데, 남성에 비해 여성은 노인의 비율이 많았고, 이는 외래를 방문한 환자를 대상으로 자료를 수집한 본 연구방법 상 여성노인의 경우 외래방문을 통한 추후관리에서 탈락하는 비율이 높았던 점과 관련하며, 여성 노인 급성관동맥증후군 환자를 대상으로 한 추후관리이행에 영향을 미치는 요인에 대한 연구를 제안한다.

## References

- Ahn, H. Y. (2003). *The Relationship between Intentions of Weight Control Behavior and Health Locus of Control among Women*. Unpublished master's thesis, Seoul National University.
- Black, J. M., & Matassarin-Jacob, E. (1997). Selected psychosocial models and correlates of individual health-related behaviors. *Medical Care*, 35(1), 27-46.
- Braunwald, E., Antman, E. M., Beasley, J. W., Califf, R. M., Cheitlin, M. D., Hochman, J. S., Kereiake, D., Kupersmith, J., Levin, T. N., Pepine, C. J., Schaeffer, J. W., Smith, E. E., 3rd Steward, D. E., Theroux, P. (2002). *ACC/AHA guideline update for the management of patients with unstable angina and non-ST-elevation myocardial infarction*. Am J Cardiol 2002 update. Available from: <http://www.acc.org/clinical/guideline/unstable/incorporated/index.htm>.
- Center for Disease Control and Prevention (2008). Receipt of outpatient cardiac rehabilitation among heart attack survivors: United States 2005. *Morbidity and Mortality Weekly Reports*, 57, 89-94.
- Choi, G. Y., & Hong, E. S. (2008). Comparison of presentation in acute myocardial infarction by gender. *J Korean Acad Adult Nurs*, 20(1), 126-135.
- Choi, O. J., & Cho, B. H. (2007). The effect of supportive nursing care on the knowledge level and compliance of sick role behavior in patients with coronary artery disease after coronary angiography. *J Korean Acad Adult Nurs*, 19(5), 729-738.
- David, R., & Holmes, J. (2003). State of the art in coronary intervention. *Am J Cardiol*, 91(1), 50-53.
- 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.
- Han, S., Lee, J., & Kim, Y. (2007). Predicting factors on eating behavior in coronary artery disease patients. *J Korean Acad Nurs*, 37(7), 1193-1201.
- Jung, Y. H., & Ko, S. (2004). Estimating socioeconomic costs of five major disease. *J Korean Assoc Public Finance*, 18(2), 77-104.
- Kanamasa, K., Ishikawa, K., Hayashi, T., Hoshida, S., Tamada, Y., Kawarabayashi, T. et al. (2004). Increased cardiac mortality in women compared with men in patients with acute myocardial infarction. *Int Med*, 43(10), 911-918.
- Kim, E. J. (2002). *A study on the ischemic heart disease's recognition of health and behavior to improve their health*. Unpublished master's thesis, Daejeon University, Daejeon.
- Kim, I. J. (1991). *Knowledge and Compliance of Medical Treatment Directions of Coronary Artery Disease Patients*. Unpublished master's thesis, Yonsei University.
- Kim, Y. J., & Park, O. J. (2000). A Survey on patients' compliance with follow-up coronary angiogram after coronary intervention. *J Korean Acad Adult Nurs*, 12(1), 30-39.
- Korean National Statistic Office (2007). *2006 Leading Causes of Death*. Daejeon: Korean National Statistic Office.
- Lee, D. S. (2007). The relationships among gender, information seeking style and high risk behavior in Korean adults. *J Korean Acad Adult Nurs*, 19(2), 217-224.
- Lee, H. R., & Park, J. S. (1997). A study of the type A behavior pattern and health locus of control in the coronary heart disease patients. *J Korean Acad Adult Nurs*, 9(3), 531-544.
- Lee, K. (2001). *Knowledge, compliance, prehospital delay time of coronary artery disease reattack patients*. Unpublished master's thesis, Catholic University.
- Lee, Y., Kim, H., & Cho, E. (2002). The influencing factors on health behavior of patients with coronary artery disease. *J Korean Acad Nurs*, 32(1), 40-49.
- Park, S. E. (2006). *Effect of individual education strengthening the internal health locus of control for coronary artery disease relapse patient on the compliance of medical treatment directions*. Unpublished master's thesis, Sungkyunkwan University.
- Park, S. H. (2002). Risk stratification of acute coronary syndrome. *Korean Circulation J*, 32(9), 739-755.
- Patel, H., Rosengren, A., & Ekman, I. (2004). Symptoms in acute coronary syndromes: Does sex make a difference? *Am Heart J*, 148(1), 27-33.
- Perez, G. H., Nicolau, J. C., Romano, B. W., & Laranjeira, R. (2005). Depression and acute coronary syndromes: gender-related differences. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 85(5), 319-326.
- Shin, S. J. (2003). A study on the gender difference of health status on the recovery state after coronary artery bypass graft. *Nurs Sci*, 15(1), 1-8.
- Shin, S. J. (2008). Grounded theory approach on the recovery process of myocardial infarction patients. *J Korean Acad Adult Nurs*, 20(2), 219-230.
- Smith, S. C., Blair, S. N., & Bonow, R. O., Brass, L. M., Cerqueira, M. D., Dracup, K., Fuster, V., Gotto, A., Grundy, S. M., Miller, N. H., Jacobs, A., Jones, D., Krauss, R. M., Mosca, L., Ockene, I., Pasternak, R. C., Pearson, T., Pfeffer, M. A., Starke, R. D., & Taubert, K. A. (2001):

- AHA/ACC guidelines for preventing heart attack and death in patients with atherosclerotic cardiovascular disease: 2001 update: A statement for healthcare professionals from the American Heart Association and the American College of Cardiology. *Circulation*, 104(13), 1577-1579.
- Tang, E. W., Wong, C., & Herbison, P. (2007). Global registry of acute coronary events(GRACE) hospital discharge risk score accurately predicts long-term mortality post acute coronary syndrome. *Am Heart J*, 153(1), 29-35.
- Vlasic, W. (2004). Nursing care of the client requiring percutaneous coronary intervention. *Nurs Clin North Am*, 39(4), 829-844.
- Wallston, K. A., Wallston, B. S., & De Vellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control scales. *Health Educ Monogr*, 6, 160-170.
- World Health Organization (2002). *World health report 2002*. Geneva: the institute.