

심장이식 수혜자의 사회적지지, 우울 및 건강상태

박병준¹ · 신나미²

¹고려대학교 간호대학 박사과정, ²고려대학교 간호대학 부교수

Social Support, Depression and Health Status in Heart Transplantation Recipients

Park, Byung-Jun¹ · Shin, Nah-Mee²

¹Doctoral Student, College of Nursing, Korea University, ²Associate Professor, College of Nursing, Korea University

Purpose: As the number of cases of heart transplantation (HT) and the survival rate have increased, concerns regarding post-HT life have grown. This study was conducted to explore the relationships of perceived social support to the depression and health status of HT recipients. **Methods:** This descriptive study targeted all recipients who had undergone HT at S University Hospital since 1994, and 32 recipients were recruited. **Results:** 90.6% of the recipients were men, and the average age at the time of surgery was 47.4±13.4 years. The ejection fraction was increased from 18.47±5.63% to 63.25±7.57%, and 31 cases of New York Heart Association (NYHA) class III and IV improved to class I or II after HT. The patients reported mild depression even with high perceived social support and improved health status after HT. Among those resource persons who offered support, they reported their spouse, doctors, and nurses as most meaningful to them. **Conclusion:** This study confirmed the positive effects of HT on the recipients' physical improvement. It also added the discovery that the importance of recipients' subjective perception of social support might be critical for their more successful recovery and adjustment to post-HT life. Focusing on a different approach to social support and types of social resources in the recovery phase is suggested for future studies on quality of life after HT.

Keywords: Heart transplantation recipients, Social support, Depression, Health status

I. 서론

1. 연구의 필요성

심장이식 수술은 1967년 남아프리카 공화국의 Christiaan Barnard에 의해 첫 임상 증례가 보고되었으며 1980년대 초 장기이식에 cyclosporine이란 새로운 면

역억제제가 도입됨에 따라 장기 생존율이 좋아지면서 널리 시행되기 시작하였다(Lee & Seo, 2007). 한국은 1992년 첫 심장이식을 시작한 후(Song et al., 1993), 2011년 말까지 Korea Network for Organ Sharing (KONOS)의 발표에 따르면 총 693건이 시행된데 반해(KONOS, 2013) 미국은 연평균 2천여 건의 심장이식수술이 시행되고 있다 (Organ Procurement and Transplantation Network

투고일: 2014. 3. 29 심사회의일: 2014. 4. 7 게재확정일: 2014. 6. 10

주요어: 심장이식 수혜자, 사회적지지, 우울, 건강상태

* 이 논문은 제 1저자 박병준의 석사학위논문을 수정하여 작성한 것임.

Address reprint requests to : Shin, Nah-Mee

College of Nursing, Korea University, 145 Anam-ro, Sungbuk-gu, Seoul, 137-713, Korea
Tel : 82-2-3290-4924, Fax : 82-2-927-4676, E-mail : nshin@korea.ac.kr

[OPTN] and Scientific Registry of Transplant Recipients [SRTR], 2012). 의학기술의 놀라운 발전 덕분에, 과거에는 치유가 불가능한 말기 심부전 환자의 유일한 치료방법으로 고려되었던 심장이식 수술이 최근에는 관상동맥 및 타 질환으로 인한 말기 심부전 환자 및 암 환자와 고령자까지 점차 수혜 대상이 확대되었고 그에 따라서 심장이식의 사례도 증가하고 있다(Park, Park, Chol, Sung, & Yang, 2008). 이식이 시작된 1990년대에는 77.1%였던 이식 후 1년의 생존율도(Rho, Won, Lee, Kim, & Kim 1997) 2011년에는 85.3%로 증가하였으며 5년 생존율도 75.8%로 보고되고 있다(KONOS, 2013). 이는 심장이식 수술 사례의 증가와 심장이식 수혜자의 생존율의 증가는 이들의 이식 후의 삶, 즉 이식 후 적응에 따른 문제에 대한 관심을 요구하게 되었다.

즉, 심장이식을 받았다고 해서 말기 심장질환의 영향에서 완전히 벗어나는 것이 아니라 수혜자는 이식 후의 건강관리 지시를 철저히 따라야 하고 이식에 따른 일상생활의 제한을 수용하여 잘 대처해야 하기에, 이식에 따른 스트레스를 감소시키고 회복을 증진시켜 줄 수 있는 간호중재가 요구되고 있는 것이다. Kim (2006)의 연구에서는 계단을 오르기조차 힘들 정도로 저하되었던 신체활동과 기능이 심장이식 후 눈에 띄게 향상되는 등 이식 후 삶의 질은 이식 전보다 상승하였다고 보고한 반면에 이식 후 발생하는 우울은 신체적인 측면이 개선됨에 따라 상대적으로 더 강하게 부각될 수 있다고 보고한 바 있다.

이렇듯이 심장이식 수술 건수와 이식 후 생존율이 점차로 증가함에 따라 수혜자들이 이식 후 경험하는 스트레스와 그에 따른 대처 및 생활에 대한 관심도 늘고 있다. 예로, 우울 등의 심리적 장애, 직업복귀, 추후관리에 따른 경제적 부담 등이 수혜자들이 겪는 스트레스로 보고된 바 있으며, 이식 후의 삶에 잘 적응하려면 환자 자신이 수행해야 하는 건강관리도 중요하지만 이 적응기의 환자를 돕는 사회적지지도 중요한 요인으로 알려져 있다(Kim, 2006). 사회적지지는 스트레스의 효과를 완충할 수 있고, 개인의 심리적 적응을 돕고 좌절을 극복케 하며 문제해결의 도전을 받아들이는 능력을 강화한다는 측면에서 건강분야에서 중요하게 인정받고 있다(Park, 1985). 즉, 사회적 지지는 수혜자가 이식 후에 경험하는 스트레스에 대한 부적절한 반응을 감소시키고 이들의 건강상태 향상에도 기여할 수

있는 것이다. Kim (2006)이 건강전문인과의 관계와 사회적지지가 심장이식 후 삶의 질에 대한 주요 예측요인이라고 보고하였듯이, 사회적지지의 제공원과 지지정도가 수혜자의 삶에 미치는 영향은 중요하다고 할 수 있다.

지금까지의 심장이식 수혜자를 대상으로 한 간호학 연구는 주로 심장이식 수혜자의 삶에 대한 서술적 연구로 아직까지는 제한적으로 이루어져 왔으며 앞으로 더 많은 연구가 필요할 것으로 사료된다. 따라서 본 연구는 말기 심장질환자가 이식 후 경험하는 사회적지지의 제공원과 지지정도를 파악하고, 이식 후 우울과 건강상태를 확인하며, 사회적지지 정도에 따른 우울과 건강상태를 조사하여 효과적인 간호중재 프로그램 개발에 필요한 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구는 말기 심장질환자가 이식 후 경험하는 사회적지지의 특성(제공원과 지지정도)을 파악하고, 이식 후 우울정도와 건강상태를 확인하며 사회적지지 정도에 따른 심장이식 수혜자의 우울과 건강상태를 살펴보고자 하며, 구체적인 목표는 다음과 같다.

- 심장이식 수혜자의 일반적 특성에 따른 사회적지지, 우울 및 건강상태를 파악한다.
- 심장이식 수혜자가 이식 후 인식하는 사회적지지의 특성을 파악한다.
- 심장이식 수혜자의 이식 후 우울과 건강상태를 파악한다.
- 심장이식 수혜자가 이식 후 경험하는 사회적지지의 정도에 따른 우울과 건강상태를 파악한다.

II. 연구방법

1. 연구 설계

본 연구는 심장이식 수혜자가 이식 후 경험하는 사회적지지 제공원과 지지정도, 우울정도와 건강상태를 파악하고, 사회적지지에 따른 우울과 건강상태를 확인하는 서술적 조사연구이다.

2. 연구 대상

본 연구는 1994년부터 2011년 3월까지 서울시 소재 S대학교병원 장기이식센터에서 심장이식수술을 받은 71명 전수 중, 연구의 시작 시점인 2011년 6월 말 당시에 외래에서 지속적으로 추적 관찰중인 40명을 대상으로 하였다. 심장이식 수술을 받은 지 최소 3개월이 경과하고 현재 19세 이상인 38명 중에서 본 연구의 목적을 이해하고 참여에 동의한 32명이 연구에 참여하였다. 심장 이식 후 다른 중증 질환을 앓고 있는 대상자와 이식 후 현재 입원 치료중인 2명은 제외하였다.

3. 연구 도구

본 연구는 세 개의 구조화된 설문지를 사용하였고 총 58 문항으로 심장이식 수혜자의 사회적지지의 정도를 측정하기 위한 25문항, 우울의 정도를 측정하기 위한 21문항, 건강상태 측정을 위한 12문항으로 구성되어 있다. 또한, 일반적 특성 질문지에는 인구사회학적 특성 질문지와 연구자가 전자의무기록(Electronic Medical Record)을 토대로 작성하는 질병관련 특성 질문지가 포함된다.

1) 사회적지지 측정도구

심장이식 수혜자의 사회적지지의 측정은 Park (1985)이 개발한 사회적지지 척도를 도구 개발자로부터 서면으로 허락받고, 수정하여 사용하였다. 이 척도 가운데 건강과 관련된 위기상황에서 도움을 요청할 수 있다고 생각되는 사람들로부터 지지를 받는다고 인지하는 사회적지지의 정도를 측정하기 위해 간접적 지지척도를 사용하였으며, 수혜자는 자신이 인식하는 대로 해당 제공원에 표시하였다. 25문항으로 구성된 내용에는 정서적, 정보적, 물질적, 평가적 지지행위에 관한 질문이 포함되어있고 각 문항은 "전혀 그렇지 않다"에서 "매우 그렇다"까지 5점 척도로 최저 25점에서 최고 125점까지 가능하다. 점수가 높을수록 수혜자가 인식하는 사회적지지의 정도가 높음을 의미한다. 개발 당시 Cronbach's α 값은 .95였고(Park, 1985), 본 연구에서는 .97로 나타났다.

2) 우울정도 측정도구

수혜자의 우울정도 측정은 Beck, Ward, Mendelson, Mock와 Erbaugh (1961)가 개발하고 1996년 수정된 Beck Depression Inventory-II (BDI-II) (Beck, Steer, Ball, & Ranieri, 1996)를 Kim, Lee와 Lee (2007)가 한국어로 번역한 도구로 측정하였다. BDI-II는 정서적, 인지적, 동기적, 생리적 영역을 포괄한 우울증상을 측정하기 위해 21개의 문항으로 구성되어 있고 "전혀 그렇지 않다" 0점에서 "매우 그렇다" 3점까지 4점 척도로 총점 범위가 0에서 63점이다. 점수가 높을수록 우울증상이 심한 것이며 개발자가 제시한 점수의 해석에 의하면, 14점 미만은 우울증상이 없거나 미미한 증상, 14이상 19점 이하는 경증, 20이상 28점 이하는 중증도, 29점 이상은 심한 우울증상을 의미한다. 이 도구의 수정 당시 Cronbach's α 값은 .91이었고(Beck et al., 1996), Kim 등(2007)의 연구에서는 .80이었으며, 본 연구에서는 .83으로 나타났다.

3) 건강상태 측정도구

수혜자의 건강상태 측정은 Ware, Kosinski와 Keller (1995)가 개발한 Short Form Health Survey-12 version 2 (SF-12v2)의 한국어판을 사용하였다(License No. QM019794). SF-12v2는 6개의 하부영역과 12개의 문항으로 구성되어 있고, 구체적으로 신체적 역할, 정서적 역할, 통증, 활력, 사회적 기능, 정신적 건강을 포함한다. 최하 30에서 최고 70점의 범주를 가지며 점수가 높을수록 건강상태의 정도가 양호함을 의미한다(Ware et al., 2009). 개발 당시 Cronbach's α 값은 .72~.87 이고(Ware et al., 1995), Shin과 Choi (2010)의 연구에서는 .81, 본 연구에서는 .88이었다.

4) 인구사회학적 특성 및 질병관련 특성 질문지

수혜자가 직접 작성하는 인구사회학적 질문지와 연구자가 작성하는 질병관련 특성 질문지로 구성되어 있다. 수혜자의 객관적인 건강상태를 측정하기 위해서는 심장이식 수술 후 측정된 뉴욕 심장협회(New York Heart Association: NYHA)의 분류지침, 즉 심장질환자의 신체활동을 토대로 한 4단계의 기능적 분류를 사용하였다(Fauci et al., 2008). 좌심실 기능의 가장 유용한 지표로

알려진 심장초음파 박출률(Ejection Fraction: EF)은 이식 수술 전과 수술 후에 검사한 심장초음파 결과를 토대로 수집하였다(Fauci et al., 2008).

4. 자료수집 및 분석방법

서울의 S대학병원의 임상시험 심사위원회의 승인을 받은 후 자료수집이 개시되었다(No. H-1104-131-361). 자료수집 기간은 2011년 6월 28일부터 2011년 9월 30일까지로, 본 연구자는 조직검사를 위해 당일 입원한 환자나 외래를 방문한 수혜자를 직접 내방하였고, 그 외는 전화통화를 통해 연구참여자를 모집하였다. 연구자가 직접 수혜자에게 연구목적에 대하여 설명한 후 참여에 동의하면 연구 참여 동의서에 서명을 받은 후 설문지를 제공하여 대상자가 작성한 설문지를 본 연구자가 직접 수거한 경우는 7명이었다. 자료수집기간 동안 병원방문예정이 없는 수혜자에게는 전화통화로 연구목적을 설명한 후 참여에 동의하면 설문지와 연구 참여 동의서 및 회송용 봉투를 우편으로 배송하였고 회수율을 높이기 위해 일주일 내에 전화 연락을 취하였다. 총 31부를 우편으로 배부하였고 25부(80.6%)가 회수되었으며 직접 수거한 설문지 7부와 함께 총 32부가 분석에 이용되었다.

수집된 자료는 SPSS WIN 18.0 program을 이용하여 분석하였으며, 수혜자의 일반적 특성과 사회적지지, 우울, 건강상태는 기술통계로 분석하였다. 일반적 특성에 따른 사회적지지, 우울, 건강상태의 관계는 t-test로 분석하였고, 수혜자의 사회적지지에 따른 우울 및 건강상태는 t-test와 Kruskal-Wallis로 분석하였다.

III. 연구결과

1. 심장이식 수혜자의 일반적 특성

본 연구의 대상자인 심장이식 수혜자의 일반적 특성은 인구사회학적 특성과 질병관련 특성으로 분류하여 Table 1에 정리되어 있다. 수혜자 총 32명 가운데 남자가 90.6% (29명), 여자가 9.4%(3명)였다. 심장이식 수술 당시 수혜자의 연령은 최연소자가 18세, 최고령자가 74세로, 평균

연령은 47.4 ± 13.4 세였으며, 수술 후 경과기간은 1994년 첫 수술을 시작한 해로부터 자료수집 개시 시점인 2011년 7월을 기해 1년 미만이 21.9%(7명)였고, 평균 68.44 ± 75.55 개월로 이식 수술 경험이 가장 오래된 수혜자는 17년 4개월이었다. 대부분(84.4%)이 기혼자였고 신앙을 가지고 있었으며(84.4%), 절반 가까운 수혜자(43.8%)가 현재 무직이라고 보고하였다. 가계 수입원은 수술 전 가계 소득원이 본인이었던 경우가 62.5%(20명)였지만, 수술 후에도 가계 소득원을 수혜자 본인이 책임지는 경우는 40.6%(13명)로 감소한 반면, 배우자가 가계소득원인 경우는 37.5%(12명)로 수술 전의 21.9%에 비하여 증가하였다. 또한 수술 후 수혜자를 돌보는 1차 간호대상자는 배우자가 71.9%(23명)로 가장 많았고, 그 다음이 부모로 7명(21.9%)이었다.

수혜자의 심장이식 수술 전 진단명으로 심근병증(cardiomyopathy)이 가장 많았고(59.4%), 심부전(heart failure)과 심근경색(myocardial infarction)이 각각 21.9%(7명), 12.5%(4명)였다. New York Heart Association의 등급 분류에 따라 수혜자들의 수술 전 건강상태를 살펴보면 대부분이 중증인 4등급(65.6%, 21명)과 3등급(31.3%, 10명)에 속하였지만, 수술 후 경과기록을 보면, 증상이 없는 1등급으로 크게 향상된 수혜자가 75.0%(24명)나 되었다. 이들의 심장초음파상의 수술 전 EF는 평균 $18.47 \pm 5.63\%$ 로 낮았지만, 수술 후 EF는 평균 $63.25 \pm 7.57\%$ 로 크게 향상되었다. 심장이식 수술 후 현재까지 심내막 심근 조직검사(endomyocardial biopsy)를 받은 횟수는 수혜자에 따라 차이가 있었으나, 개인당 평균 6.91 ± 4.53 회로 10회 이하가 대부분(84.4%)이었으며, 20회를 초과한 수혜자도 1명 있었다. 이식 수술 후 현재까지 거부반응이나 약물 부작용 같은 합병증을 경험하지 않은 수혜자가 59.4%(19명)였고, 거부반응은 28.1%(9명)가 경험하였으며, 보고된 약물 부작용(12.5%)에는 외모변화, 소화기계 문제, 대퇴골두 무혈성 괴사 등이 포함되었다.

2. 심장이식 수혜자의 사회적지지, 우울 및 건강상태

수혜자가 현재 경험하는 사회적지지 점수는 평균 101.72 ± 15.39 로 나타났고, 가능한 점수 범위가 최소 25점에서 최대 125점인데, 본 연구에 참여한 수혜자들의 점

Table 1. Demographic and Disease Characteristics of Heart Transplantation Recipients

(n=32)

Characteristics		Categories	n	(%)	M±SD (Max~Min)
Gender		Male	29	(90,6)	
		Female	3	(9,4)	
Age at the time of TPL (year)					47,4±13,4 (18~74)
Post-TPL period (year)		<1	7	(21,9)	
		≥1~<5	14	(43,7)	
		≥5~<10	2	(6,3)	68,44±75,55 (4~208)(month)
		≥10~<15	4	(12,5)	
		≥15	5	(15,6)	
Marital status		Married	27	(84,4)	
		Not married	5	(15,6)	
Job		Yes	18	(56,2)	
		No	14	(43,8)	
Religion		Yes	27	(84,4)	
		No	5	(15,6)	
Household income source	Pre-TPL	Oneself	20	(62,5)	
		Spouse	7	(21,9)	
		Parents	3	(9,4)	
		Children	2	(6,3)	
	Post-TPL	Oneself	13	(40,6)	
		Spouse	12	(37,5)	
		Parents	4	(12,5)	
		Children	2	(6,3)	
		Other	1	(3,1)	
Primary caregiver		Spouse	23	(71,9)	
		Parents	7	(21,9)	
		Children	1	(3,1)	
		Oneself	1	(3,1)	
Pre-TPL diagnosis		Cardiomyopathy	19	(59,4)	
		Heart Failure	7	(21,9)	
		Myocardial Infarction	4	(12,5)	
		Cardiac Amyloidosis	1	(3,1)	
		Mitral Regurgitation	1	(3,1)	
NYHA criteria	Pre-TPL	Class II	1	(3,1)	
		Class III	10	(31,3)	
		Class IV	21	(65,6)	
	Post-TPL	Class I	24	(75,0)	
		Class II	8	(25,0)	
EF	Pre-TPL				18,47±5,63 (10~37)
	Post-TPL				63,25±7,57 (48~78)
Number of endomyocardial biopsy performed		1~5	17	(53,1)	
		6~10	10	(31,3)	
		11~20	4	(12,5)	6,91±4,53 (2~23)
		≥20	1	(3,1)	
Post-TPL complications		No	19	(59,4)	
		Rejection	9	(28,1)	
		Drug side effect	4	(12,5)	

TPL=transplantation; NYHA=New York Heart Association; EF=ejection fraction

수는 56점부터 125점까지 분포되어 나타났다. 사회적지지의 하위영역에서는 정서적지지 10문항, 정보적지지 5문항, 물질적지지 5문항, 평가적지지 5문항으로 분류되는데, 정서적지지는 50점 만점에 41.50 ± 5.86 , 정보적 지지는 25점 만점에 19.47 ± 3.79 , 물질적지지가 25점 만점에 20.28 ± 3.88 , 평가적지지가 25점 만점에 20.75 ± 3.10 으로 나타났고, 정서적지지와 평가적지지가 가장 높았으며, 물질적지지, 정보적지지의 순으로 보고되었다. 우울의 정도는 최소 0점에서 63점의 가능한 점수 범위에서 평균 13.63 ± 7.46 점으로 이는 경증 우울증상에 해당하는 14점에 근접하게 나타났다. 수혜자의 건강상태는 신체적 영역과 정신적 영역으로 나누었을 때, 각각 최소 30점에서 최고 70점 범위에서 신체적 건강상태는 평균 41.59 ± 7.80 점, 정신적 건강상태는 평균 46.66 ± 7.59 점으로 나타났다 (Table 2).

Table 2. Social Support, Depression, and Health Status of Heart Transplantation Recipients

Characteristics	Range	M±SD	Max~Min
Social support	25~125	101.72±15.39	56~125
Emotional support	10~50	41.50±5.86	25~50
Informational support	5~25	19.47±3.79	10~25
Instrumental support	5~25	20.28±3.88	9~25
Evaluative support	5~25	20.75±3.10	12~25
Depression	0~63	13.63±7.46	3~38
Health status			
Physical health status	30~70	41.59±7.80	27~63
Mental health status	30~70	46.66±7.59	21~61

3. 심장이식 수혜자의 일반적 특성에 따른 사회적지지, 우울, 건강상태

수혜자의 인구사회학적 특성과 질병관련 특성에 따라 분석한 사회적지지, 우울, 건강상태의 결과는 Table 3과 같다. 인구사회학적 특성에서 성별, 결혼 상태, 직업, 종교, 수술 후 가계소득원, 일차 간호제공자간에 따른 차이는 통계적으로 유의하지 않았다. 사회적지지의 정도와 성별 간

상관관계는 유의하지 않았고($t=-.46, p=.648$), 직업의 유무($t=-.97, p=.338$)에 따른 사회적지지 점수에서도 통계적으로 유의한 차이는 없었으나, 직업이 있는 수혜자가 인식하는 사회적지지가 더 높았다. 또한 수술 후 가계소득원($t=1.17, p=.252$)에 따른 유의한 차이는 없었으나, 수술 후 가계소득원이 수혜자 본인인 경우, 본인이 아닌 경우에 비해 사회적지지의 정도가 더 높았다.

우울의 정도와 성별에 있어서는 남자가 13.93 ± 7.70 으로 여자보다 높게 측정되었으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다($t=.72, p=.479$). 결혼상태($t=.94, p=.397$)에 따른 우울 정도의 차이도 유의하지는 않았지만, 미혼자(18.60 ± 13.79)가 기혼자(12.70 ± 5.60)에 비해 우울 정도가 높았고, 직업의 유무($t=.97, p=.341$), 종교($t=.83, p=.449$)에 따라서도 통계적으로 유의한 차이는 없었지만 무직자(15.07 ± 8.11)가 직업이 있는 경우(12.50 ± 6.93)에 비해 우울 정도가 높았고, 종교가 없는 경우의 우울 정도가 18.00 ± 13.69 로 종교가 있는 수혜자에 비해 높았다. 수술 후 가계소득원($t=-.87, p=.390$)에 따른 우울 정도의 차이도 통계적으로 유의하지는 않았고, 배우자 이외 다른 가족의 간호를 받는 수혜자가 배우자의 간호를 받는 수혜자에 비해 우울 정도가 16.56 ± 10.43 으로 높았지만 통계적으로 유의하지는 않았다.

건강상태는 신체적 건강상태($t=1.75, p=.182$)와 정신적 건강상태($t=-.42, p=.712$) 모두 성별과는 통계적으로 유의한 차이가 없었으나, 신체적 건강상태는 남성에서 높았고, 정신적 건강상태는 여성에서 더 높게 나타났다. 결혼 상태와 직업 유무, 수술 후 가계소득원에 따른 건강상태의 점수는 신체적 건강상태, 정신적 건강상태, 건강상태 총점에서 통계적으로 유의한 차이가 없었으나, 직업을 가진 수혜자, 수술 후 본인이 가계 소득원인 수혜자에서 건강상태 점수가 그렇지 않는 수혜자에 비해서 더 높게 보고되었다.

질병관련 특성에서는 수술 후 NYHA 등급과 수술 후 합병증 경험에 따른 사회적지지에는 통계적으로 유의한 차이가 없었지만, 수술 후 NYHA 1등급이 2등급에 속하는 수혜자보다 사회적지지 점수가 더 높게 나타났고 수술 후 합병증을 경험한 수혜자가 인식하는 사회적지지의 점수가 합병증이 없었던 수혜자들보다 더 높게 나타났다. 수술 후의 NYHA 등급과 수술 후 합병증 경험에 따른 우울의 정도에서도 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 그러나

Table 3. Social support, Depression, and Health Status according to Demographic and Disease Variables (n=32)

Variables	n	Social support			Depression			Physical health status			Mental health status			
		M±SD	t	p	M±SD	t	p	M±SD	t	p	M±SD	t	p	
Gender	Male	29	101,31±15,78	-.46	.648	13,93±7,70	.72	.479	42,17±7,84	1,75	.182	46,41±7,45	-.42	.712
	Female	3	105,67±12,70			10,67±4,16			36,00±5,57			49,00±10,39		
Marital status	Married	27	100,85±15,91	.74	.468	12,70±5,60	.94	.397	40,70±7,32	1,28	.257	47,04±8,02	-.93	.376
	Not married	5	106,40±12,60			18,60±13,79			46,40±6,42			44,60±4,72		
Job	Yes	18	104,06±14,68	-.97	.338	12,50±6,93	.97	.341	42,89±8,72	-1,11	.276	47,33±8,41	-.58	.564
	No	14	98,71±16,31			15,07±8,11			39,93±6,35			45,79±6,60		
Religion	Yes	27	100,52±15,70	1,03	.313	12,81±5,75	.83	.449	41,74±8,28	-.34	.739	46,52±8,20	.43	.670
	No	5	108,20±13,10			18,00±13,69			40,80±4,97			47,40±2,88		
Post-TPL household income source	Oneself	13	105,54±12,63	1,17	.252	12,23±6,57	-.87	.390	43,38±9,15	1,02	.321	48,00±7,13	.84	.407
	Others [†]	19	99,11±16,86			14,58±8,04			40,37±6,71			45,74±7,95		
Primary caregiver	Spouse	23	100,74±15,63	-.57	.573	12,48±5,82	-1,42	.168	40,17±7,08	-1,70	.100	47,04±8,50	.58	.569
	Others [‡]	9	104,22±15,38			16,56±10,43			45,22±8,79			45,67±4,80		
Post-TPL NYHA	Class I	24	104,21±12,56	1,63	.114	13,46±8,27	-.22	.831	43,79±6,84	3,13	.004	45,79±6,39	-.88	.404
	Class II	8	94,25±21,12			14,13±4,58			35,00±7,03			49,25±10,53		
Post-TPL complications	Yes	13	104,69±13,97	-.90	.375	12,46±5,94	.73	.474	42,62±9,77	-.56	.582	47,85±7,58	-.73	.472
	No	19	99,68±16,35			14,42±8,40			40,89±6,32			45,84±7,70		

[†]Others = spouse, parents, children; [‡]Others = parents, children; TPL=transplantation; NYHA=New York Heart Association

수술 후 NYHA 등급과 신체적 건강상태의 차이는 통계적으로 유의한 결과로 나타났고($t=3.13, p=.004$), 수술 후 NYHA 1등급인 수혜자의 신체적 건강상태(43.79 ± 6.84)가 NYHA 2등급인 자에 비해 더 높았다. 수술 후 NYHA 등급과 정신적 건강상태는 통계적으로 유의하지 않았고, 합병증 경험에 따른 건강상태의 차이 또한 통계적으로 유의하지 않게 보고되었다.

4. 심장이식 수혜자가 인식하는 사회적지지 제공원과 지지의 정도

수혜자가 필요로 하는 정서적지지, 정보적지지, 물질적지지, 평가적지지를 포함하는 사회적지지 제공원을 크게 가족, 의료진, 사회지인군, 종교지인군으로 구분하여 살펴보았다. 수혜자가 이식 후 경험하는 상황 및 사건에서 사회적지지의 도움을 요청할 수 있는 사람을 표시하도록 하였을 때, 표시한 사람의 수는 최소 2명에서 최대 16명으로, 평균 5.22 ± 3.45 명으로 보고되었다. 가장 대표적인 사회적지지 제공자는, 가족에서는 배우자가 81.3%

(26명), 딸이 40.6%(13명), 아들이 37.5%(12명)로 나타났다. 의료진에서는 의사가 81.3%(26명), 간호사가 71.9%(23명), 그리고 사회지인군은 친구가 59.4%(19명)였으며, 자조집단은 6.3%(2명)로 가장 낮게 보고되었다. 또한 수혜자가 중요하게 인식한 의미있는 사회적지지 제공자에게 1순위를 3점, 그 다음을 2점, 1점의 순으로 가중치를 적용했을 때, 배우자가 76점으로 가장 높았고, 의사가 30점, 아들이 23점, 어머니가 15점, 친구가 10점, 아버지가 9점, 간호사가 7점의 순으로 나타났다(Table 4).

5. 심장이식 수혜자의 사회적지지 특성에 따른 우울 및 건강상태

심장이식 수혜자가 경험한 사회적지지의 특성을 사회적지지의 정도와 제공원의 숫자와 의미에 따라 우울정도 및 건강상태를 분석한 결과는 Table 5와 같다. 수혜자가 현재 경험하는 사회적지지 정도를 평균 101.72 ± 15.39 을 기준으로 하여 101점 이상과 100점 이하로 나누어 분석하였으나 수혜자가 인식하는 우울정도($t=-1.14, p=.263$)와 신체

Table 4. Resource of Social Support and its Degree of Meaning to Transplantation Recipients

Types	Categories	n	(%)	*Degree of meaning (score)
Family members	Spouse	26	(81.3)	76
	Son	12	(37.5)	23
	Mother	11	(34.4)	15
	Father	5	(15.6)	9
	Daughter	13	(40.6)	5
	Brothers	11	(34.4)	5
	Wife' parents	2	(6.3)	1
	Sister	6	(18.8)	0
	Cousin	3	(9.4)	0
Medical staff	Doctors	26	(81.3)	30
	Nurses	23	(71.9)	7
Social acquaintances	Friends	19	(59.4)	10
	Seniors	3	(9.4)	1
	Self-Help group	2	(6.3)	1
	Colleague	5	(15.6)	0
	Neighborhood	5	(15.6)	0
	Teachers	2	(6.3)	0
	Junior	2	(6.3)	0
Religious acquaintances	Pastor	7	(21.9)	5
	Faith friends	3	(9.4)	2
	Priest(Nuns)	2	(6.3)	1
	Buddhist	3	(9.4)	0

* Degree of meaning: Three resource persons selected by the recipients got weighted scores that reflect importance and meaning of their support to the recipient. For example, 3 point was given to the resource person who offered most important and meaningful support.

적 건강상태($t=-.65, p=.520$), 정신적 건강상태($t=-.81, p=.425$)에서 유의한 차이가 없었다. 그러나 사회적지지 정도가 101점 이상으로 많이 받았다고 보고한 수혜자는 신체적 및 정신적 건강상태도 높았고 이는 수혜자 전체의 평균보다 높았다.

수혜자가 필요시에 도움을 요청할 수 있는 사람을 사회적지지 제공원으로 표시하였을 때 표기한 제공원의 수는 평균 5.22 ± 3.45 로 이를 기준으로 구분하여 분석하였을 때 6명 이상과 5명 이하의 제공원을 가진 대상자의 우울정도($t=.55, p=.589$)와 신체적 건강상태($t=-.95, p=.356$), 정신적 건강상태($t=-.69, p=.500$)에는 통계적으로 유의한 차이는 없었다. 하지만 사회적지지 제공원의 수가 6명 이상인 경우, 5명 이하인 수혜자에 비해 우울정도가 낮았고 건강상태도 전체 수혜자의 평균보다 높았다.

또한 사회적지지 제공원을 가족군, 의료진군, 자조집단군, 지인군으로 분류하여 가장 많이 선택한 제공원 군별로 나누어 분석하였는데 통계적으로 유의한 차이는 없었다. 가족을 가장 많이 선택한 수혜자는 정신적 건강상태가 가장 높게 보고되었다(47.73 ± 5.26), 의료진을 가장 많이 선택한 수혜자에서 우울정도가 가장 높았지만(15.83 ± 6.01) 신체적 건강상태는 세 군 가운데 가장 높았으며, 지인을 선택한 경우 우울정도가 가장 낮은 반면에 신체적 건강상태는 가장 저조했다.

Table 5. Depression and Health Status according to Level of Social Support, Resource, and Degree of Meaning (n=32)

Characteristics	Categories	n	Depression			Physical health status			Mental health status			
			M±SD	t	p	M±SD	t	p	M±SD	t	p	
Social support	Level	=100	16	12.13±6.04	-1.14	.263	40.69±7.92	-.65	.520	45.56±8.68	-.81	.425
		=101	16	15.13±8.58			42.50±7.82			47.75±6.42		
Resource	=5	20	14.15±8.24	.55	.589	40.45±6.06	-.95	.356	45.90±7.06	-.69	.500	
		12	12.75±6.17			43.50±10.09			47.92±8.58			
Degree of meaning	Family members	15	14.93±9.12		.408	42.87±6.09		.769	47.73±5.26		.396 [†]	
	Medical staff	6	15.83±6.01			43.17±12.29			44.50±9.67			
	Acquaintances	3	9.33±3.51			40.33±3.51			43.33±5.13			

[†]Statistical significance test was done by Kruskal-Wallis.

IV. 논 의

본 연구는 심장이식 수혜자가 이식 후 경험하는 사회적 지지 제공원과 지지정도를 파악하고 수혜자가 인식한 사회적지지 제공원과 지지정도에 따른 우울 및 건강상태를 파악하였다. 본 연구의 대상자는 S대학병원에서 심장이식 수술을 받은 수혜자 전수인 71명이었으나, 연구 개시 시점인 6월 말 당시 외래에서 지속적으로 추적 관찰중인 수혜자는 40명으로 사망이나 타 병원으로 전원된 경우는 추적이 되지 않았다. 본 연구의 선정기준에 해당되지 않는 자를 제외한 32명이 연구에 참여하였다.

1. 심장이식 수혜자의 일반적 특성

본 연구에 참여한 수혜자 가운데 남자가 훨씬 더 많았는데, 이는 KONOS (2013)가 보고한바, 2007년부터 2011년까지 심장이식 수혜자의 총 370명 가운데 남자가 257명이었다는 통계자료와 유사하였다. 본 연구의 이식수술 후 경과기간이 평균 68개월인데도 현재 대상자의 연령이 30세에서 59세가 가장 많은 것은, 과거에는 고령 환자에게 심장이식 수술 시행을 꺼려했던 것 때문으로 추정된다. KONOS (2013)의 통계자료에 의하면 최근 5년간에는 35세 ~ 64세가 수혜자의 70.0%를 차지하였고, 65세 이상의 수혜자가 2007년 1명에서 2011년 8명으로 증가하는 등 수혜자 연령층이 점차 증가하고 있음을 알 수 있다(Park 등, 2008). 본 연구가 시행된 S대학병원의 경우 65세 이상에게 시행된 심장이식 수술도 2008년 이후로 증가 추세이며(Seoul National University Hospital Transplant Center, 2011), 본 연구에서 수술 당시에 65세 이상이었던 수혜자도 4명이나 되었다. 수혜자들의 이식수술 당시 연령은 최연소자가 18세, 최고령자가 74세로, 평균 연령은 47.4 ± 13.4 세였고 본 연구의 자료수집 당시의 이들의 연령은 19세부터 74세의 분포를 보였다.

수혜자의 84.4%가 기혼자이고, 수술 후 일차 간호제공자의 대부분이 배우자(71.9%)였고, 대부분의 수혜자가 인식하는 가장 대표적인 사회적지지 제공자도 배우자로 나타난 것을 종합해 볼 때 사회적지지원으로서 배우자의 의미는 매우 중요할 수 있다. 이것은 신장이식 수혜자를 대상으로 한 Son 등(2008)의 연구결과에서 신장이식 환자의

가족 중 가장 많은 도움과 지지를 주는 사람이 배우자라고 보고한 결과와 일치한다.

수술 전 가계 소득원이 수혜자 본인이었다던 경우가 과반수 이상이었으나, 수술 후에 40.6%로 감소한 반면에, 가계 소득원이 된 배우자의 수는 증가하였는데, 이는 본 연구에 참여한 수혜자 대부분이 남자인 것과 관련이 있으며, 이는 이식수술로 인한 소득원의 변화는 수혜자 개인에게만 국한된 것이 아니라 가족에게도 영향을 미치는 것을 보여주는 것이기도 하다.

심장이식 수술을 받는 수혜자들의 진단명으로 과거에는 심근병증이 대다수를 차지하였으나 최근에는 말기 심부전이나 심근경색으로 인하여 이식을 받는 수혜자가 증가하고 있는데(Lee & Seo, 2007), 이는 본 연구결과에서도 확인할 수 있었다. 수술 전에는 NYHA 분류법에 의해 3등급이나 4등급에 속해있던 대다수의 수혜자가 수술 후에는 1등급이나 2등급으로 크게 향상되었으며, 수술 전에는 평균 $18.47 \pm 5.63\%$ 에 그쳤던 EF가 수술 후에는 평균 $63.25 \pm 7.57\%$ 로 놀랍게 향상되었는데, 이는 심장이식 수술이 말기 심장질환 환자에게는 최상의 치료중재 수술임을 보여주는 것으로(Lee & Seo, 2007), 앞으로도 이 수술을 필요로 하는 환자의 수는 계속 증가할 것으로 예측된다.

2. 심장이식 수혜자가 인식하는 사회적지지원과 지지정도

심장이식 수혜자가 인식하는 사회적지지에 대한 평균 점수는 101.72 ± 15.39 로 보고되었는데, 사회적지지 도구의 점수범위가 25~125점임을 고려할 때 높은 수치이다. 이는 심장이식 수혜자의 사회적 지지를 보고한 Kim (2003)과 신장이식 환자의 사회적 지지를 보고한 Kim (2009)의 결과보다 높게 나타났다.

수혜자가 인식한 사회적지지 제공원을 살펴보면, 가족군에서는 배우자가 가장 많았고, 의료진군에서는 의사가 대표적이었으며, 사회지인군에서는 친구가 과반수 이상을 차지하였다. 또한 수혜자 자신에게 중요하고 의미있는 사회적지지 제공원에게 가중치를 적용하였을 때, 총 22개의 다양하게 보고된 제공원 가운데 배우자가 가장 높았고, 그 다음이 의사, 아들, 어머니, 친구, 아버지, 간호사의 순이었다. 수혜자가 간호사를 중요하고 의미있는 사회적지지 제공원으로 보고한 것은 장기이식과 관련된 전 과정을 담

당하는 코디네이터 간호사를 포함한 임상간호사의 기여와 비중을 수혜자가 인식하고 있음을 반영하는 것이라 하겠다. 특히, 장기이식의 전 과정이 원활하게 이루어지도록 기증자와 수혜자 및 가족에게 이식에 관한 정보와 직접 간호 및 교육, 상담, 지지를 제공하고 그 제반 절차를 중재, 조정하는 장기이식 코디네이터로서의 간호사(Byun, Kim, Kim, Ha, & Joen, 2003)의 역할은 전문성과 의사소통기술이 요구되는 분야이기도 하다.

사회적지지의 하위영역 가운데 수혜자들이 가장 높게 인식한 영역은 정서적지지와 평가적지지였고, 그 다음이 물질적지지, 정보적지지의 순으로 나타났다. 이는 화상환자의 사회적지지를 연구한 Yang (1997)의 연구와 순서가 일치하며, 일반 노인의 사회적지지를 연구한 Yoo, Ko, Kim과 Chung (2004)의 연구결과와도 유사하였다. 이렇듯이 사회적지지의 네 개 하부영역 중 정서적 지지와 평가적지지의 결과가 높게 나온 것은 환자를 간호하는 지지망이 한국은 가족중심으로 구성되어있는 때문으로 보이며, 이는 본 연구에서 수혜자가 중요하고 의미있게 인식한 사회적지지 제공자로 선정된 일곱 개 제공원 중 가족이 네 명이나 차지한 것으로도 설명될 수 있다. 또한 근소한 차이로 정보적지지가 하위영역 중 가장 낮았는데, 실제로 정보적지지가 가장 요구되는 시점은 이식수술 전후나 회복기인 것을 고려한다면 본 연구의 자료수집이 이식 후 평균 5년 8개월이 지난 시점에서 이루어진 영향 때문이라고도 설명될 수 있다.

사회적지지는 성별, 연령, 결혼여부 등을 포함한 일반적 특성에 따른 유의한 차이는 없었지만, 직업을 가진 수혜자가 인식하는 사회적지지의 점수가 높은 것과 가계소득원이 수술 후에도 본인인 경우에 수혜자가 인식하는 사회적지지 점수가 높았던 것을 고려한다면, 직장생활을 하는 수혜자가 무직자인 경우보다 사회적지지를 더 많이 인식한다고 볼 수 있다. 이는 심장이식 수혜자가 경험하는 구직의 어려움과 직장으로의 복귀가 삶의 질에도 영향을 미친다는 Kim (2006)의 연구결과와 본 연구의 수혜자 대부분이 남자인 점을 고려한다면, 남성에게는 직업이나 직장이 의미있는 사회적지지가 될 수도 있다고 보여진다.

본 연구의 수혜자 대부분이 기혼자로 자신의 일차적 간호제공자가 배우자라고 보고하였는데 이는 수혜자가 인식하는 가장 대표적인 사회적지지 제공자나 자신에게 가장

의미있는 사회적지지 제공자도 배우자라고 보고한 것과 일관되게 나타난 중요한 결과이다. 이는 배우자의 존재나 관계, 그리고 이들이 제공하는 사회적지지가 수혜자에게 가장 중요하며 이식 후의 삶에 가장 많은 영향을 미치는 지지원임을 보여주는 것이기도 하다. 따라서 배우자를 대상으로 하는 프로그램을 전략적으로 개발해 볼 필요가 있다. 이러한 결과는 심장이식 환자가 이식 후 가장 많이 받은 지지제공원이 배우자라고 보고한 Son 등(2008)의 연구결과와도 일치한다.

또한, NYHA 1등급인 수혜자가 보고한 사회적지지 점수가 2등급의 수혜자보다 높았는데, 이는 신체적 건강상태에 따라 인식하는 사회적지지의 정도도 다르다고 설명할 수 있다. 하지만 본 연구가 수술 전 수혜자가 NYHA 3등급과 4등급일 때 인식한 사회적 지지를 조사하지 않았었기에 이들 변수의 변화를 비교할 수 없는 제한점이 있다. 또한 합병증의 경험이 있는 수혜자가 인식하는 사회적지지의 정도가 합병증이 없었던 수혜자들보다 높았는데, 이는 합병증으로 인해 입원기간 동안 의료진으로부터 더 많은 관심을 받고 지속적인 외래 추적관찰을 통해 지지를 받기 때문인 것으로 추정된다. 이는 본 연구에 참여한 수혜자의 81.3%가 의사를, 71.9%가 간호사를 사회적지지원으로 선택한 것과 의사를 배우자에 이어 가장 의미있는 사회적지지원으로 보고한 것에서도 확인할 수 있다. 이는 심장이식 후 삶의 질 예측요인으로 건강전문인과의 관계를 제시한 Kim (2006)의 연구결과와도 일관된 것이다.

3. 심장이식 수혜자가 인식하는 우울과 건강상태

본 연구에서의 우울 점수는 평균 13.63 ± 7.46 점으로 이는 경중 우울에 가까웠고 Kim (2012)의 연구에 참여한 심장이식환자보다 더 높았다. 심장이식 후 시간이 경과할수록 우울이 증가한다는 Kim (2006)의 보고를 참고한다면, 본 연구는 5년 8개월, Kim (2006)의 연구는 3년 8개월, 그리고 Kim (2012)의 연구는 평균 3년으로, 이식 후 경과기간도 우울정도와 함께 고려되어야 하겠다.

인구사회학적 특성 및 질병관련 특성은 우울에 있어 유의한 차이를 보이지 않았다. 하지만, 기혼자의 우울정도가 미혼자보다 낮았는데, 이는 앞서 보고한 사회적지지 제공자로서의 배우자의 중요성을 생각해 보면 심장이식과 같이

주요한 사건을 겪은 수혜자에게 있어서 결혼여부가 이식 후에 경험할 수 있는 우울에 영향을 수 있다고 추정하는 것은 지나치지 않다. 또한 무직인 수혜자의 우울 정도가 평균 이상이었던 것과 수술 후 가계소득원이 본인이 아닌 가족인 경우, 우울정도가 훨씬 높았던 것과 관련해서, 이는 본 연구의 수혜자 대다수가 남자였기에 가장중심의 사회에서 남성이 가계소득원을 가족에게 맡기는 것이 우울에 영향을 미친다고 분석할 수 있다. 종교가 없는 수혜자의 우울정도가 기독교, 천주교, 불교 등의 종교를 가진 자에 비해서 높은 것은 신앙과 우울 간의 관련성을 보여주며, 이는 호스피스 환자를 대상으로 한 Kim과 Song (2004)의 연구에서 종교가 우울정도를 감소시키는데 효과적이었던 결과를 지지하는 것이기도 하다.

수혜자의 건강상태는 신체적 건강상태는 41.59 ± 7.80 점으로 Ware 등(2009)이 보고한 일반인이 인식하는 신체적 건강상태인 49.63점보다 낮았고, 정신적 건강상태도 46.66 ± 7.59 점으로 일반인(49.37점)보다 낮았다. 심장이식 수혜자의 인구사회학적 특성 및 질병관련 특성에 따른 신체적, 정신적 건강상태의 차이는 유의하지 않았다. 하지만 남자의 건강상태가 여자보다 좋았는데 이는 급성 관상동맥증후군 생존자의 건강상태를 연구한 Shin과 Choi (2010)의 연구결과와 일관되었다. 하지만 본 연구에서는 수혜자의 대부분이 남성이었던 것도 고려되어야 할 것이다.

기혼자와 직업을 가진 수혜자, 수술 후 본인이 가계 소득원인 경우, 건강상태가 높게 보고되었는데, 수혜자의 대다수가 남성이고 이들의 연령대를 고려한다면, 사회적 지지와 우울에서 언급했던 것과 마찬가지로, 직장으로서의 복귀와 수혜자 본인이 가계소득원이 됨으로써 가족의 생계에 따른 책임감이 건강상태 향상과도 관련 있을 것으로 사료된다. 이는, 또한 직업이 있는 수혜자들이 신체적인 기능면이나 일반적인 건강상태에서 무직자보다 점수가 더 높았던 Kim, Kang과 Jeong (2003) 등의 연구결과와도 일치한다.

4. 심장이식 수혜자가 인식하는 사회적지지 제공원과 정도에 따른 우울 및 건강상태

본 연구에서 수혜자가 인식하는 사회적지지 정도에 따른 우울 및 건강상태에는 통계적으로 유의한 차이는 없었다.

수혜자가 도움을 요청할 수 있는 사회적지지 제공원으로 표시한 수는 최소 2명에서 최대 16명으로 평균 5명 정도였다. 이식 후 수혜자가 경험하는 상황 및 사건에서 도움을 요청할 수 있는 지지적인 제공자가 6명 이상인 수혜자의 우울정도는 5명 이하인 수혜자보다 낮게, 건강상태는 높게 보고되었다. 이는 사회적지지 제공원이 많을수록 가족 지지가 높아지고 신장이식 수혜자의 삶의 질도 향상된다는 Son 등(2008)의 결과를 지지하는 것으로 사회적지지의 제공자가 많을수록 심장이식 수혜자의 우울정도가 감소되고 건강상태가 향상될 수 있다고 설명할 수 있다.

사회적지지를 가족군 의료진군 및 지인군으로 분류하여 수혜자가 인식한 지지정도에 따라 분석했을 때, 유의한 차이는 아니지만 의료진군을 선택한 수혜자의 우울정도가 가장 높았던 반면에 가족군을 선택한 수혜자의 건강상태가 가장 높았다. 이는 이식 후 회복의 진행과 질에 따라 의료진을 더 많이 접한 수혜자에게 적응에 따른 어려움이 더 클 수 있는 때문이기도 하겠지만 반면에 의료진은 수혜자에게 정보적지지 뿐만 아니라 정서적지지도 더 적극적으로 제공하여 이식 후 겪을 수 있는 우울증상을 조기발견하고 관리해야 할 필요성을 시사하는 것이기도 하다.

추가로, 사회적지지를 중에서 자조집단을 선택한 수혜자는 두 명밖에 없었는데 자조집단에 가입한 수혜자가 여섯 명인 것과 비교해 보면 아직 심장이식 수혜자를 대상으로 하는 자조집단이 활성화되지 않았기 때문으로 생각된다. 유방암 환자의 자조집단 프로그램이 이들의 정서적인 측면을 향상시킨다는 Kim과 Cheon (2003)의 연구결과를 볼 때, 심장이식 수혜자에게 건강관리와 친목도모 및 정보교환을 위한 자조집단의 활동이 앞으로 더 활성화되어야 할 것으로 사료된다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 말기 심장질환으로 심장을 이식받은 수혜자가 인식하는 사회적지지와 지지정도를 확인하고 이식 후 경험하는 우울 및 건강상태를 파악하며, 사회적지지에 따른 우울 및 건강상태를 확인하고자 시행된 서술적 조사연구이다. 서울시 소재 S대학병원 장기이식센터에서 심장이식수술을 받은 수혜자 가운데 32명을 대상으로 시행한 설

문조사의 결과는 다음과 같다. 본 연구의 수혜자 대부분은 남성으로 이식 후 EF와 NYHA 등급의 놀라운 향상이 보여주듯이 심장이식수술은 말기 심장질환자들에게는 매우 효과적인 치료임을 확인하였다. 하지만 건강상태 개선에도 불구하고 수혜자들이 이식 후 경증의 우울을 보이고 있었음에 주목할 필요가 있다. 전반적으로, 이식 후 이들이 인식한 사회적지지의 정도는 높았고 그 가운데 정서적 지지를 가장 많이 받은 것으로 보고되었는데, 이는 의미있는 제공원에 배우자를 포함한 가족군의 비중이 가장 높았던 것과 자료수집 시점이 이미 이식 후 평균 5년 8개월이 지난 시점인 것과 관련이 있다. 본 연구는 이식 후 신체 생리적 건강지표 뿐만 아니라 이식 후 경험할 수 있는 우울과 같은 사회심리적 건강지표도 평가해야 할 필요성을 제시하였고, 이식 후 경과기간에 따라 수혜자가 필요로 하는 사회적지지의 유형과 제공원의 종류가 달라질 수 있음을 시사하였다. 이식 후 회복에 요구되는 사회적지지에 대한 수혜자의 주관적 인식의 중요성을 더한 본 연구결과를 토대로, 이식 후 경과기간을 고려하여 수혜자와 가족, 특히 배우자를 포함한 이식 후 적응을 돕는 중재프로그램의 개발을 제언한다.

REFERENCES

- Beck, A. T., Steer R. A., Ball, R., & Ranieri, W. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 67(3), 588-597.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Byun, S. J., Kim, H. K., Kim, A. R., Ha, H. S., & Joen K. O. (2003). Task analysis of Korean transplantation nurse practitioner. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 33(2), 179-188.
- Fauci, A. S., Braunwald E., Kasper, D. L., Hauser, S. L., Longo, D.L., Jameson, J. L., et al. (2008). *Harrison's principles of internal medicine II (17th Ed.)*. New York: McGraw-Hill Professional Publishing.
- Kim, H. S. (2009). The Effectiveness of perceived stress and social support on the quality of life for kidney transplantation recipients. *Korean Journal of Adult Nursing*, 21(3), 293-302.
- Kim, J. N., & Song, M. O. (2004). Effect of spiritual nursing intervention on spiritual well-being and depression of hospice patients. *The Journal of Korean Community Nursing*, 15(1), 132-144.
- Kim, K. S., Kang, J. Y., & Jeong, I. S. (2003). Health related quality of life among organ transplant recipients. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 33(3), 365-375.
- Kim, M. S., & Cheon, M. S. (2003). Effects of the self-help group program for quality life in women with breast cancer. *Journal of Korean Oncology Nursing*, 3(1), 44-55.
- Kim, M. S., Lee, I. S., & Lee, C. S. (2007). The validation study of Korean BDI-II: In female university students sample. *The Korean Journal of Clinical Psychology*, 26(4), 997-1014.
- Kim S. J. (2003). The effects of social support and self-efficacy after heart transplantation. *Cheju Halla University Collection of Dissertations*, 27. 51-60.
- Kim, S. J. (2006). *Life of the following heart transplantation*. Paju: Korean Studies Information.
- Kim, S. Y. (2012). *Predicting factors on self-care behavior in kidney transplantation patients*. Unpublished master's thesis, Korea University, Seoul.
- Korean Network for Organ Sharing (2013). *Annual report of the organ transplantation 2012*. Seoul: Korean Network for Organ Sharing.
- Lee, W. R., & Seo, J. D. (2007). *Clinical cardiology (2nd ed.)*. Seoul: Korea Medical Publishing Company.
- Park, B. J., Park, P. W., Chol, S. W., Sung, K. I., & Yang, J. H. (2008). Heart transplantation in a 78-year-old patient. *The Korean Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 41(5), 640-642.
- Park, J. W. (1985). *A study for the development of Social Support Scale*. Unpublished doctoral dissertation, Yonsei University, Seoul.
- Rho, J. R., Won, T. H., Lee, J. R., Kim, K. B., & Kim, Y. J. (1997). Early results of the heart transplantation for end stage heart failure. *The Korean Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 30(9), 876-884.
- Seoul National University Hospital Transplant Center (2012, June). *Annual data report 2011*. Seoul: Seoul National University Hospital Transplant Center.
- Shin, N. M., & Choi, J. W. (2010). Relationship between survivors'

- perceived health status following acute coronary syndrome to depression symptoms during early recovery phase. *Asian Nursing Research*, 4(4), 174-184.
- Son, W. Y., Hyun, S. J., Kim, N. M., Eum, O. J., Kim, C. G., Kim, D. J., et al. (2008). The effect of compliance, family support and graft function on quality of life in kidney transplant recipients. *The Journal of the Korean Transplantation Society*, 22, 254-261.
- Song, M. G., Seo, D. M., Lee, J. W., Kim, J. J., Park, S. W., Song, J. K., et al. (1993). Cardiac transplantation -1 case report-. *The Korean Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 26(3), 224-227.
- Organ Procurement and Transplantation Network (OPTN) and Scientific Registry of Transplant Recipients (SRTR). (2012). *OPTN/SRTR 2011 annual data report*. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, Healthcare Systems Bureau, Division of Transplantation.
- Ware, J. E., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1995). *SF-12: How to score the SF-12 physical and mental health summary scales (2nd ed.)*. Boston, MA: The Health Institute.
- Ware, J. E., Kosinski, M., Turner-Bowker, D. M., Sundaram, B., Gandek, B., & Maruish, M. E. (2009). *SF-12v2 Health survey: administration guide for clinical trial investigator*. Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated.
- Yang, J. J. (1997). The relationship between social support and body image with self esteem perceived by burn patients. Unpublished master's thesis, Chonnam National University, Kwangju.
- Yoo, Y. K., Ko, S.H., Kim K. B., & Chung, S. H. (2004). Effects of perceived social support on self esteem in elderly. *Korean Journal of Adult Nursing*, 16(1), 102-110.