保健敎育 · 健康增進學會誌 第20卷 第3號(2003. 9) pp.1-18
Journal of Korean Society for Health Education and Promotion, Vol.20, No.3(2003)

금연프로그램에 대한 인지도, 이용의도 및 영향요인

장혜정* · 노맹석**
*경희대학교 의료경영학과 · **서울대학교 통계학과

〈목 차〉

Ⅰ. 서론
Ⅱ. 연구방법
Ⅲ. 연구결과
Ⅳ. 고찰
Ⅴ. 결론
참고문헌
Abstract

Ⅰ. 서 론

국민의 생활수준이 향상되어 생활환경이 개선되고 의학기술이 발달하면서 예방 가능한 전염성 질환의 발생은 억제되는 반면, 평균수명의 연장에 따른 노인인구의 증가, 생활습관의 변화, 공업화와 도시화로 인한 환경오염 등으로 인해 뇌혈관 질환, 암, 고혈압, 당뇨병 등과 같은 만성퇴행성 질환이 보건문제의 주요 위치를 차지하게 되었다. 이에 따라 세계보건기구 WHO는 1970년 이후 국민의 건강을 유지하기 위하여 흡연자에 대한 금연 대책과 비흡연자를 보호하기 위한 대책을 강구하도록 각국 정부에 권고해 왔다(김선애, 1998).

특히, 흡연이 인체에 많은 해를 끼친다는 사실이 폐암 발생자에 대한 역학조사에 의해 밝혀지기 시작하면서부터 흡연의 인체 유해성에 대한 연구와 금연프로그램에 대한 연구에 많은 관심이 집중되기 시작했다(Tylecote, 1927; Arkin, 1936). 이제 흡연은 다른 어떤 건강 위험요인보다 주요한 요인으로 보고되고 있다. 미국 질병통제센터(Center for Disease Control; CDC) 보고서에 의하면 흡연자의 사망위험률은 비흡연자의 약 22배나 되고, 담배 한 개피당 11분의 수명, 한 갑당 3시간 40분의 수명이 단축되는 것으로 보고되었다.

뇌혈관 질환, 심근경색증, 심근허혈과 같은 관상동맥 질환, 그리고 폐암, 구강암, 인두암, 췌장암, 자궁경부암, 후두암, 방광암과 같은 각종

교신저자 : 장혜정
서울특별시 동대문구 회기동 1 경희대학교 정경대학 의료경영학과
전화번호: 02-961-9432, E-mail: hjchang@khu.ac.kr

암의 발생률이 비흡연자에 비해 흡연자가 월등히 높다(CDC, 1990). 또한, 흡연자는 비흡연자에 비해 생식기능이 저하되며 혈소판 응집을 증가시켜 혈관 질환을 유발한다(Folts 등, 1990).

이렇게 건강에 위협을 주는 요인인 흡연에 기인한 질환의 발생은 계속 증가하는 것으로 나타나는데, 우리나라의 경우 폐암 발생은 계속 증가하여 향후 2020년에는 인구 10만명당 70명이 폐암으로 사망할 것이라는 연구결과가 제시되기도 하였다(서일, 2000). 이는 현재 우리나라 각종 암 사망률 중 가장 높은 위암 사망률보다 2배 이상 높은 것으로 미래에는 폐암이 가장 흔한 사망원인이 된다는 뜻이며, 실제로 1980년부터 1993년 기간 동안 폐암 발생률은 3배나 늘었고, 증가속도가 다른 어떤 암 사망률보다 높다.

따라서 금연의 중요성은 더욱 강조되고 있으며, 금연을 통하여 건강피해를 줄일 수 있다는 다양한 연구결과가 보고됨에 따라 선진각국에서는 금연을 위한 여러 가지 노력을 펼치고 있다. 금연을 함으로써 직접적인 위험요인을 제거한다면 질환의 발생률을 낮게 하여 금연자는 계속 흡연자보다 사망률을 20~90% 낮게 하며, 이외에도 모든 조직형의 폐암에서 위험이 감소하고, 금연기간이 길어질수록 그 위험률의 감소는 가속화된다고 보고되었다(CDC, 1990). 또한, 금연시 관상동맥 질환으로 인한 사망률이 40% 감소하고 5년 생존율은 비흡연자와 비슷하게 되며(Rosenberg 등, 1990), 구강암 발생률도 금연 후 3~5년 내에 위험도가 50%로 감소하고 15년 후에는 비흡연자와 비슷하게 된다(CDC, 1990). 식도암 역시 금연 후 15년 후에 비흡연자 수준에 도달하게 되는 것으로 나타났다(Franceschi 등, 1990).

한국금연운동협의회(2002)에 따르면 우리나라의 흡연율은 계속 증가 추세에 있으며, 특히 20세 이상 성인 남성의 흡연율은 약 60%로 전 세계 1위를 차지하고 있다. 이는 미국 28%, 영국 29%, 프랑스 27%로 다른 선진국의 성인 남성 흡연율이 30% 이하인 것에 비하면 2배나 높은 수치이다. 한편, 성인 여성 흡연율 6.0%는 미국(24.6%), 독일(21.5%), 일본(13.8%)에 비해 아직 낮은 수치이지만 과거에 비하여 크게 늘어나고 있으며, 특히 청소년 여학생의 흡연율의 증가는 향후 심각한 문제로 대두될 전망이다. 특히, 성인 남성의 흡연율은 감소추세에 있다고는 하지만 아직도 높은 수준이고, 더욱 큰 문제는 청소년과 성인 여성의 흡연율이 증가하고 있다는 것이다. 전국 남고생의 흡연율이 1988년 23.9%에서 1997년 35.3%으로 꾸준히 증가하고, 여고생의 경우도 1988년 2.4%에서 2000년 10.7%까지 증가하였으며, 남중생은 동기간에 1.8%에서 7.4%로, 여중생은 1.2%에서 3.9%로 증가하였다(연세대학교 보건대학원, 2002). 물론 최근 2001년과 2002년에 감소하는 특징을 보이기는 하지만, 특히 남자고교 2~3년 학생은 40% 이상이 흡연하는 것으로 나타나고 있다. 성인 여성의 경우에도 흡연율이 1989년 3.9%에서 1998년 6.7%로 10년 동안 1.5배로 증가하였다. 즉, 성인 남성의 흡연율이 감소하고 있는 추세인데도 불구하고 담배소비량이 계속 늘어나고 있는 것은 성인 여성 및 청소년의 흡연율 증가에 기인하는 것으로 보여진다.

이처럼 높은 성인 남성 흡연율과 청소년 및 여성 흡연자의 증가로 인해 금연활동은 우리나라 전 국민의 건강수준 향상에 직접적인 관심사가 되고 있으며, 금연인구도 1999년 약 370만명이고, 이중에서 약 258만명은 지난 10년 사이에 금연한 것으로 추산되고 있다(지선하, 1999). 또

한 최근에는 여러 협회 및 단체에서 금연교육, 금연캠페인을 시행하고 있고, 담배광고 규제, 담배 경고문 정착, 공공장소에서의 흡연규제, 청소년에 대한 담배판매 금지 등 금연환경을 만들기 위한 활동들이 이루어지고 있다(이상욱 등, 2003).

그러나 금연에 성공하기는 쉽지 않다. 흡연은 개인적인 기호이므로 본인에게 의지만 있다면 금연할 것이라고 생각할 수 있지만, 현실적으로 처음 호기심으로 시작한 흡연이 습관성으로 변하여 결국에는 인체에 해로운 줄 알면서도 쉽게 끊지 못하는 상태에 이르게 된다. 연속적인 흡연으로 인한 니코틴 중독 상태가 흡연자 스스로 금연할 수 있는 의지를 어렵게 만드는 요인이 되기 때문이다. 한 조사에 의하면 흡연자의 90% 정도는 금연할 의사를 가지고 있고, 실제 금연을 시도해 본 경험이 있는 것으로 나타났다. 그렇지만, 금연학교 수료자의 경우에도 금연 성공률은 30.2%이며, 실패율은 69.8%로 나타났다(김선애, 1998). 이같이 금연실패율이 높다는 사실은 금연이 흡연자 스스로의 의지만으로는 성공하기 어렵다는 사실을 반영한다. 금연과정은 개인마다 정도의 차이는 있지만 사회적, 신체적, 심리적 장애를 극복하여야 하는 과정이 요구되며, 실제로 사회적 지지도 필요하다.

따라서 금연상태를 지속적으로 유지하기 위해 금연침, 니코틴 패치와 같은 금연보조제가 권고된다. Waite 등(1998)은 78명을 대상으로 금연침에 대한 위약-대조 실험을 수행한 결과 위약치료 집단에 비하여 시술한 집단에서 6개월 동안 금연을 지속하는 비율이 높은 결과를 보였다. 그리고 Daughton(1998)은 하루 20개피 이상 흡연자 369명을 대상으로 니코틴 패치에 대한 효과 연구를 수행하여 3개월 금연지속비율은 위약 집단 11.4%, 니코틴 패치 집단은 23.4%이고, 6개월 금연지속비율은 위약집단 10.3%에 비해 니코틴 패치 집단은 18.5%로 니코틴패치 역시 효과적인 금연보조제임을 보였다.

한편, 금연침이나 니코틴 패치와 같은 직접적인 보조제뿐만 아니라, 일차진료기관 의사의 금연 권고는 금연율을 향상시킬 수 있다고 보고되었는데(Wadland 등, 1999), 미국의학협회지는 최근 미국 위스콘신대 마이클 피올 박사의 연구결과를 인용하여 니코틴 패치를 비롯한 현행 15가지 금연방법을 비용-효과 측면에서 분석하였는데, 흡연자에 대한 의사의 금연권고가 가장 효과가 높은 반면 비용은 적게 든다고 제시하였다. 이밖에도 효과적인 금연프로그램으로 일반의 혹은 건강상담자에 의한 직접 교육 및 상담(Senore 등, 1998; Meenan 등, 1998), 광고를 포함한 홍보(Goldman & Glantz, 1998), 청소년의 담배 접근을 제한하는 정책 및 제도(Forster 등, 1998), 의사 상담과 병행되는 니코틴검(Rosal 등, 1998), 자조그룹(Albrecht 등, 1998) 등이 있다.

이러한 금연에 효과적인 건강증진 프로그램은 적정한 규모와 방법으로 지역사회 안에서 제공되어야 하며, 이를 위해서는 우선 객관적 근거를 가지고 추정한 각 프로그램에 대한 수요가 산출되어야 한다. 그러나 기존의 연구나 조사결과에는 흡연의 지속적인 추이를 관찰하거나 이미 충족되고 있는 프로그램 이용량을 파악하는 자료들만 포함되어 있고, 현재 건강증진의 필요를 느끼기는 하지만 실행하지 못하는 경우에 해당하는 미충족된 필요와 미충족의 이유를 밝혀주지 못하고 있다. 따라서 본 연구는 국민건강증진을 위한 금연프로그램 공급자원을 수요에 맞추어 효율적으로 제공할 수 있도록 기반

정보를 확보하기 위해서 수행하였다. 구체적으로는 흡연과 금연 현황을 분석함에 있어서 금연에 대한 의지가 있는지, 있다면 금연방법으로 어떠한 방법을 사용하겠는지, 그 이유는 무엇인지, 외부 도움을 받지 않겠다면 그 이유는 무엇인지 등을 단계별로 조사하고자 한다. 그리하여 조사 결과를 근거로 금연프로그램에 대한 수요를 파악할 수 있는 모형을 개발하고, 이를 활용하여 현재 흡연자의 금연프로그램에 대한 잠재수요를 추정할뿐만 아니라, 금연프로그램을 이용하는 데 있어 장애요인을 파악한 후 장애요인을 제거하는 방향으로 전략을 제시할 수 있도록 객관적 근거를 확보하고자 한다.

Ⅱ. 연구방법

1. 조사대상 및 방법

본 연구는 20세 이상 성인을 모집단으로 하였다. 모집단의 대표성있는 표본 추출을 위하여 보건복지부(1998)가 수행한 『국민건강 · 영양조사』의 조사대상자 중 20세 이상 성인 19,028명을 표본의 기본구조(sample framework)로 설정하였다. 이들을 대도시, 중소도시, 군지역의 거주지역별로 층을 구분하여 500명의 표본을 층화추출하였다.

2000년 6월 1일부터 2000년 6월 28일까지 전문조사팀에 소속된 조사요원이 전화설문을 실시하였는데, 전화면접에 응답한 500명의 응답자는 『국민건강 · 영양조사』에 참여한 경험이 있기 때문에 성별, 연령, 직업, 거주지, 그리고 흡연상태 등 본 연구에서 필요로 하는 일부 개인특성 변수는 이미 조사된 상태였다. 본 조사에서는 기존 정보를 확인하고, 본 연구의 주요문제에 해당하는 금연의향과 적극적 금연프로그램에 대한 인지도, 이용의도, 장애요인 등 새로운 정보를 추가적으로 질문하였다.

2. 조사내용

과학적인 근거를 가지는 금연프로그램을 선정하기 위하여, 의료기관이나 지역사회를 기반으로 제공된 금연프로그램의 효과를 분석한 문헌을 수집하여 대상, 제공빈도, 시기 등을 고려하여 유의한 효과의 크기를 규명하였다. 서론에서 언급한 바와 같이, 다수의 문헌에서 그 효과가 입증된 금연프로그램로 니코틴 보조제, 금연침, 금연클리닉 · 교실, 단체교육, 그리고 금연동맹의 5개 프로그램을 선정하였다.

이렇게 선정된 다섯 종류의 금연프로그램에 대하여 <표 1>과 같이 총 5단계의 금연프로그램 이용 의사결정모형을 구축하고 조사표를 구성하였다. 구체적으로는 금연프로그램 인지도, 금연시도 경험, 현재 흡연상태, 금연의향, 향후 프로그램 이용의도를 확인하는 단계별 세부항목들을 작성하였다. 금연프로그램의 경험이 있는 경우에는 프로그램 경험의 빈도와 비용, 효과 및 그에 대한 만족도, 사용동기 등과 함께 계속 사용의도를 조사하였으며, 경험이 없는 경우에는 이용의도, 이용에 따른 장애요인 등을 조사하였다. 이용에 따른 장애요인은 비용 측면, 거리 측면, 시간 측면, 프로그램의 질 측면, 사회적인 분위기 측면, 신체적인 상태 측면, 흥미 측면 등에서 도출하였다. 한편, 이용의도 및 계속 이용의도가 없는 경우에는 그 이유를 파악하여, 향후 프로그램 내용의 구성 및 제공방법 도출시 참고자료로 사용하고자 하였다.

<표 1> 단계별 금연프로그램 이용 의사결정모형

단계	구분	내용
1	금연프로그램 인지도	홍보, 캠페인, 광고, 접촉도
2	금연시도 경험	방법/종류, 이용장소, 빈도, 비용, 효과/만족도, 동기
3	흡연상태	지속적인 금연시도 유무
4	금연의향	금연에 대한 가치관 사회적 기대, 압력 및 순응도 금연의향
5	금연프로그램 이용의도	비이용 이유 희망장소(기관) 한계허용범위(시간, 거리, 비용)

3. 분석 방법

수집된 자료를 다음의 4단계로 분석하였다. 1단계에서는 성별, 연령, 거주지, 직업과 같은 응답자의 인구사회학적 특성에 대한 분포를 빈도분석으로 파악하였다. 2단계에서 프로그램별 인지도, 이용률, 이용의도율 및 흡연 제거의도율과 같이 <표 1>에서 제시된 이용 의사결정모형의 각 단계별 확률을 추정하였다. 3단계에서는 응답자 개인의 특성으로서 성별, 연령, 거주지, 직장을 고려하였을 때, 각 금연프로그램별 인지도, 금연 시도경험, 흡연상태, 금연의향, 금연프로그램 이용의도에 있어서 개인 특성별 차이에 대한 통계적인 유의성을 피어슨 카이제곱 검정 통계량을 사용하여 검정하였다. 이때, 연령은 20~39세, 40~59세, 60세 이상으로 구분하고, 성별은 남성, 여성으로, 거주지역은 7대도시, 중소도시, 군지역으로, 그리고 마지막으로 직업은 사무직, 생산직, 자영업, 그리고 나머지 주부, 군인, 학생 등을 포함한 기타군으로 구분하였다. 그리고, 마지막 4단계에서는 빈도분석을 통하여 프로그램 이용의도가 없을 경우 프로그램별로 가장 크게 작용하는 장애요인을 파악하였다.

또한, 1년 이내 금연의향에 미치는 영향요인을 파악하기 위하여 금연프로그램 이용에 대한 당위성과 시간비용 투입가치 등 주관적 태도에 대한 항목, 가족이나 친구, 동료의 자신의 금연에 대한 선호도 등 사회적 압력에 대한 항목과 함께 개인특성변수인 성별, 연령, 직업을 독립변수로 고려하고 금연의향을 종속변수로 고려한 로짓모형을 분석하였다. 이때, 당위성, 시간비용 투입가치, 가족의 선호도, 친구 및 동료의 선호도 문항은 5점 측도로 측정하였으나, 보통 이하를 0, '긍정', '절대긍정'을 1로 변환한 이항변수로 고려하였다. 로짓모형에서 승산비(odds ratio) 계산을 위해 참조항목을 성별변수는 '여성'으로, 연령변수에서는 '60세 이상'으로, 직업변수에서는 '기타군'으로 두었다.

Ⅲ. 연구결과

1. 응답자의 인구사회학적 특성

<표 2>와 같이 응답자의 연령분포는 20~39세 30.2%, 40~59세 40.4%, 60세 이상 29.4%이고, 대도시 38.4%, 중소도시 33.4%, 군지역 28.2%로 전반적으로 균형있게 분포하였다. 직업별로는 생산직, 기타군, 사무직, 자영업 순이었으며, 흡연경험이 없는 응답자가 20명 있었다. 따라서, 흡연 무경험자를 제외하고, 흡연경험이 있는 현재 금연자와 현재 흡연자만 포함한 480명을 분석대상으로 하였다. 이중 흡연자는 350명으로 전체 응답자 중 70%를 차지하였고, 과거 흡연경험이 있는 현재 금연자는 130명으로 26%를 차지하고 있다. 흡연경험이 없는 경우는 고려하지 않았기 때문에, 여성에 비해서 흡연율이 절대적으로 높은 남성의 구성비가 88.2%였다.

2. 금연프로그램별 인지도

흡연경험이 있는 응답자 중 금연프로그램별 인지도 및 인지도에 대한 응답자 특성 변수들의 유의성은 <표 3>에 제시하였다. 금연침의 인지도가 56.4%로 가장 높으며, 금연클리닉 · 교실 46.5%, 니코틴 보조제 38.1%, 단체교육 30.5%, 금연동맹 15.8% 순이었다.

성별 인지도는 니코틴 보조제의 경우 남성 39.2%, 여성 28.8%이며, 금연침의 경우 남성 58.1%, 여성 42.3%이었다. 그리고 금연클리닉 · 교실의 경우에는 남성 47.7%, 여성 36.5%이고, 단체교육의 경우 남성 30.9%, 여성 26.9%이며, 금연동맹의 경우 남성 17.1%, 여성 5.8%이었다.

<표 2> 응답자 인구 · 사회학적 특성

특성	구분	응답자수(명)	구성비(%)
성별	남성	441	88.2
	여성	59	11.8
연령	20~39 세	151	30.2
	40~59 세	202	40.4
	60세 이상	147	29.4
거주지역	대도시	192	38.4
	중소도시	167	33.4
	군지역	141	28.2
직업	사무직	119	23.8
	생산직	161	32.2
	자영업	62	12.4
	기타	158	31.6
흡연상태	현재흡연	350	70.0
	과거 흡연하였지만 현재 금연	130	26.0
	흡연한 경험이 없음	20	4.0

종합하면, 모든 프로그램에서 남성이 여성보다 인지도가 높았는데, 특히 금연침, 금연동맹 프로그램에 대한 인지도는 유의수준 5%에서 통계적인 차이가 있었다.

연령별 인지도는 니코틴 보조제의 경우 20~39세 40.3%, 40~59세 40.3%, 60세 이상 32.6%이며, 금연침의 경우 20~39세 65.1%, 40~59세 59.2%, 60세 이상 43.3%이었다. 금연클리닉·교실의 경우에는 20~39세 62.4%, 40~59세 50.0%, 60세 이상 24.8%이었으며, 단체교육의 경우 20~39세 34.9%, 40~59세 35.2%, 60세 이상 19.1%이었다. 그리고 금연동맹의 경우 20~39세 16.8%, 40~59세 19.4%, 60세 이상 9.9%이었다. 종합적으로 20~39세, 40~59세 연령대에서는 60세 이상 연령대보다 인지도가 상대적으로 높았으며, 특히 금연침과 단체교육 프로그램에 대한 인지도는 유의수준 5%에서 통계적인 차이가 있었다.

거주지역별 인지도는 니코틴 보조제의 경우 대도시 39.4%, 중소도시 41.0%, 군지역 32.8%이며, 금연침의 경우 대도시 53.7%, 중소도시 64.6%, 군지역 50.4%이었다. 금연클리닉·교실의 경우 대도시 48.4%, 중소도시 49.1%, 군지역 40.9%이고, 단체교육의 경우 대도시 31.4%, 중소도시 33.5%, 군지역 25.5%이며, 그리고 금연동맹의 경우 대도시 19.1%, 중소도시 18.6%, 군지역 8.0%이었다. 전반적으로 대도시, 중소도시에 비하여 군지역에서의 인지도가 상대적으로 낮았으며, 특히 금연침과 단체교육 프로그램에 대한 인지도는 유의수준 5%에서 통계적인 차이가 있었다.

직업별 인지도는 니코틴 보조제의 경우 사무

<표 3> 금연프로그램별 인지도

특성	구분	니코틴 보조제		금연침		금연클리닉·교실		단체교육		금연동맹	
		인지도	χ^2	인지도	χ^2	인지도	χ^2	인지도	χ^2	인지도	χ^2
계		38.1	-	56.4	-	46.5	-	30.5	-	15.8	-
성별	남성	39.2	2.1	58.1	4.7	47.7	2.3	30.9	0.3	17.1	4.4
	여성	28.8		42.3	(*)	36.5		26.9		5.8	(*)
연령	20~39세	40.3	2.5	65.1	15.1	62.4	42.8	34.9	12.0	16.8	5.6
	40~59세	40.3		59.2	(**)	50.0		35.2	(**)	19.4	
	60세 이상	32.6		43.3		24.8		19.1		9.9	
거주지	대도시	39.4	2.3	53.7	7.0	48.4	2.4	31.4	2.4	19.1	8.8
	중소도시	41.0		64.6	(*)	49.1		33.5		18.6	(*)
	군지역	32.8		50.4		40.9		25.5		8.0	
직업	사무직	49.6	16.8	70.9	27.1	57.3	21.8	41.9	14.0	19.7	12.5
	생산직	41.1		53.8		46.8		29.1		15.8	
	자영업	38.3	(**)	70.0	(**)	60.0	(**)	35.0	(**)	26.7	(**)
	기타	25.8		42.4		32.5		21.1		8.6	

(*) 는 유의수준 5% 하에서 통계적으로 유의함을 나타냄.
(**) 는 유의수준 1% 하에서 통계적으로 유의함을 나타냄.

직 49.6%, 생산직 41.1%, 자영업 38.3%, 기타 25.8%이며, 금연침의 경우 사무직 70.9%, 생산직 53.8%, 자영업 70.0%, 기타 42.4%이었다. 금연클리닉 · 교실의 경우 사무직 57.3%, 생산직 46.8%, 자영업 60.0%, 기타 32.5%이며, 단체교육의 경우 사무직 41.9%, 생산직 29.1%, 자영업 35.0%, 기타 21.1%이고, 금연동맹의 경우 사무직 19.7%, 생산직 15.8%, 자영업 26.7%, 기타 8.6%이었다. 전반적으로 사무직, 자영업 직업군에서의 인지도가 생산직, 기타 직업군보다 상대적으로 높았으며, 특히 모든 프로그램에서 인지도는 유의수준 5%에서 직업별로 통계적인 차이가 있었다.

3. 금연시도 경험

흡연경험이 있는 대상자에게 질문한 금연시도 경험에 대한 응답결과는 <표 4>에 제시하였다. 응답자 중 금연시도율은 61.6%로 연령변수에서만 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 금연시도자 중 과거에 금연을 시도해서 현재까지 금연한다고 응답한 비율은 전체 33.6%로 성별에 따른 구분에서는 남성 32.1%, 여성 46.4%로 나타났다. 금연시도자의 금연기간에 대한 질문에 33.9%가 1개월 미만, 18.6%가 1~6개월에 응답하여 전체의 과반수 이상이 6개월 이상 금연하지 못하고 다시 흡연하는 것으로 조사되었다.

금연동기로 '의사권유' 34.4%, '가족권유'

<표 4> 금연시도 경험

특성		구분	구성비 (%)	χ^2 성별	연령	거주지	직업
금연시도 경험		있음	61.6	0.0	16.8 (**)	3.1	6.3
		없음	38.4				
금연시도 경험이 있는 경우	금연시도 기간	현재까지	33.6	10.5	10.1	12.4	14.4
		1개월 미만	33.9				
		1~6 개월	18.6				
		6~12 개월	3.9				
		1~3 년	5.4				
		3년이상	4.6				
	금연동기	의사권유	34.4	2.6	11.1	17.6 (**)	10.5
		가족권유	10.5				
		직장 · 사회 분위기	3.2				
		기타	51.9				
	금연방법	본인의지	92.6	2.6	8.2	7.4	16.3
		니코틴 보조제	1.4				
		금연침	1.4				
		기타	4.6				

(*) 는 유의수준 5% 하에서 통계적으로 유의함을 나타냄.
(**) 는 유의수준 1% 하에서 통계적으로 유의함을 나타냄.

10.5%, '직장·사회 분위기' 3.2%, '기타' 51.9%로 나타났다. 외부압력에 의한 금연 중 '의사권유'가 '가족권유', '직장·사회 분위기'를 합한 구성비보다 약 2.5 배 높은 구성비를 가지고 있어 의사의 권유에 의해서 금연을 시도하는 경우가 훨씬 높았다.

금연하는 방법으로 '본인의 의지'로 금연을 시도하는 비율이 92.6%로 대부분이며, 외부도움에 의한 비율은 7.4%에 불과했다. 외부도움에 의한 경우에는 니코틴보조제, 금연침을 이용한 경험을 응답자의 각각 1.4%만이 경험하였다고 응답하였다.

4. 금연의향

향후 1년 이내 금연의향이 있는 지를 금연의 당위성과 시간투입가치, 금연에 대한 가족의 선호도, 친구·동료의 선호도와 함께 조사한 결과를 <표 5>에 제시하였다. 1년이내 금연의향은 전체 응답자 중 40.8%로 나타나고 있으며, 금연의 당위성을 인지하는 비율은 51.6%, 금연을 위하여 시간과 비용을 투입할 가치가 있다고 응답한 비율은 19.4%, 가족의 금연선호 비율은 81.5%, 친구·동료의 금연선호는 33.0%로 나타났다.

이들 금연의 당위성, 시간투입가치, 가족의 금연선호도, 친구·동료의 금연선호도와 함께 성별, 연령, 거주지, 직업을 나타내는 개인 특성 변수를 독립변수로 1년 이내 금연의향를 종속변수로 하여 로짓모형 분석을 수행한 결과는 <표 5>에 제시하였다. 분석 결과, 금연의 당위성과 시간비용 투입가치에 대한 긍정적인 태도를 가진 경우 금연의향에 통계적으로 유의한 영향을 주는 것으로 나타났다. 금연의 당위성에 대하여 긍정적인 태도를 가졌을 경우 그렇지 않은 경우를 기준으로 금연의향은 9.3배의 승산비를 나타냈고, 이의 95% 신뢰구간은 (5.1, 16.8)로 최소한 5배 이상의 금연의향을 보였다. 금연을 위한 시간비용 투입에 대한 긍정적인 태도를 가진 경우 부정적인 태도를 가진 경우를 기준으로 금연의

<표 5> 1년 이내 금연의향에 대한 로짓분석 결과

독립변수		승산비(OR)	95% 신뢰구간	유의수준(p)
당위성		9.3	(5.1, 16.8)	0.00(**)
시간비용 투입가치		2.0	(1.0, 3.8)	0.05(*)
가족의 선호도		1.7	(0.7, 3.9)	0.20
친구/동료의 선호도		1.3	(0.7, 2.3)	0.40
연령군	20~39세	0.7	(0.3, 1.6)	0.57
	40~59세	0.7	(0.3, 1.4)	
성 별	남 성	1.4	(0.5, 4.1)	0.58
직업군	사무직	1.2	(0.5, 2.7)	0.47
	생산직	0.9	(0.4, 2.0)	
	자영업	0.6	(0.2, 1.5)	

(*) 는 유의수준 5% 하에서 통계적으로 유의함을 나타냄.
(**) 는 유의수준 1% 하에서 통계적으로 유의함을 나타냄.

향에 대한 승산비는 2.0이고 이의 95% 신뢰구간은 (1.0, 3.8)이었다. 가족의 선호도, 친구 · 동료의 선호도 및 개인 특성변수에 따른 금연의향의 통계적인 차이는 없었다.

5. 금연프로그램 이용의도

<표 6>은 금연의향을 가진 흡연자 중 적극적으로 금연프로그램을 이용할 의도와 이용의도가 없을 경우의 장애요인을 나타내고 있다. 1년 이내 금연의향을 가지는 흡연자 중에서 니코틴 보조제를 이용할 의향은 12.5%로 이중 남성 11.3%, 여성 27.3%이었으며, 금연침을 이용할 의향은 7.8%으로 이중 남성 7.6%, 여성 10.0%이었다. 금연 클리닉 · 교실, 단체교육, 금연동맹은 이용 희망자가 거의 없었다. 성별에 따른 프로그램 이용의도에 대한 통계적 차이를 피어슨 카이제곱 검정한 결과에 따르면 니코틴 보조제의 경우 p값은 0.123이며, 금연침의 경우 0.788로 유의수준 5% 하에서 통계적으로 유의하지 않았고, 성별 이외에 다른 개인 특성변수에서도 이용의도와 통계적으로 관련성이 나타나지 않았다.

추가적으로, 금연프로그램의 이용의도에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위하여, 금연프로그램 중 어떤 하나라도 이용하겠다고 응답한 경우를 1, 그렇지 않은 경우를 0으로 지정한 후, 이를 종속변수로 두고 금연의 당위성과 시간투입가치, 금연에 대한 가족의 선호도, 친구 · 동료의 선호도와 함께 개인 특성변수를 독립변수로 포함하는 로짓모형을 분석하였다. 분석 결과, 각 독립변수별 p값은 연령군 0.780, 성별 0.138, 거주지역 0.065, 직업군 0.906, 당위성 0.709, 시간비용투입가치 0.075, 가족의 선호도 0.520, 친구 · 동료의 선호도 0.229로 모든 변수들이 유의수준 5%에서 통계적으로 유의하지 않았다.

그러나 금연프로그램을 이용하려는 의향을 보인 확률은 당위성을 인지하는 경우 17.6%, 인지하지 않을 경우 0%로 당위성을 인지하는 경우에 금연프로그램을 이용할 의향을 보인 확률이 높았으며, 시간비용 투입가치를 인지하는 경우에도 금연프로그램을 이용할 의향은 24.4%로 인지하지 않을 경우 9.4%보다 역시 높은 경향을 보였다. 또한, 가족이 금연을 선호할 경우 15.0%, 선호하지 않을 경우 10.0%, 그리고 친구 · 동료가 금연을 선호할 경우 18.8%, 선호하지 않을 경우 10.8%로 주변인들이 금연에 대한 선호도를 보인 경우에 금연프로그램을 이용할 확률이 높았다.

<표 6> 금연프로그램 이용의도

프로그램	이용의도율 (%)	성별 이용의도율 (%)		이용의도가 없을 경우의 장애요인 (%)					
		남성	여성	본인의지	효과의심	방법모름	가격비쌈	시간제한	부작용
니코틴 보조제	12.5	11.3	27.3	80.6	6.2	5.4	3.1	2.3	1.6
금연침	7.8	7.6	10.0	78.6	6.1	5.3	3.1	3.8	1.5
금연 클리닉/교실	-	-	-	73.2	2.1	5.6	2.1	12.7	0.7
단체교육	-	-	-	73.2	2.1	5.6	2.1	12.0	0.7
금연동맹	-	-	-	72.3	2.1	6.4	2.1	8.5	0.7

금연프로그램을 이용할 의사가 없는 주 이유는 '본인의 의지로 금연할 수 있음'으로 약 70~80%의 응답자가 이를 이유로 들었다. '본인의 의지' 다음으로는 니코틴 보조제와 금연침에서 약 6%의 응답자가 '효과가 의심됨'에 응답하였고, 금연 클리닉·교실, 단체교육, 금연동맹은 약 8~12%의 응답자가 '시간적 제한'을 주요한 이유로 제시하였다.

Ⅳ. 고 찰

1. 연구방법에 대한 고찰

본 연구에서는 효과적인 금연프로그램에 대하여 5단계의 이용 의사결정모형을 구상하고, 이에 따라 인지도, 위험요인 제거 경험과 의향, 그리고 이용의도 및 장애요인을 조사하고 분석하였다. 각 단계별로 접근한 이유는 향후 조사결과에 기초하여 금연프로그램의 이용을 증대시킬 전략을 도출하는 데 객관적 근거를 찾을 수 있다고 판단하였기 때문이다.

구체적으로는 만약 1단계에서 금연프로그램에 대한 인지도가 부족할 경우 프로그램의 인지도를 제고시킬 수 있는 홍보전략을 추구할 필요가 있을 것이며, 2단계에서 조사한 금연시도 경험을 통하여 프로그램 이용 실태를 파악하고 이용에 장애가 되는 문제점을 파악할 수 있을 것이다. 3단계에서는 지속적인 금연시도가 부족한 경우에 금연을 위한 교육, 홍보, 정책 및 제도의 수립을 강구할 필요가 있을 것이고, 4단계에서 금연의향에 대한 본인의 태도 및 사회적 압력 등의 관계를 통하여 금연의향을 일으키는 데 유의한 영향요소를 찾고자 하였다. 그리고 마지막 5단계에서는 금연프로그램별 이용의도를 파악하여 수요를 추정하는 기초자료로 활용함과 함께, 이용의도가 없을 경우 장애요인을 파악하여 이를 제거하기 위한 전략 또한 도출할 수 있을 것이라는 입장에서 접근하였다.

한편, 본 연구의 조사대상은 20세 이상 성인으로 국한하였는데, 그 이유는 19세 이하 미성년은 흡연상태 및 흡연에 대한 태도를 외부로 표출함에 있어서 신뢰도 높은 정보를 제공할 수 없을 뿐만 아니라, 적극적 금연프로그램에 대한 이용 의사결정을 스스로 판단하기 어려울 것으로 생각하였기 때문이다. 그러나 우리나라의 흡연에 있어서 주요한 문제 중 하나가 청소년의 흡연율이 증가하고 있다는 사실임을 생각할 때, 청소년의 효과있는 금연프로그램에 대한 접근성을 제고하기 위한 기초 자료를 확보할 수 있는 본 연구와 동일한 목적의 조사가 청소년을 대상으로도 수행되어야 할 것으로 보인다.

2. 연구결과에 대한 고찰

본 연구 1단계의 금연프로그램별 인지도에서는 금연침의 인지도가 56%로 가장 높았으며, 그 다음은 금연 클리닉·교실, 니코틴 보조제, 단체교육, 금연동맹 순으로 각각 47%, 38%, 31%, 16% 순이었다. 전반적으로 집단으로 이루어지는 교육 및 커뮤니티에 대한 인지도가 낮았는데, 이들 프로그램의 특징은 비용면에서 요구되지 않거나 상대적으로 저렴하다. 따라서 이러한 프로그램의 인지도 제고를 위한 홍보, 캠패인, 광고 전략이 필요하다고 판단된다. 또한, 모든 금연프로그램에 대하여 성별로는 여성, 연령별로 60세 이상 노인, 거주지별로는 군지역, 그리고 직업별로는 생산직에서 인지도가 상대적

으로 낮게 나타나고 있어, 이들 집단에 대한 집중적인 전략도 필요할 것이다.

제2단계의 연구결과, 흡연경험이 있는 응답자 중 금연을 시도한 비율은 전체적으로 62%이고, 각 연령군별 금연시도율은 20~39세 52%, 40~59세 59%, 60세 이상 76%로 연령이 증가할수록 높게 나타났는데, 이는 연령이 증가함에 따라 총 흡연기간이 길어 흡연 및 금연시도 기회가 많고, 이에 따라 금연시도 경험이 높은 것으로 보인다. 그러나 문제는 금연시도자 중 과반수 이상이 6개월 이내에 다시 흡연하는 것으로 나타난 것인데, 이는 김선애(1998)의 연구결과에서 나타난 금연성공률이 30%밖에 되지 않는다는 사실과도 일관성이 있다. 물론, 김선애(1998)의 연구에서는 금연성공률을 1990년 혹은 1991년에 금연프로그램에 참여한 조사응답자가 1997년에 금연하고 있는 확률로 정의하였으므로, 측정기간의 장기화에 따라 성공률은 낮아질 수밖에 없는 것이다.

금연을 시도한 경험이 있는 응답자들은 금연을 하게 된 동기 중 과반수 이상을 '기타'에 응답하였는데, 이들 대부분은 본인의 자발적 판단에 의하여 금연을 시도한 것으로 확인되었다. 즉, 금연을 시도한 동기 중 절반은 본인의 의사결정, 나머지가 외부의 자극에 의한 것임으로 나타났다. 외적요인에는 의사가 권유했기 때문이 34%로 가장 높았으며, 그 다음으로 '가족권유', '직장·사회 분위기' 순이었다. 의사의 권유가 직접적인 금연동기가 되는 비율이 높다는 것은 의료기관에서 환자 진료시 의사가 금연을 권유하도록 권장하는 것이 매우 중요함을 알 수 있으며, 이는 일차진료의사의 금연 권고가 비용효과적인 방법임을 제시한 Wadland(1999)의 연구결과에 의해서도 입증된다.

금연시도자 중 90% 이상이 본인의 의지만으로 금연을 시도하고 있으며, 이는 곧 낮은 금연성공률로 이어지고 있다. 물론 금연을 해야겠다는 본인의 의지가 가장 중요하겠지만, 흡연은 습관성인 행태로서 니코틴 중독의 특성도 갖는다. 따라서 Waite 등(1998)이나 Daughton(1998)에서와 같이 과학적 효과를 갖는 외부도움이나 사회적 지지가 함께 동반된다면 금연의 성공률은 더욱 높아질 것이다. 이를 위해서 정부나 영향력 있는 단체들은 본인의 의지만으로는 금연지속기간을 유지하기 어려우며, 니코틴 보조제, 금연침 등 금연보조제를 이용하면 훨씬 효과적으로 금연에 성공할 수 있음을 교육하고 홍보함이 중요할 것이다.

금연할 의향이 있는 지에 대한 제4단계에서 1년 이내에 금연할 의향이 있는 비율은 약 40%였고, 남성보다는 여성에서 금연할 의향이 더 높은 것으로 나타났다. 흡연율이 높은 남성에게 금연의향을 일으킬 수 있는 전략이 강조되어야 할 것이다. 이러한 금연의향과 관련있는 태도를 분석한 결과, 금연의 당위성에 대해 긍정적인 태도를 보이는 확률이 52% 수준이고, 시간과 비용을 투입할 가치가 있다는 태도는 이보다 매우 낮은 19%였다. 이는 금연을 해야 한다는 당위성은 인정할지라도 시간과 비용을 들여서 금연하겠다는 흡연자가 매우 적은 현상을 설명한다. 이러한 흡연자의 주관적 태도를 긍정적으로 전환하기 위한 노력이 필요할 것이다. 구체적으로는 정부차원에서 금연보조제의 특성 및 이용방법 등의 내용을 포함한 각종 홍보물을 제작하고 배포함과 아울러, 금연보조제 시연회 등 시범적으로 프로그램을 접할 수 있는 기회를 확대하여야 할 것이며, 더 나아가서는 비용이 소요되는 금연프로그램에 대한 접근성을 높이기 위하여 금연프로

그램 비용을 일부 건강보험 재정에서 충당하는 방안도 고려해볼 수 있을 것이다.

개인의 특성별로는 금연의 당위성, 시간비용 투입가치, 1년이내 금연의향 차이는 통계적으로 유의하지 않았다. 친구·동료의 금연선호에서는 고려된 모든 특성별로 통계적으로 유의한 차이를 보였는데, 여성에서, 60세 이상 노인에서, 대도시에서, 그리고 자영업과 기타 직업군에서 친구·동료의 금연선호도가 높은 것으로 나타났다. 즉, 남성, 젊은 층, 대도시에 거주하는 경우, 사무직, 생산직 직업군의 경우 주위 친구 혹은 동료가 자신이 금연하기를 바라는 경향이 낮은 것으로 나타났으므로, 이들 집단에서의 흡연자에 대한 자극 또한 중요하다고 판단된다.

그러나, 이러한 주변인의 금연선호 태도는 본인이 금연의향을 갖는 데 영향을 미치지 않는 것으로 나타났고, 자신의 태도만이 유의한 영향을 미치고 있었다. 즉, 사회적 기대 및 압력으로 평가되는 가족의 선호도, 친구·동료의 선호도보다는 개인의 금연에 대한 당위성 태도 및 시간비용 투입가치에 대한 인식이 금연의향 에 더 중요한 요인이 된다. 이는 금연 행태는 가족, 친구의 기대나 압력보다는 개인의 가치판단이 더 중요하다는 결과를 제시하고 있다.

그리고 마지막 5단계에서 금연의향이 있는 응답자를 대상으로 금연프로그램의 이용의도를 조사한 결과 시간적 비용이 높게 요구되는 금연클리닉·교실, 단체교육, 금연동맹에 대한 이용의도는 거의 없으며, 니코틴 보조제를 이용할 의사가 있는 응답자 13%, 금연침 8%로 금연프로그램을 적극적으로 이용할 의사는 매우 낮은 것으로 나타났다. 이는 금연프로그램 이용의도에 있어서 가장 큰 장애요인이 '본인의 의지로 금연할 수 있다'인 것으로 설명될 수 있다. 제2단계의 금연 경험에서 나타난 조사결과와도 같이, 아직까지 금연은 외부의 도움을 기대하지 않고 스스로 의사결정하고 시도하는 행태를 보이고 있다. 그러나 금연프로그램 이용의도에 대한 장애요인 결과에서 니코틴 보조제와 금연침과 같은 금연보조제는 투입비용에 대해서 별 효과를 느끼지 못하고 있다는 사실과 금연 클리닉·교실, 단체교육, 금연동맹은 효과에 대한 의심뿐만 아니라 일반인들이 쉽게 이용할 수 있는 접근성에 문제가 있는 것으로 드러나, 이러한 문제점들은 프로그램을 홍보 및 교육하고 프로그램을 제공함에 있어서 해결되어야 할 과제로 남는다.

그리고 금연프로그램을 이용하겠다는 의사를 표출함에 있어서, 당위성, 시간비용 투입가치, 가족의 선호도, 친구·동료의 선호도가 높을수록 금연프로그램 이용의도가 높게 나타났으나 통계적으로 유의한 연관성을 찾을 수 없었다. 이는 금연의향이 있는 응답자 143명 중 금연프로그램 이용의도가 있는 응답자가 21명뿐으로 이용의도 확률의 표준오차가 커지기 때문에 유의성을 감지할 수 없었다고 판단된다.

3. 금연프로그램 수요 추정

본 연구의 조사결과가 흡연자를 위한 금연프로그램의 공급기반을 구축하는 데 활용될 수 있는 한 가지 방안은 각 금연프로그램별 수요를 추정하는 것이다. 따라서 각 단계에서 도출된 위험요인 보유정도, 위험요인 제거 의향, 각 프로그램별 이용의도 결과를 적용하여 금연프로그램의 수요를 추정해 보았다. 흡연율은 성별에 따라 큰 차이가 있고, 위험요인 제거 의향도 성별 차이가 있는 것으로 나타났기 때문에 전인구

를 남성, 여성으로 구분하여 각각의 수요를 추정한 후 합산하였다. 또한, 금연프로그램에서 금연클리닉 · 교실, 단체교육, 금연동맹은 이용경험도 아주 낮을 뿐만 아니라 향후 이용 희망자도 거의 없으므로 제외시키고, 니코틴 보조제와 금연침만을 대상으로 수요를 추정해 보았다.

수요는 목표대상자, 잠재적 수요자, 이용 희망자 및 이용실천자의 단계로 추정하였다. 우선 금연이 필요한 흡연자인 금연프로그램의 목표대상자를 전인구와 흡연율을 곱하여 추정하고, 이 목표대상자 중 금연의향이 있는 프로그램의 잠재적 수요자를 목표대상자와 금연의도율을 곱하여 추정하였다. 그 다음은 잠재적 수요자와 각 프로그램별 이용의도율을 고려하여 금연프로그램을 이용하고자 하는 욕구를 표출한 금연프로그램 이용희망자를 추정한다. 그리고 마지막 단계에서는 이론적으로 도출된 금연프로그램 이용 희망자를 실수요자로 환산하기 위해서는 실천율이 필요하게 된다. 본 연구에서는 Urban and Hauser(1993)의 구매의도분석 결과를 활용하여 이용희망자를 "아마도 살 것이다"라고 응답한 소비자로 간주하여 실제 수요자를 이용희망자의 약 40%로 추정하였다.

우리나라의 전체 성인 인구수와 흡연율에 근거하여 추정된 흡연자수는 금연프로그램의 목표대상자가 된다. 성인 흡연율은 본 연구 조사 대상의 기반인 『1998년도 국민건강 · 영양조사』(보건복지부, 1998)의 결과인 20세 이상 성인의 흡연율 35.5%, 이중 남성 흡연율 67.6%, 여성 흡연율 6.7%를 이용하였다. 이를 통계청(2001)의 2003년 추계인구인 성인 인구 3,497만명 중 남성 1,729만명, 여성 1,768만명에 적용하였다. 결과적으로 목표대상자는 성인 남성 흡연자 1,169만명, 성인 여성 흡연자 118만명으로 전체 1,287만명으로 추정된다. 다음 단계에서는 본 조사 결과에서 도출된 금연희망률과 목표대상자를 이용하여 잠재수요자를 추정하였는데, 금연희망률은 남성 44.1%, 여성 65.6%이므로 금연의향이 있는 잠재수요자는 남성 484만명, 여성 77만명으로 총 561만명으로 추정되었다.

본 조사결과 응답자들이 이용의도를 보인 금연프로그램에 있어서 니코틴 보조제를 원하는 비율은 남성 11.3%, 여성 27.3%, 금연침을 원하는 비율은 남성 7.6%, 여성 10.0%로 나타난 결과를 잠재수요자에 적용하여 각 금연프로그램별 이용희망자를 추정하였다. 그 결과, 니코틴 보조제를 원하는 이용희망자는 남성 55만명, 여성 21만명으로 총 76만명이었고, 금연침을 원하는 이용희망자는 남성 37만명, 여성 7만명으로 총 44만명이었다. 마지막으로, 추정된 이용희망자 중 40%의 이용실천율을 적용하면 실제 수요자수는 니코틴 보조제 총 30만명, 금연침 18만

<표 7> 이용의도에 기반한 니코틴 보조제, 금연침 수요추정

	목표대상자수 (흡연자)			잠재수요자수 (1년 이내 금연의향)			프로그램별 이용희망자수					
							니코틴 보조제			금연침		
	전체	남성	여성	전체	남성	여성	전체	남성	여성	전체	남성	여성
비율(%)	35.5	67.6	6.7	43.5	41.4	65.6	13.5	11.3	27.3	8.0	7.6	10.0
대상자수 (만명)	1,287	1,169	118	561	484	77	76	55	21	44	37	7

명으로 추정할 수 있다(표 7). 이와 같은 결과는 국가 혹은 지방자치단체가 전국민 혹은 지역주민의 건강증진을 위한 공급자원을 개발할 때 단위 자원의 규모와 생산성을 감안하여 기초 자료로 활용할 수 있을 것이다.

V. 결 론

본 연구는 금연에 효과적이라고 입증된 다섯 종류의 금연프로그램을 선정하여 5단계의 금연프로그램 이용 의사결정모형을 구상하고, 이에 따라 인지도, 위험요인 제거 경험과 의향, 그리고 프로그램 이용의도 및 장애요인을 500명의 성인을 대상으로 전화설문으로 조사하였다. 분석결과에 근거하여 본 연구의 결론을 요약하면 다음과 같다.

우선 첫째, 금연프로그램에 대한 인지도 제고를 위하여 홍보, 캠패인, 광고 전략이 필요하다. 인지도는 금연침, 금연 클리닉·교실, 니코틴 보조제, 단체교육, 금연동맹 순이었는데, 인지도가 전반적으로 낮았고, 특히 단체적인 교육 혹은 커뮤니티에 대한 인지도는 더욱 낮았다. 효과적인 금연프로그램에 대한 홍보전략이 필요할 것이며, 여성, 노년층, 군지역, 그리고 생산직 직종의 집단에 대한 집중적인 홍보전략 또한 필요하다.

둘째, 흡연자에 대한 주변인, 특히 의사의 금연 권고가 더욱 강화되어야 한다. 금연시도자가 금연을 시도한 동기 중 절반은 본인의 판단에 의한 것이지만 나머지 절반은 외부의 자극에 의한 것이며, 이 외적요인 중에는 의사가 권유했기 때문이 가장 높은 것으로 나타났다. 따라서 금연의향을 일으키는 데는 의료기관에서 환자 진료시 의사가 금연을 권유하도록 권장하는 것이 중요함을 다시 확인 할 수 있었다. 특히, 흡연율은 높으면서 금연의도율은 낮은 남성에게 금연 권고는 강조되어야 할 것이다.

셋째, 니코틴 보조제, 금연침 등 금연보조제를 이용하면 훨씬 효과적으로 금연에 성공할 수 있음을 교육하고 홍보해야 한다. 금연 실패율이 높음은 흡연의 습관성 및 중독성으로 인하여 본인의 의지만으로 금연지속기간을 유지하기 어렵기 때문이다. 외부적인 도움이 금연의 성공률을 높일 수 있다는 연구결과들이 일반 흡연자들에게도 알려져야 할 것이다.

넷째, 정부 및 사회단체 각계층에서 금연프로그램을 제공할 수 있는 기반을 마련하여야 할 것이다. 본 연구결과에서 금연프로그램을 이용할 의사가 매우 낮은 이유에는 외부의 도움없이 스스로 의사결정하고 금연을 시도하는 흡연자들의 행태와 흡연자들이 느끼는 금연보조제의 효과 부재, 그리고 접근성 문제 등이 포함되는 것으로 드러났다. 이러한 장애요인은 금연프로그램을 홍보 및 교육함과 아울러 일반인들이 쉽게 근접할 수 있는 효과있는 금연프로그램이 제공되어야 함을 의미한다. 이에 금연프로그램에 대한 수요가 니코틴 보조제 30만명, 금연침 18만명으로 추정된 본 연구의 결과 등에 기반을 두고 수요에 부응하는 자원공급 계획을 수립할 수도 있을 것이며, 비용이 소요되는 금연프로그램에 대한 흡연자들의 접근성을 높이기 위하여 비용을 일부 국가에서 보조하는 방안도 고려해 볼 수 있을 것이다.

마지막으로 다섯째, 흡연자들이 금연의향을 갖기 위해서는 흡연자의 흡연과 금연에 대한 주관적 태도가 전환되어야 한다. 사회적 기대 및 압력으로 평가되는 가족의 선호도, 친구·동료의 선호도보다는 개인의 금연에 대한 당위성 태

도 및 시간비용 투입가치에 대한 인식이 금연의 향에 더 중요한 요인이 되기 때문이다. 따라서 국가차원에서 흡연의 폐해와 함께 금연보조제의 특성 및 이용방법 등의 내용을 포함한 각종 홍보물을 제작하고 배포하면서 금연보조제 시연회 등 시범적으로 프로그램을 접할 수 있는 기회를 확대하여야 할 것이다.

결론적으로 의사가 금연을 권고하고, 금연침, 니코틴 보조제와 같은 직접적인 금연보조제 사용을 권유함과 함께 법, 제도 및 정책적 지지, 교육 혹은 광고 및 홍보와 같은 간접적인 금연 프로그램을 병행하는 것이 흡연자의 지속적인 금연을 유도하고 비흡연자의 흡연에 대한 접근을 차단하여 흡연율을 낮춤으로써 국민 건강증진에 기여하는 효과적인 방법일 것이다.<접수일자: 7월 28일 게재확정일자: 9월 6일)

참고문헌

김선애. 5일 금연학교의 장기적 효과에 관한 연구. 한국보건간호학회지 1998;12(1):103-115.

보건복지부. 국민건강 및 영양조사. 1998.

서일. 건강증진 Health Promotion. 대한예방의학회 하계워크샵 및 전공의 연구교육집 2000: 47-51

연세대학교 보건대학원 국민건강증진연구소.2002년 전국 중·고등학교 학생 흡연실태조사. 2002.

이상욱, 오희철, 이지전, 김태욱, 허남욱. 전국 관청의 금연프로그램 실시 현황과 문제점. 보건교육·건강증진학회지 2003;20(1):77-90.

지선하. 한국인의 금연실태. 제12회 세계금연의 날 기념식 및 세미나 1999:7-17.

통계청. 장래인구추계. 2001.

한국금연운동협의회. 2002. Available at: http://www.kash.or.kr/user/0_data_01.htm.

Albrecht S, Payne L, Stone CA, Reynolds MD. A preliminary study of the use of peer support in smoking cessation programs for pregnant adolescents. J Am Acad Nurse Pract 1998;10:119-125.

Arkin A, Wagner DH. Primary carcinoma of the lung. J Amer Med Assoc 1936;106:587-591.

Center for Disease Control. CDC Report 1989, 1990.

Folts JD, Gering SA, Laibly SW, Bertha BG, Bonebrake FC, Keller JW. Effects of cigarette smoke and nicotine on platelets and experimental coronary artery thrombosis. Advances in Expimental Medicine and Biology 1990;273:339-58.

Forster JL, Murray DM, Wolfson M, et al. The effects of community policies to reduce youth access to tobacco. Am J Public Health 1998;88:1193-1198

Franceschi S, Talamini R, Barra S, Baron AE, Negri E, Bidoli E, Serraino D, La Vecchia C. Smoking and drinking in relation to cancers of the oral cavity, pharynx, larynx, and esophagus in northern Italy. Cancer Research 1990;50(20):6502-6507.

Goldman LK, Glantz SA. Evaluation of antismoking advertising campaigns. JAMA 1998;279:772-777.

Meenan RT, Stevens VJ, Hornbrook MJ, La Chance PA, Glasgow RE, Hollis JF, Lichtenstein E, Vogt TM. Cost effectiveness of a hospital-based smoking-cessation intervention. Med. Care 1998;36: 670-678.

Rosal MC, Ockene JK, Hurley TG, et al. Effectiveness of nicotine-containing gum in the physician-delivered smoking intervention study. Prev Med 1998;27:262-267.

Rosenberg L, Palmer JR, Shapiro S. Decline in the risk of myocardial infarction among women who stop smoking. National

English Journal of Medicine 1990;322(4): 213-217.

Senore C, Battista RN, Shapiro SH, Segnan et al. Predictors of smoking cessation following physicians' counselling. Prev Med 1998;27: 412-421.

Tylecote FE. Cancer of the lung. Lancet 1927;2:256-257.

Urban GL, Hauser JR. Design and Marketing of New Products, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc 1993.

Wadland WC, Stoffelmayr B, Berger E, Crombach A, Ives K. Enhancing smoking cessation rates in primary care. Journal of Family Practice 1999;48(9):711-718.

Waite NR, Clough JB. A single-blind, placebo-controlled trial of a simple acupuncture treatment in the cessation of smoking. British Journal of General Practice 1998; 48(433):1487-1490.

<ABSTRACT>

Factors Related to the Recognition and Behavioral Intention for Smoking Cessation Programs

Hyejung Chang* · Maengseok Noh**

* *Department of Health Services Management, Kyung Hee University*
** *Department of Statistics, Seoul National University*

This study was conducted to evaluate factors related to the recogniton and behavioral intention for smoking cessation programs. Five effective smoking cessation programs were considered: acupuncture, nicotine patch, clinic program, mass education, and alliance programs. To explain the health behavior for smoking and smoking cessation programs, a five-stage behavioral intention model was built, and 500 questionnaires were completed through a telephone survey. Stages of the model included recogniton of the programs, past experiences, present smoking status, intention for smoking, and behavioral intention for smoking cessation programs. The results showed that the recogniton rate of the programs were low in general, therefore strategies of education, public relations, and advertisement need to be pursued. Nicotine dependency resulted in the fact that success rates were low although trial rates of smoking cessation were high among smokers. The necessity for smoking cessation programs was suggested. And the significant factors related to the intention for smoking cessation were individual attitude and reluctancy to pay time and money. Others' attitude was insignificant to subjects' smoking cessation. Purchase rates for nicotine patches were 11.3% for male and 27.3% for female, those for acupunture were 7.6% for male and 10.0% for female. There were very low purchase rates for clinic, mass education, and alliance programs. In conclusion, evidence-based and effective smoking cessation programs need to be promoted by medical doctors. Strategies in education, public relations, and advertisement also need development. In addition, continuing legal and systematic support for smoking cessation would lower the smoking rate and ultimately contribute to the nation's health.

Key words: Smoking Cessation, Health Promotion, Recognition, Behavioral Intention