

보건의료인을 대상으로 한 금연교육모형 개발

김혜경* · 김영복** · 김 명***

*한국건강관리협회 건강증진연구소 · **서남대학교 보건학부 · ***이화여자대학교 보건교육과

< 목 차 >

I. 보건의료인 금연교육의 필요성	V. 보건의료인 금연교육 모형
II. 보건의료인 금연교육의 당면과제	VI. 결 론
III. 보건의료인 금연교육과 관련된 주요 이론적 모형	참고문헌
IV. 보건의료인 금연교육과정의 선진사례	Abstract

I. 보건의료인 금연교육의 필요성

치전 세계적으로 흡연은 건강에 막대한 부담을 초래하고 있어, 사망률 및 이환율을 증가시키는 주요 원인으로 지적되고 있다(Robin 등, 2005). 이러한 지적에도 불구하고 흡연인구는 전 세계적으로 약 1억3천만 명 정도로 추산되고, 흡연유형이 변화하지 않은 한 2025년에는 약 1억7천만 명으로 증가할 것으로 추산되고 있다(Guindon과 Boisclair, 2003).

특히 의료기관에 입원하고 있거나 외래를 통하여 병원을 찾는 사람들의 흡연율은 일반인들

에 비하여 높은 편이다. 이러한 흡연환자들은 건강상태의 회복을 위하여 금연, 식습관 개선과 같은 생활습관을 바꾸려는 의지를 갖는 것이 일반적인 현상이며 적극적인 노력을 하기 때문에 금연을 시도할 가능성이 크다(Sperber 등, 1995). 의사, 간호사 등을 포함한 보건의료인들의 중요한 임무 중의 하나는 흡연하는 환자들에게 금연에 대한 교육을 하는 것이며, 병원을 포함한 의료기관은 환자들의 금연노력과 관련하여 금연교육의 장으로서 중요한 위치를 갖는다고 볼 수 있다(Emmons와 Goldstein, 1992; Sperber 등, 1995; Raw 등, 1999). 현재까지 알려진 연구결과들에 따르면 가장 비용 효과적

교신저자: 김영복

전라북도 남원시 광치동 720 서남대학교 보건학부 (우: 590-711)

전화번호: 063-620-0120, E-mail: healthkyb@empal.com

인 금연방법은 보건의료전문가의 금연 권고와 니코틴대치요법 또는 약물요법(부프로피온)을 함께 제공하는 것이다(Willaing과 Ladelund, 2004). 이는 보건의료전문가로 하여금 환자에게 금연 권고 및 상담이 이루어질 수 있도록 교육하는 것이 중요함을 강조하는 결과이다.

그러나 이러한 중요성에도 불구하고 보건의료인에 의해 수행되는 금연교육은 다양한 장애요인에 의하여 실시여부 및 효과성에 문제가 제기되고 있다. 2000년 덴마크에서 보건의료인을 대상으로 흡연여부와 금연상담 및 태도를 분석한 결과에 따르면, 보건의료전문가의 흡연여부가 흡연에 관한 지식, 태도, 상담 수행에 영향을 미치는 것으로 나타났다(Willaing과 Ladelund, 2004). 또한 미국의 경우, 약국(Community pharmacies, chain pharmacies)에서 담배 판매가 이루어지기 때문에 건강 증진을 주도해야 하는 의료인의 역할에 갈등을 일으키고 있다(Robin 등, 2005).

이는 흡연에 관한 지식과 권고사항들이 모든 연령층에 영향을 미치는 중요한 보건문제임에도 불구하고, 보건의료인에게 흡연과 담배 의존성에 관한 치료법을 충분히 교육하지 못하고 있기 때문이다(Wewers 등, 2004). 즉 1996년과 1998년에 미국의 의과대학을 조사한 결과에 따르면, 70%가 금연을 위한 어떤 임상교육도 요구하지 않았으며, 이중 교육을 수행하는 의과대학의 거의 1/3이 연간 1시간 미만으로 금연교육을 수행하는 것으로 보고하고 있다(Ferry 등, 1999). 또한 세계 각국의 의과대학 중 단지 34%만이 교과과정에서 담배와 관련된 내용을 포함하고 있으며(Richmond 등, 1998), 보건의료전문가가 병원에서 환자들에게 흡연의 위해성과 금연에 관한 권고 및 정보 전달을 체계적

으로 수행하지 못하는 것으로 보고하고 있다(AHCPR, 1996; Raw 등 1999; Willaing 등, 2003).

다행히 비록 단기간의 교육일지라도 보건의료인으로부터 제공되는 금연 중재효과가 흡연자에게 금연율을 높이는데 긍정적인 영향을 미치는 것으로 보고한 선행결과들도 있다(Fiore 등, 2000; Silagy와 Stead, 2001). 비록 보건의료인들의 금연교육이 짧고, 단순한 권고일지라도 지역사회 주민들의 흡연율을 낮추는데 결정적인 역할을 할 수 있으며, 금연교육을 받으므로써 더 효과적인 금연 중재를 수행할 수 있게 된다(Lancaster 등, 2000).

미국의 질병통제센터(2005)가 10개국의 보건의료전문영역(의사, 치과 의사, 간호사, 약사)의 학부생을 대상으로 조사한 결과, 비록 5~37%만이 금연상담에 관한 공식적인 교육을 받고 있으나, 87~99%의 학생들이 의료인으로서 환자상담에서 금연을 권고해야 할 의무가 있다고 응답하였다. 또한 세계보건기구(WHO)도 지난 1987년부터 'World No Tobacco Day' 행사 후원을 통해 세계 각국의 흡연율 감소를 위한 종합적인 프로그램 시행 및 보급을 권장하고 있다. 특히 2005년도 금연의 날 행사는 보건의료 전문인들의 금연에 대한 역할에 초점을 맞추었으며, 보건의료 전문인들 스스로의 금연행동이 환자를 포함한 국민들에게 그 역할모델(Role Model)로서 효과가 높다는 것을 강조하였다(WHO, 2005).

이와 함께 세계보건기구(WHO)와 미국의 공중보건국(USPHS)에서도 모든 보건의료전문가에게 흡연과 담배 의존성에 관한 치료법을 교육하도록 권고하고 있으며(Fiore 등, 2000; WHO Europe, 2001), 미국 캘리포니아

주에서는 의료인을 위한 포괄적인 금연 교과과정(comprehensive tobacco cessation curriculum)을 개발하여 약학대학 재학생들에게 금연상담의 수행 능력과 확신을 강화시키는 기회를 제공하고 있다. 이는 향후 의과대학 뿐만 아니라 약학대학, 간호대학, 치과대학의 교과과정에도 포함되어야 할 것이다(Robin 등, 2005).

따라서 보건의료기관에서 보건의료인에 의한 금연교육이 효과적, 효율적으로 수행되기 위해서는 보건의료인을 대상으로 한 금연교육의 당면과제를 분석하고, 이를 해결하기 위한 포괄적인 금연교육과정이 개발되어야 하고, 이를 통해 보건의료인 자신의 금연 실천 뿐만 아니라, 타인에 대한 금연교육 능력을 함양시킬 수 있는 기회가 제공되어야 한다.

이러한 관점에서 본 연구는 첫째, 보건의료인들을 대상으로 한 금연교육의 당면과제를 분석하고, 둘째, 금연교육에 적용 가능한 이론적 모형을 고찰하고, 셋째, 보건의료인 금연교육과정의 선진사례를 분석한 후, 넷째, 포괄적 보건의료인 금연교육모형을 개발하고, 다섯째, 행동변화이론을 적용한 금연교육 접근방안을 제시해 보고자 한다.

II. 보건의료인 금연교육의 당면과제

1. 보건의료인의 흡연수준

세계보건기구(WHO)와 미국의 질병통계센터(CDC), 캐나다의 공중보건협회(PHA)가 공동으로 10개국(알바니아, 아르헨티나, 방글라데시, 크로아티아, 이집트, 보스니아연합, 인도, 필리핀, 시리아공화국, 우간다)의 보건의료전문영

역(의사, 치과 의사, 간호사, 약사)의 학부 3학년 학생들을 대상으로 흡연실태, 흡연태도, 금연기술에 대한 환자교육 및 상담훈련 등을 사전 조사한 결과, 모두 20%이상의 흡연율을 나타내었다(CDC, 2005).

금연교육의 실시와 효과성을 결정하는 핵심적인 요인 중 하나는 교육자 자신의 흡연여부이다. 보건의료인의 흡연은 흡연관련 지식, 태도와 상담의 수행에 영향을 주며, 보건의료인의 교육수준, 전공 영역, 성, 연령에 우선하여 가장 중요한 요인이라는 점은 여러 연구결과를 통하여 지속적으로 강조되고 있다(Emmons와 Goldstein, 1992; Sperber 등, 1995; Raw 등, 1999; Willaing과 Ladelund, 2004). 특히, 금연에 대한 권고가 가장 효과적일 수 있는 사람으로 간주되고 있는 의사의 경우, 비 흡연의사들이 흡연의사들에 비하여 금연에 대한 권고를 더 많이 하고 있는 것으로 보고되고 있다. 또한 흡연관련 지식에 관해서도 흡연하는 보건의료인은 그렇지 않은 경우보다 흡연의 건강영향에 대하여 덜 심각하게 느끼는 것으로 보고되고 있어 흡연으로 인한 건강문제에 대해 과소평가하고 있었으며, 반면에 비흡연자의 경우 담배의 위험성을 과대평가하고 있었다. 한편, 병원에서 흡연에 대한 권고는 전문적 지식보다 개인적 경험에 의존하는 경향을 보였는데 과거흡연자의 경우, 자신들이 비흡연자보다 금연상담에 적극자인 것으로 생각하고 있었다(Willaing과 Ladelund, 2004).

2. 보건의료인의 역할모델

의사를 포함한 보건의료인들이 금연운동에 앞장서야 하는 이유는 환자들을 위한 훌륭한

역할모델이 되어야 한다는 것이고, 동시에 이들의 일터인 병원이라는 공공장소와 이들의 가정을 담배 없는 곳으로 만들어 간접흡연을 예방하는 데 앞장서야 한다는 점이다. 환자들은 의사를 포함한 보건의료인들이 그들이 주장하는 것들에 대한 역할모델이 되지 못할 때 회의적이 된다는 점을 지적한 바 있다. 사실, 많은 의사들이 흡연을 하고 과음을 하며, 과체중인 경우가 있다. 이러한 보건의료인들의 불건강행동은 환자들이 전문가가 전달하는 건강 메시지를 들을 수 있으나 그 메시지가 환자들이 관찰하는 것에 의하여 강화될 수는 없다(Haddad와 Unlauf, 1998)는 점을 나타내는 결과라 하겠다.

따라서 금연에 관한 보건교육자로서의 역할과 역할모델로서의 책임감을 고려할 때, 의사보다 흡연자가 되는 것은 매우 중요하다(Bener 등, 1994). 실제로 많은 의사들이 이러한 요구에 부응하여 금연을 실천하고 있어 일반인에 비하여 의사들의 흡연율은 일반적으로 낮은 편이나, 이들의 흡연이 본인의 건강과 타인의 건강에 미치는 영향을 고려한다면 금연을 위한 좀 더 적극적 노력이 필요하다.

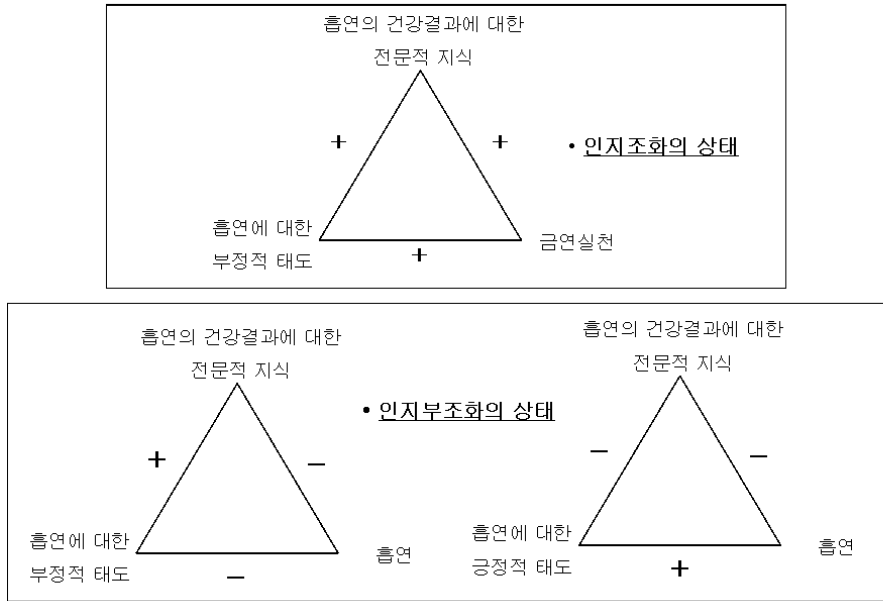
3. 보건의료인의 금연에 관한 인지부조화

인지조화론(cognitive consistency theory)에 따르면 인간은 자신이 가지고 있는 지식, 태도 및 행동이 서로 조화를 이루고 있는 상태를 선호한다. 예를 들어 금연교육을 통하여 흡연의 건강결과나 금연의 장점에 대한 새로운 지식을 습득하게 되면 이러한 지식과 일관되지 않는 행동인 흡연을 하지 못한다는 점을 강조하고 있다. 이러한 상태에서 사람들은 지식과 행동의

균형을 유지하기 위해서 금연을 시도한다는 것이다(그림 1).

그러나 인지조화론은 실제상황에서 다음과 같은 제한점을 갖는데, 이러한 제한점은 흡연의 건강결과와 금연의 건강상 이득에 대한 전문지식을 갖추고 있는 보건의료인의 흡연행태를 살펴볼 때 더욱 명확해진다. 첫째, 개인이 지식, 태도 행동 간에 조화를 이룬 상태를 선호하지만 선행 조화를 이루지 않은 상태에서도 이것이 그대로 수용될 가능성이 있다. 예를 들어, 흡연/금연관련 지식을 습득하였다 하더라도 이를 하나의 정보로만 가지고 있거나, 흡연에 대한 부정적인 태도는 갖게 되었지만 흡연하는 행동은 변화되지 않고 그대로 유지할 가능성도 있다. 둘째, 새로운 흡연/금연관련 지식을 습득하는데 기존의 태도와 행동에 맞는 즉, 흡연이 주는 이득과 관련된 지식만 선택적으로 습득할 수도 있다. 또한 금연과 같은 건강행동을 실천할 준비가 되어 있어도 주변의 환경(사회적, 물리적)이 허락하지 않을 수도 있다.

현재 흡연을 하고 있는 보건의료인의 경우 인지부조화는 명확하게 나타난다. Willaing과 Ladelund(2004)의 연구결과에 따르면 지식과 행동 간의 부조화가 발생될 때 조화를 이루기 위하여 어떤 한편을 변화시켜야 하는데 지식을 변화시키는 것이 생활양식을 변화시키는 것보다 더 쉽기 때문에 이들의 전문적인 지식은 생활양식으로 인하여 은폐된다고 설명하고 있다. 실제로 보건의료인들이 흡연을 하는 가장 큰 이유는 금연에의 중요성에 대한 인식부족이라기 보다는 사회적 압력, 휴식의 일환으로, 그리고 스트레스 해소였다. 반면에 흡연을 하지 않는 이유로는 건강을 보호하기 위하여, 환자에게 모범이 되기 위하여, 사회적 환경에서 타 보건의료인에 대한 모



〈그림 1〉 인지조화론의 기본 원리

범이 되기 위해서였다(한지선 등, 2000).

그러므로 이미 습득되어 있는 보건의료인의 흡연과 금연에 관련된 전문지식은 금연의 실천에 필요조건은 되지만 충분조건이 되지 못하므로 보건의료인 개인의 흡연행동의 선행요인(antecedents)이나 흡연행동 자체, 또는 결과(consequences)에 대한 영향을 고려하는 다양한 기술을 적용하는데 초점을 두는 금연교육이 필요하다고 볼 수 있다. 이러한 관점에서 건강행동 변화를 위한 다양한 결정요인들을 제시하고 있는 이론들을 적용하는 것은 중요하다.

Ⅲ. 보건의료인 금연교육과 관련된 주요 이론적 모형

지난 수십 년간 금연을 위한 노력들이 진행

되어 왔으며, 이러한 노력의 결과로 흡연율은 감소추세를 보이고 있다. 그러나 담배회사들의 교묘한 마케팅 전략, 대중매체의 흡연행동 미화, 담배규제에 대한 일관된 정부정책의 부재 등 금연노력을 방해하는 환경적 요인들은 지속되고 있으며, 실시되었던 금연교육도 지식중심 프로그램의 만연, 인지행동모형에 근거한 프로그램의 부재, 개인의 금연 준비도를 고려한 프로그램의 부재, 예방적 상담을 제공하는 보건의료인에 대한 보상의 부재 등으로 제한적인 효과만을 나타내고 있다(Ory 등, 2002).

보다 효과적인 금연성취를 위해서는 좀 더 체계적인 노력을 진행할 필요가 있으며, 이를 위해 필수적인 것은 금연교육 프로그램 개발에 이론적 모형을 적용하는 것이다. 이론적 모형은 금연교육의 방향(direction)과 체계(framework)를 제공하여 주기 때문에 효과적이며 효율적인 프로

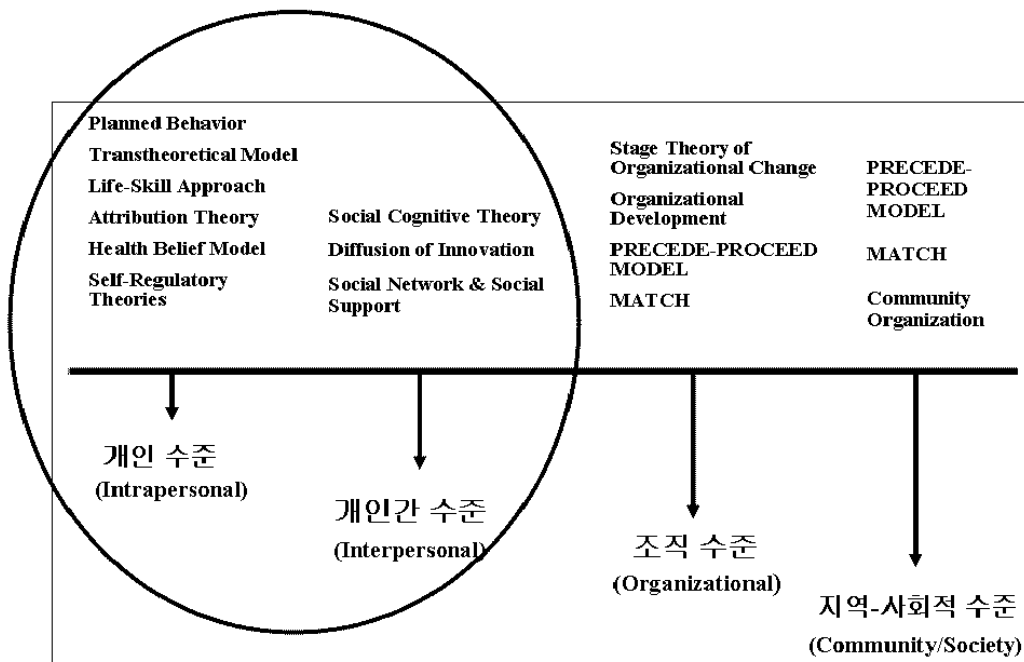
그럼 개발을 위해서는 반드시 고려되어야 한다 (김명 등, 2004). Sorenson과 Steckler(2002)는 최근 이론을 적용한 보건교육 프로그램과 그렇지 않은 프로그램들의 효과성에 대한 비교를 통하여 이론을 적용한 프로그램이 이론에 근거하지 않은 프로그램보다 더 효과적이라는 점을 보고하기도 하였다.

현재 보건교육 프로그램 개발과 관련된 다양한 이론들이 개발되어 있다. 그림 2는 금연교육을 수행할 때 유용하게 활용될 수 있는 이론들을 영향을 주고자하는 차원에 따라 제시한 그림이다. 최근 가장 빈번하게 적용되는 이론으로는 건강신념모형(Health belief model, HBM), 합리적/계획된행동론(Theory of reasoned action/planned behavior, TRA/TPB), 사회인지이론(Social cognitive theory, SCT), 별이론적 모형(Transtheoretical model, TTM)을 들

수 있다(Noar와 Zimmerman, 2005).

건강신념모형에 따르면 인간이 금연을 실천하는 것은 흡연으로 인해 질병에 걸릴 가능성이 크다고 생각될 때, 질병에 걸리게 되면 매우 심각한 결과를 가져올 것이라 생각할 때, 그리고 자신의 금연실천으로 나타날 수 있는 부정적인 측면보다 혜택이 크다고 생각될 때 가능성이 커진다고 설명하고 있다. 또한 행동의 계기와 금연실천에 대한 자기효능감이 있을 때 금연실천의 가능성을 높인다.

사회인지이론은 상호결정론(reciprocal determinism)을 기본원리로 한다. 이는 개인의 인지와 행동, 그리고 그 행동이 수행되는 환경은 끊임없이 동적인 상호작용을 하고 있어 서로에게 영향을 주고받는 관계에 있다는 것이다. 따라서 금연교육 시에도, 개인의 인지변화(자기효능감, 결과기대), 행동변화기술의 습득, 환경



<그림 2> 금연교육과 관련된 행동/사회심리 이론들

조성(모델링, 강화)의 세 가지 요소의 변화를 유도하는 것은 금연실천의 가능성을 증가시키게 된다.

또한 계획된 행동론(Theory of planned behavior, TPB)은 합리적 행동론(Theory of reasoned action, TRA)에서 발전된 이론으로 인간은 기본적으로 합리적 행동을 하는 특성을 지닌다는 것이 기본원리이다. 즉, 특정 행동수행에 대한 의사결정을 할 때 관련 정보를 이용하여 행동의 결과로 야기될 수 있는 것들 중 좋은 것은 최대한 나쁜 것은 최소로 할 수 있다고 기대되는 행동을 선택한다는 것이다. 흡연자들이 금연을 실천할 때도 흡연지속과 금연실천의 결과에 대하여 장점과 단점을 각각 비교하여 금연으로 인한 결과의 혜택이 더 크다고 여겨질 때 금연실천을 결정하게 된다. 이러한 금연결과에 대한 기대감은 금연에 대한 태도를 구성하게 된다. 태도 이외에도 금연을 하도록 하는 사회적 압력이 있다고 인식할 때(주관적 규범), 금연실천이 쉽게 이루어질 수 있다고 인식할 때(인지된 행동통제) 금연에 대한 의향은 증가하고 이는 금연실천의 가능성을 높여준다.

실제로 Bartholomew 등(2001)은 보건의료인이 예방의료 행위를 수행하는 것은 보건의료인의 태도, 주관적 규범, 그리고 인지된 행동통제(자기효능감)에 의하여 명확하게 영향을 받는다는 연구결과를 보고한 바 있다. 따라서 보건의료인 자신들의 금연 뿐 아니라 이들이 금연에 대한 교육과 지도를 수행할 가능성도 계획된 행동론에서 강조하는 변수들이 중요한 역할을 하고 있다고 볼 수 있다. 이러한 점은 보건의료인들을 대상으로 금연교육의 중재와 지침에 대한 교육을 계획할 때 고려해야 하는 요인들이다.

한편, 범이론적 모형은 개인이 어떻게 건강행위를 시작하고 이를 유지하는가에 대한 행위변화의 원칙과 과정을 설명하는 통합적인 모형으로, 건강과 관련된 행위의 변화를 '성공과 실패의 이분된 범주로 볼 것이 아니라 점차적으로 일어나는 역동적인 과정'으로 이해해야 함을 제안하고 있다. 즉, 개인은 좋지 못한 행동(흡연)에서 바람직한 행동(금연)으로 곧바로 이행하는 것이 아니라 일련의 단계를 거치게 된다는 것이다.

범이론적 모형은 4개의 중요한 구성개념들로 이루어져 있다. 핵심적인 구성개념은 변화단계(stages of change)로, 변화단계란 문제행위 변화에 대한 준비도를 나타내는 5단계로 구성되어 있다. 개인은 현재 자신이 위치한 단계에서 앞 단계로의 진행을 통하여 건강상 바람직한 생활양식을 갖게 되는데, 변화단계의 진행은 변화과정, 의사결정균형, 그리고 자기효능감의 영향을 받게 된다(표 1).

이상과 같은 이론들이 금연실천가능성에 영향을 주는 인지행동 변수로 강조하고 있는 구성요소들을 살펴보면, 매우 유사하거나 동일한 요소들이 다른 용어의 형태로 표현되고 있는 것을 알 수 있다(표 2). 이러한 공통적 인지행동변수들은 실제로 금연교육에 빈번하게 활용되고 있어 Ory 등(2002)이 보건교육 프로그램에서 최근 반복적으로 활용되면서 그 효과성이 입증되고 있는 행동변화의 변수들로 지적한 의사결정균형, 목적설정, 결과기대, 자기결정/자율성(self determination, autonomy), 자기효능감, 사회적 지지(social support), 스트레스 관리(stress management)에도 포함되어 있다.

완벽한 이론이란 존재하지 않기 때문에 금연교육 프로그램 기획가는 흡연의 문화적 특성과

〈표 1〉 범이론적 모형(TTM)의 구성 요소

구성요소	설명
변화단계(stages of change)	
계획전단계(precontemplation stage)	금연에 대한 계획이 없는 단계
계획단계(contemplation stage)	향후 6개월 이내에 금연에 대한 계획이 있는 단계
준비단계(preparation stage)	구체적인 금연계획이 잡혀져 있는 단계
행동단계(action stage)	금연을 실천한 지 6개월이 되지 않은 단계
유지단계(maintenance stage)	금연을 실천한 지 6개월 이상 된 상태
의사결정균형(decisional balance)	
pros	금연의 긍정적인 측면과 부정적인 측면에 대한 비교분석
cons	금연의 부정적인 측면에 대한 인식, 금연의 장애요인
자기효능감(self-efficacy)	
직면한 상황에서 금연을 성공적으로 수행할 수 있다는 개인의 신념	
변화과정(processes of change)	
인지적 과정(cognitive processes)	
인식제고(consciousness raising)	금연(흡연)에 대한 새로운 정보와 이해력을 얻기 위한 노력
정서적각성(emotional arousal)	변화에 대한 정서적 측면, 즉 흡연과 관련된 정서적 경험
환경재평가(environmentalreevaluation)	흡연이 물리적, 사회적 환경에 미치는 영향에 대한 고려
자이재평가(self-reevaluation)	흡연이 자신에게 미치는 영향에 대한 정서적, 인지적 재평가
사회적해방(social liberation)	사회자체가 금연을 촉진시키는 방향으로 변하고 있다는 것에 대한 개인의 인식
행동적 과정(behavioral processes)	
대체행동형성(counterconditioning)	흡연을 대안적 행위로 대처
지원관계형성(helping relationship)	금연을 위하여 노력하는 과정에서 타인으로부터 받은 신뢰와 지원
강화관리(reinforcement management)	금연으로 인하여 얻게 된 보상
자이해방(self-liberation)	금연을 실천하고자 하는 자신의 선택과 노력
자극조절(stimulus control)	금연실천을 촉진시키는 상황을 만들거나 이를 방해하는 상황이나 원인에 대한 통제

상황적 요구에 적절하도록 기존의 이론들을 변화시키거나 특별한 필요성에 따라 여러 이론들의 구성요소들을 조합하여 활용하는 융통성이 필요하다. 이와 같은 이론적 모형의 수정과 통

합을 통하여 금연을 결심, 시도, 유지하는 메커니즘을 제시하는 역동적인 모형이 개발될 수 있다.

<표 2> 주요 이론적 모형에 제시된 유사한/동일한 구성요소들

개념	HBM	SCT	TRA/TPB	TTM
유용성에 대한 예상	유익성, 장애요인	결과기대	태도	pros, cons (의사결정균형)
능력에 대한 믿음	자기효능감 (확장된 모형)	자기효능감	인지된 행동통제	자기효능감
사회적 영향	행동의 계기	사회적 환경, 모델링, 강화	주관적규범	조력관계, 사회적 해 방, 강화관리, 자극조 절(변화과정)

IV. 보건의료인 금연교육과정의 선진 사례

보건의료인을 대상으로 한 정규교과과정에서 금연교육을 수행한 결과를 살펴보면, 1996년과 1998년에 미국의 의과대학 중 70%가 금연을 위한 어떤 임상교육도 요구하지 않았으며, 금연교육을 수행한 의과대학 중 1/3이 연간 1시간 미만으로 금연교육을 수행한 것으로 보고하고 있다(Ferry 등, 1999). 또한 미국의 631개 간호대학 가운데 학부에서는 46%, 대학원에서는 67%만이 금연기술에 대한 교육을 필수교과의 일부로 포함시키고 있다(Wewers 등, 2004). 이는 보건의료인을 대상으로 한 체계적인 교과과정의 개발 및 보급이 시급함을 나타내는 결과라 할 수 있다.

현재까지 개발되어 보급되고 있는 단기 보건의료인 대상의 금연교육과정 중 대표적인 프로그램은 미국 연방정부 보건부(United States Department of Health & Human Services)의 물질남용 및 정신건강서비스국(Substance Abuse & Mental Health Services Administration)이 개발한 의사(수련의)를 위한 교육과정인 알코올·담배·

약물(Alcohol, Tobacco, and Other Drug problem prevention, 이하 ATOD) 프로그램이다(Center for substance abuse prevention, 2001). 알코올·담배·약물(ATOD) 프로그램은 의사(수련의)들에게 병원, 지역사회, 공공보건조직, 보건관련조직에서 물질남용을 예방하기 위해 추진 중인 활동을 효과적으로 수행할 수 있도록 지원하기 위한 교육 프로그램이다(표 3).

교육내용은 [모듈1], [모듈2], [모듈3]으로 구성되어 있으며, [모듈1]에서는 의사(수련의)들이 알코올, 담배, 약물과 관련된 건강문제를 예방하고, 예방활동에 적극적으로 참여할 수 있도록 이에 필요한 기본 정보를 제공하고 있다. [모듈2]는 임상에서 ATOD 예방활동을 강화하기 위한 지식과 기술을 제공하는 한편, 의료인의 환자 상담에 도움을 주기 위한 정보를 제공하고 있다. [모듈3]은 지역사회에서 발생하는 ATOD 문제 및 ATOD와 관련된 보건정책(조세 정책 등)을 이해하고, 지역사회 예방활동을 지원할 수 있는 다양한 조직들과의 협력방안을 이해하는 한편, ATOD 예방활동에 대한 개인적 책임의식을 고취시킬 수 있도록 교육내용을 구성하고 있다.

<표 3> 미국의 보건의료인 금연교육 프로그램

교육	교육 내용	교육방법	교육보조매체	
	서 론	· 프로그램 소개		
알코올, 담배, 약물 (ATOD) 에 관한 교육 프로그램	[모듈 1] 알코올, 담배, 약물과 관련된 건강문제	· 알코올, 담배, 약물에 관한 개요 · 알코올, 담배, 약물과 관련된 건강문제가 의료인에게 미치는 영향 : 개인적 경험과 태도에 미치는 영향	· 시청각교육 · 경험나누기	· 슬라이드 · handout
	[모듈 2] 임상에서의 예방활동	· 환자와 환자가족 -환자 상담기법 -인구 특성을 고려한 예방 메시지 전달 -적절한 시기의 환자후송의뢰 · 임상 -예방활동 지원을 위해 임상에서 필요한 정보와 기술	· 역할극	· OHP · Worksheet
	[모듈 3] 지역사회에서의 예방활동	· 알코올, 담배, 약물에 관한 지역사회 보건사업의 이해 · 보건정책 · 지역사회 보건사업 기획	· 시뮬레이션	· OHP · Worksheet
	결 론	· 교육내용 및 기대효과, 활동 등에 관한 재검리		
약학대학 흡연관련 교과과정 (the Rx for Change)	핵심주제	· 서론 및 역학적 특성 · 니코틴 대치요법과 중독 · 약물요법 · 금연을 위한 환자 지원 프로그램 -범이론적 모형(TTM) 적용 -범이론적 모형(TTM) 비적용 · 금연 보조물 -약학대학 학생들에게 약물치료제 지원(+) -니코틴 패치, 방향제, 니코틴 비강 흡입제 등 · 사례중심의 시나리오(22가지)를 활용한 역할극 수행	· 교육과제 할당 · Rx for change 교과과정 바인더 - 지침서 - 교육자료 - CD Rom(300장 이상의 PPT) - 슬라이드 해설집 · 시청각교육 - 교육용 비디오 테이프 활용 - 교육내용 -도입: 서론(3분) -전개: 상담내용 1~3장(약국) 4~6장(임상) -동기: 15개 삽화 · 지역사회 활동	· 금연상담 지침서 : 교육용 유인물 -범이론적모형 적용 -범이론적모형 비적용 · 담배 의존도에 관한 질문지 -Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) -청소년용 FTND -Smokeless Tobacco Dependence Scale · 흡연+약물사용 · 흡연 일지 · 금연을 위한 인지-행동적 전략 · 금단증상에 관한 정보지 · 약물치료 지침
	선택주제	· 흡연의 유형 · 흡연관련질환의 병리학적 접근 · 유전과 흡연 · 금연의 동기화		
	부가적 선택주제	· 금연후의 추후관리: 체중조절 · 금연의 효과 · 청소년기 및 청년기의 흡연		

자료출처: <http://p2001.health.org/ms02/ms02tti.html>, <http://p2001.health.org/ms03/ms03tti.html>, <http://rxforchange.ucsf.edu/about.php>

교육시간은 1일 교육으로 구성되어 있으며, [모듈1]에 70분, [모듈2]에 90분, [모듈3]에 135분의 교육시간을 할애하고 있다. 임상교육 자료에는 교육용 매뉴얼, 교육 전 보조자료(pre event materials), 교육 후 보조자료(post event materials) 등이 있다. 또한 촉진자 지침서(facilitator guideline)를 통해 일반적인 지침 제공, 학습활동을 촉진하기 위한 브레인스토밍, 역할극, 평가에 관한 지침 제공, 촉진자 기술개발을 위한 지침 제공 등을 통해 학습자 중심의 접근방법, 횡문화적 민감도의 다양성, ATOD 예방 등에 관한 기본적인 배경자료를 제공하고 있다.

또한 대학교육의 교과과정 중에 포함된 금연교육 프로그램으로는 미국 국립 암센터(National Cancer Institute)와 American Legacy Foundation이 개발한 포괄적인 금연교육과정(Comprehensive Tobacco Cessation Training)인 'the Rx for Change' 교과과정의 의료인 교육 프로그램(train the trainer program)이 있다(Corelli 등, 2004; Hudmon 등, 2004).

미국 캘리포니아 주의 약학대학의 경우, 2000년부터 'the Rx for Change' 교과과정을 필수 교과과정으로 통합하여 교육하고 있다(Robin 등, 2005). 미국 캘리포니아 주에 소재한 약학대학 3학년생 493명을 대상으로 'the Rx for Change' 교과과정을 7~8시간 수행하고, 교육효과를 평가하기 위해 사전 사후평가를 수행한 결과, 금연교육을 잘 할 수 있다고 응답한 학생이 교육 전 32%에서 교육 후 94%로 증가하였고, 교육에 참여한 학생 중 97%가 금연 교육을 통해 금연 상담의 질적 향상을 가져올 수 있는 것으로 믿고 있었다. 또한 간호대학

재학생들에게 흡연예방을 위한 보건교육을 수행한 결과, 지식과 태도가 향상된 것으로 보고하고 있다(Sejr와 Osler, 2002).

the Rx for Change(Train the trainer program)에는 임상의료인들과 보건의료전문영역을 전공하는 학생들이 흡연자의 금연을 도울 수 있도록 담배 사용과 의존성에 관한 치료법을 포함하고 있는 임상실습 지침서를 제공하고 있다. 교육방법으로는 교육 전 탐독해야 할 교육과제 할당, 파워 포인트 및 비디오테이프를 활용한 시청각교육, 워크숍, 시나리오를 활용한 역할극 등 다양한 전략들을 제공하고 있으며, 모든 교육 자료는 교육전문가와 연구자들의 검토를 통해 활용하고 있다(UCSF, 2005).

교육 내용은 표 3과 같이 핵심 주제, 선택 주제, 부가된 선택 주제로 구분되며, 핵심 주제에는 서론 및 역학적 특성, 니코틴 대치요법과 중독, 약물요법, 금연을 위한 환자 지원 프로그램, 금연 보조물, 사례중심의 시나리오(22가지)를 활용한 역할극 수행 등을 포함하고 있다. 이중 금연을 위한 환자 지원 프로그램은 두 가지, 즉 범이론적 모형(TTM)을 적용한 내용과 범이론적 모형(TTM)을 적용하지 않은 내용으로 구성되어 있다. 또한 금연 보조물은 약학대학 학생들에게 지원되는 약물치료제로서 니코틴 패치, 방향제, 니코틴 비강 흡입제 등이 제공되고 있다. 한편 22가지의 사례중심 시나리오를 활용한 역할극을 최소한 2시간 이상 수행하도록 권고하고 있다.

선택 주제에는 흡연의 유형, 흡연과 관련된 질환의 병리학적 접근, 유전과 흡연, 금연의 동기화 등이 포함되어 있으며, 2004년부터 보완된 부가적인 선택 주제에는 금연후의 추후관리(체중조절 등), 금연의 효과, 청소년기 및 청년

기의 흡연 등이 포함되어 있다.

교육 방법으로 과제 할당, 매뉴얼 활용, 시청각교육, 지역사회 활동 등을 활용하고 있다. 교육전의 과제 할당(pre class assigned reading)을 통해 교육 내용을 사전 숙지하도록 하며, 매뉴얼(Rx for change curriculum binder)을 활용하여 교육 내용을 이해하도록 돕고 있다. 매뉴얼에는 지침서 및 교육자료, 300장 이상의 슬라이드로 구성된 CD Rom, 슬라이드 해설집이 포함되어 있다.

시청각교육은 교육용 비디오테이프를 활용하며, 교육내용은 서론, 상담, 동기화로 구성되어 있다. 서론인 도입부는 7분정도로 구성되어 있으며, 피츠버그대학의 Frank Vitale이 제작한 금연프로그램(International Smoking Cessation Specialist Program)을 활용하고 있다. 전개부의 상담 내용은 6개의 장으로 구성되어 있으며, 1~3장은 약국에서의 상담기법을 제공하고 있고, 4~6장은 임상에서의 상담기법을 제공하고 있다. 상담에 관한 내용은 텍사스 대학 앤더슨 암센터의 Prokhorov와 그의 개발팀이 제작한 상담 프로그램을 활용하고 있으며, 마지막으로 동기화를 위해 15개의 삽화를 활용하고 있다.

지역사회 활동(Outreach tools)을 위해 의료인의 지역사회활동을 촉진시키기 위한 보수교육 프로그램과 흡연예방 강의를 제공한다. 1~3시간 정도의 보수교육 프로그램인 Six turn key continuing education lectures를 제공하고 있으며, 중학생을 대상으로 한 1시간 정도의 흡연예방교육 강의내용을 제공하고 있다.

한편 효과적인 교육 수행을 위해 임상 의사와 학생들이 환자의 금연을 도울 수 있도록 7가지의 보조 자료를 제공하고 있다. 보조 자료에는 금연

상담 지침서(Tobacco Cessation Counseling Guidesheet), 담배 의존도에 관한 질문지(Tobacco Dependence Questionnaires), 흡연과 병행된 약물사용, 흡연 일지(Tobacco Use Log), 금연을 위한 인지 행동적 전략(Cognitive and Behavioral Strategies), 금단증상에 관한 정보지(Withdrawal Symptoms Information Sheet), 약물치료 지침(Pharmacologic Product Guide) 등이 포함되어 있다. 이중 금연상담 지침서는 범이론적 모형(TTM)을 적용한 형식과 범이론적 모형(TTM)을 적용하지 않은 형식으로 교육용 유인물로 제작되어 있다. 또한 담배 의존도에 관한 질문지에는 Fagerström Test for Nicotine Dependence(FTND), 청소년용 FTND(수정판), Smokeless Tobacco Dependence Scale 등이 포함되어 있다.

교육시간은 연간 최소 6시간 이상을 교육해야 하며, 적정 교육시간은 7~8시간으로 권고하고 있다. 또한 참여적인 약물치료 상담과 역할극 수행을 위해 교육시간을 추가적으로 할애할 것을 권고하고 있다.

따라서 앞서 살펴본 ATOD 프로그램과 the Rx for Change 교과과정의 주요 특징내용을 제시해보면, 첫째, 교육내용을 접근대상 중심으로 모듈화하고 있다. 둘째, 핵심주제와 부가적 내용을 구분하고 있다. 셋째, 범이론적 모형(TTM)을 활용한 행동변화전략을 수립하고 있다. 넷째, 교육방법에서는 학습자 중심(Learner centered)의 문제해결학습 및 시청각교육, 역할극을 강조하고 있다. 다섯째, 학습의 효과를 높이기 위한 다양한 교육보조매체를 활용하고 있다. 여섯째, 교육의 통일성을 부여하기 위해 지침서를 제공하고 있다. 일곱째, 6~7시간 정도의 단기교육 프로그램으로 구성

하고 있다. 여덟째, 금연권고를 위한 지역사회 활동을 강조하고 있다.

V. 보건의료인 금연교육모형

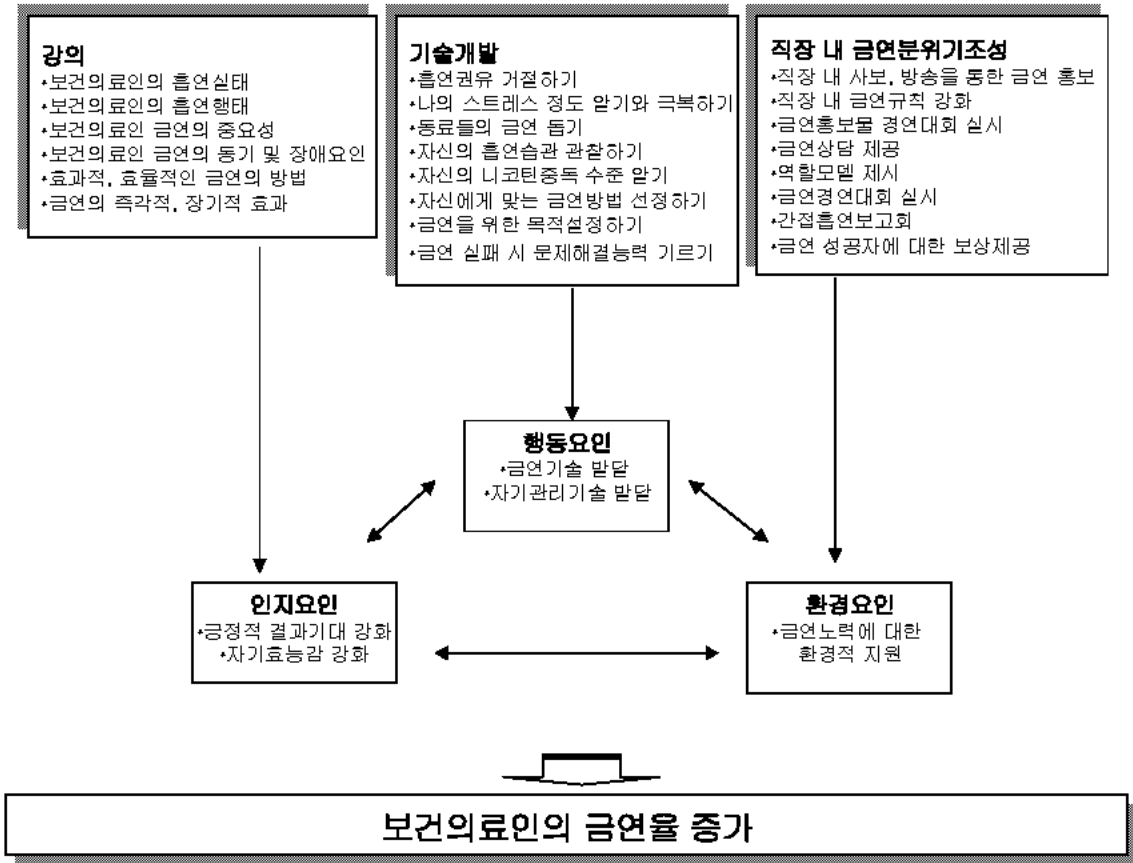
본 연구는 앞서 살펴본 이론적 모형과 선진 사례의 특징을 기초로 하여 보건의료인 금연교육과정을 개발하기 위한 기본 방향을 다음과 같이 제시해 보고자 한다. 첫째, 접근대상에게 기초한 setting approach가 될 수 있도록 교육내용을 모듈화한다. 둘째, 교육내용의 필요도 및 중요도를 부가하여 수준별 학습이 이루어질 수 있도록 한다. 셋째, 이론적 모형에 근거한 행동 변화전략을 수립하고, 이에 관한 지침서를 제공한다. 넷째, 효과적인 교육이 수행될 수 있도록 학습자 중심의 교육방법을 적극 활용한다. 다섯째, 다양한 교육자원을 활용할 수 있도록 사회적 교육지원체계를 수립한다. 여섯째, 금연교육에 관한 지역사회 활동을 강조한다.

보건의료인 금연교육의 목적은 첫째, 흡연 및 음주, 약물사용과 관련된 건강문제를 예방하기 위한 이해 함양, 둘째, 금연권고 메시지 전달을 위한 능력 함양, 셋째, 대상별 특성을 고려한 상담 및 환자후송의뢰를 위한 능력 함양, 넷째, 흡연예방사업에 관한 지원체계 활용 능력 함양, 다섯째, 보건정책 및 지역사회 예방사업 지원 능력 함양을 포함하도록 한다.

또한 금연교육의 내용은 기본정보, 대상별 접근, 지역사회 활동 등 3개 모듈로 구성하는 것이 바람직하며, 각 모듈의 소주제에 관한 구체적인 내용 개발이 이루어져야 한다. 이를 위해 사회인지이론에 근거한 포괄적인 보건의료인 금연교육모형을 그림 3과 같이 제시하고자 한

다. 이 모형에서는 개인의 인지요소로 자기효능감과 결과기대의 변화를 유도하여 금연실천을 촉진시키는데 중점을 두고 있다. 즉, 금연을 할 수 있다는 확신인 자기효능감을 높이고, 금연결과에 대한 기대를 긍정적으로 갖게 함으로써 금연실천의 가능성을 높이도록 한다. 행동요소로는 금연기술과 자기관리 기술습득이 포함된다. 이러한 기술발달은 금연이라는 목표행동을 효율적으로 달성하는 방법을 제시함으로써 금연성공의 가능성을 높여준다. 또한 보건의료인의 흡연이유 중 하나인 스트레스를 효과적으로 대처할 수 있는 기술을 습득하게 하고, 자신의 금연노력 뿐 아니라 타인의 금연을 지원하는 기술까지 학습하여 향후 본인이 금연교육을 수행할 경우 교육자로서의 능력향상에 도움을 주도록 고안된 것이다.

개인의 인지변화 및 행동기술과 함께 고려되어야 하는 요소는 환경이다. 환경이 중요한 이유는 강화(reinforcement)와 관찰학습(observational learning)의 기회를 제공하기 때문이다. 그림 3의 모형에서 금연 성공자에 대한 보상제공은 강화역할을 하여 금연지속에 긍정적 영향을 미치게 된다. 강화 이외에도 환경은 행동모형을 제시한다. 행동모형을 통한 관찰학습은 개인이 다른 사람의 행동을 보고 그 사람이 받은 강화를 관찰할 때 발생한다. 이런 과정을 대리 보상(vicarious reward) 또는 대리 경험(vicarious experience)이라고 부른다. 예를 들어, 어떠한 보건의료인이 금연실천으로 인해 따른 보상을 받는 것을 관찰하였을 때, 또는 반대로 흡연으로 인하여 질병 등의 부정적 결과가 발생하는 것을 관찰하였을 때 그것을 관찰한 흡연자는 앞으로 금연을 실천할 확률이 높아진다. 따라서 적절한 역할모형의 제시는 금



〈그림 3〉 포괄적인 보건의료인 금연교육모형

연을 촉진시키는 요인이 된다. 이렇듯 환경은 흡연자가 금연에 대한 의사결정 시에 금연을 선택하는 것이 더욱 용이하도록 환경적인 압력과 지원을 제공한다. 직장 내의 금연규칙 강화, 직장 내 홍보 실시 및 상담제공 등이 그 예로 포함될 수 있다.

또한 금연교육의 핵심 주제인 금연행동을 유도하기 위해서는 행동변화단계에 영향을 미치는 태도 및 사회적 규범, 인지적 기술의 활용이 중요하며, 행동변화단계를 고려한 수행전략이 개발되어야 한다. 이에 계획된 행동론과 범이론

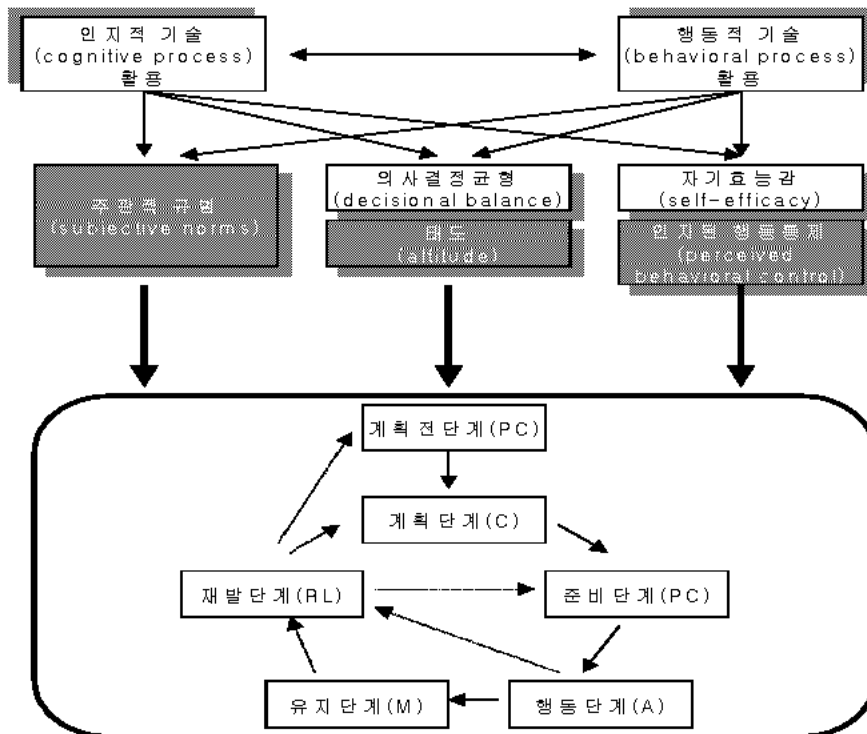
적 모형을 통합 적용하여 흡연행동을 통제하고, 금연행동을 촉진시키기 위한 흡연행동 중재모형을 그림 4과 같이 제시하고자 한다. 즉 금연과 관련된 새로운 정보를 찾거나, 금연의 가치에 대하여 정서적, 인지적 재평가를 하고, 금연에 대한 사회적 인식을 알게 된다. 이러한 노력은 흡연하는 보건의료인들이 흡연으로 인하여 발생하는 자신과 주위환경에 대한 문제점을 돌아보고, 사회에서 바라보는 보건의료인 흡연에 대한 인식을 강조하는 기회가 된다. 이는 인식제고, 정서적 각성, 그리고 사회적재평가는 개

인의 금연에 대한 태도와 사회적 규범에 대한 인식에 영향을 줄 수 있다. 이와 함께 강화관리, 자극조절, 조력관계형성, 자아해방과 같은 행동적 기술은 개인의 금연에 대한 자기효능감을 강화시키는 동시에 태도와 규범에 대한 인식수준을 강화시켜주는 역할을 한다. 행동적 기술들은 금연이 가능한 것이라는 믿음을 강조하고, 다른 사람들의 지원을 활용하고, 금연의 장애요인들을 제거하는 환경변화를 통하여 흡연행동에 대한 통제력을 향상시킨다.

인지적 기술과 행동적 기술의 활용은 금연/흡연과 관련된 주관적 규범, 태도(의사결정균형), 인지된 행동통제(자기효능감)에 영향을 주게 되고, 이러한 매개변수들의 변화는 금연실

천과 관련된 변화단계의 진행을 촉진하게 된다.

매개변수들이 계획전단계를 시작으로 유지단계까지 전 과정에 영향을 주게 되지만, 보건의료인 개인의 금연실천에 대한 준비도는 다양하기 때문에 이들의 준비도에 따라 현재의 단계를 측정하는 것으로 교육은 시작된다. 개인의 현재위치를 파악하고, 이들의 현재단계에서의 요구에 맞는 교육내용을 제공하는 것은 시간과 노력, 금연동기를 유발시키고 지속할 수 있는 효율적인 교육방법이 된다. 각 변화단계에 따른 구체적인 금연교육의 목표와 중재전략은 다음의 <표 4>와 같다.



<그림 4> 흡연행동 중재모형

<표 4> 변화단계별 금연교육의 목표와 전략

구 분	계획전단계	계획단계	준비단계	행동단계	유지단계
행동변화에 대한 준비도	금연을 실천할 준비가 되어 있지 않은 단계	금연이 바람직하다고 생각하고 있으나 곧 시작할 준비가 부족한 상태	가까운 시일 내 금연을 실천할 준비가 되어 있는 상태	금연을 실천한 지 6개월이 되지 않은 상태	금연을 실천한 지 6개월 이상이 된 상태
행동변화에 대한 장애요인	<ul style="list-style-type: none"> • 흡연이 건강에 미치는 영향에 대한 인식 부족 • 금연을 실천할 생각은 있지만 다른 이유로 인하여 실천할 생각을 하지 못하고 있음 • 과거의 금연시도 실패로 인한 좌절감 경험 	<ul style="list-style-type: none"> • 금연실천과 관련된 장점과 단점의 비중이 동등하게 인식 • 금연을 불가능하게 하는 개인적, 환경적 요인의 존재 	<ul style="list-style-type: none"> • 금연시도에 필요한 지원이나 자원에 대한 접근성의 제한 • 개인에게 적절한 금연 방법에 대한 지식과 기술부족 	<ul style="list-style-type: none"> • 금연에 대한 동기 감소 • 과거 흡연 습관으로 돌아갈 수 있는 위험상황 발생 	<ul style="list-style-type: none"> • 금연에 대한 동기 감소 • 과거 흡연 습관으로 돌아갈 수 있는 위험상황 발생
교육목표	<ul style="list-style-type: none"> • 대상자가 금연실천에 관심 갖도록 하기 • 금연이 필요한 이유 이해하기 • 과거 금연시도 실패의 원인 이해하기 	<ul style="list-style-type: none"> • 금연에 대한 장점과 단점을 인지하게 하여 개인에게 가져다 줄 수 있는 장점을 극대화하고 단점은 최소화하여 금연 실천에 대하여 의사결정을 가능하게 함 	<ul style="list-style-type: none"> • 금연을 위한 구체적인 계획 설정 • 개인에 적절한 금연 방법에 대한 지식과 기술 습득 	<ul style="list-style-type: none"> • 금연 지속을 위한 전략 설정 (재발방지 전략) 	<ul style="list-style-type: none"> • 금연 지속을 위한 전략 설정 (재발방지 전략)
중재전략	<ul style="list-style-type: none"> • 흡연의 건강영향자료를 제시하고 대상자들에게 자신의 흡연 습관에 대하여 생각해보도록 함으로서 자신의 상황을 돌아보는 계기 마련 • 금연에 대한 과거 시도에 대한 검토 • 흡연의 위험과 금연이 주는 개인적 혜택에 대한 맞춤형 교육 	<ul style="list-style-type: none"> • 금연이 주는 혜택에 대한 강화 (자신과 환경에 대한 재평가) • 금연에 수반되는 단점에 대응할 수 있는 효과적인 방안 파악 • 금연 실천 장애요인 극복을 위한 전략 제시 • 긍정적인 역할모델을 제시함으로써 행동의 계기 마련 	<ul style="list-style-type: none"> • 금연 실천 시작일 설정 • 과거 금연시도와 관련된 문제점 검토 및 문제해결을 위한 전략 파악하기 • 구체적인 자원과 지원 파악하기 • 목적 설정 • 어떻게 하는가에 대한 정보와 기술 개발 • 행동계약 • 흡연 위험상황에 대한 예측과 대처방안에 대한 구체적 전략을 제시 • 참여를 위한 기회를 제공 	<ul style="list-style-type: none"> • 자기감시 • 흡연 상황에 처했을 때 대처하는 방안에 대한 구체적 전략 제시 • 금연 결과의 긍정적 경험 강조 • 금연 실패경험에 대한 부적절한 귀인 교정 • 사회적 지원 강화 • 자극조절 • 강화(보상제공) • 장기적 계획 설정 	<ul style="list-style-type: none"> • 자기감시 • 흡연 상황에 처했을 때 대처하는 방안에 대한 구체적 전략 제시 • 금연 결과의 긍정적 경험 강조 • 금연 실패경험에 대한 부적절한 귀인 교정 • 사회적 지원 강화 • 자극조절 • 강화(보상제공) • 다른 사람의 역할 모델 되기 • 목적의 검토와 수정 • 정기적인 건강검진

VI. 결 론

흡연이 가장 중요한 건강위협이라는 점은 자명한 진리가 되었으며, 이러한 건강위협 제거 노력의 일차적 책임이 보건의료인에 있다는 점도 명백하다. 그러나 실제 보건의료현장에서 실시되는 금연 노력은 다양한 장애요인에 의하여 그 성과가 미약한 실정이다. 이 중 보건의료인의 흡연행동은 이들의 흡연관련 지식, 태도 그리고 금연교육의 실시와 밀접한 관련성을 가지고 있기 때문에 금연성공에 가장 큰 장애요인으로 지적되고 있으므로 보건의료인은 보건교육자로서, 그리고 역할모델로서 금연 노력의 핵심적 위치에 있음이 강조되어야 한다. 또 하나의 장애요인은 보건의료인 자신의 금연교육 능력에 대한 자신감 부족이다. 이는 보건의료인을 대상으로 하는 금연교육의 부재로 인한 결과이다. 금연에 대한 전문교육을 받은 보건의료인일수록 금연교육에 더 적극적이며, 흡연의 건강결과, 금연의 효과, 그리고 다양한 특성의 환자를 위한 차별화된 교육방법에 대한 요구는 계속적으로 증가하고 있기 때문이다.

이상과 같은 이유로 보건의료인을 위한 금연교육은 보건의료인 뿐만 아니라 환자 및 지역사회 주민의 흡연예방 및 금연실천을 지원하기 위해 반드시 제공되어야 할 교육과정이므로, 향후 보건의료인 금연교육을 수행하기 위한 적극적인 노력이 필요하다. 이를 위해 다음의 네 가지 방안을 제안하고자 한다. 첫째, 보건의료영역에 종사하는 보건의료인의 금연 필요성에 관한 인식 제고가 이루어져야 하고, 금연권고자로서의 자질 함양 및 역할 정립이 이루어져야 한다. 둘째, 지식중심교육이 아닌 인지 행동적

측면을 변화시킬 수 있는 건강기술 중심의 교육과정이 개발되어야 한다. 이는 금연실천을 지원하고, 현장적용능력을 높이는 계기를 마련해 준다. 셋째, 일회성, 단기적 교육이 아닌 체계화된 교육과정이 제공되어야 한다. 미국의 사례와 같이 금연교육이 정규교육과정에 포함되어 수행될 때 보건의료인의 금연교육 실천 및 효과성을 높일 수 있다. 넷째, 이를 지원하기 위한 단계별 교육 자료의 개발이 요구된다. 교육목표 및 평가지표, 교육수행과정의 체계성을 높이기 위해 보건의료인을 위한 워크시트를 개발하는 한편, 금연실천을 및 금연권고의 효과를 높이기 위해 금연실천자를 위한 다양한 교육 자료가 개발되어야 한다.

참고문헌

- 권호근, 유자혜, 전현선, 김영남. 서울특별시 치과 의사 흡연실태 조사연구. *대한구강보건학회지* 2004;28(3):415-422.
- 김명, 서미경, 서혜경, 김영복. 보건교육 이론과 적용. 계축문화사, 2004.
- 류소연, 김기순, 강명근, 박형철, 김진선. 일부 지역 의사들의 흡연실태와 금연지도활동에 대한 조사 연구. *예방의학회지* 2003;36(3):271-278.
- 최귀선, 이선희, 이한준. 의과대학생과 한의과대학생, 일반대학생들의 건강통제위에 대한 차이. *예방의학회지* 2003;36(3):239-247.
- 한지선, 홍현숙, 이강숙. 일부 대학병원 남자직원의 금연행위와 관련된 요인. *가정의학회지* 2000;21(2):265-275.
- Agency for Health Care Policy and Research. Smoking cessation clinical practice guideline. *The Journal of the American Medical Association* 1996;275:1270-1280.

- Bartholomew LK, Parcel G, Kok G, Gottlieb NH. Intervention mapping. Designing theory- and evidence-based health promotion program. Mayfield Publishing Company. 2001.
- CDC. Tobacco use and cessation counseling-global health professionals survey pilot study, 10 countries, 2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2005;54(20):505-509.
- Center for substance abuse prevention. Physician curriculum: ATOD problem prevention. Available at: [http://p2001.health.org/ms02/ms02ttl.htm]
- Center for substance abuse prevention. Physician assistant curriculum: ATOD problem prevention. Available at: [http://p2001.health.org/ms03/ms03ttl.htm]
- Christine M. Fenlon, Karen Suchanek Hudmon. Statewide evaluation of tobacco cessation curriculum for pharmacy students. *Preventive Medicine* 2005;40:888-895.
- Corelli R, Fenlon C, Kroon L, Lem K, Sullivan M, Hudmon K. Nationwide dissemination of the Rx for change tobacco cessation curriculum: impact of a train-the-trainer program for pharmacy faculty. *J Am Pharm Assoc* (Washington DC) 2004;44:236.
- Emmons KM, Goldstein MG. Smokers who are hospitalized: A window of opportunity for cessation interventions. *Preventive Medicine* 1992;21:262-269.
- Ferry LH, Grissino LM, Runfola PS. Tobacco dependence curricula in US undergraduate medical education. *JAMA* 1999;282:825-9.
- Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ et al. Treating tobacco use and dependence, clinical practice guideline, Rockville (MD): U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service; 2000.
- Firth-Cozens J. Interventions to improve physicians' well-being and patient care. *Social Science and Medicine* 2001;52:215-222.
- Ghebrehiwet T. Nurses and the tobacco epidemic. *International Council of Nurses* 2002;77.
- Glynn TJ, Manley WM. How to help your patients stop smoking: a national cancer institute manual for physicians 1990.
- Guindon GE, Boisclair D. Past, current and future trends in tobacco use. Health, nutrition and population discussion paper, economics of tobacco control paper, Vol. 6. Washington (DC): World Bank; 2003.
- Haddad LG, Umlauf MG. Views of health promotion among primary health care nurses and midwives in Jordan. *Health Care for Women International* 1998;19:515-528.
- Hartwig B, Nichols A. GP health & well-being - The issues explored. Brisbane North Division of General Practice. 2000.
- He K, Merchant A, Rimm EB, Rosner BA, Stampfer MJ, Willett WC, Ascherio A. Dietary fat intake and risk of stroke in male US healthcare professionals: 14 year prospective cohort study. *British Medical Journal* 2003;327:777-781.
- Hudmon KS, Corelli RL, Fenlon CM, Kroon LA, Lem K, Health J. Nationwide dissemination of a tobacco curriculum for health professional students. Paper presented at: Society for Research on Nicotine & Tobacco 10th Annual Meeting. Middletown, WI:Society for Research on Nicotine & Tobacco;2004.
- Kennedy A, Gask L, Rogers A. Training

- professionals to engage with and promote self-management. *Health Education Research* 2005;20(5):567-578.
- Lancaster T, Stead L, Silagy C et al. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. *British Medical Journal* 2000;321:355-358.
- Lancaster T, Silagy C, Fowler G. Training health professionals in smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;3:CD000214.
- Mundt MH, Glass LK, Michaels C. A professional challenge: nurses and smoking. *Journal of Community Health Nursing* 1995;12(3):139-146.
- Noar SM, Zimmerman RS. Health behavior theory and cumulative knowledge regarding health behaviors: are we moving in the right direction? *Health Education Research* 2005;20(3):275-290.
- Ory MG, Jordan PJ, Bazzarre T. The behavior change consortium: setting the stage for a new century of health behavior-change research. *Health Education Research* 2002;17(5):500-511.
- Raw M, McMeil A, West R. Smoking cessation: evidence-based recommendations for the health care system. *British Medical Journal* 1999;318:182-185.
- Richmond RL, Debono DS, Larcos D, Kehoe L. Worldwide survey of education on tobacco in medical schools. *Tob Control* 1998;7:247-52.
- Robin L et al. Do smoking and health education influence student nurses' knowledge, attitudes, and professional behavior? *Preventive Medicine* 2002;34:260-265.
- Shumaker SA, Schron EB, Ockene JK, McBee WL. Health behavior change. Springer Publishing Company. 1998.
- Silagy C, Stead LF. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;2:CD000165.
- Sperber AD et al. Medical student' contribution to the development of a smoke-free hospital policy in a university medical centre: A relevant learning experience. *Medical Education* 1995;29:43-47.
- Talip W, Steyn NP, Visser M, Charlton KE, Tempe N. Development and validation of a knowledge test for health professionals regarding lifestyle modification. *Nutrition* 2003;19(9):760-766.
- University of California at San Francisco(UCSF). Rx for Change: about Rx for Change. 2005. Available at: [<http://rxforchange.ucsf.edu/about.php>]
- Weiner EL, Swain GR, Wolf B, Gottlieb M. A qualitative study of physicians' own wellness-promotion practices. *Western Journal of Medicine* 2001;174(1):19-23.
- West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax* 2000;55:987-999
- Wewers ME, Kidd K, Ambruster D, Sarna L. Tobacco dependence curricula in U.S. baccalaureate and graduate nursing education. *Nurs Outlook* 2004;52:95-101.
- Willaing I, Ladelund S. Smoking behavior among hospital staff still influences attitudes and counseling on smoking. *Nicotine & Tobacco Research* 2004;6(2):369-375.
- Willaing I, Jorgensen T, Iversen L. How does smoking behaviour among hospital staff influence their knowledge of the health

consequences of smoking? *Scandinavian Journal of Public Health* 2003;31:149-155.

William GC et al. Self-determination, smoking, diet and health. *Health Education Research* 2002;17(5):512-521.

Wolfenden L, Campbell E, Walsh, RA, Wiggers J. Smoking cessation interventions for in-patients: a selective review with recommendation for hospital-based health professionals. *Drug and Alcohol Review* 2003;22:437-452.

World Health Organization. Tobacco free initiative(TFI) : World No Tobacco Day 2005.

available

at:[<http://www.who.int/tobacco/communications/events/wntd/2005/en/>]

World Health Organization Europe. WHO evidence based recommendations on the treatment of tobacco dependence. 2001(June).

Available at:

[<http://www.who.dk/document/e73285.pdf>.]

Zellweger JP et al. Bupropin SR vs placebo for smoking cessation in health care professionals. *American Journal of Health Behavior* 2005;29(3):240-249.

<ABSTRACT>

Development of Educational Model for Health Professionals Regarding Smoking Cessation

Hye-Kyeong Kim* · Young-Bok Kim** · Myung Kim***

**Health Promotion Research Institute, Korea Association of Health Promotion,*

***Department of Hospital Service Administration, Seonam University*

****Department of Health Education, Ewha Womans University*

Objective and Method: Smoking among health professionals has been shown to influence smoking related knowledge, attitude and educational practices in medical setting. And lack of health professionals' efficacy for smoking cessation intervention has been a major barrier to education on smoking too. In this regard, the present study was carried out to introduce and discuss the advanced cases of smoking cessation education for health professionals, and to develop theory-based educational models of smoking cessation for health professionals in order to improve the effectiveness and efficiency of intervention on smoking in a medical framework.

Results: First, major issues of health professionals' smoking cessation intervention were discussed. Discussed issues were smoking prevalence among health professionals, importance of health professionals' roles both as health educators and examples, and health professionals' cognitive dissonance. As advanced cases of smoking cessation education for health professionals, ATOD(Alcohol, Tobacco, and Other Drug problem prevention) developed by US Department of Health & Human Services and the Rx for Change curriculum in California State were discussed. Finally, smoking cessation educational models for health professionals were developed on the basis of social cognitive model and TPB/TTM.

Conclusions: For the effective and efficient smoking cessation intervention in medical setting, systematic efforts would be necessary to provide opportunities for ensuring the qualification of health professionals on smoking cessation through an analysis of major issues concerning smoking cessation education for health professional and the development of comprehensive curriculum for smoking cessation.

Key words : Health Professional, Smoking Cessation, Educational Model