

만성 심혈관질환자의 삶의 질 의미

이은현¹ · 문성미² · 탁승제³ · 김선희⁴

아주대학교 보건대학원 조교수¹, 아주대학교 의과대학 연구조교수²,
아주대학교 의과대학 교수³, 뉴욕대학교 전문간호사 과정⁴

Quality of Life in Patients with Chronic Cardiovascular Disease

Lee, Eun-Hyun¹ · Moon, Seong Mi² · Tahk, Seung Jai³ · Kim, Sun Hee⁴

¹Assistant professor, Graduate School of Public Health, Ajou University, ²Assistant professor for research, Medical School, Ajou University, ³Professor, Medical School, Ajou University, ⁴Post-master's advanced certification program, New York University

Purpose: The purpose of the present study was to explore the meaning of quality of life in patients with chronic cardiovascular disease. **Methods:** A grounded theory method guided data collection and analysis. A total of 16 adult outpatients with chronic cardiovascular disease was participated. Data were collected through individual in-depth interviews. All interviews were audio taped and transcribed verbatim. Coding was used to establish different concepts and categories. A theoretical sampling technique was used to obtain diverse data from many relevant categories. **Results:** Seven categories were extracted, and they divided into constructing and intervening factors of quality of life. Constructing factors were uncertainty, recovery in the sense of control and maintaining social life. Intervening factors were symptom experiences, social support, taking care of themselves, and reflecting life. 'Keeping restrictive conditions under control' was emerged as a core category. The meaning of quality of life in patients with cardiovascular was explained according to the levels of keeping restrictive conditions under control. **Conclusion:** The result of this study may contribute for health professionals to understand the quality of life in patients with cardiovascular disease.

Key Words : Quality of life, Cardiovascular disease, Grounded theory

I. 서 론

오늘날 심혈관질환은 심각한 건강문제들 중의 하나이다. 우리나라에서는 2003년 한해 246,000명이 사망하였는데 이 중에서 심혈관계질환과 관련된 사망은 53,000명으로 전체 사망자의 21.8%를 차지하여 암에 의한 사망(25.9%)에 이어 2위를 차지하고 있다. 특히 허혈성 심장

질환(심근경색 등)의 사망률은 93년 인구 10만 명당 13.3명에서 2003년 24.6명으로 증가하였다(Korea National Statistical Office, 2004). 또한 우리나라의 인구구조를 볼 때, 1970년에 65세 이상의 노인인구가 3.1%이었던 것이 2000년 7.2%로 되면서 고령화 사회(aging society)에 진입하게 되었고, 2019년에는 14.9%에 이를 것으로 추계되어 고령 사회(aged society)가 될 것이다(Korea National

* 이 논문은 2005년도 한국학술진흥재단의 지원에 의하여 연구되었음(KRF-2005-202-E00191).

Corresponding address: Lee, Eun-Hyun Graduate School of Public Health, Ajou University, San 5 Wonchon-dong, Yeongtong-gu, Suwon 443-721, Korea. Tel: 82-31-219-5296, Fax: 82-31-219-5296, E-mail: ehlee@ajou.ac.kr

투고일 2006년 6월 30일 심사위원회 2006년 6월 30일 심사완료일 2006년 12월 4일

Statistical Office, 2003). 이와 같은 노인 인구의 급속한 증가를 고려할 때, 앞으로 심혈관질환자의 수 또한 가속될 것으로 예상된다. 따라서 심혈관질환자는 주요 간호대상 집단이라고 할 수 있다.

심혈관질환자들은 질병으로 인해 신체적 증상의 경험 및 일상생활 활동의 제한을 받으며 살아가며, 심리적 불안, 우울, 및 심장발작이나 죽음이 갑자기 찾아올지 모른다는 공포와 같은 정신적 부담을 갖게 된다. 이외에도 사회생활의 제한을 경험하게 된다(Lukkarinen & Hentinen, 1998). 즉 심혈관질환은 환자들의 신체적, 정신적, 그리고 사회적인 측면에서 삶의 질을 저하시킨다. 따라서 최근의 심혈관질환자를 위한 임상적 치료목표는 기존의 생화학적 지표나 평균여명을 늘리는 것뿐만 아니라 환자 삶의 질 증진을 목표로 하고 있다(Shephard & Franklin, 2001).

현대사회에 있어 ‘삶의 질’이란 용어는 세계 제 2차 대전 이후 1960년대 미국 Johnson 대통령의 Great Society Program이 실시되던 때에 미국에서 정식 상용용어로서 사용되기 시작하였다. 이 당시의 삶의 질이란 의미는 좋은 인생은 단순히 경제적 풍요 이상의 것이 필요하다는 것을 강조하기 위함 이었다(Lee et al., 2002). 이 후 삶의 질은 사회적 정책과 건강관리에서도 중요한 관심사로 떠오르게 되었고, 1978년 WHO에서도 모든 인간은 신체적 뿐 아니라 심리사회적 보호와 적절한 삶의 질을 영위할 권리를 갖고 있다고 하여 삶의 질에 대한 중요성을 강조하였다. 세계 각국의 많은 전문가들이 건강관련 삶의 질에 대한 개념적 정의를 내리려고 노력해 왔지만 불행히도 아직까지 보편적으로 사용되는 통일된 정의가 없는 실정이다. 그렇지만 삶의 질에 대한 개념적 속성측면에서 볼 때, 삶의 질은 다차원성(multidimensionality), 주관성이라는 것에 대한 국제적 합의가 이루어진 상태이다(Ferrans, 2000). 이와 같은 기존의 삶의 질에 대한 개념은 주로 경험주의적(empirical) 철학적 사고에 뿌리를 둔 양적연구방법에 의존해 도출된 것이다(Rosenberg, 1995).

하지만 인간은 자신이 속한 사회, 문화 내의 가치, 도덕, 관념에 따라 자신의 문제를 해석하는 존재이므로 심혈관질환자 역시 그가 속한 사회에 따라 ‘삶의 질’의 의미에 대한 고유한 특성을 지닌다고 할 수 있다. 따라서 환

자가 상호작용하며 생활해가는 사회문화적 맥락 안에서 심혈관질환자가 경험하는 삶의 질에 대한 실제(reality)를 심층적으로 이해해 볼 필요가 있다. 우리나라의 경우, 심혈관질환자를 대상으로 실시된 삶의 질 연구를 살펴보면 단지 14편만이 양적연구방법을 사용하여 이루어져 있으며(Lee, Tahk, & Song, 2005) 질적 연구방법에 의한 삶의 질에 대한 심층적 이해에 대한 연구는 없는 실정이다.

따라서 본 연구의 목적은 심혈관질환자 삶의 질의 의미와 구조를 파악하고 이를 심층적으로 설명하기 위함이다. 구체적인 질문은 심혈관질환을 가지고 생활하는 환자의 삶의 질의 의미는 어떻게 구성되는가 하는 것이다. 질적 연구방법의 하나인 근거이론방법은 인간이 사회적 상호작용을 통해 그들의 실재(reality)를 어떻게 특징짓고 있는지를 이해하는데 사용된다(Hutchinson, 1993). 따라서 본 연구에서는 심혈관질환을 가지고 사회생활 속에서 상호작용을 하면서 살아가는 환자의 삶의 질의 의미와 구조를 이해하기 위한 위의 연구 목적을 달성하고자 근거이론적 접근방법을 사용하였다. 이러한 연구 결과는 앞으로 심혈관질환자 삶의 질을 증진시키기 위한 상담프로그램 또는 삶의 질 측정을 위한 도구개발의 기초 지식체로 활용될 수 있을 것이다.

II. 연구방법

1. 연구 설계

본 연구는 심혈관질환을 가진 사람들의 삶의 질의 의미와 구조를 파악하고 이를 설명하고자 하는 질적 기술적(qualitative descriptive) 연구이다. 이를 위해 심혈관질환을 가진 사람들의 삶의 질을 구성하는 개념을 발견하고 개념들 간의 관계를 밝혀낼 수 있도록 근거이론적 접근방법을 이용하였다.

2. 연구 참여자

연구 참여자는 일 대학병원 심장혈관센터를 정기적으로 내원하는 성인 환자 중 우리나라의 주요 심혈관질환

인 고혈압과 관상동맥질환을 가지고 있는 사람들이었으며 그 외에 부정맥이나 판막질환을 가지고 있는 사람들도 포함시켰다. 또한 의사소통이 가능하며, 자신의 경험을 충분히 표현할 수 있는 사람, 환자에게 연구 참여 의사를 물어보아 참여할 의사가 있는 사람들을 연구 참여자로 선정하였다. 연구자들은 자료수집과 분석을 동시에 진행하면서 드러난 범주들과 그들의 관계를 확인하기 위해 이론적 표본추출(theoretical sampling)을 사용하여 면담에서 새로운 범주들이 더 이상 나타나지 않을 때까지 계속 새로운 참여자를 선정하였다. 선정된 참여자는 총 16명으로 남자 9명, 여자 7명이었고 연령은 38세부터 77세까지 분포하였다. 15명은 모두 배우자가 있었고 여자 1명은 사별한 상태였다. 직업은 남자의 경우 회사원, 개인사업, 정년퇴직, 농사 등이 있었고, 여자의 경우 1명은 교사였고 나머지 6명은 주부였다. 질환명은 심근경색과 고혈압이 주를 이루었고 질병 이환 기간은 18개월부터 15년까지 다양하였다.

3. 자료수집과 분석 과정

본 연구의 자료는 연구 참여자와의 심층면접을 통해 수집되었다. 연구 참여자들로부터 보다 풍부하고 생생한 자료를 얻기 위하여 각 면접은 “심혈관질환을 진단 받은 후 삶의 질이 어떠했는지 얘기해 주십시오.”라는 개방적인 질문으로 시작하였다. 면접 진행 동안에는 되도록 개방적이고 비구조적인 질문을 통하여 연구 참여자가 자신의 경험을 솔직하고 충분히 말할 수 있도록 하였고 이전 참여자와의 면담을 통해 나온 내용을 추가적으로 질문하였다. 참여자들은 질문을 받았을 때 대부분 신체적 증상에 대한 관리나 심리적인 문제에 대해 말하였다. 추가적인 질문으로는 “사회생활/직장생활/여가생활은 어떠하였는지”, “대인관계는 어떠하였는지” 등이 있었다. 면접 도중 연구자의 견해나 가치관이 개입되지 않도록 하기 위해 연구 참여자의 말에 대해 비판적이고 해석적인 태도는 지양하였다. 면접을 진행하는 동안 연구 참여자의 반응이나 연구자가 중요하다고 생각한 내용들은 노트에 기록하여 자료 분석 시 이용하였다.

면접은 심혈관센터의 조용한 회의실에서 진행되었다. 면접 시간은 각 회담 50-60분 소요되었으며 면접 내용은 참여자의 동의하에 녹음되었다. 면접이 끝난 후 연구 보조원이 녹음테이프를 그대로 녹취하였으며, 작성된 녹취록은 연구자가 다시 한 번 녹음테이프를 들으면서 확인 및 수정하여 이를 원자료로 사용하였다.

자료분석은 Strauss와 Corbin(1998)이 제시한 근거이론 방법의 절차를 따라 자료수집과 순환적으로 이루어졌고 개방코딩, 축코딩, 선택코딩 과정을 실시하였다. 분석을 진행하는 동안 연구자는 계속적으로 자료들을 서로 비교하면서 유사점과 차이점을 면밀히 검토하는 지속적인 비교 방법을 이용하였고, 면접을 진행하면서 생성된 범주들을 확인하였으며, 더 이상 새로운 범주가 나타나지 않을 때까지 면접을 계속 진행하였다.

개방코딩에서는 연구 참여자와의 면접에 대해 녹취록을 줄마다 읽으면서 그 의미를 파악한 후 의미에 맞는 명명화를 시도하였고 그 결과 개념들이 생성되었다. 또한 생성된 모든 개념들을 분류, 비교하고 유사한 개념끼리 묶는 작업을 통해 범주를 형성하였다. 축코딩에서는 각 범주들을 지속적으로 비교하는 작업을 통해 범주들 간의 관계를 파악하였다. 최종적으로 선택코딩에서 “(이 연구는)....에 관한 것인가?”하는 핵심범주를 도출하였고, 이를 중심으로 주요 범주들을 연결 및 통합하는 모형을 제시하였다. 이러한 절차를 통해 심혈관질환자의 삶의 질을 파악한 후 이를 정련화하기 위해 다시 근거자료로 돌아가 확인하였다. 자료수집 및 분석 과정 동안 연구자에게 떠오른 생각들은 메모를 하여 추후 자료수집 및 분석에 활용하였다.

4. 윤리적 고려

본 연구의 수행을 위해 우선 연구윤리위원회의 승인을 받은 후 주치의로부터 연구 참여자의 심층면접에 대한 동의를 받았다. 외래 진료를 기다리거나 외래진료가 끝난 환자 중 기준에 부합되는 환자에게 간단히 면접의 목적을 설명하고 연구 참여 의사를 확인하였다. 연구자는 다시 한 번 자세하게 연구 참여자에게 연구목적, 연구방법, 심층면접 내용, 녹음을 하는 것에 대하여 설명

하였다. 또한 연구결과는 연구의 목적 이외에는 사용되지 않을 것이며, 면접 내용 및 연구 참여자의 개인적인 정보는 절대 비밀이 보장됨을 설명하였다. 그리고 연구 참여자가 원할 경우 언제든지 면접을 거부하거나 중단할 수 있음을 알렸다. 16명의 참여자 중 1명은 녹음을 거절하여 면접자가 면접 내용을 기술하였다. 본 보고서에서는 참여자들의 이름을 익명처리 하였으며 참여자의 신분이 노출될 수 있는 자료는 삭제하였다.

5. 신뢰성(trustworthiness)

연구자는 신뢰할 수 있는 질적 연구가 되기 위한 조건으로 Lincoln과 Guba(1985)가 제시한 기준을 충족시키기 위해 노력하였다. 신빙성(credibility)을 높이기 위해 본 연구에서는 심혈관질환자들의 다양하고 풍부한 경험을 이끌어내기 위해 일 대학병원에서 다양한 인구 사회학적 배경을 가진 참여자들을 선정하여 이들이 가진 경험을 충실하고 생생하게 서술하고자 하였다. 감사가능성(audibility)을 높이기 위해 자료분석 시에는 개념과 범주에 대한 연구자들의 일치된 의견을 보일 때까지 논의를 하였으며, 질적 연구 전문가와 심혈관질환 임상 전문가로부터 검증 작업을 거쳤다. 확인가능성(confirmability)을 높이기 위해 면접과 자료분석 과정에서 연구자의 주관적 편견을 배제하도록 노력하였으며 비구조적인 면접으로 최대한 참여자들의 경험을 그대로 반영하였다. 또한 연구결과를 새로운 참여자와의 면담을 통해 확인하였다. 그리고 아래에 결과부분에서 연구 참여자의 인용문들을 제공함으로써 연구결과와의 정확성과 일반성에 대해 판단을 할 수 있도록 하였다.

6. 연구자 준비

연구자들은 심혈관질환 분야의 임상경험과 문헌고찰을 통해 이론적 민감성을 높였다. 또한 연구자들은 질적 연구 수행 경험이 있으며 질적연구 워크숍에 참여하여 연구방법에 대한 심도 있는 훈련을 받았다.

III. 연구 결과

면접 자료로부터 ‘재발에 대한 공포감’, ‘모임에서 유희/동화가 안 됨’ 등 43개의 개념이 생성되었고 이 개념들로부터 7개의 범주가 생성되었다. 범주들 간의 관계를 파악하는 축코딩을 통해 이들은 심혈관질환자의 삶의 질 구성 요인과 이에 영향을 미쳐 변화를 초래하도록 하는 중재 요인으로 구분되었다.

1. 삶의 질 구성 요인

만성 심혈관질환자의 삶의 질은 본 연구에서 ‘불확실성’, ‘자신감/통제감 회복’, 그리고 ‘사회생활 유지하기’의 세 개의 요소들로 구성되어 있었다. ‘불확실성’과 ‘자신감/통제감 회복’은 개인 내적 요인이었고 ‘사회생활 유지하기’는 대인간 요인이었다.

1) 불확실성

참여자들은 일상생활 속에서 언제 닥칠지 모르는 재발과 뇌졸중 등의 합병증 발생에 대한 공포감을 가지고 있었고, 갑작스런 죽음의 가능성을 인식하고 있었다. 재발, 죽음, 순간적으로 잘못됨에 대한 인식이나 이로 인한 무서움, 긴장감, 걱정 등은 참여자들이 삶에 대한 불확실성을 가지고 있음을 의미한다. 불확실성은 ‘위급상황에 대한 일상적 부담감’과 ‘위급상황에 대비하기’의 두 가지 하위범주가 있었다. ‘위급상황에 대한 일상적 부담감’은 걱정, 불안정, 불안, 노이로제 등으로 표현되는 정서적 양상이다.

공포감이 항상 있다는 거죠. 재발생 된다고 하니까 언제 이런 병이 올라나 걱정이 되는 거죠. 심장이라는 게 순간적으로 잘못되는 거니까 괜히 그런 마음이 늘 머리에 떠 있죠. 뭐가 걱정이냐 하면... 순간적으로 잘못되지 않나 그 걱정이죠. 내 맘은 편하고 괜찮지만 심장이 별안간에 잘못되는 일이 있다면서요. 혹시 잘못되면 어떻게 하나 그런 마음이 있어요. 그래서 매사에 불안정해요 불안정하고 불안하고... 항상 혈압 때문에 노이로제 비슷한 현상이 있는 것 같아요.

사람이 살면서 어느 정도 안전핀이라는 게 있는데 나는

항상 불안전하다는 생각 속에서 사는 사람은 과연 십년이 나 이십년 계획에 차분한 마음으로 될 수 있겠느냐는 거죠. 불확실에서 나오는 그것하고 자기 예측에서 나오는 그것하고는 다르지 않겠어요?

‘위급상황에 대비하기’는 평상시 예고 없는 위급상황에 대비해서 무언가를 실천에 옮기거나 특정 행동을 하지 않는 등의 행동적 양상이다.

제가 이제 평상시에 가족한테 가족한테도 만약에 어떤 위급상황이 돼서 기회가 없이 인생이 딱 끝났을 때 고런 거를 대비해서 컴퓨터에 입력을 좀 하죠 하고 싶은 말을 제가 평상시에 느꼈던 거 사촌한테 하고 싶은 말 이런 거를 입력을 해놓는 편입니다. 그렇게 생각이 되더라고요 이게 병이 평상시에 모르는 평이니까. 그리고 이제 최근에는 제가 만약에 어디서 혼자 가다가 어떤 위급함이 발생했을 때는 저기하려고 컴퓨터에 요만한 글씨로 해서 나를 그렇게 해달라는 그런 거를 하나해서 가지고 다닐 생각을 하고 해 봤어요.

나는 등산 같은 거를 잘 안 해요. 안하는 이유가 하면 땀이 많이 나거든요. 그게 내려올 때 식으면 나를 주체할 방법이 없어요. 식으면 출고 혈압도 문제고 이게 겹쳤을 때는 상당히 어려울 것이다... 나는 죽을지도 모른다는 생각 때문에 등산을 안 해요.

2) 자신감/통제감 회복

자신감/통제감 회복은 일이나 상황(성생활 포함)에 대한 자신감, 의욕, 여력 등이 심혈관질환을 가지게 되면 서부터 저하되었던 것이 다시 회복되어 가는 것을 의미한다. 본 연구에서는 대부분 자신감/통제감 저하되었음을 호소하는 참여자들이 많았는데 이를 ‘기 싸움에서 진다’라고 표현한 참여자도 있었다. 주로 남자 참여자들이 사회생활을 하는데 있어서의 자신감/통제감 회복에 대한 내용을 진술하였다.

다음의 진술은 자신감/통제감이 저하됨을 표현하면서 회복되어 가는 의미는 포함하지 않고 있다.

이런 병이 있는 경우에는 뭘 하는데 굉장히 지장을 받죠.

모든 사람들이 그렇잖아요. 아이들도 장난을 하다가 몸싸움도 하고 몸을 부대고 하는데 그러면 건강한 사람이 경쟁에서 이기지. 사람이나 동물이나 기 싸움이라는 게 상당히 중요한데 거기서 지는 거예요. 외부적인 신경을 쓰기 보다는 내 자신에 신경을 쓰니까 어떤 순서를 정한다거나 여력, 내가 하고 있는 일들을 돌아볼 수 있는 여유는 없는 거죠.

특히 성생활에 대한 자신감/통제감 저하에 대해 한 참여자는 다음과 같이 표현하였다.

두 번째(발병) 그랬을 때 사람이 자신감이 없어지지. 굉장히 활발하게 활동을 했었는데 그런 매사가 귀찮아 저요. 성관계도 아무래도 많이 위축되고... 횡수도 적어지고 그런 거죠.

한편 저하되었던 자신감/통제감이 회복되어감을 표현한 참여자의 진술은 다음과 같다.

정신적으로다가 돌파하고 나가면 자신감이 생기더라고요. 별거 아니로구나. 혈압이라는 게 약을 먹고 조절하면 별거 아니로구나. 어떤 일에 어려움에 부딪히고 나서 크기를 하고 나면 자신감이 생기더라고요.

3) 사회활동 유지하기

심혈관질환을 가지고 살아가면서 참여자들은 기존에 해 왔던 사회활동이 많이 위축되었음을 호소하였다. 기존의 사회생활을 최대한 유지하면서 살아가는 것은 이들의 삶의 질에서 중요한 요소였다.

사회활동 유지하기는 ‘대인관계 유지하기’와 ‘일 범위 유지하기’의 두 가지의 양상으로 나타나고 있었다. 대인관계 유지하기 측면에서는 실제로 대인관계가 잘 유지되지 않는 참여자들이 대부분이었다. 사람들이 모인 자리에서 술과 고기를 못 먹음으로써 융화/동화가 안 되고, 갑자기 발병하는 질병의 특성 때문에 친구들이 자신과 같이 있는 것을 기피한다고 느끼는 등이 이에 해당한다.

맨 정신으로 이야기 했을 때는 술을 한잔 마시면서 이야

기를 했었을 때하고는 달라요. 뭐라 그럴까 그 사람들하고 동화가 안 되죠. 영화가 안 되더라고요. 영화 자체가. 그러니까 자리 자체도 어차피 저한테 술잔이 안와요. 술을 권하지도 않고. 또 공식적인 석상이나 회식상의 자리 같은 불가분의 자리도 많잖아요. 그런 데서도 아 저 친구는 술을 주면 안 되는 친구라고 딱 분류가 됐다니깐요. 그럴 때 느끼는 소외감이란 말도 못하죠. 완전 나만 배제된 거잖아요.

사소한 것에 소외 되는 듯한... 왜 그런가 하면 대개 혼자 다녀요. 남들한테 피해 안주게. 식당가서도 괜히 고기 먹으면서 나한테 미안해한다니까. 고기집 가서 서비스 비슷하게 나오는 된장에 밥만 먹고 나왔단니까. 그러니까 자기들은 자꾸 자꾸 술 시켜먹기가 미안하잖아요. 나 때문에 판이 깨지는 것 같고.

일 범위 유지하기 역시 실제로 심혈관질환 때문에 하고 있는 일을 회피하거나 줄이는 등 일을 축소하는 것으로 나타났다. 대인관계 유지하거나 일 범위 유지하기는 주로 남자 참여자들이 중요시 여기는 내용들이었다. 그러나 여자 참여자들의 경우 대인관계가 술자리에서 이루어지는 일이 드물었고 활동도 주로 집안일 위주였다. 따라서 남자들의 사회활동 유지하기는 잘 되지 않는 반면 여자들의 사회활동 유지하기는 별 변화가 없었다.

이렇게 되니까 일을 피하게 되더라고요. 사업도 이제 그만 정리해야 하지 않을까 그런 생각이 들고. 지금도 일을 많이 축소를 했죠. 결국은 거래처에서 이런 일을 해 달라 하는 것도 웬만하면 직원들 보내고 내가 직접 부딪쳐야 될 일 같으면 그냥 회피해 버려요.

아래의 경우는 일 범위가 발병 전후로 변함이 없는 참여자의 진술이다.

애들이 나가 살다 보니까 내 일이 엄청 많아요. 나는 그걸 참 즐겁게 생각을 해요. 암만 일하는 게 운동이 아니라고들 하지만 그래도 사람이 일이 없어서 가만히 있는 거하고 내가 책임이 있어서 움직이는 거하고 좀 그렇더라고요. 그래서 감사하게 생각을 하죠. 일 많은 거 복이다 일을 못할 경우에는 막 인생이 간 거다.

2. 삶의 질 증재 요인

만성 심혈관질환자의 삶의 질 구성요인에 영향을 미쳐 그 상태를 변화시키는 삶의 질 증재 요인으로는 ‘증상경험’, ‘사회적지지’, ‘자기 돌보기’, 그리고 ‘삶을 재조명하기’가 있었다.

1) 증상경험

참여자들이 경험하는 증상들로는 가슴과 팔의 통증, 숨참, 어지러움, 두근거림, 피로 등이 있었다. 이 같은 증상들이 잘 조절되지 않고 지속됨을 경험하는 참여자들은 자신감/통제감 회복과 사회생활 유지하기가 잘 이루어지지 않았고, 증상 완화 경험을 하는 참여자들에게서는 불확실성 정도가 낮았고 사회생활 유지하기가 이루어지고 있었다. 증상이 지속됨을 경험하는 사람들은 다음과 같이 말하였다.

초창기에 약을 먹으면서도 일 년 동안은 굉장히 팔 이런 데까지 저린 것도 아니고 아파 오는 것을 느끼고. 상당히 심각했어요. 활동을 못하는 거예요. 조금만 걷는다던지 그러면 벌써 여기가 막혀오는 것을 느끼니까... 지금은 많이 좋아진 거예요. 약간씩 뛰기도 하고 뭘 좀 할 수 있으니까요. 힘든 일 같은 걸 가리지 않고 했는데 이제는 조금만 힘들어도 가슴이 뻐뻐한 거를 느껴서 활동하는데 제약이 많아요.

아프고 나서는 조금만 일을 해도 지치고 피곤하고 그래요. 그러니 만사가 귀찮아지죠.”

다음은 증상이 완화됨을 경험하는 사람들의 진술이다.

이제는 뭐 그런 증상 같은 걸로 와 닿는 게 없으니까... 가슴이 답답하다거나 아프다거나 그런 통증을 가지고 문제를 일으키지 않으니까 조심은 해야 되겠다는 생각 정도 해요. 더 이상 그런 문제로 앞으로 불안하고 막막하고 그런 게 좀 가라앉았죠.

맘속으로 감사하려고요. 제가 환자긴 환자지만 아프진 않은 환자죠. 그래서 이젠 잊고 살아요, 그런 정신적인 스트

레스 같은 것은. 활동하는데도 별 무리 없어요.

2) 사회적 지지

본 연구에서의 사회적 지지는 배우자나 친구 등 가까운 주변인들의 지지였다. 남자 참여자는 주로 배우자의 지지가 그리고 여자 참여자의 경우는 주로 친구의 지지가 언급되었다. 사회적 지지는 삶의 질 구성요소 중 주로 개인내적 요인인 불확실성과 자신감/통제감 회복에 영향을 주는 중재 요인이었다. 이와 동시에 사회적 지지는 다른 중재 요인인 자기 돌보기를 잘 수행할 수 있도록 하는 촉진 역할을 하고 있었다.

(부인이) 저보다 더 많이 신경을 쓰죠. 약도 일일이 시간 되면 챙겨다 주지. 제가 육류를 좋아 했죠. 젊어서부터 냉장고에 고기 떨어지면 못 사는 줄 알고 그렇게 했는데 그 이후로는 거의 한 달에 2번 정도만 정해놓고 해주고 못 먹게 해요. 제가 어쩔 수 없이 밖에서 먹지 말아야 할 것도 먹고 할 때가 있는데 그럴 때는 불안하면서도 그나마 집에서 그렇게 신경 써 주는 것이 있어서 안심이 됩니다.

친구가 찾아와주면 너무 고마워요. 저를 그래도 인정해 주는 사람이 친구밖에 더 없어요. 제일 마음도 편하게 해 주고 그래서 아픈 다음부터는 친구가 더 소중한데요. 뭐라도 있으면 나 혼자 안 먹고 뒀다가 친구가 오면 먹고 그래요.

한편 참여자들 중에는 배우자로부터 지지를 받지 못함으로 인해 자신의 질병에 매우 나쁜 영향을 준다고 호소한 경우도 있었다.

예를 들면 사람이 살다보면 약점이 잡히는 게 있지 않습니까? 그런 거를 자꾸 자기(부인)한테 마음에 안 드는 상황이 있으면 그게 딱 튀어나와서 얘기를 하면은 굉장히 정신적인 상처를 주죠. 그런 면에서는 저의 병에 대해서 아주 부정적인 나쁜 영향을 주죠. 어떤 영향이나 하면 더 불안하게 하고 제 병을 더 악화시킨다 이거죠. 작년 재작년에는 헤어져서 좀 살아볼까....아주 심각한 상황도 있었어요.

3) 자기 돌보기

자기 돌보기는 ‘대처하기’와 ‘정보 찾기’의 두 가지 양

상을 띠고 있었다. 대처하기는 운동, 음식조절, 금주/금연, 체중조절, 스트레스 조절, 약물복용 이행 등 심혈관 질환을 가지고 사는 것에 적응하기 위한 적극적인 행동을 의미한다.

저 같은 사람들에게는 특별한 제재 조건들이 있죠. 예를 들면 지금은 담배도 끊었고 술도 다른 사람이 생각하면 안 먹는다는 표현이 맞을 거예요. 그래야 제가 사니까 열심히 지켜야지요. 내 스스로가 금연을 한다거나 술을 적게 먹는 다거나 운동을 한다거나 이걸 내 스스로가 만들지 않으면 삶의 질을 높일 수 없을 것 같아요 누가 뭐라고 하는 것보다 내 자신이...

저는 다른 건 안 해도 약은 꼭 먹어요. 지금까지 이렇게 해 보니까 기본적으로 약만 잘 먹으면 큰 탈은 없지 않나 싶어요. 주머니에 혈압 약을 넣고 여기다도 넣고 지갑에다도 넣고 가방에다가 넣고 패스पोर्ट에다가도 넣고 다양하게 넣어야지 만약 어딘가 하나 없으면 그 다음번의 대처로... 현재까진 잘 챙기는 편이죠 철저히. 그렇게 지내왔어요.

정보 찾기는 심혈관질환에 대한 정보를 수집하는 행위와 구체적으로 자신에게 맞는 맞춤정보를 추구하는 태도를 의미한다.

심근경색에 대해서 내 나름대로는 연구를 했죠. 인터넷이나 책자나 이런 것을 구해서 나름대로는 입력도 시켰고 그래서 어느 정도는 전문가가 다 됐지요. 지식이 있으니까 어느 정도 안정이 되지요. 이럴 땐 이렇게 해야겠구나 이런 건 피해야겠구나 그런 거를 조절할 수 있으니까요

자기 돌보기는 심혈관질환을 가지고 살아가면서 불확실성을 감소시키고 자신감/통제감 회복을 도우며 사회생활을 최대한 유지시켜 줄 수 있는 적극적인 중재 요인이었다.

4) 삶을 재조명하기

삶을 재조명하기는 참여자들이 질병을 경험하는 과정에서 기존의 자신의 삶을 되돌아보고 반성하며 남은 삶을 최선을 다해 살아야겠다고 다짐하는 인지적 과정을

의미한다. 삶을 재조명하게 되면서 참여자들은 자신의 건강을 저해시키는 요소들을 규명해 내었고 삶에 대한 태도가 바뀌게 되었다. 삶을 재조명하기가 잘 이루어지지 않은 경우 “지금까지 내가 살던 식으로 살던 것을 어떻게 쉽게 바꾸겠어요. 앞으로 그렇게 희망이 있다고 생각하진 않는다니까”라고 하면서 “내가 체념적으로 나가는 거지. 친구관계가... 전에 술 같이 먹던 친구들이 다 술을 끊고 나한테 오고 이러진 않을 거잖아요. 개네는 계속 먹어야 되고 그렇다 보면 먹는 애들끼리 어울릴 것이고” 라는 한 참여자의 말에서 보듯이 대인관계 유지하기(사회생활 유지하기)가 계속 저해되는 방향으로 인지하고 있었다.

내가 건강부분에 있어서 자신이라고 할까... 자신이 있었는데... 그랬었는데 한 번 당하고 나니까 자신이 아니더라고요. 그거는 객기더라고요. 건강에서는 자신을 하면 안 되겠다는 거를 지금까지도 계속 느끼며 삽니다. 그러면서 앞으로 조금이라도 더 나은 삶을 살려면 지금까지 살아온 생활하곤 틀리게 해야 되는 구나 생각하고 또 반드시 그렇게 해야 하고

원래 그렇게 긍정적인 편은 아니지만 아프면서부터 사람이 더 자신이 없어지고 생각이 부정적인 방향으로 흐르게 되고 하게 되는데 그러면 안 되겠다... 항상 내 삶을 돌아다 보고 예를 들어서 오늘 살다 내일 어떤 일이 생긴다 할지라도 후회 없을 것 같은 생각 그런 생각을 항상 하고 다만 오늘 포기하지는 않고 최선을 다하고 살자는... 나름대로는... 그런 각오로 하루하루 사는데...

이처럼 심혈관질환을 진단받은 후 삶에서 ‘불확실성’, ‘자신감/통제감 회복’, ‘사회생활 유지하기’의 수준에 따라 삶의 질이 설명되었으며 ‘증상경험’, ‘사회적지지’, ‘자기 돌보기’, 그리고 ‘삶을 재조명하기’의 수준에 따라 삶의 질이 변화하였다. 심혈관질환 진단을 받은 후 살아가는 과정에서 ‘불확실성’이 감소하고 ‘자신감/통제감 회복’ 및 ‘사회생활 유지하기’의 수준이 증가되는 것이 주관적으로 인지하는 삶의 질이 높아지는 것을 의미한다. ‘증상경험’ 중 ‘증상지속경험’은 삶의 질을 저해하는 요인이고 ‘증상완화경험’, ‘사회적지지’, ‘자기 돌보기’

그리고 삶을 재조명하기는 삶의 질을 향상시키는 요인이다.

3. 핵심범주

개념 및 범주 도출과 범주들 간의 관계 파악을 통해 만성 심혈관질환자의 삶의 질은 심신의 건강을 저해하는 요소들을 일상생활 속에서 스스로 관리해 나가는 과정에서 그 의미를 찾을 수 있다고 보았다. 따라서 범주들을 연결하여 통합시키는 핵심범주는 ‘계약상황 다스리기’로 나타났다. ‘다스리기’는 질병을 가지고 살아가는 과정에서 약물이나 기타 치료법에만 의존하는 것이 아닌 스스로의 의지가 필요함을 강조하는 용어이다. 재발이나 합병증 및 죽음에 대한 가능성을 염두에 두고 불확실성 속에서 살아가는 상황, 예전처럼 사회생활을 할 수 없고 대인관계와 일 범위를 축소시키며 살아가는 상황, 자신감/통제감이 발병 전과 같지 않은 상황 등은 만성 심혈관질환자들이 겪는 제약 상황 들이다. 더구나 그러한 제약 상황들이 모두 가시적이지는 않으므로 타인들로부터 쉽게 이해를 받을 수 없으며 스스로 다스려야 하는 상황들이다. “예를 들어 만약 다리가 부러졌다면 못 걷도록 고정을 시키거나 의족을 해 가지고 산다든지 이렇게 불가항력적이면 차라리 그대로 따르는 게 편한데 이걸 술을 마실 수도 있는데 안 마셔야 되고 운동도 내 맘대로 다 할 수 있는데 그러면 안 되고. 이렇게 사는

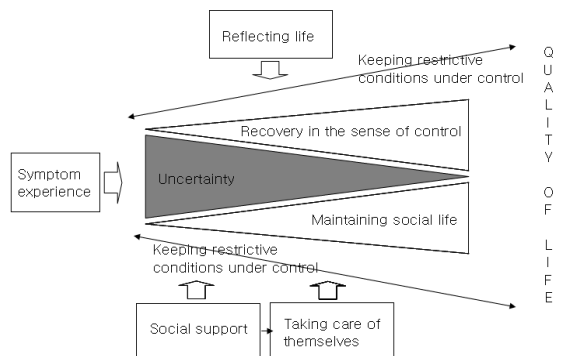


Fig. 1. Structure of quality of life in patients with cardiovascular disease: 'keeping restrictive conditions under control'.

것이 좋다고 생각하진 않아요. 행복하게 살고 있다고 생각하진 않아요”라는 한 참여자의 진술처럼 심혈관질환자들이 처한 제약 상황들은 쉽게 다스릴 수 있는 것들이 아니다.

제약 상황이 다스려지는 정도는 주관적으로 인지하는 삶의 질 정도를 의미하며 이는 삶에서 증가될 수도 감소될 수도 있는 양방향적인 성격을 띤다. 제약 상황이 어느 정도로 어떻게 다스려지는지는 증상경험, 사회적지지, 자기 돌보기, 그리고 삶을 재조명하기에 따라 변화한다. 이를 도식화 하면 Fig. 1과 같다.

IV. 논 의

본 연구에서 드러난 심혈관질환자의 삶의 질의 의미는 불확실성을 감소시키고 자신감/통제감 회복과 사회생활 유지하기를 이루어 나가는 ‘제약상황 다스리기’ 과정이었다. 비슷한 가족성 고콜레스테롤혈증을 가진 사람들의 삶의 질을 근거이론방법으로 연구한 결과를 보면 이들의 삶의 질은 ‘삶의 조화(harmony)’로 설명하고 있었다(Hollman, Ek, Olsson, & Bertero, 2004). 여기서 삶의 질은 조화를 추구하기 위해 ‘다양한 상황들의 균형을 맞추어나가는 것’ 속에서 의미를 찾을 수 있다고 하였다. 본 연구에서의 ‘제약상황 다스리기’는 질병으로 인해 변화된 삶 속에서 기존의 자신의 모습을 유지하려는 것(질병으로 인한 불확실성이 없고 자신감/통제감과 사회생활이 유지되는 삶)이며, 이는 바람직하지 못했던 자신의 모습을 반성하고 더 나은 삶을 영위하기 위해 노력하는 것(삶을 재조명하기), 사회적 지지, 자기 돌보기, 증상경험과의 관계 속에서 추구되는 역동적인 과정으로 ‘삶의 조화’를 이루어 나아가는 과정을 더 구체적으로 설명한 것이라고 볼 수 있다. ‘삶의 조화’가 심혈관질환 뿐만 아니라 당뇨나 궤양성 대장염과 같은 다른 만성질환을 가진 사람들의 삶에도 적용되는(Delmar et al., 2005) 광범위한 범주라면 본 연구에서 도출된 7가지 범주들은 특히 심혈관질환을 가진 사람들이 처한 상황에 적용될 수 있는 것들이다.

심혈관질환자에게 있어서의 불확실성은 Mishel(1984)에 의하면 사건의 결과를 예측할 수 없을 때 발생하는

인지상태로 볼 수 있다. 불확실성은 환자의 희망과 삶의 질을 떨어뜨리는 것으로 알려져 있으며(Jo & Son, 2004) 희망과 절망의 저변에 깔린 것으로 볼 수 있다(Oh, 2001). 불확실성은 관상동맥 성형술을 받은 환자들의 경험에서도 구체적으로 드러나는데 미래에 대한 불확실성으로 인해 ‘내일 아침에 깰 수 있을지’와 같은 강한 두려움을 표현하기도 한다(Gulanick, Bliley, Perino, & Keough, 1998). 본 연구에서 특징적인 것은 불확실성이 단지 그에 대한 인지만으로 끝나는 것이 아니라 걱정, 불안 등의 정서적 양상과 위급상황에 대비하는 특정한 행위를 하는 행동적 양상으로 표출되고 있다는 점이다. 국내에서 개발된 고혈압 환자의 삶의 질 측정도구(Kim, Chun, Kam, Lee, Park, & Chae, 2005)에서도 ‘안절부절 못한다’, ‘긴장 속에서 살고 있다’, ‘삶에 희망이 없다’와 같이 불확실성의 의미를 가지고 있는 문항들이 포함되어 있어 불확실성이 심혈관질환자의 삶의 질을 구성하는 개념임을 보여주고 있다. 그러나 협심증 환자들을 대상으로 심층면접을 한 일 연구(MacDermott, 2002)에서는 심장발작으로 인해 죽을 수도 있다는 것을 알면서도 정작 자신이 가지고 있는 질환으로 인해 죽을 수 있다는 생각은 하지 않는다고 보고되어 불확실성의 양상을 보이지 않는 경우도 있었다.

‘사회활동 유지하기’에서는 특히 남자 참여자들이 어려움을 많이 겪고 있었는데 주로 음주와 관련된 것이었다. ‘사회활동 유지하기’는 삶의 질 중재요인들 중 특히 자기 돌보기에 의해 제재를 받고 있었는데, 심혈관질환의 특성상 절주를 해야 함에도 불구하고 참여자들의 사회생활에서 술자리가 차지하는 비중이 매우 컸기 때문에 사회활동 유지하기에 제약을 받을 수밖에 없었다. 그리고 이는 직업의 유무에 관계없이 단순한 친구관계를 유지하는 데에도 적용되었다. 사회적 기능은 삶의 질의 한 차원이므로(Aaronson, 1988) 사회적 만족이 삶의 질을 증진시키는데 중요한 역할을 하게 된다. 특히 본 연구를 통해서 우리나라의 성인 남자 심혈관질환자에게는 사회활동의 수행 여부가 삶의 질에 있어서 매우 큰 의미를 가진다는 것을 확인할 수 있었다. 심혈관질환자들의 ‘사회활동 유지하기’가 만족스럽지 못할 경우 삶의 질을 추구하는 과정에서 균형이 깨어질 수 있고 이는 곧 삶의

질의 저하를 의미한다.

여자 참여자의 경우 남자 참여자와 같은 사회활동 유지하기의 어려움을 드러내지 않았다. 이처럼 심혈관질환자의 삶의 질에 대한 연구에서는 성별에 따른 삶의 질의 차이에 대한 보고들이 있는데 연구결과들은 일치하지 않고 있다. 급성심근경색증을 가진 환자의 삶의 질은 성별 간에 차이가 없다는 보고(Mendes de Leon et al., 2001)가 있는가 하면 여자가 남자보다 더 불안과 우울 정도가 높고 전반적인 건강이 좋지 않으며(Westin, Carlsson, Erhardt, Cantor-Graae, & McNeil, 1999) 전반적으로 사회심리적인 면에서 취약하므로 삶의 질에 차이가 있다(Schumaker et al., 1997)는 보고도 있다. 그러나 삶의 질에 있어서 남녀의 차이가 없다고 보고한 Mendes de Leon 등(2001)의 연구에서도 여자가 우울 정도가 높고 사회적 지지를 받는 정도가 낮았으므로, 여자에서 심혈관질환에 따르는 이러한 심리사회적 요인들(우울이나 낮은 사회적 지지)은 전반적인 삶의 질에 영향을 줄 수 있다(Norris et al., 2004)고 생각된다.

본 연구에서는 여자 참여자들도 사회적 지지(친구의 정서적 지지)를 받고 있으며 그것에 대해 만족하고 있음을 확인할 수 있었다. 가족지지 역시 심혈관질환자의 삶의 질에서 중요한 범주로 드러났다. 본 연구에서 드러난 가족지지는 배우자가 참여자의 마음을 편안하게 해 주는 정서적 지지와 악을 챙기고 음식에 신경쓰는 등의 물질적 지지였다. 사회적 지지는 삶의 질 구성요인 뿐만 아니라 중재 요인인 자기 돌보기도 촉진시키는 역할을 하고 있었다. 기존 외국 연구들이나 본 연구결과를 통해 사회적 지지는 심혈관질환자의 삶의 질에 중요한 중재 변수가 될 수 있을 것으로 사료된다. 의료인의 지지가 관상동맥질환자의 치료지시이행(약물복용 이행)에 영향을 주는 요인이었다는 일 연구결과(Kim & Park, 1998) 또한 이를 뒷받침해 주고 있다. 본 연구에서는 의료인의 지지가 드러나지 않았는데 이는 참여자들이 2-3개월에 1회씩 병원을 방문하여 의료인과의 접촉이 빈번하지 않기 때문인 것으로 보인다. 한편 Han(2004)의 만성 순환계질환자(고혈압, 협심증, 심근경색증, 뇌혈관질환 환자)의 삶의 질 예측모형 구축 연구에서는 사회적 지지가 삶의 질에 영향을 미치는 유의한 변수가 아닌 것으로 나타

났는데 이 연구에서 사회적 지지는 정서적, 정보적, 평가적, 물질적 지지로 측정되었다. 본 연구에서 사회적 지지는 주로 정서적, 물질적 측면이었다. 이러한 결과들로 볼 때 추후에는 심혈관질환자의 삶의 질을 향상시키기 위해 구체적으로 어떤 종류의 사회적 지지가 필요한지를 규명하는 것이 필요하다.

본 연구에서 삶의 질 구성 요인 중 하나로 드러난 자신감/통제감 회복 역시 심혈관질환을 가진 사람들이 삶에서 중요하게 생각하고 있는 것이었다. 관상동맥성형술을 한 환자들은 통제감을 가지고 있을 때 변화된 생활양식에 잘 적응하였고 그렇지 않은 경우 무력감을 느끼게 된다(Gulanick et al., 1998). 심근경색증 환자들은 질병의 원인(건강하지 못한 생활습관)을 찾고, 생활습관 변화를 위한 행동을 결심하며, 이를 성공적으로 수행함으로써 삶에 대한 통제력을 획득한다(Johnson & Morse, 1990). 본 연구에서 중재 요인으로 드러난 자기 돌보기(대처하기, 정보찾기)는 심혈관질환을 가진 사람들이 그러한 통제력을 가지도록 하는데 많은 도움을 줄 것으로 보인다.

삶의 질이라는 용어는 치료부작용이나 신체활동 등 단지 한 가지 차원의 구성요소만 측정하기 위해서 사용되어서는 안 된다(Cella & Tulsky, 1990). 심혈관질환자에서의 삶의 질 연구 84편을 메타분석한 결과 삶의 질의 차원은 증상(82.1%), 심리적 고통/안녕(60.7%), 신체적 기능/만족(54.8%), 건강인지/만족(53.6%), 사회적 기능/만족(53.6%), 역할기능/만족(29.8%), 인지기능(27.4%) 등으로 나타났다(Kinney, Burfitt, Stullenbarger, Rees, & DeBolt, 1996). Kiessling과 Henriksson (2004)는 지각된 인지기능(집중력, 활동 영위, 기억, 문제해결)이 관상동맥질환자의 삶의 질의 43%를 설명하였으며 인지기능 감소는 흉통증상의 중증도와 관계없이 삶의 질 저하를 예측할 수 있는 정보를 제공할 수 있다며 심혈관질환에서 삶의 질은 인지기능 차원을 포함해야 하고 삶의 질 향상을 위한 중재도 인지기능 강화에 초점을 두어야 한다고 하였다. 하지만 본 연구에서 심혈관질환자의 삶의 질은 구성요인과 중재요인을 모두 고려하였을 때 신체적 측면, 정서적 측면, 역할 및 사회적 측면을 포함하고 있었으나 집중력이나 기억력, 문제해결능력과 같은 인지적인 측면

은 드러나지 않았다. 관상동맥으로 인해 뇌졸중과 같은 합병증이 있을 경우나 혹은 연령이 고령일 경우에는 인지기능이 삶의 질의 일부를 설명할 수 있는 요인이 될 수 있을 것이다. 그러나 본 연구에서의 참여자는 뇌졸중의 합병증이 없었으며 70세 이상이 3명 있었으나 면담 시 일상생활에서 기억력이나 주의집중력 저하로 인한 문제점을 호소하는 경우는 없었다. 인지기능의 문제는 추후 삶의 질 연구에서 계속 논의되어야 할 것으로 사료된다.

본 연구에서는 참여자들이 과거로부터 현재까지 경험한 내용들을 면담하였는데, 그에 대한 시간적 흐름을 파악하여 핵심범주로 도출된 ‘계약상황 다스리기’의 과정을 제시하지 못한 점이 본 연구의 제한점이다. 그러나 본 연구결과는 실무에서 의료인이 심혈관질환자들의 경험과 삶의 질의 의미를 이해하고 이들을 위한 보다 질적인 건강관리를 제공하는데 기여할 것으로 기대한다. 연구 측면에서는 본 연구에서 드러난 환자들의 생생한 경험과 이를 개념화 한 내용들이 추후 심혈관질환자의 삶의 질 측정을 위한 문항을 개발하는데 이용할 수 있을 것이다. 교육 측면에서는 심혈관질환을 가진 사람들이 변화된 생활습관에 잘 적응할 수 있도록 맞춤형 교육 자료를 개발하는데 본 연구결과가 기초자료를 제공할 것이다.

V. 결론 및 제언

본 연구에서는 근거이론방법을 적용하여 우리나라 성인 심혈관질환자의 삶의 질의 의미와 구조를 파악하였다. 총 16명의 심혈관질환자를 면담한 자료를 분석한 결과 7개의 범주가 도출되었는데 이들은 삶의 질 구성요인인 불확실성, 자신감/통제감 회복, 사회생활유지하기 그리고 삶의 질에 영향을 주는 중재 요인인 증상경험, 사회적 지지, 자기 돌보기, 삶을 재조명하기 등이었다. 핵심범주는 ‘계약상황 다스리기’로 나타났다. 심혈관질환을 가진 사람들에게 있어서 불확실성이 감소하고 자신감/통제감 회복과 사회생활 유지하기 수준이 높을수록 ‘계약상황 다스리기’가 잘 이루어지는 것이다.

본 연구는 심혈관질환이 발병된 후 18개월 이상 경과

한 성인들을 대상으로 하였다. 본 연구결과는 질병 진단 시부터 만성화된 현재까지의 경험을 토대로 나온 것이다. 그러나 심혈관질환 급성기에는 증상경험이 더 중요하게 부각될 것이고 불확실성이 본 연구와는 다른 양상으로 드러날 수 있을 것이라고 사료된다. 따라서 심혈관질환의 급성기에 해당하는 성인들을 대상으로 삶의 질의 의미를 연구하여 본 연구결과와 비교해 보는 연구가 필요하다. 한편 심혈관질환 뿐만 아니라 다른 종류의 만성질환을 가지고 살아가는 사람들의 삶의 질의 의미와 구조를 질적 연구방법을 사용하여 파악하는 연구가 필요하다.

References

Aaronson, N. K. (1988). Quality of life: What is it? How should it be measured? *Oncology*, 2, 69-74.

Cella, D. F. & Tulsky, D. S. (1990). Measuring quality of life today: Methodological aspects. *Oncology*, 4, 29-38.

Delmar, C., Boje, T., Dylmer, D., Forup, L., Jakobsen, C., Moller, M., Sonder, H., & Pedersen, B. (2005). Achieving harmony with oneself : life with a chronic illness. *Scand J Caring Sci*, 19, 204-212.

Ferrans, C. E. (2000). Quality of life as an outcome of cancer care(5th ed). In: C. H. Yarbro, M. H. Froggle, M. Goodman & S. I. Groenwald(Eds.), *Cancer nursing: principles and practice*(pp. 243-258). Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett.

Gulanick, M., Bliley, A., Perino, B., & Keough, V. (1998). Recovery patterns and lifestyle changes after coronary angioplasty: The patient's perspective. *Heart Lung*, 27, 253-262.

Han, K. S. (2004). Construct a structural model for quality of life of chronic circulatory disorder. *J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs*, 13(2), 213-226.

Hollman, G., Ek, A. C., Olsson, A. G., & Bertero, C. (2004). The meaning of quality of life among patients with familial hypercholesterolemia. *J Cardiovasc Nurs*, 19(4), 243-250.

Hutchinson, S. A. (1993). Grounded theory: The method. In P. L. Munhall & C. O. Boyd. *Nursing research: A qualitative perspective*(pp.180-212). New York: National League for Nursing Press.

Johnson, J. L. & Morse, J. M. (1990). Regaining control: the process of adjustment after myocardial infarction. *Heart Lung*, 19, 126-135.

Jo, K. & Son, B. (2004). The relationship of uncertainty, hope and quality of life in patients with breast cancer. *J Korean Acad Nurs*, 34(7), 1184-1193.

Kiessling, A. & Henriksson, P. (2004). Perceived cognitive function is a major determinant of health related quality of

- life in a non-selected population of patients with coronary artery disease - a principal components analysis. *Qual Life Res*, 13, 1621-1631.
- Kim, M. Y. & Park, T. J. (1998). A study on the effects of social support, stress coping skills on compliance in coronary heart disease patients. *Inje University Community Medicine Research*, 5, 71-95.
- Kim, Y. K., Chun, B. Y., Kam, S., Lee, S. W., Park, K. S., & Chae, S. C. (2005). Development of measurement scale for the quality of life in hypertensive patients. *J Prev Med Public Health*, 38(1), 61-70.
- Kinney, M. R., Burfitt, S. N., Stullenbarger, E., Rees, B., & DeBolt, M. R. (1996). Quality of life in cardiac patient research: A meta-analysis. *Nurs Res*, 45(3), 173-180.
- Korea National Statistical Office (2003). *Population in old ages*. <http://kosis.nso.go.kr/Magazine/NEW/PJ/PJ1102.xls>.
- Korea National Statistical Office (2004). *Summary report of the cause of death statistics in 2003*. <http://Kosis.nso.go.kr/magazine/NEW/IP/KPO4.xls>.
- Lee, E. H., Park, H. B., Kim, M. W., Kang, S., Lee, H. J., Lee, W. H., & Chun, M. (2002). Analyses of the studies on cancer-related quality of life published in Korea. *J Korean Soc Ther Radiol Oncol*, 20(4), 359-366.
- Lee, E. H., Tak, S. J., & Song, Y. S. (2005). Analyses of the Korean studies on cardiovascular disease-related quality of life. *J Korean Acad Adult Nurs*, 17(3), 452-463.
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, Calif.: Sage.
- Lukkarinen, H. & Hentinen, M. (1998). Assessment of quality of life with the Nottingham Health profile among women with coronary disease. *Heart Lung*, 27(3), 189-199.
- MacDermott, A. F. N. (2002). Living with angina pectoris - a phenomenological study. *Eur J Cardiovasc Nur*, 1, 265-272.
- Mendes de Leon, C. F., DiLillo, V., Czajkowski, S., Norten, J., Schaefer, J., Catellier, D., & Blumenthal, J. A. (2001). Psychosocial characteristics after acute myocardial infarction: The ENRICH pilot study. *J Cardiopulm Rehabil*, 21, 353-362.
- Mischel, M. H. (1984). Perceived uncertainty and stress in illness. *Res Nurs Health*, 7, 163-171.
- Oh, H. (2001). Theory construction in nursing of uncertainty. *J Korean Acad Adult Nurs*, 13(2), 200-208.
- Norris, C. M., Ghali, W. A., Galbraith, P. D., Graham, M. M., Jensen, L. A., & Knudtson, M. L. (2004). Women with coronary artery disease report worse health-related quality of life outcomes compared to men. *Health Qual Life Outcomes*, 2, 21-31.
- Rosenberg, R. (1995). Health-related quality of life between naturalism and hermeneutics. *Soc Sci Med*, 41(10), 1411-1415.
- Schumaker, S. A., Brooks, M. M., Schron, E. B., Hale, C., Kellen, J. C., Inkster, M., Wimbush, F. B., Wiklund, I., & Morris, M. (1997). Gender differences in health related quality of life among postmyocardial infarction patients; brief report, CAST investigators. *Cardiac Arrhythmia Suppression Trials. Women's Health*, 3, 53-60.
- Shephard, R. J. & Franklin, B. (2001). Chances in the quality of life. *J Cardiopulm Rehabil*, 21, 189-200.
- Strauss A. & Corbin J. (1998). *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory* (2nd ed), London; Sage.
- Westin, L., Carlsson, R., Erhardt, L., Cantor-Graae, E., & McNeil, T. (1999). Differences in quality of life in men and women with ischemic heart disease. *Scand Cardiovasc J*, 33, 160-165.