

# 심방세동 대상자의 우울, 주관적 건강지각 관련요인

강 윤 희

이화여자대학교 건강과학대학 간호과학부 부교수

## Correlates of Depression and Perceived Health Status in Patients with Atrial Fibrillation

Kang, Younhee

Associate Professor, Division of Nursing Science, College of Health Sciences, Ewha Womans University

**Purpose:** The purpose of this study was to determine correlates of depression and perceived health status in patients with atrial fibrillation. **Methods:** The study utilized a descriptive correlational survey design. A convenience sample of 115 subjects were recruited from 3 tertiary medical centers. The data were analyzed by descriptive statistics, hierarchical multiple regression. **Results:** 1) Study subjects perceived the low frequency of symptoms, relatively high social support, low depression, moderately low physical health, and mental health. 2) The 38% of variance in depression was significantly explained by symptom( $\beta = .49$ ), social support( $\beta = -.21$ ), and education( $\beta = -.17$ ). 3) The 40% of variance in physical health was significantly explained by symptom( $\beta = -.55$ ), social support( $\beta = .16$ ), and education( $\beta = .20$ ). 4) the 12% of variance in mental health was significantly explained by symptom( $\beta = -.26$ ), and social support( $\beta = .24$ ). **Conclusion:** Most health care providers assume atrial fibrillation patients have very few symptoms. However, symptom related to atrial fibrillation was found to be the most important factors in explaining depression and perceived health status. Additionally, higher social support had great influences on the lower depression and higher perceived health status. Based on the findings of this study, directions for nursing practice and further nursing research for patients with atrial fibrillation are suggested.

**Key Words :** Atrial fibrillation, Social support, Depression, Health

## I. 서 론

### 1. 연구의 필요성

심방세동은 임상간호 현장에서 흔히 접하게 되는 심장의 리듬장애로서 심방의 빠르고 불규칙한 전기적 흥분으로 인해 정상적인 동성 리듬이 소실되는 부정맥을

말한다. 심방의 여러 부위에서 발생하는 전기적 흥분은 분당 400 - 600회의 심방박동을 유발하며 이는 방실 결절에서 걸러져서 불규칙한 심실의 박동수가 결정된다. 우리나라의 심방세동 유병률은 2.1%(Jang et al., 2001)이며 미국의 경우에는 60세 이상 노인의 대략 8 - 9%에서, 85세 이상의 노인의 17.8%에서 심방세동이 있는 것으로 보고되고 있다(Go et al., 2001). 이렇듯 노화와

**Corresponding address:** Kang, Younhee, Division of Nursing Science, College of Health Sciences, Ewha Womans University, 11-1 Daehyun-dong, Seodaemun-gu, Seoul 120-750, Korea. Tel: 82-2-3277-2850, E-mail: yxk12@ewha.ac.kr

\*이 논문은 2005학년도 이화여자대학교 교내연구비 지원에 의한 연구임..

\*This work was supported by the Ewha Womans University Research Grant of 2005.

투고일 2008년 11월 24일 수정일 2008년 1월 13일 게재확정일 2009년 2월 2일

더불어 그 유병률이 급격히 증가하고 있는 특징을 나타내고 있는 심방세동 환자는 우리나라의 고령화 속도를 고려해 볼 때 앞으로 지속적으로 증가할 것으로 예측된다(Kang, 2005). 미국의 경우 심방세동으로 인한 병원 입원 수는 과거 20년 동안 66%가 증가한 것으로 나타나고 있다(Friberg, Buch, Scharling, Gadsbphioll, & Jensen, 2003). 이와 같이 심방세동 유병률의 증가 추세 뿐 아니라 심방세동으로 인한 합병증인 뇌졸중, 전신적 색전증, 심근장애 및 혈액학적 기능 장애 등으로 인한 높은 사망률과 이들 질환으로 인한 의료비 상승을 유발하게 되므로 이에 대한 간호실무와 간호연구 측면에서의 재조명이 요구된다.

그러나 이러한 심방세동에 대한 임상적 중요성에도 불구하고 현재 임상간호 현장에서는 소위 ‘생명을 위협하는 질환(life-threatening diseases)’에 초점을 맞추어 관심이 집중되고 있는 현실이다. 또한 간호학 및 의학 연구 현장에서도 심방세동에 대한 의학적 관리법에 대한 연구, 새로운 의학적 접근법에 대한 효과측정에 대한 연구(Cha et al., 2008; Miyazaki et al., 2008; Tolosana et al., 2008)가 주를 이루고 있으며 최근 2000년대에 들어와서 심방세동 환자의 관점에서 질병과정에서 대상자가 경험하고 지각하는 개념에 대한 몇몇 연구(Kang, 2005; Kang, Daly, & Kim, 2004; Ong et al., 2006; Thrall, Lip, Carroll, & Lane, 2007)가 발표되고 있는 실정이다. 다양한 수준의 건강 상태에 대한 인간의 반응을 주요 관심 주제로 삼고 있는 간호학에서는 보다 대상자 관점에서 대상자를 이해할 수 있는 연구와 이를 근거로 한 간호중재의 개발과 효과 검증이 필요하다고 사료된다. 실제로 임상간호사의 경우에는 대상자에게 필요한 간호를 계획하기 위해서는 대상자의 신체, 정신, 사회, 영적 요구 등을 사정하여야 하며 효율적인 대상자 사정을 위해서는 대상자에 대한 이해가 선행되어야 한다. 따라서 심방세동 대상자의 질병에 대한 반응과 관련된 현상에 대한 탐색은 대상자의 안녕을 위한 최적의 간호중재 제공의 기반이 될 것이다(Kang, 2005; Parse, 1987).

이와 더불어 실제 임상간호 현장에서 심방세동은 대상자의 자각 증상이 미미한 질환으로 고려되어 심방세

동 증상에 대한 객관적인 조사평가를 통한 탐색이 거의 전무하여 실제로 대상자가 느끼는 심방세동 증상에 대한 정보는 매우 제한적이다. 따라서 심방세동 대상자의 관점에서 대상자를 이해하기 위해서는 질병을 지닌 대상자가 지각하는 질병 증상을 파악하는 것이 필수적이라고 생각된다.

심방세동 대상자 관련 선행연구를 고찰해보면, 간호학적 의의에서 심방세동 대상자가 질병 과정에서 경험하고 지각하는 주요 개념으로 불확실감, 우울, 불안, 삶의 질 등이 탐색되었고 관련 변수로서 교육 정도, 증상 심각도, 불확실감 평가, 공존이환(Comorbidity), 질병관리 양상 등이 확인되었다(Kang, Daly, & Kim, 2004; Ong et al., 2006; Thrall, Lip, Carroll, & Lane, 2007). 그러나 이상의 연구결과는 모두 외국 심방세동 대상자에 대한 연구결과로서 이를 한국 대상자의 간호 현장에 직접적으로 적용하기에는 적합하지 않다. 국내 심방세동 대상자들이 지각하는 개념으로 불확실감, 우울, 불안, 주관적 건강지각을 탐색한 1편의 연구가 발표된 바 있다(Kang, 2005). 그러나 그 연구는 표본수가 49명으로 매우 작았으며 주요 개념들 간의 단순한 상관관계만을 파악했다는 제한점이 있다고 평가된다. 따라서 임상간호 실무에서 직접적으로 활용할 수 있는 주요 개념을 설명할 수 있는 관련요인을 파악하는 데에는 부족한 연구라고 사료된다. 따라서 외국 심방세동 대상자에서 파악된 주요 개념을 한국인 심방세동 대상자에서 좀 더 확대된 표본을 근간으로 한 각 주요 개념 간의 관계를 파악하는 연구가 필요하다고 생각된다. 이에 대한 연구결과는 간호 실무현장에서 심방세동 대상자에 대한 간호사의 이해도를 도모할 것이며 이를 위한 새로운 간호중재 개발의 초석이 될 수 있을 것이라고 생각된다.

심방세동 대상자의 주관적 건강지각을 보다 세부적으로 탐색하고 설명하기 위해서는 주관적 건강지각과 연관된 개념을 동시에 고려하여야 할 것이므로 선행연구들(Kang, 2002; Tangkawanich, Yunibhand, Thanasilp, & Magilvy, 2008)을 통해서도 확인된 주관적 건강지각과 연관된 개념으로 신체적 측면의 증상과 정서적 측면의 사회적 지지를 본 연구에서는 동시에 고찰해 보

고자 한다.

## 2. 연구목적

본 연구의 목적은 심방세동 대상자가 지각하는 우울과 주관적 건강지각에 대한 관련요인을 파악하는데 있으며 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 심방세동 대상자가 지각하는 심방세동 증상, 사회적 지지, 우울, 주관적 건강지각 정도를 파악한다.
- 심방세동 대상자의 심방세동 증상, 사회적 지지, 교육수준, 진단 후 경과기간이 우울에 미치는 영향을 공존이환에 의한 영향을 통제한 상태에서 확인한다.
- 심방세동 대상자의 심방세동 증상, 사회적 지지, 교육수준, 진단 후 경과기간이 주관적 건강지각에 미치는 영향을 공존이환에 의한 영향을 통제한 상태에서 확인한다.

## II. 연구방법

### 1. 연구설계

본 연구는 심방세동 대상자의 심방세동 증상, 사회적 지지, 우울, 주관적 건강지각 간의 관계를 조사하기 위한 서술적 상관관계 연구이다.

### 2. 연구대상자

본 연구의 대상은 2005년 8월부터 2006년 10월까지 서울특별시 소재 3개의 3차 의료기관에서 심방세동을 진단 받고 추후 관리를 받고 있는 성인대상자 중 본 연구의 목적과 설문지를 이해하고 자신의 의사를 표현할 수 있는 자로서 연구참여에 동의하고 연구 설문지의 답변을 모두 마친 총 115명을 대상으로 하였다.

### 3. 연구도구

본 연구의 주요 개념인 ‘심방세동 증상’, ‘우울’, ‘주

관적 건강지각’을 측정하기 위해 다음과 같은 도구와 이들 주요변수에 영향을 미칠 수 있는 통제변수인 ‘공존이환(comorbidity)’을 측정하기 위한 도구를 사용하였다. 또한 연구대상자의 연령, 교육수준, 결혼상태, 심방세동 진단 후 경과기간 등을 포함하는 일반적 특성을 측정하였다. 본 연구에서 사용된 도구 중 심방세동 증상, 사회적 지지, 주관적 건강지각 및 공존이환을 측정하는 도구는 영어로 된 원문 도구를 영어와 한국어, 2개 언어에 유능한 2인의 전문가에 의해 각기 번역, 역번역의 과정을 거치고 원어민의 감수를 통해 번안되어 사용되었다.

#### 1) 심방세동 증상

심방세동 증상은 Bubin, Kay와 Jenkins(1993)에 의해 심방부정맥 관련 증상의 빈도에 대한 환자의 인식을 측정하기 위해 고안된 Symptom Checklists-Frequency (SCL)를 사용하였다. 심방세동 증상 빈도척도는 총 16 문항의 5점 척도(‘증상 전혀 없음’ 0점에서 ‘증상 항상 있음’ 4점)로 점수가 높을 수록 증상의 빈도가 높음을 의미한다. 미국의 심방세동 환자를 대상으로 시행한 연구(Kang, 2002)에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha = .81$ 이었으며, 본 연구에서는 Cronbach's  $\alpha = .84$ 이었다.

#### 2) 사회적 지지

사회적 지지는 Multidimensional Scale of Perceived Social Support로 측정하였으며 본 도구는 총 12문항의 7점 척도(‘매우 강하게 동의하지 않음’ 1점에서 ‘매우 강하게 동의함’ 7점)로 점수가 높을 수록 사회적 지지 정도가 높음을 의미한다(Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988). 본 도구는 가족, 친구 또는 친밀한 타인으로 부터의 인지되는 사회적 지지를 측정하기 위해 고안된 도구이다. 본 도구의 타당도는 요인분석 결과 예측대로 3개의 요인으로 분명히 분류되어 검증되었다(Zimet, Powell, Farley, Werkman, & Berkoff, 1990). 선행연구(Zimet et al., 1990)에서의 내적 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha = .88$ 이었으며 본 연구에서는 Cronbach's  $\alpha = .93$ 이었다.

### 3) 우울

우울은 Radloff(1977)가 개발하고 Lee, Ham과 Kim (2001)이 번안한 한국판 CES-D를 이용하여 측정하였다. CES-D는 지난 한 주일 동안에 나타난 증상의 빈도를 질문하여 현재의 우울상태를 파악하는 도구로서 총 20문항 4점 척도로 점수가 높을수록 우울의 정도가 높음을 의미하며 16점 이상은 우울의 가능성이 있음을 의미한다. 선행연구(Kang, 2005; Lee et al., 2001)에서는 Cronbach's  $\alpha = .89 - .90$ 이었으며 본 연구에서는 Cronbach's  $\alpha = .97$ 이었다.

### 4) 주관적 건강지각

주관적 건강지각은 대상자가 지각하는 신체, 정신적 측면을 포함하는 주관적 건강에 대한 자가평가(Kang, 2005; Ware, Kosinski, & Keller, 1994)로서, short form-36 health survey version 1(SF-36)을 이용하였다. SF-36은 총 36문항의 표준화된 도구로서 일반적인 건강상태를 측정하는데 총 8개 세부영역, 즉 신체기능(10문항), 건강상태로 인한 역할 제한(4문항), 신체통증(2문항), 사회적 기능(2문항), 전반적 정신건강(5문항), 감정문제로 인해 역할장애(3문항), 활력, 에너지 또는 피로(4문항), 일반적인 건강인식(5문항)과 단일문항인 건강변화의 인식(1문항)을 측정하는 문항으로 구성되어진다. 본 도구는 건강상태의 장애 여부를 묻는 문항과 세부영역에 대한 건강상태 수준을 묻는 3-6점 척도로 된 문항으로 구성되어있다. 본 연구에서는 이상의 하부척도로부터 신체적 건강상태(physical health composite summary, PCS)와 정신적 건강상태(mental health composite summary, MCS)를 의미하는 점수를 산출하여 주관적 건강지각으로 이용하였다(Ware, Kosinski, & Keller, 1994). 신체적 건강상태와 정신적 건강상태의 각 점수를 산출하기 위해서는 도구의 매뉴얼(Ware et al., 1994)에 근거하여 각 세부영역의 점수를 0-100척도로 전환한 후에 일련의 표준화, 점수변환의 과정을 거쳤으며, 각 건강상태의 점수가 높을수록 주관적 건강상태가 좋음을 의미한다. 선행연구(Kang, 2005)에서 보고된 본 도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha = .86 - .93$ 이며 본 연구에서의 신뢰도는

Cronbach's  $\alpha = .75 - .92$ 이었다.

### 5) 공존이환

공존이환(Comorbidity)은 공존 질병의 수와 중증도를 고려하여 측정하기 위해 고안된 Charlson Comorbidity Index(Charlson, 1987)를 이용하여 측정하였다. 본 도구는 559명의 입원 환자를 대상으로 시행한 종단적 연구에 근거하여 개발되었으며, 집단의 생존에 유의하게 영향을 미치는 것으로 확인된 18항목의 질환들을 상대적인 사망위험에 근거하여 점수가 부여되어져 있다(Charlson, 1987). 즉, 점수가 높을수록 공존이환 정도가 심각한 상태임을 의미한다.

## 4. 자료수집

본 연구의 자료수집은 연구의 목적과 설문지 내용에 대한 개별 교육을 연구자로부터 받은 간호사인 연구 보조원 3인이 서울특별시 소재 3개의 3차 의료기관 순환기내과 외래 진료일에 환자의 예약기록 및 의무기록을 분석한 후 연구의 대상자로 합당한 이를 분류하였다. 이를 근거로 당일 잠재적 연구대상자에게 구두와 서면으로 연구의 목적과 내용을 대상자에게 간략하게 설명한 후, 연구에 흥미를 느끼고 설문지에 답하기로 자발적으로 동의한 대상자와 외래진료실에서 약 25분간의 개별적 면담을 통해 자료를 수집하였다.

## 5. 자료분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 12.0 프로그램을 이용하여 전산통계분석을 하였다. 연구대상자의 일반적인 특성은 실수와 백분율로, 측정된 각 연구변수는 기술통계로 그 정도를 분석하였다. 심방세동 증상, 사회적 지지가 우울과 주관적 건강지각에 미치는 영향을 공존이환에 의한 영향을 통제한 상태에서 파악하기 위해 공존이환을 1단계에 회귀분석모형에 삽입하고 2단계로 심방세동 증상과 사회적 지지, 교육수준, 심방세동 진단 후 경과기간을 삽입하는 위계적 회귀분석(Hierarchical Regression Analysis)을 사용하였다.

### III. 연구 결과

#### 1. 연구대상자의 일반적 특성

본 연구의 대상자는 총 115명으로, 연구참여에 동의한 121명 중 설문지의 응답이 불충분한 6명을 제외한 총 수를 분석하였다. 연구대상자의 평균 연령은  $59.4 \pm 12.1$ 세로서 과반수가 61세 이상이였다. 성별은 남자 대상자가 64.3%를 차지하였고 대부분의 대상자는 기혼 상태로서 배우자와 동거하고 있었다. 이들의 교육 정도는 반수 이상이 고졸 이상의 학력을 소유하고 있었다. 60%의 연구대상자에 있어 심방세동을 진단받았지 1년 이내인 것으로 파악되었다(Table 1).

#### 2. 심방세동 대상자의 심방세동 증상, 사회적 지지, 우울, 주관적 건강지각 정도

본 연구의 대상자가 지각하는 심방세동 증상은 평균  $15.9 \pm 10.1$ 점으로 비교적 낮게 나타났으며 사회적 지지는 평균  $61.9 \pm 15.9$ 점으로서 비교적 높은 수준의 사회적 지지를 받고 있다고 지각하고 있었다. 우울은 60점 만점 중 평균  $14.1 \pm 10.5$ 점으로 우울의 정도는 낮게 나타났다. 연구대상자의 주관적 건강지각 중 신체적 건강상태는 평균  $43.6 \pm 11.0$ 점, 정신적 건강상태는 평균  $47.7 \pm 11.0$ 점으로 비교적 낮게 나타났다(Table2).

#### 3. 심방세동 대상자의 우울 관련요인

심방세동이 대상자의 우울에 미치는 영향을 파악하기 위해 우울에 영향을 끼칠 수 있는 타 질환의 이환 정도를 통제하기 위해 공준이환을 회귀분석의 1단계에 삽입하였으며 그 외 주요 연구 변수인 심방세동 증상, 사회적 지지와 교육수준, 심방세동 진단 후 경과기간 등을 2단계로 회귀분석 모형에 삽입하여 분석한 결과는 Table 3과 같다. 우울을 설명하는 회귀분석 모형은 통계적으로 의미가 있었으며( $p = .00$ ), 종속변수인 우울에 대한 설명력은 38%이었다. 심방세동 증상( $\beta = .49$ ), 사회적 지지( $\beta = -.21$ ), 교육( $\beta = -.17$ )이 통계적

**Table 1.** Demographic characteristics of the subjects (N=115)

Characteristics	Categories	n (%)	M ± SD
Age(yrs)	31 - 40	4 (3.5)	59.4 ± 12.1
	41 - 50	18 (15.6)	
	51 - 60	33 (28.7)	
	61 - 70	40 (34.8)	
	≥ 71	20 (17.4)	
Gender	Male	74 (64.3)	
	Female	41 (35.7)	
Marital status	Single	1 (.9)	
	Married	101 (87.8)	
	Widowed	12 (10.4)	
	Divorced	1 (.9)	
Education(yrs)	No formal schooling (0)	9 (7.8)	10.0 ± 4.6
	Elementary school (1 - 6)	26 (22.6)	
	Middle school (7 - 9)	20 (17.4)	
	High school (10 - 12)	33 (28.7)	
	Undergraduate school (13 - 16)	25 (21.8)	
	Graduate school (≥ 17)	2 (1.7)	
	Period since diagnosis(week)	Within 1 yr (< 52)	
More than 1 yr (≥ 52)		46 (40.0)	

**Table 2.** Descriptive statistics of study variables (N=115)

Variable	Possible range	M ± SD
AF symptom	0 - 64	15.9 ± 10.1
Social support	12 - 84	61.9 ± 15.9
Depression	0 - 60	14.1 ± 10.5
Physical health	8 - 73*	43.6 ± 11.0
Mental health	10 - 74*	47.7 ± 11.0

\*Norms for general U.S. population (N=2,474); AF, atrial fibrillation.

로 의미있게 우울을 설명하였으며 이들 중 심방세동 증상이 가장 강력한 영향력을 미치는 변수로 나타났다.

#### 4. 심방세동 대상자의 주관적 건강지각 관련요인

심방세동 이외 다른 질환의 이환도에 의한 연구대상자가 지각하는 주관적 건강지각의 차이를 통제하기 위해 공준이환을 회귀분석의 1단계에 삽입하였으며 그 외 주요 연구변수인 심방세동 증상, 사회적 지지와 교육정도, 심방세동 진단 후 경과기간 등을 2단계로 회귀분석 모형에 삽입하여 분석하였다. 본 연구의 주관적 건강지각은 신체적 건강상태와 정신적 건강상태의 두 측면으로 측정되었으므로 통계분석 상 이들을 각각 종속변수로 하는 회귀분석모형 두 개에 대한 분석결과는 다음과 같다. 첫째, 신체적 건강상태를 종속변수로 하는 모형에서는 심방세동 증상( $\beta = -.55$ ), 교육수준( $\beta = .20$ )이 통계적으로 유의미한 변수로서 확인되었으며 이들 변수는 신체적 건강상태에 대해 총 40%의 높은 설명력을 나타냈다. 또한 신체적 건강상태를 예측하는 가장 의미있는 변수로서 심방세동 증상이 확인되었다(Table 4). 두 번째 회귀분석모형인 정신적 건강상태를 종속변수로 하는 모형에서는 심방세동 증상( $\beta = -.26$ )과 사회적 지지( $\beta = .24$ )가 통계적으로 유의미한 예측변수로 확인되었으며 이들 변수에 의해 정신적 건강상태의 12%가 설명되었다(Table 5).

### IV. 논 의

본 연구의 결과에서 나타났듯이 국내 심방세동 대상자들의 심방세동 증상점수( $15.9 \pm 10.1$ )는 비교적 낮게 나타났다. 이러한 결과는 동일한 측정도구를 사용하여 미국인 심방세동 환자(평균연령 67.3세)를 대상으로 연구한 선행연구(Kang, 2002)의 심방세동 증상 점수( $14.5 \pm 8.9$ )와 비교했을 때 유사하여 대상자의 연령차이나 인종 및 문화적 차이가 있음에도 심방세동 대상자가 지각하는 증상빈도는 비슷한 것을 추측할 수 있었다. 또한 본 연구대상자의 우울수준( $14.1 \pm 10.5$ )은 미국인 대상의 동일 선행연구의 결과( $13.1 \pm 8.5$ )와 유

사하였으며 한국의 심방세동 대상자에서 보고된 우울 수준( $15.3 \pm 11.2$ )과도 큰 차이가 없었다(Kang, 2005). 심방세동 대상자의 주관적 건강지각을 미국인과 캐나다인을 대상으로 측정한 2개의 선행연구결과(Kang, 2002; Ong et al., 2006)는 신체적 건강상태가 각각  $38.5 \pm 11.5$ ,  $45.3 \pm 10.4$ 이고, 정신적 건강상태는  $48.74 \pm 11.5$ ,  $52.5 \pm 7.8$ 이며, 한국인 대상자(Kang, 2005)의 경우 신체적 건강상태  $39.8 \pm 9.2$ , 정신적 건강상태  $47.4 \pm 12.0$ 으로 본 연구결과와 일관되게 심방세동 대상자의 주관적 건강지각이 일반 인구집단의 평균점수인 50점(Ware, Kosinski, & Keller, 1994)과 비교하여 비교적 낮은 것을 확인할 수 있었다. 이러한 결과는 기존 건강관리 전문가들이 의학적 기준의 중증도만을 고려하여 대상자를 접근해오던 인식에서 벗어나 질병을 지닌 대상자의 관점에서 이들의 인지를 고려해야 함을 상기시킬 수 있는 결과라고 생각된다. 특히 대상자의 다차원 측면을 사정하는 간호사의 경우에는 심실부정맥뿐 아니라 심방세동 대상자에 대한 간호사정 및 관리의 중요성을 인식해야 함을 시사한다할 수 있다. 즉, 과거와 현재의 임상간호 실무현장에서 심방세동 대상자에 대해 단순한 심장리듬장애로만 여겨 간호사 및 의료진의 세심한 관심이 주어지지 않았던 대상자의 건강지각이 일반 인구집단보다 낮음을 객관적으로 보여준 결과라고 할 수 있다. 이러한 심방세동 대상자의 낮은 건강지각은 심방세동의 진단기의 불안, 스트레스뿐 아니라 항부정맥제제, 항응고제를 포함하는 복잡하고 지속적인 약물요법과 약물 부작용으로 인한 고통, 반복되는 심율동전환 시술과 심방세동의 재발 등을 포함하는 의학적 치료관리요법에 대한 복잡성과 질병 예후에 대한 혼동 등에서 기인될 수 있다고 추측된다.

본 연구에서는 심방세동 대상자의 우울은 공준이환이나 진단 후 경과기간과 관계없이 심방세동 증상, 사회적 지지, 교육수준과 관련이 있는 것으로 즉, 심방세동 증상이 심할수록 우울이 심해지며 사회적 지지와 교육수준이 높을수록 우울이 낮은 것으로 나타났다. 이러한 결과를 직접 비교 가능한 선행연구는 현재 없으나 심방세동 대상의 증상, 교육수준이 확실실감이라는 매개요인을 통하여 간접적으로 대상자의 우울에 영향

**Table 3.** Regression coefficients of symptom and social support on depression

(N=115)

Independent Variable	Step I			Step II		
	$\beta$	t value	p value	$\beta$	t value	p value
Comorbidity	.18	1.93	.05	.14	1.75	.08
Symptom				.49	6.27	.00
Social support				-.21	-2.65	.01
Education				-.17	-2.11	.04
Period since diagnosis				.06	.68	.50
F test		3.71	.05		14.51	.00
Adjusted R <sup>2</sup>		.02			.38	

**Table 4.** Regression coefficients of symptom and social support on perceived health status(Physical health)

(N=115)

Independent variable	Step I			Step II		
	$\beta$	t value	p value	$\beta$	t value	p value
Comorbidity	-.10	-.99	.32	-.02	-.29	.77
Symptom				-.55	-7.04	.00
Social support				.16	1.98	.05
Education				.20	2.52	.01
Period since diagnosis				-.11	-1.30	.20
F test		.98	.32		15.38	.00
Adjusted R <sup>2</sup>		.00			.40	

**Table 5.** Regression coefficients of symptom and social support on perceived health status(Mental health)

(N=115)

Independent variable	Step I			Step II		
	$\beta$	t value	p value	$\beta$	t value	p value
Comorbidity	-.16	-1.65	.10	-.14	-1.44	.15
Symptom				-.26	-2.78	.01
Social support				.24	2.55	.01
Education				.01	.07	.95
Period since diagnosis				-.07	-.71	.48
F test		2.73	.10		3.99	.00
Adjusted R <sup>2</sup>		.02			.12	

을 미친다는 연구결과(Kang, 2002)와 본 연구의 결과가 일맥상통한다고 할 수 있다. 즉 교육수준이 높거나 사회적 지지가 충분한 대상자의 경우에는 다양한 정보를 스스로 또는 주위로부터 얻어 자신의 질병과정에

적절히 적응하는 반면 증상이 심하고 교육수준이 낮으며 사회적 지지가 빈약한 경우 대상자는 질병에 적응하기 보다는 불건강한 우울 상태로 되기 쉽다. 이러한 결과는 임상간호 실무에서 대상자의 우울을 예측하기

위한 간호사정 전략과 우울을 예방하기 위한 간호중재의 개발을 위해 고려해야 할 관련요인을 확인했다는 점에서 그 의의가 있다고 사료된다. 심방세동 대상자의 주관적 건강지각과 관련된 요인으로 본 연구에서는 신체적 건강상태에 대한 관련요인으로 심방세동 증상과 교육수준이, 정신적 건강상태에 대한 관련요인으로 심방세동 증상과 사회적 지지가 확인되었다. 심방세동 대상자의 주관적 건강지각과 증상에 대한 유의미한 관계, 즉 증상이 심할수록 주관적 건강지각이 낮다는 결과는 서양인을 대상으로 시행된 연구결과(Kang, 2002; Ong et al., 2006)와 일치한다. 이러한 결과는 심방세동 증상이 대상자의 주관적 건강지각에 미치는 영향을 확인한 결과로서 기존 임상현장에서 심방세동 증상에 대해서 무관심하거나 소홀히 여겨지던 부분이 대상자의 주관적 건강지각에는 유의미한 영향을 미침을 확인케 하는 결과라고 평가된다. 또한 사회적 지지와 교육수준이 신체적 건강상태나 정신적 건강상태에 미치는 영향은 이들 변수의 간접 영향력을 탐색한 선행연구(Kang, 2002)와 같은 맥락의 결과라고 할 수 있다.

현재까지 심방세동은 간호실무나 간호연구 분야에서 소위 무관심의 대상, 즉 관심이 낮은 대상이었기에 다양한 연구표본을 통한 풍부한 선행연구결과가 부족하여 단순히 선행연구를 통한 비교에 치중하는 연구자의 논의보다는 심방세동 대상자에 대한 간호사의 이해도를 높이는 계기가 되어 기존 간호사의 관심의 사각지대에 있던 대상자들에게 관심을 가지고 간호를 제공해야 할 필요성을 인식하게 하는데 본 연구의 의의가 있다고 본다. 또한 본 연구와 유사한 추후 많은 자료를 기반으로 간호실무 및 연구가 진행되어야 할 것이라고 생각한다.

본 연구는 연구대상자의 표집에 있어 한정된 지역의 대규모 의료기관의 환자만을 편의표본추출법을 이용하여 그 결과를 확대해석이나 일반화하는데 제한점을 가지고 있다. 또한 종속변수인 우울과 주관적 건강지각을 독립변수와 동시에 측정할 횡단적 연구로서 종속변수와 독립변수 간의 인과관계가 성립될 수 없다는 제한점이 있으므로 연구결과의 해석과 적용에 있어 주의가 필요하다. 또한 본 연구의 종속변수인 우울과 주관적 건강지각에 영향을 미칠 수 있는 기타 모든 변수를 통제

하지 못하고 연구설계 시 선정된 변수 범위에서 통계적 분석이 이루어져 그 결과를 적용하는데 제한이 있다.

## V. 결론 및 제언

본 연구는 심방세동 대상자가 지각하는 우울과 주관적 건강지각에 대한 관련요인을 확인하기 위해 심방세동 증상, 사회적 지지, 교육수준, 진단 후 경과기간을 독립변수로 설정하여 이들 변수가 우울과 주관적 건강지각을 각각 설명하는 정도를 파악하고자 시도되었다. 연구대상자는 서울특별시 소재 3차 의료기관에서 심방세동을 진단받고 추후 관리 중인 성인대상자 총 115 명으로서 심방세동 증상, 사회적 지지, 우울, 주관적 건강지각을 포함하는 구조화된 설문지를 활용하여 개별 면담을 실시하여 자료를 수집하였다. 수집된 자료는 서술통계분석과 위계적 회귀분석을 이용하여 연구 목적에 근거해 도출한 결과는 다음과 같다.

첫째, 본 연구의 대상자가 지각하는 심방세동 증상은 비교적 낮게 나타났으며, 비교적 높은 수준의 사회적 지지를 인지하고 있었다. 또한 연구대상자는 경증의 우울을 보였으며 주관적 건강지각인 신체적 건강상태와 정신적 건강상태 모두 일반 인구집단과 비교하여 낮은 것으로 나타났다.

둘째, 심방세동 대상자의 우울 관련 요인을 확인하기 위한 회귀분석모형은 통계적으로 유의미하였으며, 심방세동 증상( $\beta=.49$ ), 사회적 지지( $\beta=-.21$ ), 교육( $\beta=-.17$ )의 우울에 대한 설명력은 38%이었으며, 이 중 심방세동 증상이 가장 강력한 영향력을 미치는 변수로 나타났다.

셋째, 심방세동 대상자의 주관적 건강지각 관련요인을 파악하기 위한 회귀분석모형은 통계적으로 유의미하였으며 신체적 건강상태와 정신적 건강상태를 각각 종속변수로 하는 회귀분석모형을 분석 결과, 심방세동 증상( $\beta=-.55$ )과 교육수준( $\beta=.20$ )이 신체적 건강상태를 설명하는 유의미한 변수로서 확인되었으며 신체적 건강상태에 대해 총 40%의 높은 설명력을 나타냈다. 정신적 건강 상태에 대해서는 심방세동 증상( $\beta=-.26$ )과 사회적 지지( $\beta=.24$ )가 통계적으로 유의미한 예측변수



로 확인되었으며 이들 변수에 의해 정신적 건강상태의 12%가 설명되었다. 본 연구결과를 토대로 간호연구와 간호실무 방면에서 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

첫째, 다양한 지역의 확대된 표본을 근간으로 우울과 주관적 건강지각을 예측할 수 있는 요인 및 통제변수를 포함한 반복연구가 요구된다. 이러한 확대된 반복연구를 통하여 연구결과를 재검증·확인하는 과정이 절실히 요구된다.

둘째, 반복연구결과를 통해 확인된 관련요인에 초점을 둔 간호중재 프로그램 개발 및 그 효과 평가를 위한 임상연구가 요구된다.

셋째, 이상의 연구결과에 근거하여 임상간호 실무에서는 심방세동 대상자의 우울을 예방하고 주관적 건강지각을 향상시킬 수 있도록 간호사정과 간호전략이 개발 및 수행되어야 할 것이다.

## References

- Bubien, R. S., Kay, G. N., & Jenkins, L. S. (1993). *Test specifications for symptom checklist: Frequency and severity*. Milwaukee: University of Wisconsin-Milwaukee.
- Cha, Y. M., Friedman, P. A., Asirvatham, S. J., Shen, W. K., Munger, T. M., Rea, R. F., Brady, P. A., Jahangir, A., Monahan, K. H., Hodge, D. O., Meverden, R. A., Gersh, B. J., Hammill, S. C., & Packer, D. L. (2008). Catheter ablation for atrial fibrillation in patients with obesity. *Circulation, 117*(20), 2583-2590.
- Charlson, M. E., Pompei, P., Ales, K. L., & Mackenzie, C. R. (1987). *A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation*. *J Chronic Dis, 40*(5), 373-383.
- Friberg, J., Buch, P., Scharling, H., Gadsbhioll, N., & Jensen, G. B. (2003). Rising rates of hospital admissions for atrial fibrillation. *Epidemiology, 14*(6), 666-672.
- Go, A. S., Hylek, E. M., Phillips, K. A., Chang, Y., Henault, L. E., Selby, J. V., & Singer, D. E. (2001). Prevalence of diagnosed atrial fibrillation in adults: national implications for rhythm management and stroke prevention: the AnTicoagulation and Risk Factors in Atrial Fibrillation (ATRIA) Study. *JAMA, 285*(18), 2370-2375.
- Jang, M. G., Lee, J. Y., Kim, S. G., Cho, K. H., Yang, Y. S., Yoon, D. S., & Chae, S. H. (2001). Prevalence of atrial fibrillation in general population in Kangwon province. *J Korean Acad Fam Med, 22*(2), 178-183.
- Kang, Y. (2002). *The relationships among uncertainty, seriousness of illness, social support, appraisal of uncertainty, health locus of control, and perceived health status in patients newly diagnosed with atrial fibrillation*. Unpublished doctoral dissertation. Case Western Reserve University, Cleveland, Ohio.
- Kang, Y. (2005). The relationships among uncertainty, appraisal of uncertainty, depression, anxiety, and perceived health status in patients with atrial fibrillation. *J Korean Acad Adult Nurs, 17*(2), 1-14.
- Kang, Y., Daly, B., & Kim, J. (2004). Uncertainty and its antecedents in patients with atrial fibrillation. *West J Nurs Res, 26*(7), 770-783.
- Lee, Y. J., Ham, E. H., & Kim, K. S. (2001). A correlation study on uncertainty, coping and depression of cancer patients. *J Korean Acad Nurs, 24*(4), 529-544.
- Miyazaki, S., Kuwahara, T., Takahashi, A., Kobori, A., Takahashi, Y., Nozato, T., Hikita, H., Sato, A., Aonuma, K., Hirao, K., & Isobe, M. (2008). Effect of left atrial ablation on the quality of life in patients with atrial fibrillation. *Circ J, 72*(4), 582-587.
- Ong, L., Cribbie, R., Harris, L., Dorian, P., Newman, D., Mangat, I., Nolan, R., & Irvine, J. (2006). Psychological correlates of quality of life in atrial fibrillation. *Qual Life Res, 15*(8), 1323-1333.
- Parse, R. R. (1987). *Nursing science: Major paradigms, theories, and critique*. Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A new self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas, 1*(3), 385-401.
- Tangkawanich, T., Yunibhand, J., Thanasilp, S., & Magilvy, K. (2008). Causal model of health: Health-related quality of life in people living with HIV/AIDS in the northern region of Thailand. *Nurs Health Sci, 10*(3), 216-221.
- Thrall, G., Lip, G., Carroll, D., & Lane, D. (2007). Depression, anxiety, and quality of life in patients with atrial fibrillation. *Chest, 132*(4), 1259-1264.
- Tolosana, J. M., Hernandez M. A., Brugada, J., Sitges, M., Garcia, B. I., Fernandez, L. I., Martinez, F. J., Quesada, A., Macias, A., Marin, W., Escudier, J. M., Gomez, A. A., Gimenez, A. M., Tamborero, D., Berruezo, A., Mont, L., & SPARE Investigators. (2008). Comparison of benefits and mortality in cardiac resynchronization therapy in patients with atrial fibrillation versus patients in sinus rhythm. *Am J Cardiol, 102*(4), 444-449.
- Ware, J. E., Kosinski, M., & Keller, S. K. (1994). *SF-36 physical and mental health summary scales: a user's manual*. Boston: New England Medical Center.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *J Pers Assess, 52*(1), 30-41.
- Zimet, G. D., Powell, S. S., Farley, G. K., Werkman, S., & Berkoff, K. A. (1990). Psychometric characteristics of the multidimensional scale of perceived social support. *J Pers Assess, 55*(3-4), 610-617.