기본간호학회지 제10권 제3호, 2003년 12월
J Korean Acad Funda Nurs Vol.10 No.3, 276-282, December, 2003

관상동맥질환자의 흡연력과 삶의 질

손 행 미[1] · 이 동 숙[2]

서 론

연구의 필요성

관상동맥의 수축과 경련, 그리고 혈역학의 변화를 가져오는 흡연은 고혈압, 고지혈증과 함께 관상동맥질환의 3대 위험요인 중의 하나로, 질병의 발병과 악화, 그리고 사망의 주요 원인으로 알려져 있다(Chia & Newby, 2002; Epstein & Perkins, 1988; McKenna & Higgins, 1997).

이렇듯 흡연이 관상동맥질환에 부정적인 영향을 미침에도 불구하고 상당수의 관상동맥질환자가 지속적으로 흡연을 하고 관상동맥 혈관성형술과 혈관이식술을 받은 후나 금연중재 후에도 흡연을 다시 하거나 지속하는 것으로 보고되고 있다(Califf, 2000; Griebel, Wewers & Baker, 1998; Stillman, 1995). 이는 관상동맥질환자의 높은 흡연율 및 금연 후 다시 흡연을 하게 되는 높은 금연 실패율에 대한 심도 깊은 고찰이 필요하고 금연 중재의 효과를 높이기 위한 노력이 필요함을 시사한다(Kim, 2001).

금연은 개인의 기능과 안녕감, 건강 관련 삶의 질에 영향을 미칠 것으로 기대되는 증상이나 심리적 변화를 가져오며 성공적인 금연은 신체적, 정신적, 행위적 요소가 복합적이고 포괄적으로 상호작용하는 과정으로 이해할 수 있다(Oulfade et al., 1999). 그리고 개인의 금연에 대한 의사결정의 차원과 질은 현재 흡연 상태와 흡연 행위 변화를 시도하는 것 두 가지에 대한 이해 정도에 따라 달라진다(Velicer, DiClemente, Prochaska & Brandenburg, 1985).

행위 연구에서 결과 변수로서의 가치가 증가되고 있는 삶의 질은(Choe, Padilla, Cha & Kim, 2001) 과거 치료적 중재의 성과를 판단하는 기준으로 임상적 지표 등을 측정하던 경향에서 최근에는 질병과 치료가 환자의 매일의 삶에 미치는 영향을 보다 포괄적으로 사정하는 개념으로 이해되고 있다(Klersy, Collarini, Morellin & Cellino, 1997). 관상동맥질환자의 삶의 질 관련 연구 또한 주로 의학적 치료나 통합적인 재활프로그램을 제공한 후 결과 변수로 삶의 질을 측정함으로써 관상동맥질환자의 삶의 질을 포괄적으로 이해하고자 하는 연구들이다(Carlsson, 1998; Koertge et al., 2003; Song, 2001). Taira 등(2000)은 관상동맥질환의 발병과 경과에 중요한 요인인 흡연이 관상동맥질환자의 삶의 질에 영향을 미치는 중요한 요인임을 강조하였다. 그런데 관상동맥질환자에서 금연의 중요성을 강조하는 것에 비해 이와 관련하여 삶의 질을 이해하고자 한 연구는 미흡하다. 관상동맥질환자의 삶의 질을 전반적인 건강상태를 중심으로 포괄적으로 파악하였던 선행연구들은 흡연의 영향력을 심도깊게 고려하지 못하고 있어 흡연이라는 특정 생활습관과 관련하여 삶의 질을 구체적으로 파악하는 것이 필요하다. 그러므로 관상동맥질환자에게 흡연의 부정적인 영향을 설득력있게 설명하여 금연을 유도하기 위하여 흡연 행위와 관련된 관상동맥질환자의 삶의 질을 파악할 필요가 있다. 따라서 본 연구는 관상동맥질환자의 흡연력과 흡연으로 인해 관상동맥질환자가 주관적으로 느끼고 지각하는 삶의 질을 파악함으로써 성공적인 금연을 유도하여 삶의 질

주요어 : 삶의 질, 흡연, 관상동맥질환
1) 동국대학교 간호학과 조교수(교신저자 E-mail: sonhm@mail.dongguk.ac.kr)
2) 초당대학교 간호학과 전임강사
투고일: 2003년 9월 15일 심사완료일: 2003년 9월 29일

을 향상시킬 수 있는 중재 적용을 안내하는 기초자료로 활용하고자 시행되었다.

연구목적

- 관상동맥질환자의 흡연력을 파악한다.
- 관상동맥질환자의 삶의 질을 파악한다.
- 관상동맥질환자의 흡연력에 따른 삶의 질의 차이를 파악한다.
- 관상동맥질환자의 일반적 특성에 따른 삶의 질의 차이를 파악한다.

용어의 정의

- 삶의 질
- 이론적 정의 : 개인의 심리적, 사회적, 생리적 건강상태를 포함하는 전반적인 안녕 상태로 역할 기능의 능력, 사회생활의 정도와 질, 정신적인 안녕, 신체적인 증상, 생활의 만족도 등을 포함하는 총체적인 개념이다(Shin, 1998).
- 조작적 정의 : Oulfade 등(1999)이 개발한 금연 삶의 질 도구로 측정한 것을 말한다.

연구 방법

연구설계

본 연구는 관상동맥질환자의 흡연력과 삶의 질을 파악하고 흡연에 따른 삶의 질의 차이를 규명하기 위한 서술적 조사연구 연구이다.

연구 대상 및 자료수집

본 연구 대상자는 수도권의 일개 심장 전문 병원에서 관상동맥질환을 진단 받은 외래 환자 중에서 흡연 경험이 있으면서 금연을 시도해 본 적이 있는 남자 환자로 하였다. 연구 대상자에 대한 윤리적 고려를 위해 연구를 위해 훈련받은 2명의 연구보조원이 외래를 방문한 남자 환자에게 연구의 목적과 설문지 내용을 설명한 후 연구 참여에 대해 서면으로 동의를 받았다. 연구 대상자는 180명을 임의 표출하였다.

자료수집은 자가보고형 설문지에 연구 대상자가 직접 응답하도록 하였으며 스스로 응답하기 어려운 대상자의 경우 연구보조원 2명이 직접 면담을 통해 설문지를 작성하였다. 설문지는 연구 대상자에 대한 일반적인 정보, 흡연력, 삶의 질에 대한 내용으로 구성하였다. 흡연력은 본 연구자가 문헌고찰을 통해 확인한 내용으로, 흡연을 처음으로 시작한 연령, 흡연기간, 하루 흡연 양 등의 3문항으로 구성하였고 삶의 질은 Oulfade 등(1999)이 개발한 도구를 사용하였다. 설문지를 완성하는데 소요되는 시간은 약 15분이었고 응답이 부실한 자료를 제외하고 157부를 최종적으로 분석하였다. 자료수집 기간은 2002년 8월 1일부터 8월 30일까지 이었다.

연구 도구

- 삶의 질

Oulfade 등(1999)이 개발한 금연 삶의 질(smoking cessation of quality of life: SCQoL) 도구를 본 연구자가 번역하여 간호학과 교수 및 관상동맥질환자로부터 내용의 적합성과 용어의 적절성을 검증받았으며 번역한 도구를 역 번역하여 내용 타당도를 확인하였다.

본 도구는 사회적 상호작용 2문항, 인지 기능 3문항, 자기통제 5문항, 불안 2문항, 수면 3문항 등의 하위 요인으로 구성된 총 15문항의 5점 총화평정척도이며 점수가 높을수록 삶의 질이 높은 것을 의미한다. 도구개발당시 도구의 신뢰도 Cronbach's α는 0.75이었고 본 연구에서는 0.79이었다.

자료분석

본 연구의 자료는 SPSS-Win 10.0을 이용하여 분석하였다. 연구 대상자의 일반적인 특성, 흡연 실태는 빈도수와 백분율로 분석했고, 삶의 질은 평균과 표준편차를 구했다. 흡연력에 따른 삶의 질의 차이는 ANOVA로 분석한 후 Scheffe test로 사후검정을 하였다. 연구 대상자의 일반적 특성에 따른 삶의 질은 Mann-Whitney test로 분석하였다. 도구의 신뢰도는 Cronbach's coefficient α를 구하였다.

연구의 제한점

본 연구는 관상동맥질환의 주요 위험요인인 흡연 행위가 삶의 질에 미치는 영향을 파악하고자 하였기 때문에 관상동맥질환자의 전반적인 건강 문제로 인한 삶의 질을 이해하는데 제한점이 있다.

연구 결과

연구 대상자의 일반적 특성

연구 대상자의 연령은 60에서 69세가 44.6%로 가장 많았고, 그 다음이 50에서 59세가 28.0%로 많았다. 교육수준은 고등

학교 졸업이 37.6%로 가장 많았으며 직업은 무직이 48.5%로 가장 많았고 그 다음으로 자영업이 33.1%로 많았다. 결혼상태는 90.5%가 기혼이었으며 경제상태는 중이 83.4%로 가장 많았다. 진단명은 심근경색증이 45.2%, 협심증이 54.8%이었고, 질병이환기간은 10년 미만이 79.7%로 가장 많았다<Table 1>.

<Table 1> Demographic characteristics (n=157)

Items	Categories	N	%
Age (years)	≤ 39	3	1.9
	40-49	11	7.0
	50-59	44	28.0
	60-69	70	44.6
	70-79	29	18.5
Education	Elementary school	37	23.6
	Middle school	33	21.0
	High school	59	37.6
	University	28	17.8
Occupation	Company employee	14	8.9
	Independent enterprise	52	33.1
	Profession	11	7.0
	None	76	48.5
	Etc	4	2.5
Marital state	Married	142	90.5
	Unmarried	1	0.6
	Bereaved	14	8.9
Economic status	High	1	0.6
	Middle	131	83.4
	Low	25	16.0
Diagnosis	Myocardial infarction	71	45.2
	Angina	86	54.8
Duration of illness(years)	≤ 9	125	79.7
	10-19	31	19.7
	≥ 20	1	0.6

흡연력

흡연력은 본 연구자가 문헌고찰을 통하여 흡연을 시작한 연령, 흡연 기간, 하루 흡연 양 등의 3가지 항목으로 조사하였다. 흡연을 시작한 나이는 20대가 61.8%로 가장 많았으며 그 다음으로 30대 이상이 26.1%로 많았으며 10대가 12.1%이었다. 흡연 기간은 30-39년 사이가 37.6%로 가장 많았고 그 다음으로 40년 이상이 33.1%, 29년 이하가 29.3%의 순으로 많은 것으로 나타났다. 하루 흡연양의 경우, 20-29 개비를 피우는 대상자가 50.3%로 가장 많았고, 그 다음으로 19 개비 이하가 35.7%, 30 개비 이상 14.0%로 나타났다<Table 2>.

삶의 질

연구 대상자의 삶의 질은 최소 33점, 최대 66점을 나타냈고

<Table 2> Smoking history (n=157)

Items	Categories	N	%
Age to begin smoking(years)	≤ 19	19	12.1
	20-29	97	61.8
	≥ 30	41	26.1
Duration of smoking(years)	≤ 29	46	29.3
	30-39	59	37.6
	≥ 40	52	33.1
Smoking amount per day(piece)	≤ 19	56	35.7
	20-29	79	50.3
	≥ 30	22	14.0

평균은 50.48±7.11 점이었다. 하위 요인별 삶의 질 평균은 사회적 상호작용 영역이 6.85(±1.17)점, 인지 기능 영역은 10.37(±2.19)점, 불안 영역은 6.41(±1.67)점, 자기 통제 영역은 17.00(±3.79)점, 수면 영역은 9.99(±2.02)점이었다<Table 3>.

<Table 3> Mean scores of quality of life and its subcategories (n=157)

Factors	Minimum	Maximum	Mean±SD
Social interaction QOL	4.00	10.00	6.85±1.17
Cognitive functioning QOL	6.00	15.00	10.37±2.19
Anxiety QOL	2.00	10.00	6.41±1.67
Self control QOL	9.00	24.00	17.00±3.79
Sleep QOL	3.00	14.00	9.99±2.02
Total QOL	33.00	66.00	50.48±7.11

QOL : quality of life

흡연력에 따른 삶의 질의 차이

흡연을 시작한 연령에 따라 삶의 질이 차이가 나타났는데, 흡연을 시작한 연령이 20대인 경우에서 삶의 질이 가장 높은 것으로 나타났다. 그밖에 흡연 기간이나 하루 흡연 양에 따라 삶의 질은 차이가 없었다<Table 4>. 또한 흡연력에 따른 하위 요인별 삶의 질은 흡연을 시작한 나이에 따라 인지적 기능

<Table 4> Quality of life according to smoking history (n=157)

Items		Quality of life(Total)			
		N	Mean±SD	F	P
Age to begin smoking(year)	≤19	19	48.85±7.08	3.17	0.04*
	20-29	97	51.60±7.01		
	≥30	41	48.59±7.00		
Duration of smoking(year)	≤29	46	51.17±6.92	1.07	0.35
	30-39	59	51.20±7.12		
	≥40	52	49.43±7.00		
Smoking amount per day (piece)	≤19	56	52.02±5.47	2.24	0.11
	20-29	79	49.81±7.97		
	≥30	22	48.86±7.25		

* : P<0.05

영역의 삶의 질에 차이가 있는 것으로 나타났으며 흡연 기간이나 흡연 양에 따른 삶의 질 각각의 하위 요인에서는 차이가 없는 것으로 나타났다. 사후검정에서 20-29세 그룹이 30세 이상 그룹보다 인지적 기능 영역의 삶의 질이 높은 것으로 나타났다<Table 5>.

일반적 특성에 따른 삶의 질의 차이

본 연구대상자는 연령에 따라 사회적 상호작용 삶의 질이 유의하게 차이가 있는 것으로 나타났다. 교육 수준은 인지 기능 삶의 질, 불안 삶의 질, 자기 통제 삶의 질, 수면 삶의 질 및 삶의 질 전체에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 기타 직업이나 진단명, 그리고 질병이환기간 삶의 질에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다<Table 6>.

논 의

관상동맥질환자가 수행해야 하는 건강 행위는 금연, 식이조절, 운동, 스트레스 관리 등의 생활습관을 변화시키는 것이 포함된다(Zimmerman & Connor, 1989). Califf(2000)는 흡연자가 흡연으로 인한 미래 위험보다 즉각적인 만족에 더 많은 비중을 두고 있고, 흡연에 대한 긍정적인 생각, 흡연의 중독성 등으로 금연이 어렵다고 하였다. 특히 관상동맥질환자의 흡연은 생명에 위협적임에도 불구하고 높은 흡연율을 보인다는 보고가 많다(McKenna & Higgins, 1997; Stillman, 1995). 본 연구 결과를 통해서도 관상동맥질환자의 흡연율이 심각하다는 것을 확인할 수 있었는데 이는 관상동맥질환자의 금연 실천과 지속에 많은 어려움이 있음을 시사한다.

본 연구 대상자는 흡연 시작 연령이 20대가 61.8%, 30대 이상이 26.1%이었고 흡연 기간은 30-39년이 37.6%, 40년 이

<Table 5> Quality of life in subcategories according to smoking history (n=157)

Items		Social interactions				Cognitive functioning				Anxiety				Self control				Sleep			
		N	Mean±SD	F	P	N	Mean±SD	F	P	N	Mean±SD	F	P	N	Mean±SD	F	P	N	Mean±SD	F	P
Age to begin smoking (year)	≤19	19	6.45±1.19			19	10.6 ±2.15			19	6.35±1.73			19	15.90±2.94			19	9.40±2.23		
	20-29	97	6.87±1.22	1.62	0.20	97	10.75±2.22	4.44	0.01*	97	6.59±1.72	1.67	0.19	97	17.53±3.67	2.50	0.09	97	10.13±1.96	1.11	0.33
	≥30	41	7.02±1.04			41	9.50±1.97			41	6.02±1.47			41	16.30±4.29			41	9.93±2.08		
Duration of smoking (years)	≤29	46	6.57±1.09			46	10.50±1.92			46	6.48±1.52			46	17.51±3.82			46	10.17±2.06		
	30-39	59	6.93±1.23	1.95	0.15	59	10.48±2.12	0.30	0.75	59	6.69±1.67	0.98	0.38	59	17.16±3.75	1.21	0.30	59	10.20±1.93	1.07	0.34
	≥40	52	7.02±1.10			52	10.20±2.50			52	6.26±1.66			52	16.35±3.80			52	9.70±1.93		
Smoking amount per day (pieces)	≤19	56	6.88±1.21			56	10.7 ±1.92			56	6.53±1.56			56	17.75±2.87			56	10.18±1.68		
	20-29	79	6.94±1.15	1.20	0.30	79	10.09±2.34	1.43	0.24	79	6.34±1.62	0.21	0.81	79	16.62±4.27	1.77	0.17	79	9.96±2.08	0.67	0.51
	≥30	22	6.50±1.19			22	10.55±2.24			22	6.38±2.16			22	16.45±3.97			22	9.59±2.63		

* : P<0.05

<Table 6> Quality of life according to demographic characteristics (n=157)

Items		Social interactions				Cognitive functioning				Anxiety				Self control				Sleep				Quality of life(total)			
		N	Mean rank	U	P	N	Mean rank	U	P	N	Mean rank	U	P	N	Mean rank	U	P	N	Mean rank	U	P	N	Mean rank	U	P
Age(yeasr)	<60	58	69.28	2307.5	0.03*	58	82.74	2712.0	0.49	58	78.05	2816.0	0.76	58	75.15	2630.5	0.4	58	87.55	2491.0	0.11	58	77.11	2742.5	0.93
	≥60	99	85.43			99	77.62			99	80.34			99	81.19			99	75.66			99	77.73		
Education	<high school	72	79.49	3024.5	0.90	72	66.62	2174.0	0.00*	72	69.87	2402.5	0.02*	72	77.75	2964.5	0.8	72	71.74	2537.5	0.05*	72	67.96	2272.5	0.02*
	≥high school	85	78.58			85	89.22			85	86.74			85	79.12			85	85.99			85	84.62		
Occupation	yes	82	74.22	2683.0	0.15	82	78.11	3006.0	0.80	82	78.30	3017.5	0.84	82	74.46	2710.0	0.2	82	84.66	2692.5	0.13	82	74.70	2736.0	0.50
	no	75	84.23			75	79.95			75	79.77			75	82.87			75	73.93			75	79.52		
Diagnosis	myocardial infarction	71	73.96	2695.0	0.16	71	80.49	3011.0	0.81	71	80.68	3004.5	0.77	71	83.94	2702.5	0.2	71	81.56	3013.0	0.70	71	79.74	2783.5	0.57
	angina	86	84.02			86	78.72			86	78.53			86	74.92			86	78.74			86	75.64		
Duration of illness(years)	<5	78	76.62	2895.0	0.50	78	81.66	2870.5	0.46	78	75.34	2795.5	0.31	78	81.43	2810.0	0.4	78	82.94	2848.5	0.34	78	79.79	2711.5	0.43
	≥5	79	81.35			79	76.30			79	82.61			79	75.49			79	76.06			79	74.18		

* : P<0.05

상이 33.1%로 대부분 대상자의 흡연 기간이 30년 이상으로 나타났다. 관상동맥질환자를 대상으로 한 Kim(2001)의 연구에서 흡연 기간이 28.5년으로 본 연구 대상자의 흡연 기간이 더 긴 것으로 나타났다. 이는 본 연구 대상자 대부분이 50대 이상인 것을 고려할 때, 본 연구 대상자가 20대에 흡연을 시작하여 50대와 60대까지 흡연을 지속하고 있다고 생각된다. Stillman(1995)은 흡연자의 50%가 심근경색증을 앓은 후 지속적으로 흡연을 하고 있으며, 64%가 수술 후에도 흡연을 지속적으로 하였다고 보고했다. McKenna & Higgins(1997)도 심장발작 경험자의 금연율은 일반인의 금연율보다 상대적으로 높은 것으로 알려져 있지만 관상동맥질환자의 지속적인 흡연과 재 흡연에 대해 우려하였다. 금연의 시도와 성공률은 심근경색증의 심각도와 심근경색증 후 혈관의 막힘 정도에 따라 달라지며 행동수정이나 금연중재 없이 대부분의 심근경색증 환자들은 6개월 내에 흡연을 다시 하게 된다고 하였다(Stillman, 1995). 또한 본 연구 대상자의 흡연 양이 하루에 20개비 이상이 50.3%, 30개비 이상이 14.0%로 확인되었는데, 이는 정상성인 남성을 대상으로 한 Chang & Park(2001)의 연구에서 15-25개비 이하가 49.4%, 25개비 이상이 15.2%이었던 것과 유사한 양상을 보였다.

이상에서 관상동맥질환자를 대상으로 한 본 연구 결과와 Kim(2001)의 연구 결과는 관상동맥질환자의 흡연율이 높다는 선행연구 결과를 지지하는 것으로, 이를 근거로 관상동맥질환자의 높은 흡연 양과 장기간 흡연이 일상생활 전반에 미치는 영향을 탐색하는 것이 필요하다. 이에 관상동맥질환자가 흡연을 통해 지각하게 되는 삶의 질은 금연과 관련된 일상생활의 변화와 밀접한 관련성이 있다고 생각된다.

최근 의료비 증가에 따라 비용 효과적인 측면에서 관상동맥질환자의 예방 및 치료에 삶의 질이 고려되고 있다. Probstfield(2003)는 비용 효과적인 차원에서 볼 때, 관상동맥질환자의 삶의 질 향상은 사망률 감소와 질병 치료 효과를 증가시키는 것과 마찬가지로 중요하다고 하였다. 삶의 질 개념은 포괄적이어서 지금까지 삶의 질에 대한 개념이 학자마다 다양하게 제시되고 있지만 최근 삶의 질에 대한 개념은 건강 관련 삶의 질 개념으로 수용되고 있으며, 삶의 질 개념으로 흔히 역할 기능, 사회생활의 정도와 질, 정신적인 안녕, 신체적 증상, 생활의 만족도 등을 총체적으로 다룬다(Shin, 1998). 이에 Taira 등(1999)은 SF-36을 이용하여 관상동맥질환자의 금연으로 인한 삶의 질을 파악하였으나, Olufade 등(1999)은 흡연과 관련하여 금연이라는 구체적인 생활양식에 따른 삶의 질을 파악하기 위하여 금연 삶의 질 측정 도구를 개발하였다.

Olufade 등(1999)이 보고한 금연 삶의 질 측정 도구의 내적 일관성은 0.75이었고 본 연구에서는 0.79로 거의 유사하게 나타났다. Olufade 등(1999)의 결과를 본 연구결과와 비교해 보면, 사회적 상호작용 평균은 3.80(Olufade 등, 연구) vs 6.85(본 연구), 인지적 기능 3.69 vs 10.37, 불안 3.58 vs 6.41, 자기 통제 2.39 vs 17.0, 수면 3.47 vs 9.99로 나타났다. 본 연구 대상자는 모든 영역에서 Olufade 등(1999)의 연구 대상인 일반 성인 흡연자보다 높게 나타났는데, 특히 자기 통제 부분에서 상당히 높았다. 이는 일반 성인 흡연자보다 관상동맥질환자의 삶의 질이 낮을 것이라는 일반적인 가정에 상치되는 결과이었다. 본 연구 대상자가 질병관리 차원에서 평소 자기 통제 영역의 중요성에 많이 노출되어 있어 이러한 점이 금연 삶의 질에 영향을 미치고 있다고 생각된다.

한편 본 연구 대상자의 흡연력에 따른 삶의 질의 차이는 흡연을 처음 시작한 연령만이 금연 삶의 질에 영향을 미치는 것으로 파악되었다. 삶의 질은 흡연 시작 나이가 20대에서 가장 높았으며 하위 범주별 삶의 질은 흡연을 시작한 연령이 20대에서 인지적 기능 영역의 삶의 질이 높은 것으로 나타났다. 이는 흡연 시작 연령이 어릴수록 흡연 기간이 상대적으로 길어 집중의 어려움, 기억력 장애, 사고의 어려움 등을 평가하는 인지적 기능에 장애가 있을 것이라는 일반적인 가정과 차이가 있었다. 본 연구 결과에서 흡연 기간에 따른 삶의 질에 차이가 없게 나타난 점 또한 인지기능 장애에 대한 일반적인 가정을 지지하지 못함을 반영하고 있다. 본 연구결과에서 흡연의 양에 따라 삶의 질에 차이가 있을 것이라는 가정에 의미있는 결과를 얻지 못했지만, 관상동맥질환자가 현재 삶의 질을 어떻게 지각하고 있는가에 흡연 시작 연령이나 흡연 기간과 함께 흡연의 양이 대상자에게 미치는 영향력을 배제할 수 없을 것 같다. 흡연의 양은 니코틴 의존도와 관련이 있는 것으로, 인지 기능장애에 영향을 미칠 것으로 판단된다.

따라서 흡연력과 삶의 질을 설득력있고 의미있게 설명하기 위해서는 니코틴 의존도를 함께 파악하는 것이 바람직할 것으로 생각된다. 그리고 지속적인 흡연자가 비흡연자나 금연자보다 신체적 기능 영역의 삶의 질이 더 나빴다는 보고(Taira et al., 2000)와 흡연 상태보다 사회경제적인 요인이 삶의 질에 영향을 미친다는 보고(Tillmann & Silcock, 1997)를 고려하여 인구의학적 변수들을 포함하여 삶의 질을 비교하는 반복연구가 필요하다.

이상에서 관상동맥질환자의 효율적인 금연을 위해서 지난 25년 동안 흡연이나 금연에 대한 연구들이 상당히 많이 수행되어 왔음에도 불구하고 효과적인 금연이 이루어지지 못하는 점에 대해 다각적인 숙고가 필요하다. 무엇보다도 많은 의료인들은 금연 중재의 장애로 대부분의 흡연자들이 금연하고자 하는 의지가 약하다고 생각한다(Prochaska & Goldstein., 1991). 그러나 금연 과정은 금연을 위한 투쟁, 담배의 의인화, 계획된 금연, 새로운 습관으로 옛날 습관을 대치하는 어려운

과정이 수반된다(Bott, Cobb, Scheibmeir & O'Conell, 1997).

먼저 의료인들이 어려운 투쟁인 금연 과정을 이해하고, 지지를 제공하고, 금연 과정의 다양한 단계에 적절한 중재 전략을 확인하는 것이 매우 중요함을 인식해야 한다. 또한 참여자의 관점에서 생생한 경험을 파악하는 질적 연구가 필요하다는 Bott 등(1997)의 주장을 고려하는 것이 바람직하다. 마지막으로 개인의 금연에 대한 의사결정의 차원과 질은 현재 흡연 상태와 흡연 행위 변화를 시도하는 것이 중요하기 때문에 (Velicer et al., 1985) 흡연 행위 변화, 즉 금연의 자기 변화를 유도하는데 널리 알려진 이론인 범이론적 모델(transtheoretical model)(Prochaska & DiClemente, 1983; Prochaska & Goldstein., 1991; Prochaska & Goldstein. 1991; Prochaska, Velicer, DiClemente & Fava, 1988)을 적용하여 관상동맥질환자의 금연 변화 단계를 파악하고 각 단계 별 개인의 변화 기전을 파악함으로써 개인에게 맞는 맞춤 중재의 제공을 고려해야 할 것이다.

결론 및 제언

본 연구는 관상동맥질환자의 흡연력과 삶의 질을 파악하고 흡연에 따른 삶의 질의 차이를 규명하기 위해 시행되었다.

연구 대상자는 일개 심장 전문 병원에서 관상동맥질환을 진단 받은 외래 환자 중 연구에 참여하기를 동의한 흡연 경험이 있는 남자 환자 157명을 임의추출 하였다. 자료수집은 연구 대상자가 자가보고형 설문지에 직접 응답하도록 하였으며 Oulfade 등(1999)이 개발한 도구를 이용하여 삶의 질을 측정하였다. 자료분석은 SPSS-Win 10.0을 이용하였다.

본 연구의 주요 결과는 다음과 같다. 본 연구 대상자의 연령 분포는 60에서 69세가 44.6%로 가장 많았고, 진단명은 심근경색증이 45.2%, 협심증이 54.8%이었다. 흡연을 시작한 연령은 20대가 61.8%로 가장 많았으며 흡연 기간은 30-39년 사이가 37.6%로 가장 많았고 하루 흡연양은 20-29개비를 피우는 대상자가 50.3%로 가장 많았다. 또한 연구 대상자의 삶의 질 평균은 50.48±7.11점이었고 하위 요인별 금연 삶의 질 평균은 자기 통제 영역(17.00±3.79), 인지 기능 영역(10.3±2.19), 수면 영역(9.99±2.02)에서 높았다. 흡연력에 따른 삶의 질 차이는 흡연을 시작 연령이 20대인 경우 삶의 질이 가장 높은 것으로 나타났고 흡연 기간이나 하루 흡연 양에 따라 삶의 질은 차이가 없었다. 또한 흡연력에 따른 하위 요인별 삶의 질은 흡연을 시작한 나이에 따라 인지적 기능 영역의 삶의 질에 차이가 있는 것으로 나타났다. 본 연구 결과를 통해 흡연력은 관상동맥질환자의 삶의 질에 부분적으로 영향을 미치고 있음을 확인할 수 있었다.

본 연구 결과를 토대로 다음과 같은 제언을 한다.

- 관상동맥질환자의 흡연력에 따른 하위 요인별 금연 삶의 질을 파악하는 반복연구가 필요하다.
- 관상동맥질환자의 금연 중재 적용 후 금연 삶의 질의 차이를 비교하는 연구가 필요하다.
- 관상동맥질환자의 금연 경험에 대한 질적 연구의 시행을 통해 금연 단계에 따른 금연 전략을 탐색하는 것이 필요하다.
- 관상동맥질환자의 금연 변화 단계를 파악하고 각 단계 별 개인의 변화 기전을 파악하는 연구가 필요하다.

References

Bott, M. J., Cobb, A. K., Scheibmeir, M. S., & O'Conell, K. A. (1997). Quitting: Smokers relate their experiences. *Quali Health Res, 7*(2), 255-269.

Califf, R. N. (2000). Cigarette smoking : How much worse can it get? *Circulation, 102*, 1340-1341.

Carlsson, R. (1998). Serum cholesterol, lifestyle, working capacity and quality of life in patients with coronary artery disease. Experiences from a hospital-based secondary prevention programme. *Scand Cardiovasc J Suppl., 50*, 1-20.

Chang, S. O., & Park, C. S. (2001). A study on the variables that influence stages of change in smoking cessation. *J Korean Fund Nurs, 8*(3), 391-400.

Chia, S., & Newby, D. E. (2002). Atherosclerosis, cigarette smoking, and endogenous fibrinolysis : Is there a direct link? *Curr Atheroscler Rep, 4*(2), 143-148.

Choe, M. A., Padilla, G. V., Chae, Y. R., & Kim, S. (2001). The meaning of health-related quality of life in a Korean sample, *Int J Nurs Stud, 38*, 557-566.

Epstein, L. H., & Perkins, K. A. (1988). Smoking, Stress, and coronary hear disease. *J Consult Clin Psychol, 56*(3), 342-349.

Griebel, B., Wewers, M. E., & Baker, C. A. (1998). The effectiveness of a nurse-managed minimal smoking-cessation intervention among hospitalized patients with cancer. *Oncol Nurs Forum, 25*(5), 897-902.

Kim, E. K. (2001). *Smoking-cessation Model for male patients with coronary heart disease.* Unpulbilishe doctoral dissertation, Seoul National University, Seoul.

Klersy, C., Collarini, L., Morellin, M. C., & Cellino, F. (1997). Heart surgery and quality of life : A prospective study on ischemic patients. *Euro J Cardio-thorac, 12*, 602-609.

Koertge, J., Weidner, G., Elliott-Eller, M., Scherwitz, L., Merritt-Worde, T. A., Marlin, R., Lipsenthal, L., Guarneri, M., Finkel, R., Saunders, D. E., McCormac, P., Scheer, J. M., Collins, R. E., & Ornish, D. (2003). Improvement in medical risk factors and quality of life in women and men with coronary artery disease in the multicenter lifestyle demonstration project. *Am J Cardiol, 91*,

1316-1322.

McKenna, K., & Higgins, H. (1997). Factors influencing smoking cessation in patients with coronary artery disease. *Patient Edu Couns, 32*, 197-205.

Oulfade, A. O., Shaw, J. W., Foster, S. A., Leischow, S. J., Hays, R. D., & Coons, S. J. (1999). Development of the smoking cessation quality of life questionnaire. *Clin Ther, 21*(12), 2113-2130.

Probstfield, J. L. (2003). How cost-effective are new preventive strategies for cardiovascular disease? *Am J Ccardiol, 22*(91), 22-27.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking; Toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol, 51*(3), 390-395.

Prochaska, J. O., & Goldstein, M. G. (1991). Process of smoking cessation : Implications for clinicians. *Clin in Chest Med, 12*(4), 727-735.

Prochaska, J. O., Velicer, W. F., DiClemente, C. C., & Fava, J. (1988). Measuring process of change: Applications to the cessation of smoking. *J Consult Clni Psychol, 56*(4), 520-528.

Shin, H. C. (1998). The definition of health related quality of life scale. *J Korean Acad Fam Med, 19*(11), 1008-1015.

Stillman, F. A. (1995). Smoking cessation for the hospitalized cardiac patient: Rationale for and report of a model program. *J Cardiovasc Nurs, 9*(2), 25-36.

Song, K. J. (2001). *The effects of self-efficacy promoting cardiac rehabilitation program on self-efficacy, health behavior, and quality of life.* Unpublished doctoral dissertation, Seoul National University, Seoul.

Taira, D. A., Seto, T. B., Ho, K. K. L., Krumholz, H. M., Cutlip, D. E., Gerezin, R., Kuntz, R. E., & Cohen, D. J. (2000). Impact of smoking on health-related quality of life after percutaneous coronary revascularization. *Circulation, 102*, 1369-1374.

Tillmann, M., & Silcock, J. (1997). a comparison of smoker's and ex-smokers' health-related quality of life. *J Public Health Med, 19*, 268-273.

Velicer, W. F., DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., & Brandenburg, N. (1985). Decisional balance measure for assessing and predicting smoking status. *J Pers Soc Psychol, 48*(5), 1279-1289.

Zimmerman, R. S., & Connor, C. (1989). Health promotion in context: The effects of significant others on health behavior change. *Health Edu Q, 16*(1), 57-75.

Smoking History and Quality of Life in the Patients with Coronary Artery Disease

Son, Haeng-Mi[1] · Lee, Dong-Suk[2]

1) Assistant Professor, Department of Nursing, College of Medicine, Dongguk University
2) Full-Time Lecturer, Department of Nursing, Chodang University

Purpose: The purpose of this study was to investigate smoking history and quality of life in the patients with coronary artery disease (CAD). **Method:** Data were collected from 157 men who quit smoking or attempted to quit smoking. Quality of life was measured with the SCQoL(smoking cessation quality of life) scale which was developed by Olufade et al. (1999), and includes 5 factors; social interactions, cognitive functioning, self control, anxiety, and sleep. **Result:** The patients usually smoking in their twenties (61.8%), continued to smoke for over 30 years (70.7%), and smoked 20-29 cigarettes a day (50.3%). The total mean scores for the SCQoL was 50.48±7.11. Of the 5 factors, self control had the highest mean score (17.00±3.79). Patients who began smoking in their twenties had a higher SCQoL. However, there were no significantly differences in the SCQoL according to duration of smoking or amount of smoking per day. **Conclusion:** Age when smoking is begun is an important variable to explain SCQoL in patients with CAD. But, further study is needed to identify the influence of other variables such as duration and amount of smoking.

Key words : Quality of life, Smoking, Coronary artery disease

• *Address reprint requests to : Son, Haeng-Mi*
Department of Nursing, College of Medicine, Dongguk University
707, Seokjang dong, Gyeongju, Gyeongbuk 780-714, Korea
Tel: +82-54-770-2621 Fax: +82-54-770-2616 E-mail: sonhm@mail.dongguk.ac.kr