

금연 단계에 따른 삶의 질

연세대학교 대학원

간 호 학 과

김 선 정

금연 단계에 따른 삶의 질

지도 유 일 영 교수

이 논문을 석사 학위논문으로 제출 함

2005년 12월 일

연세대학교 대학원

간 호 학 과

김 선 정

김선정의 석사학위논문을 인준함

심사위원_____인

심사위원_____인

심사위원_____인

연세대학교 대학원

간 호 학 과

2005년 12월 일

감사의 글

지난 학기 논문을 진행하면서 한없이 부족한 저를 느끼며 힘든 시간도 있었지만, 주위의 모든 분들의 소중함을 느낄 수 있는 중요한 시간 이었습니다. 이 논문이 완성되기까지 많은 관심과 격려를 베풀어 주신 주위의 모든 분들께 깊은 감사를 드립니다.

특히 논문의 시작부터 끝까지 저의 관심현상을 연구로 발전할 수 있게끔 지적 자극을 심어주시고, 논문의 시작부터 마무리까지 체계적이고 논리적인 틀을 잡아주시고, 제 상황을 배려해주시며 따뜻한 격려를 아끼지 않으셨던 유일영 교수님께 진심으로 감사드립니다. 친히 전화까지 해주시며 예리한 통찰력으로 논문 구석구석의 영성한 부분들을 지적해 주시고 따뜻하게 격려해 주신 김광숙 교수님께도 감사드립니다. 더불어 바쁘신 와중에도 세심한 지도와 격려를 해주신 신용일 교수님께도 감사드립니다.

대상자 선정의 어려움 때문에 논문을 포기해야하는 순간, 제 논문계획서를 보신 후 흔쾌히 자료 수집을 허락해주신 양천구 보건소 보건지도과 건강증진팀의 김형숙 팀장님께 진심으로 감사드립니다. 바쁘신 와중에도 제 논문의 설문지를 도와주시며 깊은 관심을 보여 주셨던 김진경 간호사 선생님께도 진심으로 감사드립니다.

과정이 힘들어 지칠 때마다 용기와 힘을 불어넣어준 대학원 동기 이주은 선생님, 양혜진 선생님, 우수희 선생님, 문숙자 선생님의 고마움은 결코 잊을 수 없을 것이며, 한 학기 내내 같이 논문을 진행하면서 많은 조언과 격려와 힘이 되어준 김 순애 선생님, 유하나 선생님에게도 고마운 마음을 전하고 싶습니다. 그리고 매 순간순간 가장 어려운 문제를 해결해주고 논문의 시작에서 마무리까지 예리한 통찰력과 따뜻한 관심과 격려를 아끼지 않았던 인생의 멘토인 선배에게도 진심으로 감사한 마음을 전하고 싶습니다. 멀리 미국에서 제 논문에 열렬한 응원을 보내준 소연이, 후배 혜인이, 혜수 에게도 고마운 마음을 전하고 싶습니다.

가족이 있었기에 지금에 제가 있다는 생각이 듭니다. 일과 학업을 병행하느라 항상 바쁘고 지쳐있는 절 이해해주고 응원해준 가족에게 감사하며, 부족한 딸을 따듯한 사람으로 지켜봐주시고 아낌없이 후원해주시는 존경하는 부모님께 무한한 사랑과 감사의 마음을 담아 이 논문을 바칩니다.

차 례

표 차례	iii
부록차례	iv
국문 요약	v
I. 서론	1
A. 연구의 필요성	1
B. 연구의 목적	3
C. 용어 정리	4
II. 문헌 고찰	5
A. 금연관련 이론	5
1. 범이론적 모델(Transtheoretical Model)	5
2. 인지 행동 요법	8
3. 계획된 행위이론(Theory of Planned Behavior)	9
B. 금연교육 프로그램 및 선행 연구	10
C. 금연 관련 삶의 질	11
III. 연구 방법	13
A. 연구 설계	13
B. 연구 대상	13
C. 연구 도구	14
D. 자료 수집 기간 및 방법	15
E. 자료 분석 방법	16

IV. 연구 결과	17
A. 대상자의 일반적 특성과 흡연 및 질병관련 특성	17
B. 대상자의 금연 관련 삶의 질(SCQoL)	21
C. 금연 단계에 따른 삶의 질	29
V. 논의	35
A. 개인적 특성에 따른 금연 관련 삶의 질	35
B. 금연 프로그램 적용 후 성공 유무에 따른 금연관련 삶의 질 변화	
- 유지단계 또는 재 흡연 단계	38
VI. 결론 및 제언	41
A. 결론	41
B. 제언	43
참고 문헌	44
부 록	52
영문 초록	67

표 차례

<표. 1> 대상자의 일반적인 특성	18
<표. 2> 대상자의 흡연관련 요소	19
<표. 3> 대상자의 질병관련 요소	20
<표. 4> 대상자의 금연 관련 삶의 질	22
<표. 5> 질병과 관련된 금연 관련 삶의 질	24
<표. 6> 흡연기간에 따른 금연관련 삶의 질	26
<표. 7> 흡연량에 따른 금연관련 삶의 질	27
<표. 8> 갑년에 따른 금연관련 삶의 질	28
<표. 9> 금연 프로그램 전 유지군과 재 흡연군의 금연 전 금연관련 삶의 질	30
<표. 10> 금연 유지군(성공 후) 금연관련 삶의 질의 변화	31
<표. 11> 재 흡연 군(실패 후) 금연 관련 삶의 질의 변화	33
<표. 12> 금연관련 삶의질, 흡연기간, 갑년, 질병 간의 상관관계 조사	34

부록 차례

<부록. 1> 질문지	52
<부록. 2> Smoking Cessation Quality of Life(1999) 사용 위한 Letter	62
<부록. 3> Smoking Cessation Quality of Life(1999) 사용 허가 Letter	65
<부록. 4> 금연 클리닉 사업 소개	66

금연변화 단계에 따른 삶의 질

본 연구는 금연단계에 따른 삶의 질의 변화를 알아보고, 그 결과를 효과적인 금연 방법 개발을 위한 근거 자료로 마련하고자 시도된 종단적 서술적 상관관계 연구이다.

서울의 Y보건소 금연 클리닉의 금연 프로그램에서 금연 치료를 받고 있는 사람 중에서 금연 클리닉 등록 후 금연 시작일 전까지의 40명을 대상으로 하였다. 질문지법을 사용한 1차 자료 수집은 직접 면담을 하였고, 상담 치료·행동치료 및 약물치료가 끝나는 시점인 6주 후에 전화를 통한 2차 수집을 하였다.

연구도구로 SCQoL-Smoking Cessation Quality of Life(Olufade et al, 1999)을 사용하였으며, 자료 분석은 SPSS WIN13.0 프로그램을 이용하여 기술 통계, one-way ANOVA test, t-test, Pearson Correlation analysis를 이용하였다.

연구의 결과는 다음과 같다.

1. 금연 계획단계의 금연 관련 삶의 질은 흡연 기간, 흡연량에 따라서는 특별한 차이가 없었으나, 누적 흡연량을 나타내는 갑년에서는 유의한 차이가 있다.

2. 금연 프로그램 시도 후 금연 유지단계 군(성공군)과 재 흡연 단계군(실패군)에서 금연 전 시점에서의 금연 관련 삶의 질의 전체 점수에서는 유의한 차이가 없으나, 하부계념인 자기절제항목에서 금연 유지 단계 군이 재 흡연군에 비해 높게 나타났다.

3. 금연 유지군 에서는 금연 프로그램 전·후 금연 관련 삶의 질에 유의한 차이가 보인 반면 재 흡연 군에서는 유의한 차이가 없었다.

이상의 결과를 종합해 볼 때 금연 후 삶의 질은 금연 전 보다 향상됨을 알 수 있으며, 이는 금연 준비 단계나 계획단계, 흡연 중인 대상자에게 금연하거나 다음 단계로 이행하는데 동기가 된다고 볼 수 있다. 따라서 흡연자들에게 효율적인 금연 프로그램을 개발하기 위해서는 금연 단계에 따른 다양한 욕구를 고려한 프로그램이 개발되어야 할 것으로 생각된다.

핵심되는 말 : 금연, 금연단계, 삶의 질, 금연관련 삶의 질.

I. 서론

A. 연구의 필요성

흡연은 질병과 조기 사망의 예방 가능한 가장 중요한 원인으로 확인 되고 있으며 미국의 경우 연간 흡연으로 인한 사망률은 35만을 넘는 것으로 추산되고 있다(Fiore et al, 2000). 우리나라의 경우 흡연비율은 여성이 6.1%이고, 남성의 73%가 흡연을 하고 있었으며, 그 중 하루 한 갑을 피우는 경우가 57.7%를 차지하는 것으로 보고되었다(한국 갤럽조사, 2003). 또한 담배 의존은 세계 보건 기구의 국제질병분류인 ICD-10에 의해 정신과 행동장애로 분류되고 있으며(World Health Organization, 1992), 흡연이 건강에 미치는 영향에 대한 연구들이 꾸준히 발표되고 있다.

우리나라의 경우 각종 암의 원인뿐만 아니라 호흡기 질환과 관상동맥 질환, 임신에 따른 각종 합병증, 소화성 궤양 등이 흡연과 관련되어 있으며(김일순, 1995), 1년에 약 3만 5천명이 담배로 인한 질병으로 사망하고 있고, 앞으로 30년 후에는 사망자의 수가 6만 명을 상회 할 것으로 예상된다(한국금연운동협의회, 2002).

미국도 만성 폐질환의 80%, 심장질환과 암으로 인한 사망의 67%가 흡연에 의한 것으로 발표되었으며(CDC, 2004), 10년 이상 흡연한 사람은 비흡연자에 비해 사망률과 질병 이환율이 높은 것으로 보고되었다(World Bank, 1999). 흡연과 질병의 관계를 본 일본 연구에서는 연령, 비만도, 당뇨, 담낭질환을 통제하였을 때 비흡연자에 비해 현재 흡연자의 췌장암 비교위험도는 남자가 1.6, 여자가 1.7로 흡연이 췌장암으로 인한 사망의 위험을 증가시킨다고 보고하였다(Lin et al, 2002). 생활 습관 면에서도 흡연자는 비흡연자에 비해 수면을 적게 취하고, 조반을 거르며, 적극적으로 운동을 하지 않고, 과음을 한다고 보고되었다(Reviki et

al, 1991). 또한 흡연은 비만과 더불어 개인의 삶의 질에 영향을 줄뿐 아니라 의료비용, 입원, 투약비용을 증가시킨다는 결과가 있다(Murray et al, 2001). 이와 같은 흡연의 피해와 더불어 금연의 효과에 대하여도 많이 연구 되어 오고 있다.

흡연자가 금연한 지 1년이 지나면 관상동맥질환으로 발생할 가능성이 반으로 줄어들고, 2년이 지나면 비흡연자의 위험도와 같아진다(Rosenberg et al, 1985). 금연 후 첫 2년 지나면 심근경색이나 뇌졸중의 위험도는 절반 정도로 감소되고(Karnath et al, 2002), 5년 이상 지난 남성의 관상동맥질환 사망률은 거의 비흡연자와 비슷하게 감소되는 것으로 보고되었다(Tverdal et al, 1993).

흡연자의 90%가 금연하기를 원하며 매년 15%의 흡연자가 금연을 시도 한다(Sexton et al, 1991). 우리나라 흡연자들 중 58.5%가 금연 경험이 있으며 평균 금연횟수는 2.1회로 나타나는 것으로 보고되었다(신성례, 1997). 흡연과 암의 관련성에 대한 첫 보고가 있는 후 미국 내에서 37만 명의 흡연자가 금연에 성공을 하였으며, 이 가운데 90%가 자조적인 방법으로 금연을 하였다고 보고하였다(American Cancer Society, 1986).

자조적인 방법으로 금연에 성공하는 사람들이 많음에도 불구하고 금연에 대한 연구는 거의 금연 클리닉에 초점이 맞추어져 왔다. 최정숙(1999)의 연구에서도 금연 프로그램은 치료자가 주도하기보다는 대상자의 자발적인 동기에 의해서 시도하는 것이 효과적이라고 보고하였다. 또한 가장 장기적인 효과를 볼 수 있는 방법은 금연교육이며(김현옥, 2002.), 금연하고자 하는 본인의 의지가 있을 때 가장 효과가 있다고 발표 되었다(권영훈, 2003). Williams(2001) 등의 연구에서는 과거 흡연자와 현재 흡연자 모두 개인의 의지와 의사의 충고를 금연에 있어 가장 중요한 두 가지 성공요인으로 꼽았다. 또한 금연을 촉진시키는 요소로는 자기 효능감, 자신감, 흡연 관련질환의 경험, 금연을 하면 건강이 좋아진다는 믿음 등이 보고되고 있다(Kvinz et al, 1994: Clark et al, 1999: Bowen et al, 2000).

우리나라에서도 건강증진에 관한 요구도가 증가하면서 금연에 대한 인식이 긍정적인 변화를 보이고 있는 가운데 여러 병원에서 금연 클리닉을 운영하고 있으며 정부 차원에서도 금연 정책을 발표하고 2005년도에는 대부분의 보건소에서 금연 사업을 시행하고 있다(보건복지부, 2005).

지금까지 금연에 대한 연구는 청소년 흡연에 관한 연구(신성례, 1997), 관상동맥 질환자의 금연변화단계와 관련된 요인 및 장애요인에 대한 전향적 연구(김화순, 2005), 인지 행동 요법을 적용한 금연프로그램의 효과(최정숙, 2003), 범이론적 모델을 적용한 금연프로그램이 고등학생의 흡연행위와 사회 심리적 변인에 미치는 효과(김수진, 1999), 과거 의료이용이 금연에 미치는 영향(원소영, 2002) 등은 있으나, 흡연과 삶의 질에 관한 연구는 소수(백진주 외, 2001)에 불과한 실정이다.

이에 본 연구는 현재 금연 클리닉에 등록해서 동일한 금연자의 금연변화 단계(계획단계 와 유지단계 또는 재 흡연단계)에 따른 삶의 질을 비교 평가하여, 금연의도의 가장 큰 영향을 미치는 금연의 유익성을 삶의 질 수치로 알아보고, 이에 따라 금연 효과에 대한 근거 자료로 제공하고자 한다.

B. 연구의 목적

본 연구는 금연단계(계획단계, 유지단계, 재 흡연단계)에 따른 삶의 질의 변화를 알아보고, 그 결과를 효과적인 금연 방법 개발을 위한 근거 자료로 제공하고자 한다. 그 구체적인 목적은 다음과 같다.

- (1) 금연 계획단계에 있는 대상자의 삶의 질을 파악한다.
- (2) 금연 유지단계에 있는 대상자의 삶의 질을 파악한다.
- (3) 재 흡연 단계에 있는 대상자의 삶의 질을 파악한다.

C 용어 정리

1. 금연단계

대상자가 현재 속해 있는 금연의 단계를 의미하며, 주로 5 단계로 구분된다. 계획 전 단계란 현재 금연 의도나 의지를 갖고 있지 않은 단계이다. 계획단계는 현재 금연을 하고자 하는 단계이며, 준비 단계는 현재 흡연을 하고 있지만 1개월 내 금연을 계획하며 구체적 방법을 모색하는 단계이며, 행동단계는 현재 금연을 시작한지 6개월이 지나지 않은 단계이고, 유지단계는 금연을 시작한지 6개월이 지난 단계이다(DiClemente, 1985).

본 연구에서는 보건소 금연 클리닉에서 등록 후 6주까지 상담 치료와 니코틴 대체 요법을 처방해 주는 6주까지를 일차 금연 성공으로 보는 기준에 따라(2005, 보건복지부), 대상자의 금연 단계 중 금연 하고자 금연클리닉에 방문해서 금연시작일 전까지가 계획 단계, 금연 시작 일부부터 6주까지 금연에 성공한 단계가 유지 단계이고 실패한 경우 재 흡연 단계를 의미한다.

2. 금연 관련 삶의 질(Smoking Cessation Quality of Life-SCQoL).

삶의 질이란 신체적, 사회 경제적, 정신적 및 영적 영역에서 각 개인이 지각하는 주관적 안녕을 의미한다(Ferrance et al, 1985). 본 연구에서는 Olufade(1999)등에 의해서 개발된 후 Shaw(2001)등에 의해 신뢰도와 타당도가 검증된 SCQoL을 사용했으며 일반적 건강관련 삶의 질 척도와 흡연 단계에 따른 삶의 질 척도로 구성되었다. 일반적 건강 관련 삶의 질 척도는 신체적 기능, 신체적 역할 제한, 정서적 역할 제한, 활력, 정신건강, 사회적 기능, 통증 및 전반적 건강의 8개 하부 영역을 포함하며 36문항으로 구성되어 있으며, 흡연단계에 따른 삶의 질 척도들은, 사회적 상호작용, 자기절제, 수면, 인지기능 및 불안의 5가지 하부영역을 포함한 16문항으로 전체 52문항의 도구이다.

II. 문헌고찰

A. 금연관련 이론

1. 범이론적 모델(Transtheoretical Model)

금연을 통해서 지각되는 혈압의 변화, 호흡의 안정성, 소화기계의 안정성과 같은, 금연으로 인한 이득 요인이 금연자를 관리할 때 일반적으로 제시되고 있다(Lindell et al, 1999). 금연은 대상자의 자발적인 동기를 활용하여 시도하는 것이 효과적인 것으로 알려져 있으며(최정숙, 1999), 이러한 자발적인 동기에 기초한 금연에 관한 연구가 범 이론적 모델(Transtheoretical Model)을 중심으로 수행되고 있다. 범 이론적 모델은 사람들이 어떻게 그들의 건강관련행위를 변화시키는가에 초점을 두었으며 중심 개념은 사람들은 건강행위의 실천동기에 따라 비 실천에서 실천에 이르기까지 순환적이고도 일련의 단계가 있다는 것을 전제하는 것이다(Prochaska et al, 1991).

Prochaska (1979)는 지금까지 흡연자들의 동기나 준비 단계를 고려하지 않고 일률적으로 금연프로그램을 실시하였음을 지적하고, 금연의 효과를 높이고 재발률을 줄이기 위하여 대상자의 흡연행위의 단계와 금연의도에 맞는 금연프로그램의 필요성을 강조한 범 이론적 모델(Transtheoretical Model)을 제시하였다. 범 이론적 모델은 정신분석, 인지 및 행동치료 등의 기존의 정신치료들을 비교 분석하여, 각 정신치료 방법들이 사용하는 기전들 중 대상자의 행위 변화에 효과적인 기전들을 통합한 포괄적인 모델이다(Prochaska, 1979). 이 모델은 특히 담배를 포함한 중독행위를 변화시키는데 많이 적용되고 있으며, 종합적이고 체계적이며, 문제행위를 변화시키는데 있어 인지, 정서 및 행동 기전을 강조한다(김수진, 1999). 또한 금연의 성과를 성공과 실패의 이분된 카테고리 보는 관념에서 탈피하여 여러 가지 변화기전을 사용하면서 흡연행위의 변화를 시도하는 과정으로

설명하며, 전문가의 도움이 없이 대상자 스스로 문제 행위가 변화되는 과정에 중점을 둔다(오연수 외, 1996).

범 이론적 모형에 의한 금연 변화의 각 단계를 구체적으로 설명하면 다음과 같다(Prochaska, 1994).

(1) 계획전 단계(precontemplation)는 가까운 장래에 자신의 행동을 변화시킬 의도가 없는 단계이며, 자신의 문제를 인식하지 못하거나 부족한 경우가 많다. 그러므로 변화하기 위해서는 스스로 문제를 인정하고, 그 문제의 부정적인 측면을 깊이 인식하면서 자기 통제능력을 정확히 평가할 수 있어야 한다.

(2) 계획단계(contemplation stage)는 문제가 존재한다는 사실을 인정하고 극복할 생각을 진지하게 하지만 행동으로 실행하지 못하는 단계이며 흡연자 중에서 오랫동안 계획단계에만 머물고 있는 경우가 많았다고 한다. 그러므로 다음 단계로 이행하기 위해서는 장기간에 걸쳐 강박적으로 금연에 대해 생각만 할 것이 아니라 단호한 결정을 내리고 행동을 취하기 시작해야 한다.

(3) 준비 단계(preparation stage)는 의도와 행동의 기준을 결합시킨 단계로서 조만간 금연을 실천할 의도는 있지만 담배를 완전히 끊지 못하는 상태인데, 예컨대 하루에 담배를 다섯 개비 줄이거나 아침 기상 후 첫 담배 피우는 시간을 30분 정도 늦추는 등의 작은 변화를 보이게 된다. 그러므로 다음 단계로 변화하기 위해서는 금연의 목표와 우선순위를 분명히 설정하여 금연의 실천에 전념해야 한다.

(4) 행동 단계(action stage)는 문제를 극복하기 위해 자신의 행동과 경험 또는 환경을 수정하는 단계로서 행동의 변화가 제일 분명하게 이루어지는데, 상당한 시간과 에너지가 요구된다. 금연의 경우 하루에서 6개월까지 담배를 끊게 되는 상태를 의미한다. 그러므로 다음 단계로 변화하기 위해서는 행동 저해 요인을 인식함으로써 습관적인 행동양상을 차단하면서 생산적인 양상을 받아들여 재발하지 않도록 노력해야 한다.

(5) 유지 단계(maintenance stage)는 재발을 예방하고 행동단계에서 얻은 이익들을 강화면서 행동의 변화를 안정시키려는 단계로서, 금연의 경우 6개월부터 종결 시까지 담배를 끊는 것을 의미한다.

DiClemente(1985)는 자기변화에 의한 금연은 단계적인 과정이며, 흡연자는 담

배를 끊을 생각이 없는 계획 전 단계로부터 금연함으로써 생기는 이득과 손해에 대해 저울질하고 금연을 진지하게 생각하는 계획단계를 통해 금연을 행동에 옮기는 행동단계로 간다고 보고하였다. 그러므로 금연 단계(계획단계, 유지단계)에 따른 삶의 질을 비교하고 관련요인들을 확인하는 것은 금연 계획단계와 행동단계 금연 유지 단계를 지속하도록 프로그램을 고성하는데 도움이 될 것이다.

2. 인지 행동 요법

사회인지이론은 인지 요인들이 두 개의 기본적인 기제 즉, 인지적 반영과 의도를 이용하여 자기변화 과정을 유도한다고 설명한다. 인지적 반영은 자신의 행위를 평가하고 이 평가들은 행위를 변화시키는 동기를 유발하며 의도는 행위의 인지적 표현, 즉 기대에 의해 미래의 행동을 유발하게 하는 것이다(Gottlieb et al, 1990). 인지행동 요법은 Salovery 등(1991)에 의하여 인지적 재구성, 대처기술 훈련 프로그램, 자기조절 훈련, 문제 해결 요법으로 분류되었다. 인지적 재구성은 비합리적이고 장시간 유지되어온 대상자의 사고유형을 대상자가 직접 직면하도록 하는 것으로 어떠한 상황이 실제로 벌어지는 것이 아니라 대상자의 잘못된 신념에서 비롯된 일이라는 것을 깨닫고 스스로 재평가하여 상황에 새롭게 지각-반응하도록 도와주는 방법이다. 대처기술 훈련 프로그램은 스트레스에 대하여 교육을 통해 보다 효율적인 자기기술을 습득하게 하고 이를 실천하도록 지지하는 과정이다. 자기조절 훈련은 자기감시 및 평가, 자기강화 등을 통해 대상자가 과거에 경험했던 부적절했던 행동결과를 향후 수정하도록 지지하는 과정이다. 문제해결 요법은 문제 상황이 발생하였을 때 대상자 스스로가 보다 효과적이고 다양한 대응방법을 모색하도록 하는 방법이다.

금연과 관련하여 사회학습 이론에서는 금연에 관한 자기 효능감, 흡연의 부정적 결과에 대한 기대, 그리고 금연의 결과에 대한 기대 등이 금연을 예측하게 하는 요인으로 설명된다(최정숙, 1999). 금연을 위한 효과적인 인지행동 요법에는 고전적 조건화, 조작적 과정, 자기관리 등이 있다(Stroebe et al, 1995). 고전적 조건화인 혐오요법에는 전기충격, 심상자극, 과잉흡연이 사용되며 조작적 과정은 흡연을 자극하는 환경적 자극을 찾아서 조작하는 것이다(Schwartz, 1987). 자기관리 과정은 자신의 흡연행위를 감시하고 기록하며 흡연을 유도하는 환경을 인식하고 변화시키는 것이다. 이중효과적인 것은 자기관리, 이완훈련, 조건부 계약 등을 복합 프로그램으로 사용하는 것이다(Cinciripini et al, 1996). 인지행동요법은 장기간의 금연유지에 도움이 되며 특히 복합 프로그램이 효과적이다(Glasgow,

1987).

3. 계획된 행위이론(Theory of Planned Behavior)

계획된 행위이론(Theory of Planned Behavior: TPB)은 합리적 행위이론(Theory of Reasoned Action: TRA)이 확장된 이론으로서 합리적 행위이론에 지각된 행위통제 변인이 추가되어 목표 지향적 행위에 대해 보다 큰 설명력을 나타낸다. 계획된 행위이론에서는 행위의 직접적 결정인자로 행위의 의도를 제시하고 있으며, 이 행위의 의도는 행위에 대한 태도와 주관적 규범, 그리고 지각된 행위통제에 의해 결정된다고 본다(Ajzen et al, 1986). 계획된 행위 이론의 중심요인은 주어진 행위를 수행하고자 하는 사람들의 의도이며 의도에는 개인의 지식, 기술, 능력 등의 내적요인과 시간, 기회, 타인과의 협조 같은 외적요인이 있다. 행위에 대한 의도의 결정요인은 행위에 대한 태도, 주관적 규범, 지각된 행위통제이다. 태도는 특정행위를 수행하는 것에 대한 개인의 긍정적 또는 부정적 평가정도이며, 주관적 규범은 제시된 행위를 선택하도록 만드는 사회적 압력을 개인이 지각하는 정도이고, 지각된 행위통제는 특정행위를 실행하는데 있어서 자원, 기회의 유무 및 예상되는 장애물을 지각하는 어려움을 말한다. 계획된 행위이론에서는 행위의 직접적 결정인자로 행위의 의도를 제시하고 있으며, 이 행위의 의도는 행위에 대한 태도와 주관적 규범, 그리고 지각된 행위 통제에 의해 결정된다.(Ajzen, 1985).

금연 의도 예측에 있어서 일반적으로 금연에 대한 태도가 긍정적일수록, 금연에 대한 사회적 압력을 높게 느낄수록, 그리고 금연을 더 잘 통제할 수 있다고 믿을수록 금연의도가 높았다. 또한, 금연의 유익성 지각도 금연의도에 영향을 미치는데 금연의 유익성 지각은 금연행위를 수행할 때 자신에게 나타날 것이라고 기대하는 이득이다. 자신의 질병과 관련하여 금연의 결과로서 얻게 되는 건강상의 유익성을 높게 지각할수록 금연의 동기화가 높고 금연에 대한 충고를 잘 수용하는

데, 이는 행위가 개인의 특정한 결과에 부여하는 가치와 주어진 행동이 그러한 결과를 초래할 것이라는 기대에 의해 영향을 받기 때문이다(Bandura, 1977).

B. 금연교육 프로그램 및 선행 연구

현재 보건복지부와 많은 사회단체가 청소년과 청장년을 대상으로 하는 여러 가지 금연 프로그램으로 금연 대책을 세우고 있다. 최근 금연 프로그램은 대상자의 신체·정신·사회적 조건에 따라 행동요법, 인지요법, 인지행동요법, 체계적 니코틴 감소법, 니코틴 패취요법, 니코틴 껌 등을 자주 사용하고 있다(보건복지부, 2005). 금연 촉진 방법인 니코틴 패취요법은 사용방법이 간단하고 니코틴의 혈중 농도가 일정하게 유지되어 금단증상이 적게 생기며, 접촉성 피부염을 제외하고는 심각한 부작용이 거의 없기 때문에 이용이 증가하고 있는 추세이나 단독 사용 시 금연 성공률이 낮다는 단점이 있다(Fiore et al, 1994). 금연 프로그램은 치료자가 주도하기보다는 대상자 자신의 자발적인 동기에 의해 시도하는 것이 효과적인 것으로 알려지고 있다(최정숙, 1999),

그 동안 국내에서 이루어진 금연프로그램들은 인지적인 면을 중요시하는 방법으로 시청각 매체나 토의법을 사용하는 금연교육(심명숙, 1987; 지연옥, 1988; 김택민, 1990; 김도훈 외, 1996)과 인지 행동주의 기법을 적용한 프로그램(임소연, 1996)이 있고, 또한 사회·심리적인 접근으로 개인적, 사회적인 기술의 습득에 중점을 두는 프로그램(최선화, 1991; 주왕기, 1989)과 사회학습이론에 기초한 자기조절 효능감을 증진 시키는 프로그램(신성례, 1997)이 있다. 그리고 니코틴 껌이나 니코틴 패취, 금연교육, 금연상담 및 행동요법들을 종합하여 금연을 유도한 방법들이 있다(최종태, 1992). 이러한 금연프로그램들은 대부분 한 두 가지 금연방법에 기초한 단기 프로그램들로서, 대상자들의 금연 의지를 고려하거나 스스로 금연을 유도한 프로그램들은 거의 없었다. 그러나 단일 기법을 기초로 한 금

연프로그램들은 비교적 효과가 적으므로(Haire et al, 1991), 금연에 성공하기 위해서는 대상자의 흡연 상태에 대한 평가를 바탕으로 흡연에 영향을 미치는 다양한 요인들에 대한 통합적인 금연프로그램이 실시되어야 하며 장기적인 추적 관찰이 필요하다(Husten et al, 1990).

C. 금연 관련 삶의 질

“삶의 질”이란 건강관련 삶의 질보다 포괄적인 개념으로서, 개인이 삶의 전반적인 영역에서 느끼는 주관적인 안녕감을 말하며, 얼마나 행복한지 또는 얼마나 만족하는 지로 측정할 수 있다(Wilson, et al, 1995). Dalky 등(1973)은 삶의 질은 안녕, 삶에 대한 만족 또는 행복에 대한 느낌이라고 하였고, Cambell 등(1976)은 자신의 전반적인 상황이나 삶의 경험들에 대한 개인적이고 주관적인 평가와 만족이라고 하였다. 또한 Ferrans 등(1992)은 건강-기능 영역, 사회경제적 영역, 심리-영적 영역, 가족의 영역 내에서 개인에게 중요한 측면에 대한 만족감이라고 하였다. 다시 말하면, 삶의 질의 개념을 대표할 수 있는 주관적인 안녕감, 행복, 만족은 사회적, 철학적, 심리적 측면에서 각기 표현을 달리 했을 뿐 같은 개념으로 간주 할 수 있으며 이는 생활 중에 경험하는 신체, 정신, 사회, 경제적인 측면에 대해 개인이 지각하는 주관적 안녕이라 정의할 수 있다(노유자, 1988).

“금연 관련 삶의 질에 관해서는 연구가 드문 편이며, 금연자와 흡연자의 삶의 질에 관한 연구는 외국에서 수 편 국내에서는 한편 정도 발표된 상태이다. 백진주 등의(2001)연구에 의하면 흡연자가 비 흡연자에 비해서 정서적, 사회적 기능이 떨어지고, 전반적인 건강 상태가 낮은 수준을 보여, 건강과 관련한 삶의 질이 떨어진다고 보고하였다. 또한 Thillmann 등(1997)에 의하면 금연한지 5년 된 금

연자와 최근 흡연자 사이에서의 삶의 질은 비슷하다고 보고되었고, Sippel 등 (1999)은 619명의 천식환자를 대상으로 한 연구에 의하면 비흡연자와 비교했을 때 흡연자의 삶의 질이 떨어진다고 보고되었다. Stewar 등(1995)의 보고에 의하면 금연한지 6개월 된 금연자와 흡연자를 비교했을 때, 금연하지 6개월 된 금연자의 정신적 기능과 안녕이 흡연자에 비해 높게 나타났으나, Erickson 등(2004)의 연구에서는 금연을 시작한지 일주일 후와 금연 시작 전의 삶의 질 비교에서는 금연 시작 일주일 후의 삶의 질이 떨어진다고 보고하였으며 그 이유로는 니코틴 금단 증상이 그 원인으로 분석하였다.

지금까지의 문헌 고찰을 통해 금연단계와 금연 관련 삶의 질에 대한 영향요인과 변수들 간의 관련성에 대해 살펴본 결과, 금연의 성공은 스스로의 동기화에 의해 금연에 참여하였을 경우 가장 높은 성공률을 보였으며, 금연관련 삶의 질, 즉 일반적 건강에 관한 삶의 질, 흡연의 단계에 따른 삶의 질의 결과는 금연 동기화에 영향을 미칠 것으로 사료된다.

III. 연구 방법

A. 연구 설계

본 연구는 금연 단계(계획단계, 유지단계, 또는 흡연단계)에 따른 삶의 질의 변화를 알아보고 금연과 프로그램의 기초 자료를 마련하고자 시도된 종단적 서술적 상관관계 연구이다.

B. 연구대상자

본 연구의 대상자는 2005년 8월부터 10월까지 성별과 연령에 상관없이 서울에 있는 Y보건소 금연 클리닉의 금연 프로그램 (부록4 참조)에서 금연 치료를 받고 있는 사람 중에서 금연 클리닉 등록 후 금연 시작일 전인 금연 계획 단계에 있는 사람 중에서 임의 표출 하였다. 대상자는 의사소통에 지장이 없고, 설문응답에 지장이 없으며 본 연구 목적을 이해하고 참여에 동의 한 40명이다.

이외에 보건소에서는 간질, 협심증, 부정맥, 당뇨병으로 약물을 복용하거나 치료 중인 사람과 임신 중이거나 수유중인 여성은 프로그램 참여를 제외하고 있다.

C. 연구 도구

1. 금연 관련 삶의 질.

금연 관련 삶의 질 설문지(SCQoL) (Olufade, 1997)를 사용하였다 (부록 1). 도구사용을 위해 SF-36에 등록했으며, ‘금연 관련 삶의 질 설문지(SCQoL-Smoking Cessation Quality of Life Questionnaire)’ 공동 저자에게 전자 메일(부록 2)을 통해 SCQoL 설문지를 본 연구에 적용할 수 있도록 사용허가를 받았다. 또한 금연 관련 삶의 질문의 한국어 버전을 받아 이를 본 연구에 사용하였다(부록 3).

금연 관련 삶의 질 설문지(SCQoL)는 Olufade 등(1999)이 일반적 건강 관련 삶의 질(SF-36)에 흡연단계에 따른 항목을 더 구성하여 총 13개 영역 52문항으로 구성되어 있으며, Shaw등(2001)이 신뢰도를 (0.67~0.92) 검증하였다.

구체적으로 금연 관련 삶의 질 설문지(SCQoL)를 살펴보면, 흡연 중단 관련 질문뿐 아니라 Short Form-36(SF-36)에 포함된 중요한 핵심 항목들로 구성되어 있다. 일반적 건강 관련 삶의 질 (SF-36)은 다음의 8가지 영역을 평가한다. : 신체적 기능, 신체적 역할 제한, 정서적 역할 제한, 활력, 정신건강, 사회적 기능, 통증 및 전반적 건강의 8개 하부 영역이며 총 36문항이며 이를 신체적 요소와 정신적 요소의 두 영역으로도 구분 할 수 있다.

흡연 단계에 따른 삶의 질(SCQoL)은 다음과 같은 5가지 영역을 평가한다. 사회적 상호작용, 자기절제, 수면, 인지기능 및 불안 영역으로 16 문항이다. 금연과 삶의 질 설문지의 지표점수는 이를 구성하는 변수들을 전환공식에 따라 각 영역에 대하여 0-100점까지 점수 범위가 자동으로 산출된다. 점수가 높을수록 건강관련 삶의 질 수준이 높다는 것을 의미한다.

D. 자료수집 기간 및 방법

본 연구의 자료 수집 기간은 2005년 8월부터 10월까지 서울시에 있는 일개 보건소에서 금연 프로그램에 참여하는 금연 계획단계에 있는 대상자들에게 설문 조사를 실시하였다. 계획 단계(대상자가 금연 클리닉에 방문해서 ‘금연시작일’ 전까지)에서 1회 그리고 유지단계(금연 클리닉 3회 방문, 금연 후 6주까지 상담과 약물 치료가 끝난 시기)에 1회의 추후 조사 총 2번 실시하였다.

일차 자료수집에서는 연구자가 직접 면접을 하여 대상자들에게 기초 자료를 연구목적으로 얻고 ‘금연관련 삶의 질 설문지’를 작성하도록 하였으며, 이들을 대상으로 6주 후 전화면담을 통해 금연진행 여부를 확인하고 ‘금연관련 삶의 질 설문지’를 시행하였다.

E. 자료 분석 방법

수립된 자료는 모두 부호화하고 SPSS WIN13.0 프로그램을 사용하여 연구 목적에 따라 통계 분석하였다.

- 1) 대상자의 일반적 특성 및 질병 관련 특성 및 증상경험은 기술 통계 (실수, 백분율, 평균과 표준편차)를 이용하여 분석하였다.
- 2) 대상자의 질병, 흡연기간, 흡연량, 갑년에 따른 주관적 삶의 질(SF-36)과 흡연 관련 삶의 질(SCQoL)은 각각 one-way ANOVA test를 이용하여 분석 하였다
- 3) 금연 프로그램 시행 후 금연에 실패한 대상자와 금연에 성공한 대상자의 주관적 삶의 질(SF-36)과 흡연 관련 삶의 질(SCQoL)의 변화는 t-test를 이용하여 분석하였다.
- 4) 주관적 삶의 질(SF-36)과 흡연 관련 삶의 질(SCQoL)의 관계는 Pearson Correlation analysis를 이용하여 분석하였다.

IV. 연구 결과

A. 대상자의 일반적 특성과 흡연 및 질병 관련 특성

본 연구의 대상인 금연 클리닉 이용자들의 특성을 크게 개인적 요소, 흡연 관련 요소, 그리고 질병관련 요소로 나누어 살펴보았다. 이 중 개인적인 요소는 성별, 연령, 결혼 상태, 직업, 수입, 교육 정도로 구분하였고 흡연 관련 요소는 흡연 기간과 흡연량을 기준으로 구분하였다.

1. 일반적 특성

연구 대상자의 개인적 인구 사회학적 특성을 정리하면 다음 <표1>과 같다.

총 40명의 대상자 중 대상자들의 평균 연령은 41.68세로 최소 29세에서 최고 63세까지 분포한다. 이 중 30대가 18명(45%)으로 전체 대상자 중 가장 많았고, 40대가 13명(32.5%), 50대는 5명(12.5%)이고 20대와 60대 이후가 각각 2명씩(5%)이다. 대상자의 대부분은 남성으로 37명(92.5%)이었으며, 나머지 3명(7.5%)이 여성이었다.

결혼 유무를 살펴보면 기혼이 32명(80%)이었으며, 8명(20%)은 미혼 상태였다. 학력 분포는 27명(67.5%)이 대졸 이상의 학력을 소지하고 있었고, 고졸 이하가 13명(32.5%)이었다. 대상자 중 35명(87.5%)은 직업을 가지고 있으며 나머지 5명(12.5%)은 무직 상태였다. 월수입은 25명(62.5%)이 300만원 이상 이었고, 15명(37.5%)이 200만원에서 300만원 사이의 수입을 보고했다.

<표 1> 대상자의 일반적인 특성

(N=40)				
특성	구분	실수(명)	백분율(%)	평균±표준편차
연령	~30	2	5.0	41.68±8.55(세)
	31~40	18	45.0	
	41~50	13	32.5	
	51~60	5	12.5	
	60이후	2	5.0	
성별	남	37	92.5	
	여	3	7.5	
결혼 상태	미혼	8	20.0	
	기혼	32	80.0	
교육 정도	고졸	13	32.5	
	대졸	27	67.5	
직업 유무	무	5	12.5	
	유	35	87.5	
월수입	200~300만원	15	37.5	
	400만원 이상	25	62.5	

2) 흡연관련 특성

연구 대상자의 흡연관련 특성은 <표2>에 제시 된 것과 같다.

흡연관련 요소는 크게 흡연기간과 흡연량, 그리고 갑년으로 나누어 살펴보았다. 갑년은 흡연자의 누적 흡연량으로 [흡연 년 수 × 일일 흡연량(갑)]으로 정의하였다. 먼저 대상자의 흡연 기간은 평균 22.2(±9.27)년으로 최소 8년에서부터 최장 45년까지 분포하고 있다. 총 40명의 대상자 중 19명(47.5%)이 11~20년의 흡연기간을 보이고, 10명(25%)이 21~30년, 7명(17.5%)이 30년 이상의 흡연기간을 가지고 있으며, 나머지 4명(10%)은 10년 미만의 흡연 기간을 보였다.

<표 2> 대상자의 흡연관련 요소

				(N=40)
특성	구분	실수(명)	백분율(%)	평균±표준편차
흡연기간(년)	10년 미만	4	10.0	22.2±9.27(년)
	11~20년	19	47.5	
	21~30년	10	25.0	
	30년 이상	7	17.5	
흡연량(개피)	10미만	8	20.0	27.8±10.1(개)
	11~20	16	16.0	
	21~30	9	22.5	
	40이상	7	17.5	
갑년 (연*일일 갑)	15이하	11	27.5	27.2±17.9(갑)
	15~40	23	57.7	
	40이상	6	15.0	

흡연량은 하루 흡연 개피수를 기준으로 조사하였으며, 하루 평균 흡연량은 23.75±10.05 개피로 10개피에서 40개피까지의 분포를 보였다. 가장 많은 인원인 16명(40%)이 하루에 평균 11~20개피의 흡연량을 보였고, 9명(22.5%)이 21~30개피, 8명(20%)이 하루 10개피 미만의 흡연량을 보였으며 나머지 7명(17.5%)은 하루 40개피 이상의 흡연량을 가지고 있었다.

총 누적 흡연량을 나타내는 갑년에 따른 분포를 살펴보면, 조사자 평균 27.2(±17.9)갑의 흡연량을 가지고 있는데, 이 중 23명이(57.5%) 15~40갑의 흡연량을 나타냈고, 11명이(27.5%) 15갑 이하, 그리고 6명이(15.0%) 40갑 이상의 흡연량을 나타냈다.

3) 질병관련 특성

연구 대상자의 질병관련 요소 특성을 정리하면 다음 <표 3>과 같다.

대상자의 26명(65%)은 질병이 없는 상태이며, 14명(35%)은 현재 질병을 가지고 있다. 질병을 세분해 보면, 질병을 가지고 있는 14명 중 7명(50%)은 한가지의 질병을 가지고 있는데, 위염, 고지혈증, 고혈압, 지방간 등이 이에 해당한다. 4명(28.57%)은 현재 이상에서 언급한 질병 중 3가지의 질병을 가지고 있고, 2명(14.29%)이 2가지, 1명(7.14%)은 4가지의 질병을 가지고 있다. 이 중 실제 약물 복용 혹은 치료를 받는 질병을 가지고 있는 연구 대상자는 9명(22.5%)이고 4명(10.0%) 약물 복용 혹은 치료가 필요 없는 질병을 가지고 있다. 약물 복용 혹은 치료 중인 질병에는 고혈압, 당뇨, 고지혈증, 디스크가 이에 해당하며, 이 외 위염이나 지방간의 경우에는 약물 복용 혹은 치료를 필요로 하지 않는 질병에 해당하였다.

<표 3> 대상자의 질병관련 요소

		(N=40)	
특성	구분	실수(명)	백분율(%)
질병	유	26	65.0
	무	14	35.0
질병 수	1	7	50.0
	2	2	14.3
	3	4	28.6
	4	1	7.1
질병 종류에 따른 분류	질병 없음	27	65.6
	약물/치료가 필요 없는 질병	4	10.0
	약물/치료를 받고 있는 질병	9	22.5

B. 대상자의 삶의 질

대상자의 삶의 질은 대상자 스스로 느끼는 일반적 건강 관련 삶의 질(SF-36)과 흡연 단계에 따른 삶의 질(SCQoL)로 나누어 분석하였다. 흡연관련 요소는 흡연 기간, 흡연량, 갑년으로 나누어 조사하였는데, 이에 대한 대상자의 평균 일반적 건강 관련 삶의 질과 흡연단계에 따른 삶의 질의 관계는 <표4>에 나타나 있다. <표 4>에서 살펴보듯이, 일반적 건강관련 삶의 질과 흡연단계에 따른 삶의 질은 흡연 기간, 흡연량, 그리고 갑년에 따라 유의한 차이를 보이지 않았다.

<표 4> 대상자의 삶의 질

(N=40)

특성	구분	빈도 (%)	일반적 건강 관련 삶의 질				흡연단계에 따른 삶의 질			
			평균	(오차)	F	P	평균	(오차)	F	P
질병	질병 없음 (27명)	67.5	52.19	(7.25)	1.67	0.2	71.17	(11.81)	2.17	0.13
	약물/치료없음 (4명)	10.0	49.01	(5.1)			66.67	(8.27)		
	약물/치료 중 (9명)	22.5	47.71	(5.35)			62.2	(10.83)		
흡연 기간	10년 이하 (4명)	10.0	51.42	(7.24)	0.84	0.48	73.13	(13.43)	2.6	0.07
	11~20년 (10명)	47.5	52.49	(8.09)			72.83	(9.91)		
	21~30년 (10명)	25.0	48.53	(5.38)			63.38	(14.04)		
	30년 이상 (7명)	17.5	49.48	(4.27)			62.55	(7.04)		
흡연량	1갑 미만 (8명)	20.0	50.73	(3.68)	0.54	0.59	70.73	(11.98)	0.28	0.76
	1~2갑 (25명)	62.5	50.23	(5.04)			68.77	(12.02)		
	2갑 이상 (7명)	17.5	53.30	(13.34)			66.12	(11.38)		
갑년	5000갑 이하 (11명)	27.5	51.55	(4.2)	1.48	0.24	73.06	(11.64)	1.7	0.2
	5000~1500갑 (23명)	57.5	51.68	(8.0)			68.25	(11.97)		
	1500갑 이상 (6명)	15.0	46.49				62.44	(8.67)		

1. 질병의 유무에 따른 금연 관련 삶의 질

대상자의 질병 유무와 관련된 삶의 질 차이는 <표 5>에 나타나 있다. 질병관련 요소는 질병이 없는 군과 약물 혹은 치료가 필요 없는 질병 군, 그리고 약물 혹은 치료 중인 질병 군으로 나누어 분석하였다.

<표 5>에 나타나 듯, 일반적 건강 관련 삶의 질은 세 군 사이에 유의한 차이가 없는 것으로 나타났으나, 통증 항목의 경우 유의한 차이가 있었다($P=0.04$). 통증 항목은 질병이 없는 군이 $59.21(\pm 9.81)$ 로 가장 높게 나타났으며, 약물 복용 또는 치료를 받고 있는 군의 통증 항목이 $50.19(\pm 10.34)$ 로 약물 복용 또는 치료를 받지 않고 있는 군의 $48.15(\pm 17.16)$ 보다 높게 나타났다.

흡연단계에 따른 삶의 질(SCQoL)을 살펴보면, 사회적 상호 작용, 인지 기능, 수면, 불안 항목은 질병과 관련하여 차이가 없는 것으로 나타났으나, 자기 절제 항목은 유의한 차이가 나타났다($P=0.04$). 자기 절제는 질병이 없는 경우 $45.94(\pm 22.58)$ 이나, 질병이 있을 경우 약물 혹은 치료가 없는 군의 경우 $27.50(\pm 19.36)$, 약물 혹은 치료를 받는 군은 $26.67(\pm 16.77)$ 로 질병이 없는 군에 비해 현저하게 낮은 값을 보였다.

<표 5> 질병과 관련된 삶의 질

(N=40)

	질병없음(27명)		약물/치료없음(4명)		약물/치료 중(9명)		F	P
	평균	(오차)	평균	(오차)	평균	(오차)		
일반적 건강관련삶의질								
신체적 기능	51.34	(9.85)	53.98	(2.67)	48.06	(9.05)	0.67	0.52
신체적 역할제한	54.70	(11.17)	56.20	(0.00)	46.02	(12.28)	2.31	0.11
통증	59.21	(9.81)	48.15	(17.16)	50.19	(10.34)	3.61	0.04*
전반적 건강	46.76	(9.19)	42.58	(3.81)	42.36	(5.81)	1.22	0.31
활력	53.50	(9.29)	51.43	(8.86)	47.76	(9.71)	1.28	0.29
사회적 기능	51.28	(12.50)	50.35	(6.79)	51.10	(7.37)	0.01	0.99
정서적 역할제한	54.62	(11.29)	52.68	(5.25)	44.78	(12.90)	2.56	0.09
정신 건강	50.34	(10.53)	46.48	(9.38)	45.89	(8.79)	0.79	0.46
신체적 요소	50.48	(6.15)	50.03	(6.65)	45.69	(8.13)	1.77	0.19
정신적 요소	50.85	(8.01)	48.83	(7.93)	47.13	(9.08)	0.72	0.49
전체 총점	52.19	(7.25)	49.01	(5.10)	47.71	(5.35)	1.67	0.20
흡연단계에따른 삶의 질								
사회적 상호작용	74.54	(14.90)	78.13	(11.97)	65.28	(18.52)	1.46	0.25
자기절제	45.93	(22.58)	27.50	(19.36)	26.67	(16.77)	3.53	0.04*
수면	70.99	(17.51)	68.75	(10.49)	65.74	(14.10)	0.35	0.70
인지기능	75.00	(17.45)	66.67	(15.21)	72.22	(18.16)	0.43	0.65
불안	87.96	(13.19)	87.50	(10.21)	87.50	(13.98)	0.01	0.99
전체 총점	71.17	(11.81)	66.67	(8.27)	62.20	(10.83)	2.17	0.13

*p<.05

2. 흡연에 따른 삶의 질의 관계

흡연관련 요소는 흡연 기간과 흡연량, 그리고 총 누적 흡연량을 나타내는 갑년으로 나누어 살펴보았으며, 결과는 <표 6>, <표 7>, <표 8>에 나타나 있다.

<표 6>은 흡연 기간에 따른 조사 결과이고 <표 7>은 일일 흡연량에 따른 조사 결과이다. 흡연 기간은 10년 이하, 11~20년, 30년 이상으로 나누어 구분하였는데, 세 군 사이에 건강 관련 삶의 질과 흡연 관련 삶의 질에는 차이가 없는 것으로 나타났다. 일일 흡연량은 1갑 미만, 1~2갑, 2갑 이상으로 나누어 조사하였는데, 일일 흡연량과 일반적 건강 관련 삶의 질, 그리고 흡연 단계에 따른 삶의 질에는 차이가 없는 것으로 나타났다.

누적 흡연량을 나타내는 갑년은 15갑 이하, 15~40갑, 40갑 이상을 나누어 조사하였다. 15갑 이하의 총 대상자 40명 중 11명이 이에 해당하고, 15~40갑의 흡연량을 나타내는 대상자는 23명 이었으며, 나머지 6명이 40갑 이상의 흡연량을 가지고 있었다. 갑년에 따른 조사 결과를 살펴보면, 일반적 삶의 질에서는 정서적 역할 제한 항목에 있어서 차이가 나타났다. 즉, 15갑 이하의 군은 $54.35(\pm 3.17)$ 점이고 15~40갑군은 $54.96(\pm 10.76)$ 으로 비슷하였으나, 40갑 이상의 대상자 군은 $41.32(\pm 12.37)$ 로 나머지 두 군에 비해 현저하게 낮은 값을 나타냈다. 이러한 정서적 역할 제한 항목의 차이는 일반적 건강 관련 삶의 질에서 정서적 요소에 영향을 주어 유의 확률 0.02로 15갑 이하군은 $51.96(\pm 6.05)$, 15~40갑군은 $51.00(\pm 6.63)$, 40갑 이상군은 $41.32(\pm 12.37)$ 로 차이를 나타냈다. 반면, 신체적 요소에는 차이가 없다.

<표 6> 흡연기간에 따른 삶의 질

(N=40)

	10년 이하(4명)		11~20년(19명)		21~30년(10명)		30년 이상(7명)		F	P
	평균	(오차)	평균	(오차)	평균	(오차)	평균	(오차)		
일반적건강관련삶의질										
신체적 기능	50.85	(7.22)	50.99	(10.97)	49.38	(9.03)	52.63	(5.95)	0.16	0.92
신체적 역할제한	50.93	(6.75)	54.43	(14.14)	53.38	(6.82)	49.16	(10.77)	0.40	0.76
통증	58.65	(8.10)	56.96	(13.05)	55.11	(9.72)	53.56	(11.97)	0.23	0.88
전반적 건강	44.80	(12.44)	47.47	(8.46)	39.87	(5.15)	47.73	(6.53)	2.28	0.10
활력	53.20	(11.82)	54.24	(8.98)	46.47	(8.89)	53.14	(8.73)	1.64	0.20
사회적 기능	51.70	(6.24)	51.96	(13.95)	50.08	(7.22)	50.14	(9.24)	0.08	0.97
정서적 역할제한	52.68	(5.25)	55.99	(11.35)	50.04	(10.23)	44.77	(14.90)	1.82	0.16
정신 건강	49.88	(10.88)	51.85	(10.27)	45.22	(9.90)	45.90	(8.39)	1.24	0.31
신체적 요소	49.90	(7.87)	48.62	(7.04)	49.03	(6.11)	51.51	(7.53)	0.31	0.82
정신적 요소	51.60	(8.86)	52.39	(6.04)	46.70	(9.06)	46.23	(10.48)	1.71	0.18
전체 총점	51.42	(7.24)	52.49	(8.09)	48.53	(5.38)	49.48	(4.27)	0.84	0.48
흡연단계에따른삶의질										
사회적 상호작용	71.88	(23.66)	76.32	(14.96)	66.25	(11.86)	73.21	(18.30)	0.89	0.45
자기절제	43.75	(17.97)	48.16	(25.51)	31.50	(17.65)	26.43	(12.82)	2.43	0.08
수면	72.92	(17.18)	70.61	(15.80)	65.00	(18.34)	71.43	(15.11)	0.37	0.78
인지기능	83.33	(13.61)	77.63	(12.44)	69.17	(23.59)	63.10	(15.85)	2.02	0.13
불안	93.75	(7.22)	91.45	(8.39)	85.00	(15.37)	78.57	(17.25)	2.41	0.08
전체 총점	73.13	(13.43)	72.83	(9.91)	63.38	(14.04)	62.55	(7.04)	2.60	0.07

<표 7> 흡연량에 따른 삶의 질

							(N=40)	
	1갑 미만(8명)		1~2갑(25명)		2갑 이상(7명)		F	P
	평균	(오차)	평균	(오차)	평균	(오차)		
일반적건강관련삶의질								
신체적 기능	50.31	(7.54)	49.51	(7.98)	56.31	(13.73)	1.55	0.23
신체적 역할제한	54.45	(3.24)	50.00	(10.04)	61.46	(17.19)	3.22	0.05
통증	58.23	(5.05)	54.24	(9.92)	60.17	(19.55)	0.92	0.41
전반적 건강	41.29	(7.68)	45.60	(7.12)	49.09	(11.63)	1.75	0.19
활력	49.95	(10.89)	52.95	(9.34)	50.97	(8.83)	0.35	0.71
사회적 기능	48.31	(8.65)	50.62	(6.44)	56.27	(21.84)	1.08	0.35
정서적 역할제한	53.99	(3.71)	51.94	(7.27)	51.16	(25.77)	0.12	0.89
정신 건강	50.73	(7.42)	48.17	(8.10)	49.71	(17.90)	0.21	0.81
신체적 요소	49.40	(4.90)	48.28	(7.42)	53.14	(5.48)	1.43	0.25
정신적 요소	50.63	(6.12)	50.99	(6.63)	44.69	(13.39)	1.73	0.19
전체 총점	50.73	(3.68)	50.23	(5.04)	53.30	(13.34)	0.54	0.59
흡연단계에 따른 삶의 질								
사회적 상호작용	70.31	(16.28)	75.00	(15.31)	67.86	(17.47)	0.68	0.51
자기절제	46.88	(22.03)	39.20	(22.35)	33.57	(24.95)	0.66	0.52
수면	62.50	(13.36)	73.00	(16.37)	65.48	(16.27)	1.62	0.21
인지기능	80.21	(19.89)	71.67	(17.51)	72.62	(12.47)	0.75	0.48
불안	93.75	(9.45)	85.00	(12.50)	91.07	(15.67)	1.75	0.19
전체 총점	70.73	(11.98)	68.77	(12.02)	66.12	(11.38)	0.28	0.76

<표 8> 갑년에 따른 삶의 질

(N=40)

	15갑 이하(11명)		15~40갑 (23명)		40갑 이상(6명)		F	P
	평균	(오차)	평균	(오차)	평균	(오차)		
일반적건강관련삶의질								
신체적 기능	49.89	(7.13)	51.15	(10.87)	51.55	(6.14)	0.08	0.92
신체적 역할제한	53.65	(4.74)	53.20	(13.65)	50.33	(11.29)	0.18	0.84
통증	58.83	(4.69)	56.90	(12.77)	47.83	(12.28)	2.05	0.14
전반적 건강	44.12	(8.85)	46.10	(8.48)	44.70	(7.44)	0.23	0.80
활력	52.94	(9.49)	52.21	(9.79)	49.48	(8.92)	0.26	0.77
사회적 기능	48.75	(7.79)	53.09	(12.16)	48.08	(10.65)	0.86	0.43
정서적 역할제한	54.35	(3.17)	54.96	(10.76)	37.75	(15.86)	7.01	0.00*
정신 건강	51.27	(7.55)	49.33	(10.89)	43.25	(9.90)	1.30	0.28
신체적 요소	49.75	(5.55)	48.83	(7.24)	50.63	(8.02)	0.19	0.83
정신적 요소	51.96	(6.05)	51.00	(6.63)	41.32	(12.37)	4.55	0.02*
전체 총점	51.55	(4.20)	51.68	(8.00)	46.49	(4.61)	1.48	0.24
흡연단계에따른삶의질								
사회적 상호작용	76.14	(17.19)	71.20	(13.81)	72.92	(21.53)	0.35	0.70
자기절제	46.36	(20.63)	39.78	(24.70)	27.50	(12.14)	1.39	0.26
수면	68.18	(15.28)	69.93	(16.62)	70.83	(18.07)	0.06	0.94
인지기능	80.30	(16.78)	72.83	(16.71)	63.89	(17.21)	1.90	0.16
불안	94.32	(8.59)	87.50	(11.31)	77.08	(18.40)	4.09	0.02*
전체 총점	73.06	(11.64)	68.25	(11.97)	62.44	(8.67)	1.70	0.20

* p<.05,

갑년에 따른 흡연단계에 따른 삶의 질(SCQoL)을 살펴보면, 사회적 상호 작용과 인지 기능, 자기 절제, 수면 항목에서는 차이점을 보이지 않았으나, 불안 항목은 유의확률 0.02로 차이점을 나타냈다. 15갑 이하 군의 경우 불안 항목이 94.32(\pm 8.59)로 매우 높게 나타났고, 15~40갑 군은 87.5(\pm 11.31), 40갑 이상 군은 77.08(\pm 18.40)으로 누적 흡연량이 많을수록 불안 요소도 낮아지는 경향을 나타냈다. 흡연 관련 삶의 질의 경우 가장 낮은 점수를 나타내는 항목이 자기 절제 항목으로 다른 항목이 50점 이상의 점수를 보이는데 비해, 자기 절제 항목은 50점 이하를 나타냈다.

C. 금연 단계에 따른 삶의 질

본 연구에 참여한 대상자는 총 40명이었고, 금연 프로그램을 통해 금연을 성공한 대상자는 14명으로 금연 성공률은 약 35%라 할 수 있다. 금연 유지 군(금연에 성공)과 재 흡연 단계 군(실패)이 금연 프로그램에 참여 하기 전에 나타내는 ‘금연 관련 삶의 질’을 살펴보면 <표 9>와 같다.

<표 9>에 나타나듯이, 금연 유지 군과 재 흡연 단계 군은 금연 관련 삶의 질에 차이가 나타나지 않았다. 단, 흡연 단계에 따른 삶의 질(SCQoL)중 자기 절제 항목에 있어서 유의한 차이가 나타나는데, 금연 유지 군의 경우 자기 절제가 53.93(\pm 25.73)으로 재 흡연 군의 32.12(\pm 16.56)보다 높게 나타난다. 금연 성공 후 금연 관련 삶의 질은 <표 10>에 나타나 있다.

<표 9> 금연 프로그램 전 유지군과 재 흡연군의 금연 전 삶의 질

	(N=40)					
	성공(14명)		실패(26명)		F	P
	평균	(오차)	평균	(오차)		
일반적건강관련삶의질						
신체적 기능	49.80	(7.98)	51.43	(9.92)	0.06	0.80
신체적 역할제한	51.67	(10.20)	53.55	(12.04)	0.01	0.92
통증	56.09	(7.76)	56.06	(13.10)	2.38	0.13
전반적 건강	48.68	(6.71)	43.55	(8.60)	0.57	0.45
활력	55.14	(9.98)	50.31	(8.83)	0.34	0.56
사회적 기능	50.14	(9.12)	51.68	(11.89)	0.02	0.90
정서적 역할제한	51.54	(8.86)	52.57	(13.19)	0.23	0.63
정신 건강	51.41	(7.96)	47.63	(10.90)	0.38	0.54
신체적 요소	49.86	(8.91)	49.08	(5.52)	1.54	0.22
정신적 요소	52.26	(10.04)	48.50	(6.86)	0.70	0.41
전체 총점	51.66	(5.70)	50.44	(7.45)	0.03	0.87
흡연단계에따른삶의질						
사회적 상호작용	77.68	(12.19)	70.19	(16.98)	2.50	0.12
자기절제	53.93	(25.73)	32.12	(16.56)	5.77	0.02*
수면	72.02	(13.32)	68.27	(17.48)	1.27	0.27
인지기능	77.98	(15.88)	71.15	(17.67)	0.68	0.41
불안	88.39	(13.40)	87.50	(12.75)	0.01	0.90
전체 총점	74.00	(11.53)	65.85	(10.95)	0.01	0.92

*p<.05

<표 10> 금연 유지군(성공 후) 삶의 질의 변화

(N=14)

	계획 단계		유지 단계		p Value
	평균	(오차)	평균	(오차)	2-tailed
일반적건강관련삶의질					
신체적 기능	49.80	(7.98)	52.63	(7.99)	0.01*
신체적 역할제한	51.67	(10.20)	51.16	(10.50)	0.67
통증	56.09	(7.76)	57.00	(9.22)	0.63
전반적 건강	48.68	(6.71)	51.65	(5.61)	0.01*
활력	55.14	(9.98)	58.36	(8.52)	0.07
사회적 기능	50.14	(9.12)	52.84	(8.01)	0.09
정서적 역할제한	51.54	(8.86)	54.55	(2.81)	0.22
정신 건강	51.41	(7.96)	56.59	(3.83)	0.03
신체적 요소	49.86	(8.91)	50.41	(9.11)	0.66
정신적 요소	52.26	(10.04)	56.73	(4.11)	0.05
전체 총점	51.66	(5.70)	54.19	(5.01)	0.02*
흡연단계에따른삶의질					
사회적 상호작용	77.68	(12.19)	83.04	(9.31)	0.14
자기절제	53.93	(25.73)	78.93	(17.00)	0.00*
수면	72.02	(13.32)	83.33	(9.25)	0.02*
인지기능	77.98	(15.88)	92.26	(11.54)	0.01*
불안	88.39	(13.40)	94.64	(9.45)	0.05
전체 총점	74.00	(11.53)	86.44	(8.35)	0.00*

*p<.05,

금연 유지 군인 경우 금연 관련 삶의 질은 뚜렷한 차이를 보인다. 먼저 일반적 건강 관련 삶의 질의 경우 신체적 요소와 전반적 건, 정신 건강항목이 유의 확률 0.05이하로 차이를 나타냈다. 신체적 요소는 금연 전에 49.80(±7.98)에서 금연 후 52.63(±7.99)로 향상되었으며, 정신 건강은 48.68(±6.71)에서 51.65(±5.61)로 향상 되었다. 그리고 마지막 정신 건강은 51.41(±7.96)에서 56.59(±3.83)로 향상되었다.

흡연 단계에 따른 삶의 질에서도 차이를 나타내는데, 자기 절제의 경우 52.93(±25.73)에서 78.93(±17.00)로 크게 향상되었으며 수면 항목은 72.02(±13.32)에서 83.33(±9.25)로 향상 되었다. 인지 기능은 77.98(±15.88)에서 92.26(±11.54)로 증가하였다. 그러나 사회적 상호작용과 불안 항목은 금연과 무관한 것으로 나타났다. 금연에 실패한 군의 금연 전 후의 삶의 질 변화는 <표 11>에 나타나 있다.

재 흡연 군의 삶의 질을 살펴보면, 일반적 건강 관련 삶의 질(SF-36)의 경우 전반적으로 금연 프로그램 전에 비해 실패 후 삶의 질이 약간 낮아진 것으로 나타나, 유의 확률이 모두 0.05 이상으로 통계적인 차이는 없는 것으로 나타났다. 흡연 단계에 따른 삶의 질은 사회적 상화적용과 자기 절제 항목, 인지 기능은 금연 프로그램 후 약간 높아진 것으로 나타나고, 수면과 불안 요소는 약간 나빠진 것으로 나타나나 유의확률이 모두 0.05 이상으로 건강 관련 삶의 질과 마찬가지로 통계적인 차이는 없는 것으로 나타났다.

<표 11> 재 흡연 군(실패 후) 삶의 질의 변화

(N=26)

	처치 전		처치 후		p Value 2-tailed
	평균	(오차)	평균	(오차)	
일반적건강관련삶의질					
신체적 기능	51.43	(9.92)	50.84	(8.24)	0.76
신체적 역할제한	53.55	(12.04)	51.59	(8.21)	0.46
통증	56.06	(13.10)	55.02	(11.54)	0.64
전반적 건강	43.55	(8.60)	43.70	(7.19)	0.91
활력	50.31	(8.83)	49.17	(8.35)	0.36
사회적 기능	51.68	(11.89)	50.03	(8.35)	0.52
정서적 역할제한	52.57	(13.19)	47.62	(10.96)	0.15
정신 건강	47.63	(10.90)	45.90	(7.63)	0.43
신체적 요소	49.08	(5.52)	50.38	(7.44)	0.26
정신적 요소	48.50	(6.86)	46.48	(8.76)	0.17
전체 총점	50.44	(7.45)	49.07	(5.95)	0.37
흡연단계에따른삶의질					
사회적 상호작용	70.19	(16.98)	71.15	(16.11)	0.72
자기절제	32.12	(16.56)	36.35	(18.31)	0.31
수면	68.27	(17.48)	71.47	(17.82)	0.30
인지기능	71.15	(17.67)	74.36	(18.84)	0.41
불안	87.50	(12.75)	85.58	(11.01)	0.29
전체 총점I	65.85	(10.95)	67.78	(9.80)	0.33

마지막으로 각 흡연기간, 갑년, 질병, 일반적 건강관련 삶의 질과 흡연 단계에 따른 삶의 질(SCQoL) 사이의 상관관계를 조사해 보았다. 이는 <표 12>에 나타나 있다. <표 12> 에서 살펴보면, Pearson correlation 조사에서 흡연기간은 흡연단계에 따른 삶의 질과 유의한 상관관계에 있는 것으로 나타났다. 반면, 일반적 건강 관련 삶의 질은 흡연기간과 상관관계에 있지 않다. 또한, 흡연기간과 질병은 흡연기간과 상관관계가 유의하지 않았다. 다음으로 갑년의 경우 질병과 유의한 상관관계가 있었으나, 일반적 건강 관련 삶의 질과 흡연 단계에 따른 삶의 질과는 유의하지 않았다. 질병과 흡연단계에 따른 삶의 질은 유의한 상관관계가 있었으며, 마지막으로 일반적 건강관련 삶의 질과 흡연관련 삶의 질 사이에는 유의한 상관관계가 있었다.

<표 12> 금연 관련 삶의 질, 흡연기간, 갑년, 질병 간의 상관관계 조사

	흡연기간	갑년	질병	SF36	SCQoL
흡연기간					
갑년	0.677**				
질병	0.134	0.316*			
SF36	-0.186	-0.195	-0.284		
SCQoL	-0.380*	-0.289	-0.324*	0.427**	

*p<.05, **p<.01

V. 논의

본 연구는 금연변화 단계 (계획 단계와 유지 단계 또는 재 흡연 단계)에 따른 삶의 질을 비교 평가하여, 금연의도에 가장 큰 영향을 미치는 금연의 유익성을 삶의 질 수치로 알아보고, 이에 따른 금연 효과에 대한 근거 자료로 제공하고자 시도된 연구이다. 금연 관련 삶의 질을 개인적 특성에 따라 나누어 분석하였고, 금연 프로그램을 시행 후 금연에 실패한 대상자와 금연에 성공한 대상자의 금연 관련 삶의 질을 비교하여 분석하였다.

A. 개인적 특성에 따른 금연 관련 삶의 질

연구 대상자의 평균적인 일반적 건강관련 삶의 질은 $50.87(\pm 6.84)$ 이고, 흡연 단계에 따른 삶의 질은 $68.70(\pm 11.69)$ 이었다. 일반적 건강관련 삶의 질은 norm base scoring으로 모든 하부 영역에서 평균 50, 표준 편차 10이 되도록 변형한 점수로 1998년 미국 일반인을 norm으로 하였기 때문에, 이를 기준으로 50보다 작으면 미국 일반인보다 건강관련 삶의 질 수준이 낮음을 의미하고, 50보다 높으면 건강 관련 삶의 질 수준이 높은 것을 의미한다(Ware, Kosinski et al, 2000). 따라서 이번 연구 대상자들의(N=40) 일반적 건강 관련 삶의 질은 미국 일반인의 일반적 건강 관련 삶의 질과 거의 동일 하다고 볼 수 있다. 하부 영역별로 통증 항목이 $56.1(\pm 11.4)$ 으로 가장 높게 나타났으며, 신체적 역할 제한(52.9 ± 11.3), 감정적 역할제한(52.2 ± 11.7), 활력(52.0 ± 9.42), 사회적 활동(51.1 ± 10.9), 신체적 기능(50.9 ± 9.22), 정신 건강(49.0 ± 10.0), 일반적 건강(45.3 ± 8.28) 순이었다. 흡연단계에 따른 삶의 질의 경우 불안 항목이 $87.8(\pm 12.8)$ 로 가장 높게 나타났으며, 다음으로 인지 기능(73.5 ± 17.2), 사회적 상호 작용(72.8 ± 15.7),

수면(69.6 ± 16.1), 자기 절제(39.8 ± 22.5) 순이었다.

개인적 특성은 질병관련 요소, 흡연관련 요소로 나누었는데, 질병의 경우 질병의 유무와 약물/치료의 유무로 나누어 분석하였다. 흡연 관련 요소는 흡연 기간, 흡연량, 갑년으로 나누어 분석하였는데, 금연 관련 삶의 질, 즉 건강관련 삶의 질과 흡연단계에 따른 삶의 질 평균은 이러한 개인적 특성에 따라 크게 유의한 차이를 나타내지 않았다. 그러나 일반적 건강 관련 삶의 질과 흡연 단계에 따른 삶의 질 각 항목에서는 몇 가지 눈에 띄는 차이점을 나타냈다.

전반적인 삶의 질은 질병이 없는 군이 질병이 있는 군에 비하여 높은 수치를 나타냈다. 구체적으로 살펴보면 질병의 없는 군의 일반적 건강 관련 삶의 질은 $52.19(\pm 7.25)$ 이고 흡연단계에 따른 삶의 질(SCQoL)은 $71.17(\pm 11.81)$ 이다. 질병을 가지고 있는데 약물 복용 혹은 치료 중인 대상자의 일반적 건강 관련 삶의 질의 점수는 $49.01(\pm 5.1)$ 이며, 흡연단계에 따른 삶의 질은 $66.67(\pm 8.27)$ 이다. 질병으로 인해 약물 복용 혹은 치료중인 대상자의 일반적 건강 관련 삶의 질(SF-36) 점수는 $47.71(\pm 5.35)$ 이고 흡연관련 삶의 질 점수는 $62.2(\pm 10.83)$ 으로 나타났다.

영역별 점수를 살펴보면, 일반적 건강 관련 삶의 질 항목 중 통증 항목은 질병을 가지고 있으나 약물 치료를 받지 않는 군이 $48.15(\pm 17.16)$ 으로 질병을 가지고 있으며 약물 치료를 받는 군의 $50.19(\pm 10.34)$ 보다 낮게 나타났다($p < 0.04$). 이는 치료중인 질병을 가지고 있는 경우 치료를 통하여 스스로 신체적 통증을 완화하여 느끼는 것으로 보인다. 또한 흡연 단계에 따른 삶의 질 요소 중 자기 절제 항목의 경우 질병이 없는 경우 $45.93(\pm 22.58)$ 로 치료를 받지 않으나 질병을 가지고 있는 군(27.50 ± 19.36)과 치료를 받는 군(26.67 ± 16.77)보다 현저하게 높게 나타났다($p < 0.04$).

흡연 기간에 따른 금연 관련 삶의 질은 흡연 기간이 적을수록 일반적 건강 관련 삶의 질과 흡연 단계에 따른 삶의 질 모두에서 점수가 높게 나타났으나 통계학적으로는 크게 유의한 차이를 나타내지 못했다. 그러나 흡연량에 따른 금연 관련 삶의 질의 경우 신체적 역할 제한 항목은 P가 0.05로 유의한 차이라고 볼 수는 없으나, 흥미롭게도 2갑 이상의 흡연량을 가진 군이 61.46 ± 17.19 로 가장 높

은 수치를 나타냈으며, 1갑 미만의 흡연량을 가진 군이 54.45 ± 3.24 , 1~2갑의 흡연량을 가진 군이 50.00 ± 10.04 로 나타났다. 이는 2갑 이상의 흡연량을 가진 군의 경우 오히려 스스로 느끼는 신체적인 역할 제한이 낮다는 것을 의미하는 것으로 건강에 대한 인지도가 없다는 것으로 풀이된다.

갑년에 따른 삶의 질은 몇 가지 항목에서 유의한 차이를 나타냈다. 전반적으로 흡연 단계에 따른 삶의 질은 갑년이 적을수록 높은 삶의 질의 점수를 보였다.

먼저, 일반적 건강 관련 삶의 질에서 정서적 역할 제한 항목은 15갑 이하 군과 15~40갑군의 경우 각 $54.35 (\pm 3.15)$ 과 $54.96 (\pm 10.76)$ 으로 비슷한 수치였으나, 40갑 이상 군은 $37.75 (\pm 15.86)$ 으로 다른 두 군에 비하여 현저하게 낮은 수치를 나타냈다($P=0.00$). 이러한 정서적 역할 제한의 차이는 정신적 삶의 질 점수에 영향을 주어 40갑 이상 군은 $41.32 (\pm 12.37)$ 로 15갑 이하(51.96 ± 6.05)와 15~40갑(51.00 ± 6.63)에 비해 낮은 수치를 나타냈다($P=0.02$). 백진주 등(2001)의 연구를 보면 비 흡연자는 흡연자에 비해 건강과 관련한 삶의 질의 모든 척도에서 높은 평균 수치를 나타내었다. 즉 비흡연자일수록 자신의 현재 건강 상태에 대해 좋게 생각하고 있고, 건강 상태에 대해 만족하는 점수가 높고, 더 활력적이며, 정서적으로 안정되어 있고, 사회적인 기능도 좋으며, 자기 역할을 더 잘 수행하고, 전반적인 건강 상태도 양호하며, 삶의 질이 향상되어 있었으며, 또한 니코틴 의존도가 높을수록 전반적인 삶의 질이 저하되어 있다. Steven 등(2004)의 연구에서는 니코틴 의존도에 따른 건강 관련 삶의 질의 모든 영역 신체활동, 신체적 건강 문제로 인한 역할 제한, 통증, 일반적 건강 상태, 활력, 사회적 기능, 정서적 문제로 인한 역할 제한, 전반적인 정신 건강이 니코틴 의존도가 낮을수록 높은 삶의 질의 점수를 나타냈다.

흡연 단계에 따른 삶의 질은 전반적으로 모든 항목인 사회적 상호작용, 자기 절제, 수면, 인지 기능, 불안에서 갑년이 낮을수록 높은 흡연 관련 삶의 질을 나타냈다 그 중 불안 항목이 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다.

B. 금연 프로그램 적용 후 성공 유무에 따른 금연 관련 삶의 질 변화 -유지단계 또는 재 흡연 단계

금연 프로그램 실시 후 총 대상자 40명 중 14명은 금연에 성공하였고, 26명은 실패하였다. 즉 34%의 금연 성공률을 나타냈다. 이는 보건 복지부 발표(연합뉴스, 2005) 한 금연 6개월간 클리닉 이용 시 금연 성공률 39%보다는 낮은 금연 성공 결과이다. 이 두 군의 금연 프로그램 실시 전 금연 관련 삶의 질을 비교하여 분석한 결과, 금연 유지 군의 계획 단계의 일반적 건강 관련 삶의 질은 $51.66(\pm 5.70)$ 이고, 흡연단계에 따른 삶의 질은 $74.00(\pm 11.53)$ 으로 나타났으며, 재 흡연 단계 군의 일반적 건강 관련 삶의 질은 $50.44(\pm 7.45)$ 이고 흡연 단계에 따른 삶의 질은 $65.85(\pm 10.95)$ 로 나타났다. 이는 금연 유지 단계 군에서 일반적 건강 관련 삶의 질과 흡연 단계에 따른 삶의 질이 조금 높은 점수를 보이거나 통계적으로는 유의 하지 않다. 흡연단계에 따른 삶의 질이 두 군 사이에는 유의한 삶의 질 차이가 없는 것으로 나타났는데, 흡연 단계에 따른 삶의 질 항목 중 자기 절제 항목에 있어서는 금연 유지 단계 군은 $53.93(\pm 25.73)$ 으로 재 흡연 단계 군 $32.12(\pm 16.56)$ 보다 높게 나타났다($P=0.02$). 이는 실제 금연의 성공 여부가 금연 시도자 개인의 의지에 따른 것이기 때문에 성공 군의 자기 절제 점수가 실패 군의 자기 절제 점수보다 높게 나타나는 것으로 보인다.

금연 프로그램 적용 후 금연 관련 삶의 질의 변화를 보면, 재 흡연 단계에 있는 군, 즉 금연에 실패한 의 경우에는 삶의 질에 유의한 변화가 없는 것으로 나타났다. 반면, 금연 유지 군인 성공한 군의 경우 일반적 건강 관련 삶의 질은 평균 $51.66(\pm 5.7)$ 에서 $54.19(\pm 5.01)$ 로 유의 수준 0.02로 높아졌는데, 세부 항목을 살펴보면 정신적 건강이 금연 전 $51.66(\pm 5.70)$ 에서 $56.59(\pm 3.83)$ 으로 좋아졌고($P=0.03$), 신체적 기능이 $49.8(\pm 7.98)$ 에서 $52.63(\pm 7.99)$ 로 좋아졌으며($P=0.01$), 마지막으로 일반적 건강이 $48.68(\pm 6.71)$ 에서 $51.65(\pm 5.61)$ 로 높아졌다($P=0.01$). 흡연 단계에 따른 삶의 질의 경우 금연 계획 단계의 평균 점수는 $74.0(\pm 11.53)$ 이었는데, 금연 유지 군의 점수는 $86.44(\pm 8.35)$ 으로 높아졌다

($P < 0.05$). 흡연 단계에 따른 삶의 질 세부 항목을 살펴보면, 불안 항목이 $88.39(\pm 13.40)$ 에서 $94.64(\pm 9.45)$ 로 높아졌으며($P = 0.05$), 인지기능이 $77.98(\pm 15.88)$ 에서 $92.26(\pm 11.54)$ 로 유의 수준 ($P = 0.01$)로 높아졌다. 그리고 수면 항목이 $72.02(\pm 13.32)$ 에서 $83.33(\pm 9.25)$ 로 높아졌으며($P = 0.02$), 자기절제 항목이 $53.93(\pm 25.73)$ 에서 $78.93(\pm 17.00)$ 으로 높아졌다($P = 0.00$). 이 결과는 금연이 흡연으로 인한 여러 가지 건강상의 문제를 줄일 수 있을 뿐 아니라 금연자들이 스스로 느끼기에도 건강이 좋아졌음을 근거 자료로 나타낼 수 있다.

선행 연구인 Steven 등(2003)의 연구에서는 금연을 시도한지 일주일 이후 일반적 건강 관련 삶의 질에서 신체 활동, 통증, 일반적 건강 상태, 활력의 점수는 조금 올라갔으나, 신체적 건강문제로 인한 역할 제한, 사회적 기능, 정신적 건강문제로 인한 역할 제한, 전반적인 정신 건강은 조금 낮아졌다. 그러나 이 점수들은 통계적으로 유의하지는 않았다. 흡연단계에 따른 삶의 질을 살펴보면, 사회적 상호 작용, 수면, 인지 기능, 불안 등에서 금연을 시도한지 일주일 후의 점수가 통계적으로는 유의 하지는 않지만, 전반적으로 낮게 나타났으나, 자기 절제 항목은 금연 계획 단계에서는 $46.5(\pm 22.2)$ 인데 반해 유지 단계에서는 $65.1(\pm 18.5)$ 로 높게 나타났으며 통계적으로 유의 하다고 나타났으며 이 결과는 니코틴 금단 증상으로 설명하였다.

이 연구에 참여한 대상자 중 금연 유지에 실패한 재 흡연 단계에 있는 26명의 경우 전화 인터뷰에서 스스로 생각하는 금연 유지에 실패한 이유에 대해서는 갑작스런 부모님의 상 등 외부적 스트레스에 의해서, 여러 가지 금단 증상 그리고 주위에서 흡연하기 때문에 다시 흡연을 하게 되었다고 이야기했다. 선행 연구 등에서 살펴보면, 금연에 실패한 이유가 스트레스가 쌓여서, 금단증상이 나타나서 등 이었다고 보고되었다(이창희 외, 1992). 또한 금연 시작 후 갑작스런 몸무게의 증가가 다시 흡연을 하게 되는 동기화라는 이야기도 했다. 이는 금연 유지 단계(금연에 성공한 군)에 있는 군에서도 동일한 이야기를 했는데, 많게는 10kg이상의 몸무게 증가도 보였으며 평균 3.5kg 의 몸무게의 증가를 호소했다. 2005년 보건 복지부 발표 자료에서도 금연 후 몸무게 증가에 대해서 흡연자들이 가장 많

이 질문 하는 것으로 나타났으며, 금연 시도 중과 금연 후 여자는 평균, 3.8K 남자는 2.8K의 체중 증가가 있었으며, 여자의 13.4% 에서는 13kg 이상의 심각한 체중 증가도 나타난다고 발표하였다(Schifter et al, 1985).

이와 같이 금연 단계에 금연 관련 삶의 질이 차이를 보였으며, 금연 유지 단계에 있는 경우 금연 관련 삶의 질, 즉 일반적 건강 관련 삶의 질과 흡연 단계에 따른 삶의 질이 모두 높아지는 결과를 보였다. 이는 흡연자들에게 금연을 하는 것이 건강상태에 도움이 되는 지표자료로 보여줄 수 있으며, 결국 흡연자들이 스스로 금연을 결심하도록 하고 금연 단계에 따라서 다음 단계로 이행하는데 도움을 주며, 금연 성공 후 금연 유지하는데 도움을 줄 것이다.

본 연구는 금연 단계에 따른 삶의 질에 관한 전반적인 기초 자료를 제공함으로써, 흡연자가 금연 동기화와 금연유지를 강화 하는 합리적인 근거자료를 마련하였다.

따라서 이러한 금연 단계에 따른 삶의 질의 연구를 바탕으로 한 각 단계별 대상자들의 금연 단계 유지 요소에 맞는 금연 유지 강화 금연 프로그램과 간호 중재의 프로그램의 개발, 적용 등의 노력이 지속되어야 할 것이다.

VI. 결론 및 제언

A. 결론

본 연구는 금연 변화 단계(계획단계와 유지 단계 또는 재 흡연 단계)에 따른 삶의 질은 비교 평가하여, 금연의도의 가장 큰 영향을 미치는 금연의 유익성을 삶의 질 수치로 알아보고, 이에 따른 금연 효과에 대한 근거자료를 제공하기 위하여 시도된 종단적 서술적 상관관계 연구이다.

본 연구의 자료 수집은 서울 보건소에 있는 금연 클리닉에 있는 대상자들에게 기초 자료를 연구목적으로 얻고, 1차 인터뷰 후 본 연구의 목적을 이해하고 연구에 협조하기로 동의한 사람에 한해 ‘금연과 삶의 질 설문지’를 일차 배포하였으며 이들을 대상으로 직접 면담을 시행하였다. 6주 후 전화면담을 통해 ‘금연과 삶의 질 설문지’를 통하여 이루어졌다.

연구 도구로 금연과 삶의 질 설문지(SCQoL) (Olufade, 1997)를 사용한다. 수집된 자료는 SPSS Win 13.0 프로그램을 이용하여 전산처리 하였으며, 기술통계, one-way ANOVA test, t-test, χ^2 -test 등으로 분석하였고 연구 결과는 다음과 같다.

1. 질병 관련 요소에 따른 금연 관련 삶의 질은 질병이 없는 군이나, 질병은 있으나 약물 복용이나 치료가 필요하지 않는 군이나, 질병을 가지고 있으며 약물 복용 중이나 치료 중인 군에서 차이가 없는 것으로 나타났으나, 통증 항목의 경우 유의 하게 나타났다($p < 0.04$). 통증 항목은 질병이 없는 군이 59.21로 가장 높게 나타났으며, 약물 복용 또는 치료를 받고 있는 군의 통증 항목은 50.19, 약물 복용 또는 치료를 받지 않고 있는 군은 48.15로 나타났다.

2. 흡연관련 요소에 따른 금연 관련 삶의 질은 흡연기간, 흡연량, 흡연 갑년으로 나누어 살펴보았다. 흡연기간은 10년 이하, 11~20년, 30년 이상으로 나누어 구분하였는데, 세군 사이에 일반적 건강관련 삶의 질과 흡연단계에 따른 삶의 질에는 차이가 없는 것으로 나타났다. 일일 흡연량은 1갑 미만, 1~2갑, 2갑 이상으로 나누어 조사하였는데, 일일 흡연량과 일반적 건강관련 삶의 질과 흡연 단계에 따른 삶의 질에는 차이가 없는 것으로 나타났다. 그러나 누적 흡연량을 나타내는 갑년은 15갑 이하, 15~40갑, 40갑 이상을 나누어 조사하였는데, 일반적 건강 관련 삶의 질에서는 정서적 역할 제한 항목에서 유의한 차이가 나타났다($p < 0.00$). 또한 흡연단계에 따른 삶의 질에서는 불안 항목이 유의한 차이를 보였다($p < 0.02$).

3. 재 흡연 단계 군의 금연 관련 삶의 질은 금연 성공군과 실패 군에서는 차이가 나타나지 않았다. 단 흡연 단계에 따른 삶의 질중 자기 절제 항목이 금연 유지 군에서 $53.93(\pm 25.73)$ 으로 재 흡연 단계 군의 $32.129(\pm 16.56)$ 보다 높게 나타났다.

4. 금연 유지 단계 군의 금연 관련 삶의 질, 즉 일반적 건강관련 삶의 질과 흡연 단계에 따른 관련 삶의 질은 삶의 질의 뚜렷한 차이를 보인다. 먼저 일반적 건강 관련 삶의 질의 경우 신체적 요소와 전반적 건강상태, 정신건강 항목에서 유의하게 나타났다($p < 0.05$). 흡연단계에 따른 삶의 질에서도 차이를 나타내는데, 자기 절제, 수면, 인지 기능 항목에서 유의하게 나타났다($p < 0.05$).

본 연구의 제한점은 다음과 같다.

1. 본 연구는 서울시에 소재하고 있는 일 보건소에서 임의표출한 금연프로그램의 등록된 대상으로 하였기 때문에 연구결과를 일반화하는데 제한이 있다.

2. 본 연구의 경우 일차 연구 방법은 설문지법을 사용하였고, 이차 연구 방법은 전화면담을 사용하였기 때문에 두 연구 방법이 동일하지 않았다. 따라서 연구결과의 해석 시 연구 방법에 따른 결과의 차이를 고려할 필요가 있다.

3. 본 연구에서 6주 후의 유지 단계에 주관관 건강 관련 삶의 질(SF-36)과 흡연 관련 삶의 질(SCQoL)을 조사하였기 때문에 유지단계의 삶의 질의 결과 해석 시 신중을 기해야 하며, 6개월 후 그리고 금연 유지 1년 후의 추후 연구가 필요하다.

4. 본 연구에서는 재 흡연자 단계 군의 재 흡연에 관한 연구는 단지 재 흡연하게 된 이유에 관해서 인터뷰를 통해서 알아보았기 때문에 재 흡연단계에 대한 자세한 연구가 필요하다.

B. 제언

본 연구결과와 논의를 바탕으로 다음을 제언하고자 한다.

1. 연구도구의 표준화와 연구결과의 일반화를 위해 다양한 지역에서 다수의 금연 계획 전 단계부터 대상으로 하는 반복연구를 제언한다.
2. 본 연구는 삶의 질 연구가 금연 유지단계 6주 후에 한 연구이기 때문에 6개월 후, 1년 후의 추후 연구를 제언한다.
3. 본 연구를 통해 재 흡연자들의 원인에 관한 인터뷰를 통해 알아보았는데, 재 흡연에 관한 연구를 시도할 것을 제언한다.
4. 본 연구의 결과를 토대로 금연의 동기화와 유지 강화를 위한 프로그램의 개발과 개발된 프로그램의 효과를 검증해보는 실험연구의 진행을 제언한다.

참고문헌

- 고상백, 장세진, 강명근, 차봉석, 박종구 (1997). 직장인들의 건강수준 평가를 위한 측정도구의 신뢰도와 타당도 분석. 예방의학회지, 39(2), 251-266.
- 권영훈 (2003). 흡연중인 일부 군인을 대상으로 인지행동요법을 이용한 금연 프로그램의 적용과 효과 분석. 연세대학교 대학원 보건학 석사 논문.
- 김도훈, 남궁기, 오병운, 유계준 (1997). 흡연학생을 위한 지역사회 청소년 약물 남용 프로그램의 효과. 신경정신학회지, 36(1), 177-193.
- 김수진 (1999). 범 이론적 모델을 적용한 금연프로그램이 고등학생의 흡연행위와 사회 심리적 변인에 미치는 효과. 가톨릭 대학교 대학원 박사학위 논문.
- 김일순 (1995). 한국인 5대 사망원인 질환의 현황과 추이. 대한의학협회지, (38)2 132-145.
- 김택민 (1990). 고교생들에 대한 금연교육효과. 연세대학교 석사학위 논문.
- 김현옥 (2002). 금연프로그램이 성인흡연자의 금연 및 흡연행위 변화에 미치는 영향. 지역사회 간호학회지, 13(1), 5-16.
- 김화순 (2005). 관상동맥질환자의 금연변화단계와 관련된 요인 및 장애요인에 대한 전향적 연구. 대한간호학회지, 35(1), 27-36.
- 노유자 (1988). 서울지역 중년기 성인의 삶의 질(Quality of life)에 관한 분석 연구. 서울: 연세대학교 박사학위 논문.
- 맹광호 (1988). 한국인 성인 남녀의 흡연관련 사람에 관한 연구. 한국역학회지, 10(2). 138-145.
- 보건복지부 (2005). 2005년도 국가 흡연예방 및 금연 사업 안내.
- 보건사회연구원(1997). 보건사회연구원 통계연보.
- 백진주, 서홍관, 김철환 (2001). 수원 지역 성인 남성의 흡연과 삶의 질의 연관성. 가정의학회지, 22(6), 859-877.
- 신성례 (1997). 흡연청소년을 위한 자기조절효능감 증진 프로그램 개발과 효과에

- 관한 연구. 이화여자대학교 대학원 박사학위논문.
- 심명숙 (1987). 국군병사들의 금연교육에 의한 지식, 태도 및 행동의 변화. 경북대학교 석사학위 논문.
- 연합뉴스 (2005). 보건복지부 금연클리닉 성공률.
- 오연수, 김영란 (1996). 흡연행위의 자조적 변화기전에 대한 요인분석. 대한 간호학회지, 26(3), 678-685.
- 이창희, 서효숙, 조홍준 (1992). 가정의학과 외래 환자의 흡연 양상. 가정의학회지, 13, 853-861.
- 임소연 (1996). 금연 교육 프로그램이 흡연행동 변화에 미치는 효과. 제주대학교 석사학위 논문.
- 주왕기 (1989). 약물남용. 서울: 세계사.
- 지연옥 (1988). 금연을 위한 교육 방법 별 접근이 흡연 행의 변화에 미치는 영향에 관한 연구. 서울: 연세대학교 석사학위 논문.
- 최선화 (1991). 약물남용 청소년을 위한 집단 사회사업적 개입 모형 연구. 이화여자대학교 석사학위 논문.
- 최정숙 (1999). 인지행동요법을 적용한 금연프로그램의 효과. 서울대학교 대학원 간호학과 박사학위논문.
- 최종태 (1992). 니코틴 의존흡연자에서 금연 성공에 영향을 미치는 요인. 서울 : 연세대학교 석사학위 논문.
- 한국 껌협회(2002). 흡연 실태 조사 보고서.
- 한국 껌협회(2003). 흡연 실태 조사 보고서.
- 한국금연운동협의회(2003). 담배 없는 세상.
- American Cancer Society (1986). Cancer facts and figures. New York: Author.
- Ajzen, I. (1985). From Intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckmann(Eds). Action control from cognition to behavior. New York: Springer-Verlag.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy : toward a unifying theory of

- behavioral change. Psychology Rev, 84(2), 191–215.
- Bowen, D. J., Tiernan, A. M., Powers, D. (2000). Recruiting Women into a Smoking Cessation Program: Who Might Quit? Women and Health, 31(4), 41-58.
- Cambell, A., Converse, P. E., Rodgers, W. L. (1976). The quality of American life: Perception, evaluations and satisfactions, New York: Russell Sage Foundation.
- Centers for Disease Control and Prevention(2004). Surgeon General's Report.
- Cinciripinr, P. M., Lapitsky, L., Seay, S., Wallfisch, A., Kitchens, K., Vunakis, H. V. (1995). The Effects of Smoking Schedules on Cessation Outcome: Can We Improve on Common Methods of Gradual and Abrupt Nicotine Withdrawal? Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63(3), 388–399.
- Clark, M. A., Hogan, J. W., Kviz, F. J. (1999). Age and the role of symptomatology in readiness to quit smoking. Addict Rehabilitation, 24, 1-16.
- Dalkey, N., Rourke, D. (1973). The Delphi procedure and rating quality of life factors in the quality of life concept, Washington, D.C., Environmental protection agency.
- DiClements, C. C., Prochaska, J. O., Giberniti, M. (1985). Self-efficacy and the stages of self-change of smoking. Cognitive Therapy and Research, 9, 181-200.
- Diclement, C. C., Prochaska, J. O., Fairhurst, S., Velicer, W. F., Velasquez, M., Rossi, J. (1991). The process of smoking cessation : An analysis of precontemplation, contemplation and preparation stage of change. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59, 295-304.
- Erickson, S. R., Thomas, L. A., Biltz, S. G. Pontius, L. R. (2004).

- Smoking Cessation: A Pilot Study of the Effects on Health-Related Quality of Life and Perceived Work Performance One Week into the Attempt. The Annals of Pharmacotherapy, 38, 1805-1810.
- Ferrans, C. E., Powers, M. (1992). Psychometric assessment of the quality of life index. Research in Nursing and Health, 15, 29-38.
- Fiore, M. C., Smith, S. S., Jorenby, D. E., Baker, T. B. (1994). The effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation. Journal of the American Medical Association, 271(24), 1940-1947.
- Fiore, M.C., Bailey, W. C., Cohen, S. J. (2000). Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Service.
- Glasgow, R. E., Lichtenstein, E. (1987). Long-term effects of behavioral smoking cessation intervention. Behavior Therapy, 18, 297-324.
- Galnet, I.M., Hays, R. D., Kilbourne, A., Rosen, H. R., Keeffe, E. B., Artinian, I., Kim, S. H., Lazarovici, D., Jensen, D. M., Busuttil, R. W., Martin, P. (2000). Development and evaluation of the liver disease quality of life instrument in persons with advanced, Chronic liver disease-the LDQOL 1.0. The American Journal of Gastroenterology, 95(12), 3552-3565.
- Greenwood, D., Muir, k. R., Pachham, C. J., Madeley, R. J. (1995). Stress, social support, and stopping smoking after myocardial infarction in England. Journal of Epidemiology Common Health, 49, 583-587.
- Gottlieb, N. H., Galavotti, C., McCuan, R. A., McAlister, A. L. (1990). Specification of a social-cognitive model predicting smoking cessation in a Mexican-American Population: A Prespective study. Cognitive Therapy and Research, 14(6), 529-542.
- Haire, J. D., Morgen, G., Fisher, E. B. (1991). Determinants of cigarette smoking. Clinical chest Medicine, 12(4), 711-725.

- Husten, C. G., Manley, M. W. (1990). How to help your patients stop smoking American Family Medicine, 42(4), 1017-1026.
- Kannel, W.B., McGee, D.L., Castelli, W. P. (1984). Latest perspectives on cigarette smoking and cardiovascular disease: The Framingham Study. Journal of Cardiac Rehabilitation, 4, 267-277.
- Karnath, B. (2002). Smoking Cessation. American Journal of Medicine, 112(1), 399-405.
- Kissinen, U. Vartiainen, E., Puska, P. (2002). Smoking-related costs among 25 to 59 year-old males in a 19-year individual follow-up. European Journal of Public Health, 12(2), 1581-1585.
- Kvinz, F. J., Clark, M. A., Crittenden, K. S. (1994). Age and Readiness to Quit Smoking. Prevention Medicine, 23, 211-222.
- Lauver, D., Change, A. (1991). Testing theoretical explanations of intention to seek care for a breast cancer symptom. J. Appl. Soc. Psychol, 21(17), 1440–1458.
- Lin, Y., Tamakoshi, A., Kawamura, T. (2002). A prospective cohort study of cigarette smoking and pancreatic in Japan Cancer Causes Control.
- Lindell, K. O., Reinke, L. F. (1999). Nursing strategies for smoking cessation, Heart & Lung. The Journal of Acute and Critical Care, 28(4), 295-302.
- Marshall, P. (1990). “Just one more..!” a study into the smoking attitudes and behavior of patients following first myocardial infarction. International Journal Nursing study, 27(4), 375-387.
- Murray, M. (2001). Obesity, Cigarette Smoking and the Cost of Physicians’ Services in Ontario. Cancer Journal of Public Health, 92(6), 437-440.
- Olufade, 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. Clinical Therapeutics, 21(12), 2113-2130.
- Prochaska, J. O. (1979). Systems of psychotherapy : a transtheoretical analysis. Homewood: Dorsey Press.
- Prochaska, J. O., Diclemente, C. C. (1983). Stages and process of self-change of smoking : toward an integrative model of change. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51, 390-395.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Guadagnoli, E., Rossi, J. S., DiClemente, C. C. (1991). Patterns of change: Dynamic typology applied to smoking cessation. Multivariate Behavioral Research, 26, 83-107.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C., DiClemente, C. C. (1994). Systems of psychotherapy : a transtheoretical analysis. 3rd ed. California: Brooka Cale.
- Quality Incorporate. (2003). <http://www.sf-36.com>.
- Reviki, D., Sobal, J., Deforge, B. (1991). Smoking status and the practice of other unhealthy behaviors. Family Medicine, 23, 361-364.
- Rosenberg, L., Kaufman, D. W., Helmrich, S. P. (1985). The risk of myocardial infarction after quitting smoking in men under 55years of age. New England Journal of Medicine, 313, 1511-1514.
- Salovery, P., Singer, J. A. (1991). Cognitive Behavior Modification. In F. H. Kanfer, A. P. Goldstein, Helping People Chante. New York: Pergamon Press.
- Schifter, D. E., Ajzen, I. (1985). Intention, perceived control and weight loss: an application of The Theory of Planned Behavior. Journal of Personality and Social Psychology, 49(3), 843-851.
- Schwartz, J. L. (1987). Review and evaluation of smoking cessation methods: The United and Canada, 1978–1985, US Department of Health and Human Service. Public Health Service, National Institutes of

- Health. NIH Publication No. 87-2940.
- Sexton, M., & Ockene, E. (1991). Baseline Factors associated with Smoking Cessation and Relapse. Preventive Medicine, *20*, 590-601.
- Shaw, J. W., Coons, S. J., Foster, S. A., Leischow, S. J., Hays, R. D. (2001). Responsiveness of the Smoking Cessation Quality of Life (SCQoL) Questionnaire. Clinical Therapeutics, *23*(6), 957-969.
- Sippel, J. M., Pedula, K. L., Vollmer, W. M. (1999). Associations of smoking with hospital-based care and quality of life in patients with obstructive airway disease. Chest, *115*, 691-696.
- Stewart, A. L., King, A. C., Killen, J. D., Ritter, P. L. (1995). Dose smoking cessation improve health-related quality-of-life? Annals of Behavior Medicine, *17*, 331-338.
- Stroebe, W., Stroebe, M. S. (1995). Social Support and psychological vulnerability: Epidemiological consideration. Journal of Community Psychology, *10*, 341-362.
- Tillmann, M., Silcock, J. A. (1997). A comparison of smokers' and ex-smokers' health-related quality of life. Journal of Public Health Medicine, *19*, 278-273.
- The World Bank (1999). World Bank. Curing the epidemic: governments and the economics of tobacco control.
- Tverdal, A., Thell, D. (1993). Mortality in relation to smoking history: 13 years' follow-up of 68,000 Norwegian men and women 35-49 years. Journal of Clinical Epidemiology, *46*, 475-487.
- U.S. Department of Health and Human Services (1984). Chronic obstructive lung disease. A report of the surgeon general. Washington, DC: DHHS Publication, 84-50205.
- Ware, J. E., Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey(SF-36). I. Conceptual framework and item selection.

- Medical care, 30, 473-484.
- Ware, J. E., Kosinski, M., Dewey, J. E. (2000). How to Score Version Two of the SF-36 Health Survey (Standard & Acute Forms). 3rd. Lincoln, RI: Quality Metric Incorporated.
- Wiesinger, G. F. Michael Quittan, Karin Zimmermann, Martin Nuhr, Martina Wichlas, Martin Bodingbauer, Reza Asrai, Gabriela Berlakovich, Richard Crevenna Veronica Filka-Moser & Markus Peck-Radosavljevic. (2001). Physical performance and health-related quality of life in men on a liver transplantation waiting list. Journal of Rehabilitation Medicine, 33(6), 260-265.
- Willians, C. D., Jack, O. L., Johnson, K. (2001). Environmental influences, employment status, and religious activity predict current cigarette smoking in the elderly. Addict Rehabilitation, 26, 297-391.
- Wilson, I. B., Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcome, Journal of the American Medical Association, 274(1), 59-65.
- World Bank.(1999). Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control. Washington (DC): The World Bank.
- World Health Organization (1992). International statistical classification of disease and related health problems(ICD-10). 10th rev, ed. Vol.1. Geneva: World Health Organization. 1.
- World Health Organization (2003). Tobacco Control Country Profiles.
- Younossi, Z. M. (2001). Chronic liver disease and health-related quality of life. Gastroenterology, 120(1), 305-307.

<부록. 1> 설문지

안녕하십니까? 저는 연세대학교 대학원에서 간호학을 전공하는 학생입니다.

본 설문지는 금연을 결심하고 실행에 옮기시는 귀하의 삶의 질에 관해서 알아보는 것으로 앞으로 보다 나은 금연에 대한 간호를 제공하기 위한 연구의 목적으로 작성된 것입니다. 귀하께서 금연 클리닉 방문 시 한번, 종료 시 한번으로 총 2회 설문을 할 것이면, 종료 시 설문은 전화로 할 예정입니다. 본 설문지의 결과는 연구 목적 외에는 절대 사용되지 않을 것이며, 비밀을 보장할 것을 약속하오니 솔직하게 끝까지 응답하여 주시기 바랍니다.

귀한 시간을 내어 협조해 주심에 깊이 감사드리며 귀하의 건강과 행운을 진심으로 빕니다. 감사합니다.

연세대학교 대학원 간호학과 석사과정
김선정 올림

금연클리닉 종료시 전화설문을 위해 성함과 연락처를 부탁 드립니다.

성함:

연락처:

본 질문지는 귀하의 건강과 안녕 상태에 대한 귀하의 의견을 묻는 것입니다. 가장 적합한 곳에 표시해서 모든 문항에 정성껏 답해 주시면 감사하겠습니다. 질문지를 어떻게 대답할 지를 확실치 않을 때에는 가장 가까운 것에 표시해 주십시오.

1. 전반적으로 귀하의 건강 상태는 어떠합니까? (한 번호에만 표시하세요.)

최고로 좋다	아주 좋다	좋다	조금 나쁘다	나쁘다
1	2	3	4	5

2. 일년 전과 비교했을 때, 현재 귀하의 전반적인 건강 상태는 어떻습니까?

(한 번호에만 표시하세요.)

일전 전보다 훨씬 좋다	일년 전보다 조금 좋다	일년 전과 거의 비슷하다	일년 전보다 조금 나쁘다	일년 전보다 훨씬 나쁘다
1	2	3	4	5

3. 다음 문항들은 귀하가 평상시 하는 활동에 관한 것입니다. 귀하의 건강 상태 때문에 이러한 일상적인 활동을 하는데 제한을 받습니까? 만약 그렇다면, 어느 정도 제한을 받습니까?

(각 항목마다 가장 적합한 한 번호에만 표시하세요.)

일상 활동	예, 제한을 많이 받는다.	예, 제한을 조금 받는다.	아니오, 제한을 전혀 받지 않는다.
a 격렬한 운동 (예 : 달리기, 무거운 짐 들기, 격렬한 운동에 참여하기)	1	2	3
b 다소 힘든 활동 (예 : 탁자 옮기기,	1	2	3

비로 방 쓸기, 한 두 시간 산보하기,
자전거 타기)

c	조금 무거운 시장 바구니를 들거나 운반하는 것	1	2	3
d	계단으로 여러 층 걸어 올라가는 것	1	2	3
e	계단으로 한 층 걸어 올라가는 것	1	2	3
f	허리를 굽히는 것, 무릎 꿇는 것, 또 는 허리와 무릎을 동시에 굽히는 것	1	2	3
g	1 킬로미터 이상 걷는 것	1	2	3
h	200-300 미터 정도 걷는 것	1	2	3
i	100미터 정도 걷는 것	1	2	3
j	혼자 목욕하거나, 또는 옷 갈아입는 것	1	2	3

**4. 지난 4주 동안에, 귀하의 신체적인 건강 때문에 귀하의 일이나 일상적인 활
동을 하는데 다음과 같은 문제가 있었습니까?**

(각 항목마다 가장 적합한 한 번호에만 표시하세요.)

	예	아니오
a	일이나 다른 일상적인 활동으로 보내는 시간을 줄였다.	1 2
b	내가 일을 하고 싶어했던 것보다 적게 했다.	1 2
c	일이나 다른 일상적인 활동 중에서 할 수 없는 것이 있었 다.	1 2
d	일이나 다른 일상적인 활동을 하는데 어려움이 있었다. (예: 더 노력을 해야 했다.)	1 2

5. 지난 4주 동안에, 정서적인 문제(예: 기분이 좋지 않거나 불안을 느끼는 것) 때문에 귀하의 일이나 일상적인 활동을 하는데 다음과 같은 문제가 있었습니까?

(각 항목마다 가장 적합한 한 번호에만 표시하세요.)

	예	아니오
a 일어나 다른 일상적인 활동으로 보낸 시간을 줄였다.	1	2
b 내가 일을 하고 싶어했던 것보다 적게 했다.	1	2
c 일이나 다른 일상적인 활동을 하는데 평소처럼 주의를 기울이지 못했다.	1	2

6. 지난 4주 동안, 귀하의 신체적인 건강 문제 혹은 정서적인 문제로 인하여, 귀하의 가족, 친구, 이웃 또는 동료들과 정상적인 사회 활동에 어느 정도 지장이 있었습니까?

(가장 적당한 번호에 표시하세요.)

전혀 없었다	약간 있었다	어느 정도 있었다	많이 있었다	대단히 극심했다
1	2	3	4	5

7. 지난 4주 동안에, 몸에 통증이 얼마나 많이 있었습니까?

(가장 적당한 번호에 표시하세요.)

전혀 없었다	아주 가벼운 통증이 있었다	가벼운 통증이 있었다	어느 정도 통증이 있었다	심한 통증이 있었다	아주 격심한 통증이 있었다
1	2	3	4	5	6

8. 지난 4주 동안에, 귀하는 몸의 통증 때문에 정상적인 일(집밖의 일과 집안 일을 포함해서)을 하는데 얼마나 지장이 있었습니까?

(가장 적당한 번호에 표시하세요.)

전혀 없었다	약간 있었다	어느 정도 있었다	많이 있었다	대단히 극심했다
1	2	3	4	5

9. 아래의 질문들은 지난 4주 동안 귀하가 어떻게 느꼈고, 또 어떻게 지냈는지에 대한 설문입니다. 아래의 각 항목에 대하여, 귀하가 느꼈던 것과 가장 가까운 번호에 답해 주십시오.

지난 4주 동안에, 얼마나 자주...

(각 항목마다 가장 적합한 한 번호에만 표시하세요.)

	항상 그렇다	대부분 그랬다	자주 그랬다	때때 그랬다	드물게 그랬다	전혀 그렇지 않았다
a 귀하는 원기 왕성하다고 느꼈습니까?	1	2	3	4	5	6
b 귀하는 아주 초조했습니까?	1	2	3	4	5	6
c 귀하는 아무것도 당신을 즐겁게 할 수 없을 정도로 기분이 저조했습니까?	1	2	3	4	5	6
d 귀하는 차분하고 평온하다고 느꼈습니까?	1	2	3	4	5	6
e 귀하는 활력이 넘쳤습니까?	1	2	3	4	5	6

- f 귀하는 마음이 많이 상하고 우울했습니까? 1 2 3 4 5 6
- g 귀하는 완전히 지쳤습니까? 1 2 3 4 5 6
- h 귀하는 행복했었습니까? 1 2 3 4 5 6
- i 귀하는 피곤함을 느꼈습니까? 1 2 3 4 5 6

10. 지난 4주 동안에, 귀하의 신체적인 건강 문제 혹은 정서적인 문제로 인하여, 귀하의 사회 활동(예: 친구나 친지 방문하는 것)에 얼마나 자주 지장이 있었습니까?

(가장 적당한 번호에 표시하세요.)

- | | | | | | | | |
|--------|----------|---------|---------|----------|---------|---------------|----------|
| 항상 그랬다 | 대부분
다 | 그랬
다 | 때때로 그랬다 | 드물게
다 | 그랬
다 | 전혀
않
았다 | 그렇지
않 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

11. 다음 각 항목에 대하여 귀하의 경우는 어디에 해당하는지 답해 주십시오.

(각 항목마다 가장 적합한 한 번호에만 표시하세요.)

- | | | | | | | |
|---|---------------------------|----------------------------|-----------------------|----------------------------|----------------------------|---|
| | 항
상
그
렸
다 | 대
체
로
그
렇
다 | 잘
모
르
겠
다 | 대
체
로
아
니
다 | 확
실
히
아
니
다 | |
| a | 나는 다른 사람보다 쉽게 병에 걸리는 것 같다 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b | 나는 내가 아는 다른 사람들만큼 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

건강하다.

- c 나는 내 건강이 점점 나빠질 것이 라고 예상한다. 1 2 3 4 5
- d 나의 건강 상태는 최고로 좋다. 1 2 3 4 5

12. 다음은 지난 4주 동안 귀하가 금연에 대해 어떻게 느끼고 지냈는지에 대한 질문입니다. 각 질문에 대해 귀하가 느꼈던 바와 가장 가까운 응답 하나를 골라주시기 바랍니다. 지난 4주 동안에, 얼마나 자주.

(각 항목마다 가장 적합한 한 번호에만 표시하세요.)

- | | 항상
그랬다 | 대부분
그랬다 | 때때로
그랬다 | 드물게
그랬다 | 전혀
그렇지
않았다 |
|-----------------------------------|-----------|------------|------------|------------|------------------|
| a 귀하는 주위 사람들에게 신경 질적으로 행동했습니까? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b 귀하는 다른 사람들과 사이 좋게 지냈습니까? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c 귀하는 집중하기가 힘들었습니까? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d 귀하는 담배 생각에 사로잡혀 있었습니까? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| e 귀하는 문제를 생각하고 해결 하기가 어려웠습니까? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| f 귀하는 마음이 들떠있고 동요 되거나 신경이 과민했습니까? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| g 귀하는 완전히 지쳤습니까? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

h	귀하는 불안하고 걱정스러웠습니까?	1	2	3	4	5
i	귀하는 기억하는데 어려움이 있었습니까?	1	2	3	4	5

13. 지난 4주 동안 귀하는 얼마나 자주...

(각 항목마다 가장 적합한 한 번호에만 표시하세요.)

	항상 그랬다	대부분 그랬다	때때로 그랬다	드물게 그랬다	전혀 그렇지 않았다	
a	잠들기가 힘들었습니까?	1	2	3	4	5
b	밤에 잠이 깨서 다시 잠들기가 힘들었습니까?	1	2	3	4	5
c	필요한 만큼 숙면을 취했습니까?	1	2	3	4	5

14. 다음 각 항목에 대하여 귀하의 경우는 어디에 해당하는지 답해 주십시오.

(각 항목마다 가장 적합한 한 번호에만 표시하세요.)

	확실히 그렇다	대체로 그렇다	잘 모르겠다	대체로 아니다	확실히 아니다
a 담배를 피우는 것에 대해 서라면 나는 의지력이 매우 약하다.	1	2	3	4	5
b 담배를 피우고 안 피우고 는 내가 조절할 수 있다.	1	2	3	4	5
c 훗날에 또 담배를 필까봐 걱정된다.	1	2	3	4	5
d 담배를 피우고 싶은 욕구 를 견디기가 매우 힘들다.	1	2	3	4	5

● 일반적인 사항에 대한 질문입니다.

※ 해당하는 곳에 체크해 주세요.

1. 귀하의 연령: 만 () 세

2. 성별: 1) 남 2) 여

3. 결혼상태

1) 미혼 2) 기혼 3) 이혼 4) 별거 5) 사별

4. 교육정도

1) 무학 2) 초졸 3) 중졸 4) 고졸 5) 대졸이상

5. 직업: 1) 없음 2) 있음

6. 월수입

1) 100만원 미만 2) 100만원~200만원 3) 200만원~300만원 4) 300만원 이상

7. 흡연기간:

8. 일일 흡연량:

9. 질병유무:

<부록. 2> Smoking Cessation Quality of Life(1999) 사용을 위한 Letter.

Dear Dr Dr. Stephen Joel Coons,

I am Sunjung Kim, a graduate student of Yonsei University college of Nursing, preparing my thesis for the master degree. I am writing this email to ask permission of your ' *Smoking Cessation Quality of Life*' model which you wrote at Clinical Therapeutics Vol.21 , No.12, 1999.

Like any other countries, in Korea, the hazard of smoking is one of the top public health issues. According to the report of Korean government, 73% of Korean male and 7% of the female population is smoking. The lung cancer rate of last 10 years has jumped from 7.2% to 12.2 %. While the adult male smoking rate holds steady, those of the female and teenagers are on the rise. Korean government has tightened anti smoking laws and regulations and encourages anti-smoking movements with non-government organizations.

While most anti-smoking movements in Korea are focusing personal health problems from smoking, few quantitative researches have conducted ' *how smoking cessation affect the individual quality of life*'. In my 6 years of experiences as a clinical nurse, I learned the hazards of smoking and I believe the quantitative research to measure the quality of life for smoking cessation can support the Korean anti-smoking movement. Therefore I chose the subject of my thesis as ' *The quantitative study of quality of life in stages of smoking cessation* .

During the preliminary researches I found your article ' *Development of the Smoking Cessation Quality of Life Questionnaire* ' in 'Clinical Therapeutics Vol. 21, No. 12, 1999'. I think your model, '*Smoking Cessation Quality of Life (SCQoL)*' is the very one to estimate the quality of life in stage of smoking cessation. I'd like to adopt your SCQoL model to longitudinal study. I will interview a number of people who are intended to quit smoking by 3 smoking cessation stages (preparation, action, and failure) for 6 week period.

Since you developed the *SCQoL* model, I'd like to get your permission to use it. It will be pure academic study for my master degree of nursing, no commercial purpose on it. After I finish the thesis, I will translate and send it to you. (If you want to review it before the official review of my thesis, I will be glad to send it to you.)

I guess you must be very busy person, so all I ask is your permission to use *SCQoL* model. However if you can provide more developed model or any reference, I can't be happier than ever.

If you have any concerns to give permission or need more information for my study, please don't hesitate to contact me.

This is my contact information.

Name: Kim, Sunjung

Email: dubusun@gmail.com

Phone: +82-16-282-1623 (mobile phone)

Also this is my primary advisor for my thesis

Name: Yu, Ilyoung, PhD.

(Professor of Yonsei University College of Nursing)

Email: iyoo@yumc.yonsei.ac.kr

Phone: +82- 2-2228-3273

Thank you so much to read this email. I hope I can get your answer soon.

Sincerely yours.

September 16, 2005

Sunjung Kim

<부록. 3> Smoking Cessation Quality of Life(1999) 사용 허가 letter.

Dear Sunjung Kim,

I have attached the Korean version of the SCQoL's smoking cessation targeted items. You have my permission to use these items. However, I am not the one who can grant permission to use the Korean version of the SF-36, which makes up the generic core of the SCQoL. You will need to go to the SF-36 website (www.sf-36.org) to ask permission for use of the SF-36. Since you are doing academic research, there should be no charge for version 1 of the SF-36.

I have not done much more with the SCQoL recently, but hope to do more with it over the next few years. The only other article my group published on the SCQoL is the following:

Shaw JW, Coons SJ, Foster SA, Leischow SJ, Hays RD. Responsiveness of the Smoking Cessation Quality of Life (SCQoL) Questionnaire. *Clinical Therapeutics* 2001;23:957-969.

I would be glad to see your thesis at some point, but don't need to have me review it before it is officially completed. Let me know if you need any additional help from me. Best wishes with your research!

Stephen Joel Coons, Ph.D.

Professor, Division of Social and Administrative Sciences
The University of Arizona College of Pharmacy
PO Box 210207 (or 1703 E Mabel Street for overnight delivery)
Tucson, AZ 85721-0207
520/626-4450 FAX: 520/626-3386

<부록. 4> Y 보건소 금연 클리닉 사업 소개

금연 클리닉: 흡연자를 대상으로 상담 및 약물요법을 제공하여 금연 실천율을 높이고 흡연율을 감소시키기 위해 국가에서 금연클리닉 운영비를 지원하는 사업.

관리 체계: 금연클리닉 담당의사: 진료 및 약물 처방

금연상담사: 상담 및 약물처방 및 진료 안내.

사업 내용: 금연클리닉 대상자 등록 후 6개월간 제공

서비스 내용: 건강검진: 혈압, 체중, 복부둘레, 호기 일산화탄소 측정

상담: 니코틴 의존도 평가, 금연교육.

행동요법: 스트레스대처, 금단증상대응, 재발방지법 등

약물요법: 니코틴대체요법(패치, 껌), 부프로피온 처방.

<금연 클리닉 서비스 제공 절차>

상담 횟수	내용
초회 방문	<ul style="list-style-type: none"> • 등록 및 1차 면담 • 기초 설문 조사, 니코틴 의존도 평가, 금연 교육 • CO 측정 • 니코틴 공급/부프로피온 처방
2회 상담	<ul style="list-style-type: none"> • CO 측정 • 금단 증상 상담/니코틴 공급/부프로피온 처방 • 탈락자 전화 및 방문
3회 상담	<ul style="list-style-type: none"> • CO 측정 • 금단 증상 상담/니코틴 공급/부프로피온 처방 • 탈락자 전화 및 방문
추후 관리	<ul style="list-style-type: none"> • 3회 이후부터는 전화, 이메일, 상담사 방문 등을 통해 • 6개월까지 금연 확인

abstract

Changes in the Quality of Life at Different Smoking Cessation Stages

Kim, Sun Jung
Dept. of Nursing
The Graduate School
Yonsei University

This Study is a longitudinal descriptive study to describe changes of quality of life at different smoking cessation stages.

Data were collected from 40 participants of smoking cessation programs at Y district public health center from August 21, 2005 to October 7, 2005. The first interviews were done during preparation the period. Follow-up interviews with same questionnaires were done by phone 6 weeks later.

SCQoL (Smoking Cessation Quality of Life (Olufade et al, 1999) were used to measure the quality of life. Data analysis was done using SPSS for Windows Version 13.0. The results are follows.

1. At the contemplation stage, there were no significant differences in total SCQoL scores except bodily pain ($p=0.04$) and self control ($p=0.04$) between the group with diseases and without diseases.

2. Duration of smoking and quantity of smoking at the contemplation stage showed no significant difference in SCQoL. But statistically significant difference in SCQoL were observed. 40 or more pack-year group showed the lowest score of Role Emotional ($p=.00$) in SF-36 and Anxiety ($p=.02$) in SCQoL,

3. Comparing SCQoL scores between maintenance group (success) and recurrence group (failure) at the contemplation stage, there were no significant difference except Self Control. Maintenance group showed higher SCQoL scores in Self Control than Recurrence group ($p=0.02$)

4. In the maintenance group, significant differences in the SCQoL scores before and after smoking cessation program were observed. In SF-36, Physical Function ($p=.02$), General Health ($p=.01$), and Mental Health ($p=.03$) scores and in SCQoL, Self Control ($p=.00$), Sleep ($p=.02$), Cognitive Function ($p=.01$) scores were improved significantly. But there were no meaningful differences in Recurrence group.

In conclusion, the quality of life can be improved after successful smoking cessation program. This can be a strong factor to motivate smokers to quit smoking. In order to develop efficient smoking cessation program, more studies on SCQoL should be followed.

key words: quit smoking, smoking cessation, SF-36, SCQoL