

# 보건진료원의 금연지도활동에 영향을 주는 요인

- 광주·전남지역을 중심으로 -\*

김진선

조선대학교 의과대학 간호학과

## 〈목 차〉

I. 연구의 필요성 및 목적	V. 결론 및 제언
II. 연구방법	참고문헌
III. 연구결과	Abstract
IV. 논의	

## I. 연구의 필요성 및 목적

흡연이 암, 심혈관질환, 폐질환 등 여러 가지 만성질환의 주요 위험요인이며, 흡연과 관련된 많은 질환들은 예방이 가능한 것으로 알려져 있음에도 불구하고, 금연지도활동은 아직 보건의료인들의 활동에서 기대하는 것 만큼 우선순위가 높지 않은 실정이다(Lang 등, 2000; Sama 등, 2001). 그러나 금연지도활동은 다른 예방중재와 비교해서 만성질환을 예방하고 생명을 연장하는데 아주 비용효과적인 방법으로 보고되고 있다(Fiore 등, 2000; West 등, 2000).

미국의 개정된 Agency for Healthcare

Research and Quality(AHRQ) 임상실무지침(Fiore 등, 2000)에서는 보건의료인들에 의한 간단한 금연권고의 중요성을 재강조 하였고, 보건 의료인 중 누가 금연 중재를 해도 효과면에서 차이가 없이 금연율을 높힐 수 있으며, 여러 종류의 보건의료인이 함께 참여하면 금연율이 더 높아진다고 보고하고 있다.

흡연자 자신의 노력으로 장기적으로 성공에 달성하는 흡연자는 약 7%뿐이지만, 보건의료인들의 금연지도활동 효과에 대한 메타분석 결과에 의하면 보건의료인의 간단한 금연중재가 환자들의 금연율을 15-30%까지 증가시킬 수 있으며, 가장 효과적인 방법은 집중적인 상담과 약물치료이지만 보건의료인들의 간단한 금연권고

\* 이 논문은 2002년도 조선대학교 연구보조비 지원에 의하여 연구되었음.

교신저자 : 김진선

광주광역시 동구 서석동 375번지 조선대학교 의과대학 간호학과

전화번호: 062-230-6327, E-mail: jinsun@chosun.ac.kr

만으로도 비용효과적으로 금연율을 의미있게 증가시킬 수 있다고 보고하고 있다(Fiore 등, 2000).

보건의료인들은 국민의 건강증진에 매우 중요한 책임이 있으며 환자들의 금연동기를 이끌어 내고 금연행동을 유발시킬 수 있는 위치에 있기 때문에 금연운동에 있어서 보건의료인들의 역할은 아주 중요하며 필수적이다(Fiore 등, 1996, 2000; Sarna 등, 2001). 미국을 비롯한 선진국들에서는 보건의료단체들의 꾸준한 홍보와 교육활동, 보건의료 단체를 포함한 시민단체들의 금연관련 입법추진 활동을 통해 흡연율이 성공적으로 저하되고 있지만, 우리나라는 아직 보건의료인들이 금연운동에 적극적으로 참여를 하고 있지 않는 실정이다(맹광호, 2002; 서흥관, 2002). 한국금연운동협의회 등의 민간단체의 노력과 보건복지부의 개입으로 흡연율이 조금씩 감소하고는 있지만, 여전히 OECD 국가 중 흡연율이 가장 높으며, 서구 선진국들에 비해 2배 이상 높은 상황이다. 따라서 국민의 흡연율을 좀 더 적극적으로 낮추기 위해 이제 우리나라도 보건의료인들 자체의 금연운동과 보건의료인 모두가 참여하는 보건의료현장에서의 금연지도활동이 전개되어야 할 것이다.

특히 금연지도활동은 일차보건의료에서의 중요한 과제이다. 보건진료원은 최일선에서 일차보건의료의 포괄적 접근인 질병예방·진료·재활 및 건강증진을 위한 독자적인 역할을 수행하며, 업무의 기본방향이 지역사회 요구에 적합한 비용효과적이면서 포괄적이고 연속적인 서비스를 제공하고, 지역주민의 건강관리 능력을 향상 시킴으로써 건강한 지역사회를 구현하는 것이므로(보건복지부, 2002), 금연에 대한 역할모델, 상담자, 옹호자로서 많은 영향을 줄 수 있는 잠

재력이 큰 집단이다. 외국에서는 실제로 간호사 및 전문실무간호사들이 금연지도활동에 활발히 참여를 하고 있다(Borrelli 등, 2001; McCarty 등, 2001; Zahnd 등, 1990). Zahnd 등(1990)의 연구결과를 보면, 전문실무간호사들이 내과의사들 보다 환자와 더 자주 상담을 하고, 금연의사를 사정하고, 금연교육 자료를 제공하고, 추후관리도 더 잘하는 것으로 나타났다. 특히 우리나라의 경우 2002년 현재 여성흡연율이 6.0%로 세계적으로 가장 낮은 나라이기 때문에 간호사 자신의 흡연이 금연지도활동의 중요한 장애요인을 고려할 때(Ohida 등, 2001; Sarna 등, 2000), 보건진료원들은 금연지도활동에 더욱 적극적으로 참여할 수 있는 좋은 위치에 있다.

국내에서는 가정의를 대상으로 금연지도활동을 조사한 연구가 몇 편 있고(한은정 등, 1997; 이숙희 등, 1995), 최근 김진선과 정영(2003)이 일 지역 임상간호사들의 금연지도활동을 조사하였지만 보건진료원들을 대상으로 금연지도활동에 대해 조사된 연구는 아직 없는 실정이다. 그러나 보건진료원들의 금연지도활동 및 영향요인은 다른 보건의료인들과는 다를 것으로 생각된다. 따라서 본 연구는 일 지역사회에서 주민들의 일차보건의료를 담당하고 있는 보건진료원들의 흡연 및 금연에 대한 지식 및 태도, 금연지도활동 현황을 조사하여, 앞으로 진행될 보건진료원들을 대상으로 한 금연교육 프로그램을 개발하기 위한 기초자료로서 사용할 것이다. 본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다:

- 1) 보건진료원들의 흡연의 위험성에 대한 인식, 금연정책 및 금연지도활동에 대한 태도를 조사한다.
- 2) 보건진료원들의 금연지도활동의 현황을 조사한다.

3) 보건진료원들의 금연지도활동에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

## II. 연구방법

### 1. 연구대상자

광주·전남지역에는 2003년 1월 현재 330명의 보건진료원이 의료취약 지역에서 해당지역 주민의 일차건강관리를 담당하고 있다. 본 연구는 광주·전남지역의 보건진료원 330명 전수를 대상으로 하였다. 보건진료소의 현황 및 주소는 광주·전남지역 보건진료원회의 협조를 얻어 파악하였다.

### 2. 자료수집방법

구조화된 설문지를 이용한 우편설문법으로 자료를 수집하였다. 2003년 1월 9일에 1차 설문지와 협조문을 반송봉투와 함께 발송하였다. 협조문에는 연구의 필요성과 참여의 자율성 및 비밀보장과 관련된 내용이 포함되었다. 1차 설문에서 193통이 수거되었고, 2통이 수취인 미거주로 반송되었다. 반송을 제외하고 수거가 되지 않은 135명에게 2월 11일 2차로 설문지를 발송하여 52통이 수거되었다. 따라서 2차에 걸친 설문조사를 통해서 330명 중 총 245통이 수거되어 회수율은 74.2% 였다. 자료수집기간은 2003년 1월 9일부터 2003년 2월 28일 까지 였다.

### 3. 연구도구

설문지는 세계보건기구(WHO)의 Tobacco Free Initiative에서 세계 각국의 보건의료인들

의 흡연율을 조사하기 위하여 개발한 설문지를 번역하여 사용하였으며, 금연지도활동에 관련된 문항은 AHRQ 임상실무지침(Fiore 등, 2000)을 근거로 개발된 것을 사용하였다. 연구도구의 내용타당도는 AHRQ 임상실무지침, 문헌고찰, 그리고 금연관련 전문가 2인의 검토 과정을 거쳐 확인하였으며, 도구의 신뢰도는 내적일관성을 검토함에 의해 확인되었다. 설문지의 번역은 한국어와 영어에 능통한 두 명이 번역을 한 후 번역을 비교하여 의미상에 차이가 있는지를 확인한 후 차이가 있는 두 문항의 경우 제 3자에게 자문을 구하여 문제점을 해결하였다. 또한 사전 조사를 통해 연구대상자들이 설문지의 문항을 잘 이해하는지를 확인한 후 본조사를 실시하였다.

#### 1) 흡연의 위험성에 대한 인식

흡연의 일반적인 위험성에 대한 인식에 관한 5점 척도 5문항으로 구성되었다. 각 문항에 대해 '매우 그렇다'의 경우 5점, '매우 그렇지 않다'의 경우 1점을 주어 점수가 높을수록 흡연에 대한 위험성을 잘 인지하고 있는 것을 의미한다. 가능한 점수 범위는 5점에서 25점까지 이다. 본 연구대상자에 대한 도구의 Cronbach alpha = .73 이었다.

#### 2) 금연정책 및 금연지도활동에 대한 태도

금연관련정책 및 금연지도활동 인식에 관한 5점 척도 16문항으로 구성되었다. 각 문항에 대해 '매우 그렇다'의 경우 5점, '매우 그렇지 않다'의 경우 1점을 주어 점수가 높을수록 금연정책 및 금연지도활동에 대한 인식이 높음을 의미한다. 가능한 점수 범위는 16점에서 80점까지 이다. 본 연구대상자에 대한 도구의 Cronbach

alpha = .76 이었다.

### 3) 금연지도활동에 대한 자기효능감

자기효능감은 '나의 현재의 지식과 기술은 금연을 원하는 환자에게 조언을 할 수 있을 만큼 충분하다'라는 문항에 대한 반응을 5점 척도로 측정하였다. '매우 그렇다'의 경우 5점, '매우 그렇지 않다'의 경우 1점을 주어, 점수가 높을수록 금연지도활동에 대한 자기효능감이 높음을 의미한다.

### 4) 금연지도활동

총 6문항으로 금연지도에 대한 AHRQ 임상 실무지침(2000)의 '5A's(Ask, Advice, Access, Assist, Arrange)'를 얼마나 실천하는지를 묻는 질문 a) 흡연자들을 발견하기 위해 대상자에게 흡연여부를 묻는지(Ask); b)담배를 끊도록 충고하는지(Advise); c)담배를 끊을 의사가 있는지를 사정하는지(Assess); d)담배를 끊을 의사가 있는 사람들을 도와주는지(Assist); e)흡연재발을 방지하기 위해 추후관리를 하는지(Arrange) 5문항에, 흡연력 기록에 관한 1문항을 포함하였다. 각 질문에 대해 '항상한다'에 5점, '전혀 하지 않는다'에 1점을 주어 점수가 높을수록 금연지도활동을 잘함을 의미한다. 가능한 점수 범위는 6점에서 30점까지 이다. 본 연구대상자들에 대한 도구의 Cronbach alpha = .83 이었다.

## 4. 자료분석방법

수집된 자료는 SPSSWIN 10.0을 이용하여 분석하였으며, 사용된 통계방법은 다음과 같다:

1) 대상자의 일반적인 특성, 흡연의 위험성에 대한 인식, 금연정책 및 금연지도활동에 대한

태도, 금연지도활동에 대한 자기효능감, 금연지도활동을 알아보기 위해 빈도분석을 실시하였다.

- 2) 대상자의 특성에 따른 금연지도활동의 차이를 알아보기 위해 t-test 또는 ANOVA를 실시하였다.
- 3) 금연지도활동과 제 변수간의 상관관계를 보기 위해 피어슨 상관분석을 실시하였다.
- 4) 금연지도활동에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 단일변량분석에서 통계적으로 유의한 변수를 모델에 포함시켜 다변량분석인 단계적 다중회귀분석을 실시하였다.

## III. 연구결과

### 1. 연구대상자의 일반적인 특성

대상자의 일반적 특성은 <Table 1>과 같다. 대상자는 100% 여자였으며, 기혼이 대부분이었고(91.0%), 평균연령은 42.61세(SD=7.07)였다. 연령별 분포를 보면 40대가 51.4%로 가장 많았다. 대상자들의 63.7%가 전문대를 졸업하였고, 22.2%가 4년제 대학을 졸업하였다. 간호사로서의 총경력은 평균 17.75년(SD=6.00), 보건진료원 경력은 평균 14.55년(SD=5.49)이었다.

### 2. 근무장소의 금연규제 정책

보건진료소의 금연규제 정책에 대해 물었을 때 의료기관에서는 법적으로 전지역에서 흡연이 규제되어 있음에도 불구하고 86.1%(n=204)만이 모든 장소에서 금연을 하도록 규제를 하고 있었고, 7.6%(n=18)는 흡연구역을 지정하여 특

정장소에서만 흡연을 허용하고 있었고, 6.3%(n=15)는 흡연을 규제하지 않았다. 흡연을 완전 또는 부분적으로 규제하고 있는 대상자에게 규제준수에 대해 물었을 때 83.8%(n=186)는

잘 지켜진다고, 14.9%(n=33)는 어느정도는 지켜진다고, 1.4%(n=3)는 잘 지켜지지 않는다고 하였다(Table 2).

<Table 1> General characteristics and smoking status of respondents

variable	characteristics	n	%
Age	20-29	8	3.3
	30-39	73	29.8
	40-49	126	51.4
	50-59	34	13.9
	60+	4	1.6
Education level	High school	8	3.3
	Nursing college	156	63.7
	University	57	22.2
	Graduate school	24	9.8
Marital Status	Married	223	91.0
	Not married	14	5.7
	Others*	8	3.2
Years of career as registered nurse [mean (SD)]		17.75(6.00)	
Years of career as CHP [mean (SD)]		14.55(5.49)	

\* Widowed, divorced or separated

<Table 2> Smoking-free policy at workplace

variable	n	%
Smoking-free policy		
No smoking allowed at all on the premises	204	86.1
Smoking areas available	18	7.6
No smoking policy in place	15	6.3
Keep to smoking-free policy		
Very well	186	83.8
Somewhat	33	14.9
Not at all	3	1.4

Percentages are based on the number of respondents for each question

### 3. 흡연의 위험성에 대한 인식

대상자의 흡연의 위험성에 대한 인식점수의 평균은 25점 만점에서 23.42점(SD=1.87)으로 전반적으로 흡연의 위험성을 잘 인식하고 있었다. ‘흡연은 건강에 해롭다’라는 문항에는 전원이 ‘매우 그렇다’ 또는 ‘그렇다’로 응답을 했지만, 간접흡연과 관련된 위험에는 ‘모르겠다’ 또는 ‘그렇지 않다’로 응답을 한 대상자들도 문항에 따라 0.4-9.8% 있었다(Table 3).

### 4. 금연정책 및 금연지도활동에 대한 태도

금연정책 및 금연지도활동에 대한 태도 점수의 평균은 80점 만점에서 69.54점(SD=5.37)으로 비교적 높았다. 각 항목에 대한 태도는 <Table 4>에 제시하였다. ‘밀폐된 공공장소에서는 반드시 흡연이 금지되어야 한다’, ‘어린이와 청소년에 대한 담배 판매는 금지되어야 한다’, ‘병원이나 다른 보건의료기관에서는 철저하게 금연이 이루어져야 한다’는 문항에 대해서는 대상자의

99%이상이 ‘매우 그렇다’ 또는 ‘그렇다’로 응답을 하여, 금연정책에 대해 옹호적인 태도를 보였다. 그러나 ‘담배 가격을 대폭 인상해야 한다’라는 항목에는 대상자의 67.4%만이 ‘매우 그렇다’ 또는 ‘그렇다’로 응답을 하였다. ‘보건의료인들은 금연을 함으로써 본보기가 되어야 한다’, ‘보건의료인이 환자와 일반인에게 바람직한 역할 모델이 되어야 한다’, ‘보건의료인이 환자들에게 금연을 권유하면 금연을 할 가능성이 증가한다’, ‘보건진료원은 항상 환자에게 흡연습관에 대해 물어 보아야 한다’, ‘병원이나 다른 보건의료기관에서는 철저하게 금연이 이루어져야 한다’, ‘보건진료원은 흡연하는 환자에게 어린이 주변에서는 흡연을 하지 않도록 충고하여야 한다’는 항목과 같이 금연행위에 대한 역할모델이 되어야 한다는 보건의료인으로서의 역할이나 책임감을 묻는 문항에는 90% 이상이 아주 동의하거나 동의했다. 그러나 ‘흡연을 하는 보건의료인은 환자에게 금연을 덜 권하는 경향이 있다’라는 항목에는 단지 52.2%만이 아주 동의하거나 동의하였다.

<Table 3> General risk perception related to smoking

item	unit: n(%)		
	strongly agree /agree	unsure	disagree /strongly disagree
Smoking is harmful to your health	245(100.0)	-	-
Breathing in other people's smoke(passive smoke) is harmful	221( 90.2)	19(7.8)	5(2.0)
Neonatal death is associated with passive smoking	241( 98.4)	2(0.8)	2(0.8)
A non-smoker living with a smoker has an increased risk of lung disease*	234( 95.9)	8(3.3)	2(0.8)
Parental smoking increases the risk of pneumonia and other respiratory diseases in an infant, and of Sudden Infant Death Syndrome	244( 99.6)	1(0.4)	-

\* Percentages are based on 244 respondents; missing data for 1 respondent

<Table 4> Attitudes to smoking cessation policies and counselling activities

item	unit: n(%)		
	strongly agree/agree	unsure	disagree/strongly disagree
Health professionals should set a good example by not smoking	241(98.3)	1( 0.4)	3( 1.2)
Health professionals serve as role models for their patients and the public	143(99.6)	1( 0.4)	-
Patient's chances of quitting smoking are increased if a health professional advises him or her to quit	222(90.7)	17( 6.9)	6( 2.4)
Health professionals should routinely ask about their patients smoking habits	234(95.9)	7( 2.9)	3( 1.2)
Health professionals should routinely advise their patients to quit smoking	232(84.7)	3( 2.9)	6( 2.4)
Health professionals who smoke are less likely to advise people to stop smoking	128(52.2)	82(33.5)	35(14.2)
Health professionals should get specific training on cessation techniques	204(83.2)	26(10.6)	15( 6.1)
Health professionals should speak to lay groups about smoking	185(75.8)	35(14.3)	24( 9.8)
Smoking in enclosed public places should be prohibited	243(99.6)	-	1( 0.4)
Health warnings on cigarette packages should be in BIG print	231(94.3)	7( 2.9)	7( 2.9)
Tobacco sales should be banned to children and adolescents.	242(99.6)	1( 0.4)	-
Sport sponsorships by tobacco industry should be allowed	61(25.1)	78(32.1)	104(42.8)
There should be a complete ban on the advertising of tobacco products	208(84.9)	19(7.8)	18(7.3)
Hospitals and health care centers should be completely smoking free	243(99.2)	1( 0.4)	1( 0.4)
The price of tobacco products should be increased sharply	165(67.4)	54(22.0)	26( 10.6)
Health professionals should routinely advice patients who smoke to avoid smoking around children	244(99.6)	1( 0.4)	-

### 5. 금연지도활동

금연지도활동 점수의 평균은 30점 만점에서 20.0점(SD=3.96) 이었다. 흡연여부에 대해 ‘항상 또는 거의 항상’ 질문을 한다고 한 보건진료원은 63.4% 이었고, 보건진료원의 78.9%가 흡연을 하는 대상자에게 ‘항상 또는 거의 항상’ 금연

을 권고한다고 했고, 흡연을 하는 경우 금연 의사를 사정하는지를 물었을 때 57.9%가 ‘항상 또는 거의 항상’ 사정을 한다고 하였다. 하지만 단지 15.5%만이 ‘항상 또는 거의 항상’ 금연을 할 수 있도록 도와주는 것으로 응답을 했고, 금연에 대해 추후관리를 하는지에 대해 질문을 했을 때는 단지 10.4%만이 ‘항상 또는 거의 항상’ 추

후관리를 하는 것으로 응답을 했으며, 흡연여부에 대해 의무기록지에 기록을 하느냐는 질문에 대해 ‘항상 또는 거의 항상’ 기록을 한다고 한 보건진료원은 18.8% 뿐 이었다(Table 5).

지난 1개월 동안의 보건진료원의 금연상담형태를 물었을 때, 단지 43.6%만이 흡연을 하는 모든 대상자에게 금연과 관련된 상담을 한 것으로 응답을 했으며, 45.6%는 그들의 대상자가 흡연과 관련된 질환을 가지고 있을 때만, 10.4%는 대상자가 금연에 대한 화제를 끄집어 내거나 금연에 대한 동기를 표출한 경우에만 상담을 했다고 응답을 했다(Table 6).

### 6. 금연중재

대상자에게 사용가능한 금연중재에 대해 질문을 했을 때, 상담 및 교육(96.7%)이 가장 많았

고, 금연교육자료 제공(82.4%), 금연전문서비스 기관에 의뢰(42.9%), 약물(11.4%), 금연침(3.7%) 순 이었다. 금연중재로 사용하고 있는 방법에 대해 물었을 때, 가장 많이 사용하고 있는 방법이 상담 및 교육(96.7%) 이었고, 금연교육자료 제공(76.3%), 약물(3.7%), 금연전문서비스 기관에 의뢰(27.3%), 금연침(0.4%) 순 이었다.

### 7. 금연지도활동의 장애요인

대상자들에게 금연지도활동의 장애요인에 대해 질문을 했을 때 금연에 대한 환자 및 지역주민의 관심부족이 62.7%로 가장 많았고, 금연지도에 대한 지식과 기술의 부족이라고 응답을 한 경우가 43.0%로 그 다음으로 많았다(Table 7). 장애점수는 각 요인을 장애로 느끼는 경우 1점, 아닌 경우 0점으로 하여 계산하여 가능한 점수

<Table 5> Status of smoking cessation counselling activity

item	unit: n(%)		
	always or very often	often	occasionally or never
Identify all smokers at every visit (ask)	154(63.4)	84(34.6)	5( 2.1)
Strongly urge all tobacco users to quit (advise)	190(78.9)	50(20.7)	1( 0.4)
Determine willingness to make a quit attempt (assess)	139(57.9)	93(38.8)	8( 3.3)
Aid the patient in quitting (assist)	37(15.5)	112(46.7)	91(37.9)
Schedule follow-up contact (arrange)	25(10.4)	84(35.1)	130(54.4)
Record about smoking status in medical record	69(18.8)	87(36.3)	84(35.0)

<Table 6> CHP's counselling style in the past month

counselling style	n	%
Only if clients brought up the subject	25	10.4
Only if clients had a smoking related health problem	110	45.6
Always discuss with everyone who smoke	105	43.6
Did not discuss smoking	1	0.4



<Table 7> Barriers of smoking cessation counselling activity

barriers	n	%
Lack of time	77	31.6
Reimbursement from insurance	44	18.0
Patient not motivated	153	62.7
Myself not motivated	31	12.7
Lack of knowledge and skills	105	43.0

Allowed for multiple selection

범위는 0점-5점이며, 본 연구대상자들의 장애점수의 평균은 1.75점(SD=0.96) 이었다.

### 8. 금연교육자료, 교육경험 및 교육요구

보건진료소에 금연교육자료가 있는지에 대해 물었을 때, 75.4%가 금연교육시 사용할 수 있는 자료를 갖추고 있다고 응답했다. 정규교육과정이나 보수교육 등을 통해 금연교육을 받은 경험이 있는 대상자는 28.8% 뿐 이었다. 금연지도자

교육 제공시 참여의사가 있는지에 대해 질문을 했을 때 88.9%가 참여의사가 있는 것으로 응답을 했으며, 금연지도자 교육 실시시 바람직한 시행주체로는 41.2%가 금연운동협의회나 대한보건협회등과 같은 민간관련단체를 선택하였다 (Table 8).

### 9. 금연지도활동에 대한 자기효능감

금연지도활동에 대한 자기효능감은 '나의 현

<Table 8> Characteristics related to smoking cessation education

category		n(%)
Preparation for educational materials	Yes	184(75.4)
	No	60(24.6)
Experience of professional smoking cessation education	Yes	70(28.8)
	No	173(71.2)
Willing to participate professional smoking cessation education	Yes	216(88.9)
	No	27(11.1)
Desirable smoking cessation training provider	Related academy association	55(22.6)
	Korean Nursing Association	46(18.9)
	Related private association	100(41.2)
	Related department of hospital	6( 2.5)
	Health department	33(13.6)
	University	3( 1.2)

Percentages are based on the number of respondents for each question

재의 지식과 기술은 금연을 원하는 환자에게 조언을 할 수 있을 만큼 충분하다'라는 진술에 대한 대상자의 반응에 의해 측정하였다. 단지 대상자의 5.3%만이 '매우 그렇다'라고 응답했으며, 36.7%가 '그렇다'라고 응답을 했고 '그렇지 않다' 또는 '전혀 그렇지 않다'라고 응답을 한 대상자가 31.8%나 되었다(Table 9).

10. 금연지도활동에 영향을 미치는 요인

1) 대상자의 특성에 따른 금연지도활동의 차이  
 대상자의 특성에 따른 금연지도활동의 차이를 알아보기 위해 t-test 또는 ANOVA를 실시한 결과, 금연지도를 위한 교육 경험유무 만이

금연지도활동의 차이를 설명하는데 통계적으로 유의했다(p<.05). 금연지도를 위한 교육을 받은 경험이 있는 보건진료원이 그렇지 않은 경우보다 금연지도활동 점수가 높았다. 대상자들의 교육수준, 결혼상태에 따른 금연지도활동의 차이는 통계적으로 유의하지 않았다(Table 10).

2) 대상자의 금연지도활동점수와 제 변수와의 상관관계

금연지도활동 점수는 흡연에 대한 위험성에 대한 인식점수, 금연정책 및 금연지도활동에 대한 태도점수, 자기효능감과 통계적으로 유의한 양의 상관관계가 있었고(p<.01), 보건진료원이 인지하는 금연지도활동에 대한 장애점수와는

<Table 9> Self-efficacy of smoking cessation counselling activity

	n	%
Very well prepared	13	5.3
Well prepared	90	36.7
Don't know	64	26.1
Not well prepared	76	31.0
Very not well prepared	2	0.8

<Table 10> Differences on smoking cessation counselling activity

variable	category	Smoking cessation activity score mean(SD)	t or F-value	p
Educational level	High school	21.50(3.51)	2.46	0.06
	Nursing college	19.60(3.84)		
	University	20.14(4.03)		
	Graduate school	21.71(4.25)		
Marital status	Married	19.94(4.03)	0.35	0.70
	Not married	20.86(3.44)		
	Others	20.13(2.64)		
Education experience	Yes	20.87(3.89)	-2.12	0.04
	No	19.68(3.90)		

음의 상관관계가 있었다( $p < .05$ ). 즉 대상자의 흡연의 위험성에 대한 인식이 높을수록, 금연정책 및 금연지도활동에 대한 태도가 좋을수록, 그리고 금연지도를 위한 지식과 기술에 대한 자기효능감이 높을수록 금연지도활동을 잘하였고, 보건진료원이 인지하는 금연지도활동에 대한 장애가 많을수록 금연지도활동 점수가 낮았다 (Table 11).

3) 대상자의 금연지도활동에 영향을 미치는 요인  
 금연지도활동에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위해 단계적 다중회귀분석을 실시하였다. 단일변량분석에서 통계적으로 유의했던(Table 10, Table 11), 대상자의 금연지도를 위한 교육 경험 유무, 흡연의 위험성에 대한 인식점수, 금연정책 및 금연지도활동에 대한 태도점수, 장애

점수, 자기효능감이 회귀분석을 위한 모델에 포함되었다. 회귀분석 결과 금연정책 및 금연지도활동에 대한 태도점수, 자기효능감, 장애점수만이 금연지도활동을 설명하는데 통계적으로 유의하였으며, 이들 세 변수가 금연지도활동 변이의 16.7%를 설명하였다. 세 변수중, 가장 설명력이 큰 변수는 태도점수로 금연지도활동 변이의 8.1%를 설명했고, 자기효능감, 장애점수 순이었다. 따라서 금연정책 및 금연지도활동에 대한 태도가 긍정적일수록, 금연지도활동에 대한 자기효능감이 큰 대상자일수록 그리고 금연지도활동에 대한 장애를 적게 인지하는 보건진료원일수록 금연지도활동을 잘 하는 것으로 나타났다. 그러나 금연지도에 대한 교육경험 유무, 지식점수는 보건진료원의 금연지도활동을 설명하는데 통계적으로 유의하지 않았다(Table 12).

<Table 11> Correlation between smoking cessation counselling activity and related variable

Variable	1)	2)	3)	4)	5)	6)	7)	8)
1) SCA score	1.00							
2) Age	-.00	1.00						
3) RN career	.04	.80**	1.00					
4) CHP career	.11	.57**	.69**	1.00				
5) Risk perception score	.23**	-.07	-.10	.02*	1.00			
6) Attitude score	.26**	-.16*	-.12	-.06	.57**	1.00		
7) Barrier score	-.16*	.07	.07	-.02	.09	.07	1.00	
8) Self-efficacy	.23**	.14*	.14*	.18**	-.03	.03	-.15*	1.00

주) \*\*  $p < 0.01$ ; \*  $p < 0.05$

<Table 12> Predictors of smoking cessation counselling activity

	beta	R <sup>2</sup>	CumR <sup>2</sup>	F	P
Attitude	.294	.081	.081	19.867	.000
Self-efficacy	.204	.053	.134	17.403	.000
Barrier score	-.182	.033	.167	14.861	.000

#### IV. 논 의

보건진료원들의 63%가 대상자들에게 흡연여부에 대해 질문을 하고, 58%가 금연을 할 의사를 사정하고, 79%가 금연을 할 것을 강력하게 권하기는 했지만, 실질적으로 금연을 할 수 있도록 돕는다거나, 금연이 잘되고 있는지에 대한 추후관리를 한다거나, 흡연상태에 대해 기록을 하는 보건진료원은 20%도 안되었다. 이 연구결과는 간호사를 대상으로 실시한 김진선과 정영(2003)의 연구에서 52.1%의 임상간호사가 그들의 대상자들에게 금연을 할 것을 강력하게 권한 것으로 보고된 것과 비교하면 금연권유율이 높은 편이나, 미국의 전문간호사들을 조사한 Zahnd 등(1990)의 연구에서 37%의 전문간호사가 그들의 대상자들의 금연을 도우며, 36%의 전문간호사가 금연을 잘하고 있는지에 대해 추후관리를 한다고 응답을 한 것이나, 가정간호사를 대상으로 조사한 Borrelli 등(2001)의 조사에서 40%의 가정간호사가 금연을 할 수 있도록 환자를 돕는다고 한 연구결과와 비교하면 우리나라 보건진료원들이 금연중재를 덜하는 것으로 나타났다. 따라서 보건진료원들의 금연지도활동에 대한 책임감이나 역할인식이 실천으로 옮겨질 수 있는 방안이 요구된다.

금연을 위한 임상실무지침에 의하면 모든 보건의료인은 흡연을 하는 대상자에게 금연을 할 것을 권하도록 되었음에도 불구하고 단지 43.6%의 보건진료원만이 대상자들의 관심이나 흡연관련 질병여부와 상관없이 금연에 대해 상담을 한 것으로 응답했다. 이 결과는 가정간호사를 대상으로 조사한 Borrelli 등(2001)에서의 44%와 유사한 결과이다. 금연지도활동에 영향

을 미치는 요인을 알아보았을 때 금연정책 및 금연지도활동에 대한 태도, 자기효능감 및 금연지도활동에 대해 인지된 장애정도가 통계적으로 유의한 변수로 나타났으므로, 보건진료원들이 금연지도활동에 자신있게 접근할 수 있도록 금연지도활동에 대한 지식과 기술에 대한 자신감을 향상시키는 것이 필요할 것으로 생각된다. 보건의료인의 금연지도활동에 대한 자기효능감은 여러 연구에서 일관성있게 금연지도활동 정도를 예측할 수 있는 중요한 변수로 설명되고 있다(Albert 등, 2002; Borrelli 등, 2001; McCarty 등, 2001; McEwen 과 West, 2001; Warnakulasuriya, 2002). 특히 본 연구의 대상자들 중 31.8%의 보건진료원들이 금연지도활동에 대한 본인의 지식과 기술에 대해 환자에게 교육을 시킬 수 있을 만큼 충분하지 않다고 했으므로 보건진료원들을 대상으로 그들의 금연지도활동에 대한 자기효능감을 높이기 위한 노력이 필수적이라 생각된다.

보건진료원이 인식하는 금연지도활동에 대한 장애가 많을수록 금연지도활동을 적게 하는 것으로 나타났는데 이 결과는 미국에서 종양전문간호사를 대상으로 금연지도활동의 장애요인을 조사한 Sarna 등(2001)의 연구에서 금연지도활동에 대한 장애를 많이 인식하는 종양전문간호사가 금연지도활동을 덜한다고 보고한 것과 일치한다. 따라서 보건진료원들이 금연지도활동에 대한 장애요인으로 인식하는 요인들을 제거할 수 있다면 보건진료원들이 금연지도활동에 더 적극적으로 참여할 수 있을 것이다. 본 연구에서는 금연지도활동의 장애요인으로 금연에 대한 환자 및 지역주민의 관심부족이 가장 많았다. 교육 프로그램이 보건진료원이 환자 및 지역사회 주민에게 금연에 대한 동기를 부여하고

금연 결심을 하지 못하는 사람들에게 동기를 부여할 수 있게 하는데 많은 도움을 줄 수 있을 것이다. 개정된 2000년 AHRQ 보건의료인을 위한 임상지침을 보면 금연에 대한 동기가 없는 또는 부족한 대상자들에게 동기를 부여할 수 있는 전략들을 소개하고 있다.

보건진료원의 금연지도에 대한 지식과 기술의 부족이 금연지도활동을 위한 시간이나 비용 문제보다 더 큰 장애요인으로 나타났는데 이는 치과 의사 및 치위생사를 대상으로 금연지도활동의 장애를 조사한 Warnakulasuriya(2002)의 연구결과와 일치한다. 김성원(2000)도 상담시간의 절대부족, 불충분한 경제적 보상 등의 외적인 요인을 극복하는데는 여러 가지 문제가 따르고 시간이 요구되므로 보건의료인들의 상담기술에 대한 훈련, 태도전환 등과 같은 내적 장애요인을 극복하는 것이 급선무라고 하였다. 따라서 금연지도자 교육 프로그램을 개발하여 보건진료원들의 흡연 및 금연에 대한 태도를 변화시키고 금연지도활동에 대한 자기효능감을 높혀 준다면 보건진료원들이 금연지도활동에 좀 더 적극적으로 참여할 수 있을 것이다.

환자의 흡연력을 의무기록지에 '항상 또는 거의 항상' 기록 한다고 응답한 보건진료원은 단지 18.8% 뿐 이었다. 이용옥 등(1996)은 의무기록지에 흡연상태를 기록하도록 하는 간단한 저비용 중재가 의사들이 환자에게 흡연여부에 대해 질문을 하는 비율, 금연권고율, 금연중재를 적극적으로 증가시킬 수 있음을 연구를 통해 입증하였다. 연구자들은 가장 간단하면서도 비용효과적으로 흡연상태를 의무기록지에 기록하는 방법으로 활력징후에 흡연을 포함시키는 방법을 권장하고 있다(김성원, 2000; 이용옥 등, 1996; Fiore 등, 1995). Fiore 등(1995)은 생체징

후에 흡연상태를 추가시킴으로써, 의사들이 진료도중 흡연상태에 대한 질문을 더 많이 하게 되고(58%에서 81%로 증가), 금연권유율도 49%에서 71%로 증가했으므로 생체징후에 흡연상태를 포함시킬 것을 주장했다. 따라서 보건진료원이 사용하는 의무기록지에 정책의 일환으로 흡연여부를 생체활력징후에 포함시켜 기록하도록 하는 노력이 그들의 금연지도활동을 촉진시킬 수 있는 한 방법이 될 수 있을 것이다.

현재 사용하고 있는 금연중재방법에 대해 질문을 했을 때, 상담 및 교육 방법을 가장 많이 활용하고 있었고, 약물중재를 권장하는 보건진료원은 3.7%뿐으로 미국 일반의의 47%, 전문간호사의 74%가 니코틴 대체요법을 추천하는 것과 비교해 매우 적었다(McEwen 과 West, 2001). AHRQ 임상지침에 의하면 니코틴 대체요법 등의 약물요법의 효과가 입증되었고, 약물을 사용함으로써 매우 효과적으로 금연을 할 수 있으므로, 보건의료인은 특별한 금기증만 아니면 약물치료를 권장할 것을 주장하고 있음에도 불구하고, 우리나라의 보건의료인이나 흡연자의 경우 약물을 사용하는 것에 대해 호의적이지 않은 경향이 있다(김성원, 2000). 보건의료인들은 환자들의 금연을 돕기 위한 약물중재에 대한 인식의 변화가 필요하며, 약물중재를 포함한 다양한 방법에 대한 지식과 기술을 갖추어야 할 것으로 생각된다. AHRQ 임상지침 뿐만 아니라 한국금연운동협의회 홈페이지(<http://www.kash.or.kr/>)와 같은 웹사이트도 보건진료원들이 금연지도활동을 위한 지식 및 기술을 얻는데 활용을 할 수 있을 것이다.

## V. 결론 및 제언

본 연구는 보건진료원들의 흡연율, 금연지도 활동 및 금연지도활동에 영향을 미치는 요인을 조사하기 위해 실시되었다. 보건진료원의 흡연율은 0.4%로 우리나라 일반여성인구 집단의 흡연율에 비해 낮았다. 금연지도활동에 보건의료인의 참여는 필수적임에도 불구하고, 보건진료원들은 실무에서 금연지도활동을 활발하게 참여하고 있지는 않았다. 보건진료원의 금연정책 및 금연지도활동에 대한 태도, 금연지도활동에 대한 지식과 기술에 대한 자기효능감 및 금연지도활동에 대해 인지된 장애정도가 보건진료원의 금연지도활동에 영향을 미치는 변수로 나타났다.

일 지역 보건진료원을 대상으로 조사하였으므로 일반화시키는데는 제한점이 있기는 하지만, 이 연구결과를 근거로 보건진료원의 교육, 실무 및 연구 영역에 다음과 같은 제언을 한다:

첫째, 보건진료원들의 금연지도활동에 대한 자기효능감을 높이기 위해 보수교육 프로그램의 개발을 통해 지속적으로 금연지도활동에 대한 지식 및 기술교육을 제공해야 하겠다.

둘째, 미국 AHRQ와 보건부에서 제시한 금연 중재를 위한 임상지침을 우리나라 실정에 맞게 수정보완하여 널리 보급하고, 그 임상지침을 보건진료원의 실무에서 일상적인 과정으로 실천하여야 할 것이다.

셋째, 금연지도활동에 대한 자기효능감을 좀 더 객관적으로 측정할 수 있는 신뢰도와 타당도가 높은 도구의 개발이 요구된다.

넷째, 본 연구결과를 기초자료로 하여 보건진료원을 위한 흡연예방 및 금연지도를 위한 교육

프로그램의 개발이 요구되며, 프로그램 적용과 관련하여 프로그램의 효과를 평가할 수 있는 연구가 필요하다.<접수일자: 6월13일, 게재확정일자: 9월6일>

## 참고문헌

- 김성원. 일차의료에서의 금연전략. 가정의학회지 2000;21(4):443-454.
- 김진선, 정 영, 박은영. 일 지역사회 간호사들의 금연지도활동에 대한 조사연구. 지역사회간호학회지 2003;14(2):211-222.
- 맹광호. 금연운동과 보건의료인의 역할. 한국금연운동협의회 2002.
- 보건복지부. 국민건강증진종합대책 2010. 보건복지부 2002.
- 서홍관. 의사의 흡연율과 그것이 갖는 의미. 대한의사협회지 2002;45(6):685-694.
- 이숙희, 하영호, 최현림. 가정의학과 의사의 금연에 대한 인식 및 태도. 가정의학회지 1995;16(1):38-48.
- 이용옥 외 7명. 의무기록지의 흡연 상태 기입 여부가 의사의 흡연교육 행태에 미친 영향. 가정의학회지 1996;17(9):810-815.
- 한은정 외 6명. 의사들의 흡연실태 및 금연권고. 가정의학회지 1997;18(6):601-611.
- Albert D, Ward A, Ahluwalia K, Sadowsky D. Addressing tobacco in managed care: a survey of dentists' knowledge, attitudes, and behaviors. Am J Public Health 2002; 92(6):997-1001.
- Borrelli B, Hecht JP, Papandonatos GD, Emmons KM, Tatewosian LR, & Abrams, DB. Smoking-cessation counseling in the home attitudes, beliefs, and behaviors of home healthcare nurses. Am J Prev Med 2001; 21(4):272-277.
- Fiore MC, Jorenby DE, Schensky AE, Smith SS,

- Bauer RR, Baker TB. Smoking status as the new vital sign: effect on assessment and intervention in patients who smoke. *Mayo Clin Proc* 1995;70:209-213.
- Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ. et al. Smoking cessation: Clinical Practice Guideline No. 18. Rockville, Md: US Dept of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. AHCPR Publication No. 96-0692, 1996.
- Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ. et al. Treating Tobacco use and dependence. A Clinical Practice Guideline. Rockville, Md: US Dept of Health and Human Services. AHRQ Publication No. 00-0032, 2000.
- Lang T, Nicaud V, Slama K, Hirsch A, Inbernon E, Goldberg M, Calvel L, Desobry P, Favre-Trosson JP, Lhopita C, Mathevon P, Miara D, Miliari A, Panthier F, Pons G, Roitg C, Thoores M. Smoking cessation at the workplace. Results of a randomized controlled intervention study. *J Epidemiol Commun H* 2000;54(1):349-354.
- McCarty MC, Hennrikus DJ, Lando HA, & Vessey JT. Nurses' attitudes concerning the delivery of brief cessation advice to hospitalized smokers. *J Prev Med* 2001; 33(1):674-681.
- McEwen A, West R. Smoking cessation activities by general practitioners and practice nurses. *J Tob Control* 2001;10(1): 27-32.
- Ohida T, Sakurai H, Mochizuki Y, Kamal AM, Takemura S, Minowa M, Kawahara K (2001). Smoking prevalence and attitudes toward smoking among Japanese physicians. *J Med Assoc* 2001;285(20): 2643-2648.
- Sarna L, Brown JK, Lillington L, Wewers ME, Brecht ML. Tobacco-control attitudes, advocacy, and smoking behaviors of oncology nurses. *Oncol Nurs Forum* 2000; 27(10):1519-1528.
- Sarna L, Wewers ME, Brown JK, Lillington, L, Brecht ML. Barriers to tobacco cessation in clinical practice: Report from a national Survey of oncology nurses. *Nurs Outlook* 2001;49(4):166-172.
- Warnakulasuriya S. Effectiveness of tobacco counseling in the dental office. *J Dent Edu* 2002;66(9):1079-1087.
- West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guideline for health professional: an update. health education authority. *Journal of Thorax* 2000;55(12):987-999.
- Zahnd EG, Coates TJ, Richard RJ, & Cummings SR. Counseling Medical Patients about Cigarette Smoking: A Comparison of the Impact of Training on Nurse Practitioners and Physicians. *J Nurse Pract* 1990;15(3): 10-18.

<ABSTRACT>

## Predictors of Smoking Cessation Counselling Activities among Community Health Practitioners

Jin-Sun Kim

*Department of Nursing, College of Medicine, Chosun University*

**Purposes:** The purposes of this study were to investigate the smoking cessation counselling activities among community health practitioners(CHP) and to identify the predictors of their smoking cessation counselling activities.

**Method:** A descriptive-correlation study using self-administered questionnaires was conducted. Questionnaires were mailed to all the CHPs in a community. A total of 330 CHPs participated in this survey.

**Results:** Of the CHPs surveyed, 245(74.2%) returned completed questionnaires. Most CHPs (90.7%) believed that if a health professional advises their patient to quit, the patient's chances of quitting smoking are increased. While the majority of CHPs "asked, advised, and assessed" their clients, a minority of CHPs "assisted, arranged, and recorded". In the final stepwise multiple regression model, attitude about smoking cessation policies and counselling activities, self-efficacy of smoking cessation counselling knowledge and skills, and perceived barriers of smoking cessation counselling activities were identified as significant predictors of smoking cessation counselling activities among CHPs.

**Conclusion:** Smoking cessation counselling activities are not a routine part of CHP practice. Efforts should be made to increase the self-efficacy of smoking cessation counselling knowledge and skills among CHPs. Helping CHPs to overcome their barriers to smoking counselling may open up new channels for smoking intervention.

**Key words:** Community health practitioner, Smoking, Smoking cessation counselling activity