

금연정책에 관한 성인의 인식 및 실태

장윤정

호원대학교 치위생학과

Awareness and actual condition toward nonsmoking policy in Korean adult

Yun-Jung Jang

Department of Dental Hygiene, Howon University

*Corresponding Author: Yun-Jung Jang, Department of Dental Hygiene, Howon University, 64 Howondae 3gil, Impi, Gunsan-si, Jeollabuk-do 54508, Korea, Tel: +82-63-450-7774, Fax: +82-63-450-7779, E-mail: yunjungj@howon.ac.kr
Received: 9 September 2015; Revised: 18 December 2015; Accepted: 18 December 2015

ABSTRACT

Objectives: The purpose of this study was to examine the awareness and actual condition toward nonsmoking policy in Korean adult.

Methods: A self-reported questionnaire was completed by 306 Korean adults between 20 to 60 years old from April 27 to May 26, 2015. The questionnaire consisted of general characteristics of the subjects, smoking status(3 items), nonsmoking status(9 items), and nonsmoking policy(7 items). Data were analyzed using SPSS 18.0 program.

Results: Those who had alcohol consumption or not tried to participated in the nonsmoking program($p<0.05$). There was a significant difference between nonsmoking education, cost of the nonsmoking education, and intention to stop smoking. Alcohol consumption is closely related to smoking and the appropriate approach to nonsmoking campaign must be done carefully on the basis of intention to stop smoking($p<0.05$).

Conclusions: As the government prohibits smoking in the public place, it is important the smokers to stop smoking by themselves and help the smokers to practice nonsmoking in their free will.

Key Words: nonsmoking, nonsmoking policy, oral health, smoking

색인: 금연, 금연정책, 구강건강, 흡연

서론

2013년 국민건강영양조사 결과 우리나라 19세 이상 성인의 흡연율은 남성 42.1%, 여성 6.2%로 2012년에 비해 감소하고 있는 추세이지만, 만 15세 이상 남자매일흡연율은 34개국 OECD 평균 25.4%를 상회하는 37.6%로 우리나라

가 2위이며, 2012년에는 공중이용시설 전체가 금연구역으로 지정되었음에도 공공장소 실내에서 비흡연자의 간접흡연 노출률은 55.5%로, 남성 61.1%, 여성 52.2%이었다¹⁾.

흡연은 건강위험 요인 중의 하나로 직접적·간접적으로 장기간 노출될 경우 심혈관 질환을 비롯하여 폐암, 호흡기 질환 등을 발생시키고²⁾, 세계보건기구(WHO)에 의하면 매일 담배를 피우는 사람의 절반(약 6억5천만 명)이 결국 흡연으로 인해 사망하며 흡연을 하지 않는 많은 사람들도 간접 흡연으로 인한 발병으로 사망한다고 한다³⁾. 또한 장기적인 흡연의 지속으로 인한 구강내 변화로 타액의 산도가 높아져 완충능력이 감소되어 구강내 자정작용이 원활하게 이루어지지 않아 치태의 과잉형성으로 결국 치아우식병의 발

▶ 이 논문은 호원대학교 2015년도 학술연구비 지원에 의해 수행되었음.
Copyright©2015 by Journal of Korean Society of Dental Hygiene
This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in medium, provided the original work is properly cited.

생물이 증가하게 된다⁴⁾. 미국 치주 학회에 따르면 흡연자의 경우 비흡연자에 비해 치주염의 위험이 2.6-6배 더 높다고 보고하였으며⁵⁾, 흡연자들의 경우 부착 소실과, 치조골 소실도 더 많다고 알려져 있다^{6,7)}. 비흡연자에 비해 흡연자들의 치은 연상 및 치은 연하 치석이 더 많이 나타나며^{8,9)}, 치주염 환자들의 치주치료 시 흡연은 그 결과에 영향을 주어 Heasman 등¹⁰⁾의 review 연구에서는 흡연자들의 치주 치료 후 치유가 비흡연자들에 비해 더 좋지 않았다고 보고하고 있고, 흡연자들의 경우 스케일링과 잇몸치료를 시행한 이후에도 치주질환과 연관이 있는 세균들이 비흡연자와 비교 시 크게 줄어들지 않았다는 보고도 있다¹¹⁾.

이와 같이 흡연은 구강질환과 큰 연관성이 있으며, 건강한 구강 상태를 유지하기 위해서는 금연을 하는 것이 바람직하다. 올해 2월 25일부터 국민건강보험공단에서는 금연치료 지원 사업을 시행하고 있으며 치과에서도 금연 치료 프로그램을 신청할 수 있다. 12주 간 금연 상담 및 금연치료 의약품 처방 받을 수 있고, 금연 보조제의 비용을 지원 받을 수 있다. 또한 국민건강증진법에 의거하여 금연구역 지정 관리 및 관련 법령에 따라 금연지도원제도가 2014년 7월 29일부터 본격적으로 시행하도록 규정하고 있어¹²⁾ 지방자치단체들의 움직임이 조금씩 확대되어가고 있다¹³⁾.

금연을 원하는 흡연자가 스스로 금연에 성공하는 경우는 5-7%에 불과하지만, 약물치료와 더불어 보건의료인에 의해 금연을 권고하면 흡연자의 30%가 금연에 성공할 수 있으며^{14,15)}, 보건의료인에 의한 금연 권고의 중요성을 강조하고 있는 미국의 금연 수행지침서에는 보건의료인이 금연 중재를 수행할 경우 금연율이 높아진다고 보고하고 있다¹⁶⁾. 한편, 50% 이상의 흡연자가 해마다 치과를 방문하고 있고, 치료기간이 장기간인 특성 때문에 치과종사자는 흡연에 의한 구강 내의 변화를 쉽게 관찰하여 환자에게 금연지도를 효과적으로 할 수 있다¹⁷⁻²⁰⁾. 그러나 우리나라 금연에 관한 지도기관 및 인력은 보건소의 의사와 간호사가 대부분이고 치과진료실에서 금연지도활동은 미비할 뿐만 아니라 원활한 수행이 뒷받침되지 않아 일반인들의 인식 또한 낮은 편이며, 연구 또한 활발히 진행되지 않고 있는 실정이다.

이에 본 연구에서는 국내 금연법 강화로 인한 치과진료실내 금연치료 인지도 및 중요성 인식을 위해 일반인들의 흡연에 따른 금연제도에 관한 인식을 조사하여, 치과진료실에서의 효율적인 구강관리를 위한 금연지도가 이루어질 수 있도록 기초자료로 제공하고자 하였다.

연구방법

1. 연구대상

본 연구는 전라북도 소재에 거주하는 20세부터 60세의

성인에게 연구목적을 설명한 후 설문지 작성에 동의한 대상에게 설문지를 배부하고 자기기입식으로 작성하도록 하였다. 2015년 04월 27일부터 2015년 05월 26일까지 진행하였으며, 조사대상 306명 중 무응답 설문지 6부를 제외한 300부를 본 연구의 최종 분석대상으로 하였다.

2. 측정도구

본 연구의 설문 도구는 김 등²¹⁾의 도구와 윤과 이²²⁾의 연구도구를 참고하여 본 연구의 목적에 맞게 수정 보완하여 활용하였다. 대상자들의 일반적인 사항과 흡연 실태, 금연 실태 및 금연제도에 관한 문항으로 구성하였다. 구체적인 설문 문항으로 흡연 실태에 관한 3문항과 금연 실태에 관한 9문항, 그리고 금연제도에 관한 7문항으로 구성하였다. 각 세부 요인별 Cronbach's α 계수는 0.770로 신뢰도 계수가 0.6이상으로 나타나 설문도구의 내적 일치도가 높다는 사실을 알 수 있었다.

3. 자료분석

본 연구의 수집된 자료는 SPSS Window ver. 18.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) 프로그램을 이용하여 분석하였다. 조사대상자의 일반적 특성과 흡연 및 금연 실태, 금연제도의 인식은 빈도분석을 시행하였고, 일반적인 특성에 따른 흡연여부 및 금연 시도 여부와, 금연교육경험 여부, 금연제도의 인식을 비교하기 위해 교차분석을 시행하였으며, 통계적 유의성 검정을 위한 유의수준은 $p < 0.05$ 로 설정하였다.

연구결과

1. 연구대상자의 일반적 특성

연구대상자의 일반적 특성은 성별은 남성(70.0%)이 여성(30.0%)보다 높았으며, 연령은 43세 이상(26.3%), 28-34세(25.0%), 35-42세(25.0%), 27세 이하(23.7%) 순으로 나타났고, 최종학력은 학사(4년) 졸업(36.7%)이 가장 높았고, 월수입은 200만원 이상-300만원 미만(38.0%)이 가장 높았다.

음주 여부에서는 '예' 라고 응답한 자(73.0%)가 '아니오' 라고 응답한 자(27.0%)보다 높게 나타났다<Table 1>.

2. 흡연 실태

흡연 여부에서는 '예' 라고 응답한 자(54.3%)가 '아니오' 라고 응답한 자(45.7%)보다 높게 나타났다. 1일 흡연량은 11-20개피(35.6%)가 높았고, 10개피 이하(33.1%), 21-40개피(26.4%), 41개피 이상(4.9%) 순이었으며, 흡연기간은 5년 이상-10년 미만(39.9%)이 높았고 10년 이상-20년 미만(28.8%), 3년 이상-5년 미만(14.7%), 20년 이상(11.1%) 순

Table 1. General characteristics of the subjects

(N=300)

Characteristics		N(%)
Gender	Male	210(70.0)
	Female	90(30.0)
Age	≤27	71(23.7)
	28-34	75(25.0)
	35-42	75(25.0)
	≥43	79(26.3)
Education level	High school	76(25.3)
	Two-or three-year junior college	103(34.3)
	Four-year university	110(36.7)
	Graduate school or higher	11(3.7)
Monthly income(million won)	<100	23(7.7)
	100-200	90(30.0)
	200-300	114(38.0)
	300-400	43(14.3)
	≥400	30(10.0)
Drinking	Yes	219(73.0)
	No	81(27.0)

Table 2. Smoking status

Characteristics		N(%)
Smoking(N=300)	Yes	163(54.3)
	No	137(45.7)
No. of cigarette consumption per day(cigarettes) (N=163)	≤ 10	54(33.1)
	11-20	58(35.6)
	21-40	43(26.4)
	≥ 41	8(4.9)
Smoking duration(years) (N=163)	≤3	9(5.5)
	3-5	24(14.7)
	5-10	65(39.9)
	10-20	47(28.8)
	≥20	18(11.1)

으로 나타났다<Table 2>.

3. 금연 실태

금연시도 여부에서는 ‘예’ 라고 응답한 자(85.9%)가 ‘아니오’ 라고 응답한 자(14.1%)보다 높게 나타났다.

금연시도 횟수는 4회 이상(33.6%), 금연 실천기간은 1개월(34.4%)이 가장 높았다. 금연교육을 받아본 경험을 묻는 문항에서는 ‘아니오’ 라고 응답한 자(71.0%)가 ‘예’ 라고 응답한 자(29.0%)보다 높게 나타났다. 금연교육 주체기관은 보건소(42.5%)가 높았으며 금연교육 후 금연실천에 동기부여를 제공하였는지 묻는 문항에서는 ‘예’ 라고 응답한 자(69.0%)가 ‘아니오’ 라고 응답한 자(31.0%)보다 높게 나타났다<Table 3>.

4. 금연 제도에 관한 인식

금연제도 시행 인식 여부에서는 ‘아니오’ 라고 응답한 자(52.7%)가 ‘예’ 라고 응답한 자(18.1%)보다 높게 나타났다. 현재 시행되고 있는 금연제도의 횟수의 적절성(54.6%)과 금연제도의 비용의 적절성(51.4%)은 긍정이 높게 나타났으며, 금연치료 시행할 적절한 기관으로는 병의원(33.7%)이 높았다. 치과에서 금연교육자는 상관없다(48.7%)가 높았고, 현재 치과에서 치과의사만 금연교육을 시행함에 있어서 견해는 누구든지 상관없다(52.7%)가 높게 나타났다. 또한 향후에 금연치료를 받아볼 의향이 있는지 묻는 문항에서는 ‘아니오’ 라고 응답한 자(52.3%)가 ‘예’ 라고 응답한 자(47.7%)보다 높았다<Table 4>.

5. 일반적 특성에 따른 흡연 여부 및 금연행태

흡연 여부와 일반적인 특성 중 성별과 월수입, 음주 여

Table 3. Characteristics of nonsmokers

Characteristics		N(%)
Smoking cessation attempts (N=163)	Yes	140(85.9)
	No	23(14.1)
Frequency of the attempt (N=140)	Once	29(20.7)
	Twice	42(30.0)
	Three times	22(15.7)
	Four times or more	47(33.6)
Duration of smoking cessation (N=163)	A month	56(34.4)
	2 to 3 months	32(19.6)
	4 to 6 months	17(10.4)
	7 to 12 months	15(9.2)
	Others	43(26.4)
Experience of non-smoking education (N=300)	Yes	87(29.0)
	No	213(71.0)
Provider of the non-smoking education (N=87)	Workplace	36(41.4)
	Public health center	37(42.5)
	Medical institution(hospital, dental clinic or Korean medicine hospital)	12(13.8)
	Others	2(2.3)
Motivation for smoking cessation after non-smoking education (N=87)	Yes	60(69.0)
	No	27(31.0)

Table 4. The non-smoking policy

(N=300)

Characteristics		N(%)
Recognition of non-smoking policy	Yes	142(47.3)
	No	158(52.7)
Appropriateness of the frequency of education in the current non-smoking policy(twice a year, 12 weeks)	Yes	164(54.6)
	No	136(45.4)
Appropriateness of the cost of education	Yes	154(51.4)
	No	146(48.6)
The right institution to provide non-smoking treatment	Public health center	99(33.0)
	Dental hospital or clinic	69(23.0)
	Hospital or neighborhood clinic	101(33.7)
	Hospital for internal diseases	26(8.7)
	Korean medicine hospital	5(1.7)
Favorite non-smoking education provider in dental clinic	Dentist	78(26.0)
	Dental hygienist	62(20.7)
	Nurse assistant	14(4.7)
	Don't care	146(48.7)
View about who should provide non-smoking education in dental clinic	A dentist only	47(15.7)
	It's okay for a dental hygienist to do that	95(31.7)
	Don't care.	158(52.7)
Future intention to receive non-smoking treatment	Yes	143(47.7)
	No	157(52.3)

부에서는 통계적으로 유의한 차이가 나타났고($p<0.05$), 금연 시도 여부는 성별($p<0.001$)과 연령($p<0.05$) 및 최종학력($p<0.05$)과 유의한 차이가 있었으며, 금연교육경험 여부는 성별과 음주 여부와 통계적으로 유의한 차이가 나타났다($p<0.05$)<Table 5>.

6. 일반적 특성에 따른 금연제도

일반적인 특성 중 성별은 현 금연제도의 횟수 적절성, 현 금연제도 비용의 적절성, 향후 금연치료를 받아볼 의향이 있는지 여부에서는 통계적으로 유의한 차이를 보였으며, 연령에서는 현 금연제도횟수의 적절성과 현 금연제도 비용

Table 5. The state of non-smoking by general characteristics

(N=300)

Characteristics	Smoking			Smoking cessation attempts			Experience of non-smoking education			
	Yes	No	χ^2 (p-value*)	Yes	No	χ^2 (p-value*)	Yes	No	χ^2 (p-value*)	
Gender	Male	145(69.0)	65(31.0)	61.082(0.001)	131(87.3)	19(12.7)	24.551(0.001)	64(30.5)	146(69.5)	5.040(0.025)
	Female	18(20.0)	72(80.0)		9(42.9)	12(57.1)		23(25.6)	67(74.4)	
Age	≤27	30(42.3)	41(57.7)	6.657(0.084)	20(60.6)	13(39.4)	13.086(0.004)	19(26.8)	52(73.2)	4.941(0.176)
	28-34	44(58.7)	31(41.3)		38(84.4)	7(15.6)		17(22.7)	58(77.3)	
	35-42	40(53.3)	35(46.7)		39(90.7)	4(9.3)		22(29.3)	53(70.7)	
	≥43	49(62.0)	30(38.0)		43(86.0)	7(14.0)		29(36.7)	50(63.3)	
Education level	High school	44(57.9)	32(42.1)	0.539(0.910)	41(83.7)	8(16.3)	8.321(0.040)	15(19.7)	61(80.3)	3.027(0.387)
	Two- or three-year junior college	55(53.4)	48(46.6)		43(75.4)	14(24.6)		36(35.0)	67(65.0)	
	Four-year university	58(52.7)	52(47.3)		53(89.8)	6(10.2)		34(30.9)	76(69.1)	
	Graduate school or higher	6(54.5)	5(45.5)		3(50.0)	3(50.0)		2(18.2)	9(81.8)	
Monthly income (million won)	<100	10(43.5)	13(56.5)	14.154(0.007)	6(60.0)	4(40.0)	4.691(0.320)	5(21.7)	18(78.3)	5.096(0.278)
	100-200	38(42.2)	52(57.8)		35(85.4)	6(14.6)		19(21.1)	71(78.9)	
	200-300	71(62.3)	43(37.7)		61(84.7)	11(15.3)		43(37.7)	71(62.3)	
	300-400	30(69.8)	13(30.2)		27(81.8)	6(18.2)		13(30.2)	30(69.8)	
	≥400	14(46.7)	16(53.3)		11(73.3)	4(26.7)		7(23.3)	23(76.7)	
Drinking	Yes	137(62.6)	82(37.4)	22.108(0.001)	116(80.6)	28(19.4)	1.064(0.230)	71(32.4)	148(67.6)	5.026(0.025)
	No	26(32.1)	55(67.9)		24(88.9)	3(11.1)		16(19.8)	65(80.2)	

*by chi-square test

과 유의한 차이가 있었으며, 최종학력은 현 금연제도의 횡수의 적절성, 월수입은 금연치료를 시행할 적절한 기관, 음주 여부는 현 금연제도의 횡수 적절성과 향후 금연치료를 받아볼 의향이 있는지 여부에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났다(p<0.05)<Table 6>.

7. 일반적 특성에 따른 금연기관

일반적인 특성 중 월수입에 따라 금연치료를 시행할 적절한 기관에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났다(p<0.05)<Table 7>.

총괄 및 고안

흡연은 심혈관계 질환이나 폐암 발생의 중요한 위험 인자이며 구강건강에도 해로운 영향을 끼친다. 이미 흡연이 인체에 미치는 영향과 관련하여 많은 연구가 이루어졌고 흡연으로 인한 전신적인 해로운 영향과 질병을 발생시키는 기전에 대한 연구도 많이 진행된 상태이다. 금연의 효과를 높이기 위해 금연법을 강화하고 있는 시점에서 일반인들의 금연지도에 대한 인지도를 알아보고 전신건강과 구강건강에 밀접한 관련이 있는 흡연자와 비흡연자의 금연정책 등의 인식을 파악하여, 치과진료실에서의 구강관리를 위한 금연지도가 이루어질 수 있도록 기초자료로 제공하고자 하였다.

본 연구에서 흡연자는 전체 54.3%이었고, 그 중 1일 흡

연량은 11-20개피, 흡연기간은 5년 이상-10년 미만으로 나타났다. 이는 보건복지부 2011년 상반기 흡연 실태조사²³⁾의 16.60개피, '10년 6월 17.78개피, '10년 12월 16.61개피와, 2013년 보건복지부 국민건강통계자료에서 현재흡연자의 하루 평균 흡연량은 남자 15.8개피, 여자 8.6개피로 비슷한 결과를 나타내었다. 금연시도는 85.9%의 응답자 중 33.6%가 4회 이상의 금연시도와 1개월의 금연 실천기간을 갖은 것으로 나타나, 흡연자의 59.4%가 금연을 시도한 적이 있는 것으로 조사된 2011년 상반기 흡연 실태조사 결과보다는 다소 낮게 나타났다. 그러나 금연을 시도하였을 때 84.7%가 특별한 방법 없이 자신의 의지로 스스로 금연하는 방법을 선택하여 대부분 금연에 실패한 결과¹⁾와 유사하게 나타내었다. 또한 금연기간은 1-3개월이 55.7%로 나타난 최²⁴⁾의 연구와 이 등²⁵⁾의 2.17회의 금연시도 횡수보다 상이하지만, 흡연자의 대부분이 흡연이 건강에 해롭다고 인식하고 있으며, 김과 장²⁶⁾의 연구에서도 흡연이 치주상태를 악화시키는 경향이 있다고 하였고, 흡연자의 90% 정도는 금연할 의사를 가지고 있으며, 실제 금연을 시도했다가 성공하기도 하나, 금연시작동기, 흡연에 대한 태도, 흡연의 유해성에 대한 지식, 금연의지 등에 금연성공이 좌우되므로 이에 맞는 적절한 금연프로그램이 제공되어야 한다고 사료된다.

금연교육을 71.0%가 받아본 경험이 없으며, 금연교육을 받았다고 응답한 29.0% 중 금연교육의 주체기관으로는 42.5%가 보건소라는 인식으로 높게 나타났고, 금연교육 후 69.0%가 금연실천에 대한 동기부여를 제공받았다고 인지하는 것으로 나타났다. 이는 최²⁴⁾의 연구에서 금연을 위해

Table 6. Recognition of smoking cessation policy according to general characteristics

Characteristics	Recognition of non-smoking policy			Appropriateness of the frequency of education in the current non-smoking policy (twice a year, 12 weeks)			Appropriateness of the cost of education			Future intention to receive non-smoking treatment		
	Yes	No	χ^2 (p-value*)	Yes	No	χ^2 (p-value*)	Yes	No	χ^2 (p-value*)	Yes	No	χ^2 (p-value*)
Gender												
Male	100(47.6)	110(52.4)	1.166 (0.558)	111(52.9)	99(47.1)	16.405 (0.006)	98(46.7)	112(53.3)	14.228 (0.014)	109(51.9)	101(48.1)	5.040 (0.025)
Female	42(46.7)	48(53.3)		53(58.9)	37(41.1)		56(62.2)	34(37.8)		34(37.8)	56(62.2)	
Age												
≤27	27(38.0)	44(62.0)	10.850 (0.093)	51(71.8)	20(28.2)	30.541 (0.010)	45(63.4)	26(36.6)	29.651 (0.013)	30(42.3)	41(57.7)	4.941 (0.176)
28-34	46(61.3)	29(38.7)		40(53.3)	35(46.7)		39(52.0)	36(48.0)		31(41.3)	44(58.7)	
35-42	34(45.3)	41(54.7)		33(44.0)	42(56.0)		37(49.3)	38(50.7)		43(57.3)	32(42.7)	
≥43	35(44.3)	44(55.7)		40(50.6)	39(49.4)		33(41.8)	46(58.2)		39(49.4)	40(50.6)	
Education level												
High school	35(46.1)	41(53.9)	6.292 (0.391)	42(55.3)	34(44.7)	13.494 (0.040)	35(46.1)	41(53.9)	16.117 (0.374)	37(48.7)	39(51.3)	3.027 (0.387)
Two- or three-year junior college	49(47.6)	54(52.4)		66(64.1)	37(35.9)		62(60.2)	41(39.8)		55(53.4)	48(46.6)	
Four-year university	54(49.1)	56(50.9)		50(45.5)	60(54.5)		52(47.3)	58(52.7)		47(42.7)	63(57.3)	
Graduate school or higher	4(36.4)	7(63.6)		6(54.5)	6(45.5)		5(45.5)	6(54.5)		4(36.4)	7(63.6)	
Monthly income (million won)												
<100	10(43.5)	13(56.5)	14.146 (0.078)	12(52.2)	11(47.8)	15.557 (0.744)	12(52.2)	11(47.8)	29.005 (0.088)	7(30.4)	16(69.6)	5.096 (0.278)
100-200	50(55.6)	40(44.4)		54(60.0)	36(40.0)		49(54.4)	41(45.6)		39(43.3)	51(56.7)	
200-300	47(41.2)	67(58.8)		62(54.4)	52(45.6)		58(50.9)	56(49.1)		58(50.9)	56(49.1)	
300-400	17(39.5)	26(60.5)		25(58.1)	18(41.9)		22(51.2)	21(48.8)		24(55.8)	19(44.2)	
≥400	18(60.0)	12(40.0)		11(36.7)	19(63.3)		13(43.3)	17(56.7)		15(50.0)	15(50.0)	
Drinking												
Yes	106(48.4)	113(51.6)	0.446 (0.800)	123(56.2)	96(43.8)	16.807 (0.005)	109(49.8)	110(50.2)	2.723 (0.743)	113(51.6)	106(48.4)	5.026 (0.025)
No	36(44.4)	45(55.6)		41(50.6)	40(49.4)		45(55.6)	36(44.4)		30(37.0)	51(63.0)	

Table 7. Recognition of non-smoking agency according to general characteristics

Characteristics		The right institution to provide non-smoking treatment					χ^2 (p-value [*])
		Public health	Dental clinic	Clinic	Medicine	Oriental Rep.	
Gender	Male	63(30.0)	51(24.3)	77(36.7)	16(7.6)	3(1.4)	7.155 (0.209)
	Female	36(40.0)	18(20.0)	24(26.7)	10(11.1)	2(2.2)	
Age	≤27	30(42.3)	18(25.4)	16(22.5)	6(8.5)	1(1.4)	17.020 (0.318)
	28-34	28(34.7)	16(21.3)	24(32.0)	7(9.3)	2(2.7)	
	35-42	21(28.0)	12(16.0)	35(46.7)	6(8.0)	1(1.3)	
	≥43	22(27.8)	23(29.1)	26(32.9)	7(8.9)	1(1.3)	
Education level	High school	23(30.3)	21(27.6)	24(31.6)	6(7.9)	2(2.6)	15.834 (0.393)
	Two- or three-year junior college	37(35.9)	19(18.4)	33(32.0)	13(12.6)	1(1.0)	
	Four-year university	34(30.9)	24(21.8)	43(39.1)	7(6.4)	2(1.8)	
	Graduate school or higher	5(45.5)	5(45.5)	1(9.1)	0(0.0)	0(0.0)	
Monthly income (million won)	<100	13(56.5)	1(4.3)	5(21.7)	3(13.0)	1(4.3)	34.510 (0.023)
	100-200	38(42.2)	14(15.6)	30(33.3)	7(7.8)	1(1.1)	
	200-300	32(28.1)	31(27.2)	43(37.7)	7(6.1)	1(0.9)	
	300-400	8(18.6)	14(32.6)	16(37.2)	5(11.6)	0(0.0)	
	≥400	8(26.7)	9(30.0)	7(23.3)	4(13.3)	2(6.7)	
Drinking	Yes	68(31.1)	51(23.3)	82(37.4)	15(6.8)	3(1.4)	8.448 (0.133)
	No	31(38.3)	18(22.2)	19(23.5)	11(13.6)	2(2.5)	

*by chi-square test

도움 받은 적이 없다가 57.3%, 정²⁷⁾의 연구에서도 누군가의 도움이나 조언을 받은 적이 없는 경우가 40.7%보다 높게 나타났고, 2011년도 상반기 흡연 실태조사 결과²³⁾에서도 과거 흡연자는 특별한 방법 없이 본인 의지로 담배를 끊은 경우가 89.3%로 가장 많아 대부분의 흡연자들은 본인 스스로의 노력과 가족이나 가까운 친구 이외에는 금연을 위해 전문적인 도움을 받지 못하고 있음을 알 수 있다. 또한 보건복지부의 금연정책 사업으로 2004년 10월부터 10개 보건소에 금연클리닉을 설치하여 시범사업을 실시한 후 2005년에는 전국의 모든 보건소로 확대하여 운영하고 있어²⁸⁾, 이로 인해 일반인들은 금연의 주체기관은 보건소라고 생각을 하고 있는 것으로 사료된다.

금연제도 시행 인식 여부에서는 52.7%가 ‘아니오’라고 응답해 높게 나타났지만, 2011년 상반기 성인 흡연 실태조사 결과²³⁾에서는 흡연으로 인한 피해방지와 주민의 건강증진을 위하여 필요하다고 인정되는 경우 지방자치단체 조례로 금연구역을 지정할 수 있는 2010년 국민건강증진법 개정에 대해 전체 응답자 70.6%는 해당 사실에 대해 알고 있다고 나타나 상반된 견해를 보였다. 한편 현재 시행되고 있는 금연제도의 회수의 적절성(54.6%)과 금연제도의 비용의 적절성(51.4%)은 긍정적으로 높게 나타나, 위반 과태료에 대한 현재 10만원 이하가 “적정하다”라는 의견이 57.0%로 나타난 2011년 상반기 흡연 실태조사 결과²³⁾와 유사하였다.

또한 금연치료를 시행할 적절한 기관으로는 병의원이 33.7%, 보건소 33.0%, 치과병의원 23.0%로 나타났으며, 치과에서 선호하는 금연교육자는 상관없다가 48.7%로 높았고, 현재 치과에서 치과의사만 금연교육을 시행함에 있어서 견해는 누구든지 상관없다가 52.7%로 높게 나타났다. 이는 금연클리닉의 가장 적합한 장소로 직장근처 47.4%, 보건소 20.3%로 나타난 민 등²⁹⁾의 결과와 유사하였고, 정³⁰⁾은 금연클리닉 이용의 문제점에서 대상자의 52.0%가 정기적인 방문을 번거롭게 생각한다고 하여 성공적인 금연치료를 위한 다양한 금연정책의 접근방법과 지도가 고려되어야 한다고 사료된다. 보건의료인들이 간단한 금연중재전략을 임상에서 시행하는 것이 흡연자들에게 매우 효과적이고¹⁸⁾ 보건의료인에 의한 금연권고를 받은 40%의 흡연자가 금연을 시도하였으며³¹⁾, 일반적인 다른 진료에 비해 치과 진료가 길게 소요되므로 상담시간을 활용하여 금연지도활동 시 긍정적인 역할을 수행 할 수 있다³²⁾고 하였다. 따라서 치과 진료기관에서는 환자에게 금연에 관한 권고 및 금연 중재에 관한 체계적이고 효과적인 사전교육에 대한 인지와 수행이 필요할 것으로 사료된다.

일반적인 특성 중 성별은 남성에서, 월수입은 많을수록, 음주하는 경우가 흡연을 하는 것으로 나타났고, 남성에서, 연령이 증가할수록, 최종학력이 높을수록 금연을 시도하는 것으로 나타났으며, 음주를 하는 경우가 금연교육을 받는

것으로 나타나 통계적으로 유의하였다($p<0.05$). 이는 김 등³³⁾의 연구에서 연령이 증가할수록 금연한 경우가 많은 것으로 나타난 결과와 유사하였으며, 국민건강영양조사 2013년도 결과¹⁾에서도 남자의 흡연율은 42.1%로 OECD 국가 중 2번째로 높으며, 30대, 40대는 54.5%, 48.0%로 높은 수준이고 여자의 흡연율은 6.2%이었다. 소득수준이 낮을수록 흡연율이 높게 나타났고, 상위집단과 하위집단 간 차이도 10%이상을 유지하고 있다. 남자 흡연자 2명 중 1명(56.5%)은 최근 1년 동안 금연을 시도한 적이 있고, 5명 중 1명(19.3%)은 1개월 내 금연할 계획이 있는 것으로 나타났으며, 현재흡연자는 평생비흡연자에 비해 고위험음주의 비율이 높게 나타나 유사한 결과를 보였다. 이미 많은 흡연자들은 그들이 평생비흡연자에 비해 건강행태가 불량하고, 비만, 고혈압, 당뇨병, 고콜레스테롤혈증, 폐쇄성폐질환의 유병률도 높고, 고위험음주, 에너지 및 지방 과잉섭취와 폐쇄성폐질환 등이 흡연의 양과 비례¹⁾함을 알고 있어 더욱더 금연시도를 하려고 하나 혼자하기에는 역부족인 것이 사실이다.

성별은 현 금연제도의 횡수 적절성, 현 금연제도 비용의 적절성, 향후 금연치료를 받아볼 의향이 있는지 여부에서, 연령이 증가할수록 현 금연제도횡수의 적절성과 현 금연제도 비용에서, 최종학력이 높을수록 현 금연제도의 횡수의 적절성에서, 음주하는 경우가 현 금연제도의 횡수 적절성과 향후 금연치료를 받아볼 의향이 있는지 여부에서 유의한 차이가 보였고($p<0.05$), 월수입이 높을수록 금연치료를 시행할 적절한 기관에서도 유의한 차이를 보였다($p<0.05$).

금연성공을 적극적으로 이끌기 위해 국가는 2011년 금연 캠페인으로 “금연표시가 없어도 금연이 기본입니다.”라는 슬로건으로 국민들의 참여 및 행동변화를 유도하고자 하였다. 그러나 효과적인 금연정책을 수립하여 그 효율성을 높이고 극대화하기 위해서는 보건 의료인들의 적극적인 지지 및 수행의 결과로 국민들의 행동변화에 따른 동기유발이 있을 때 국가와 국민이 원하는 금연국가가 정착될 것이라 사료된다. 따라서 금연 가능성에 대한 긍정적인 태도와 적극적인 금연지도도를 수행할 수 있도록 치과계에서도 이제는 관심을 기울여야 할 때라고 보이며, 치과계의 학생들과 치과 의료인들에게 먼저 효과적인 금연지도활동을 위한 체계적인 이론과 교육이 있어야 하고, 이를 기반으로 한 다양한 금연교육 프로그램 개발과 교육으로 금연지도 수행자들의 금연에 관한 자신감 상승이 흡연자들의 금연 성공률을 향상시킬 수 있을 것이다. 또한 국민들의 구강건강과 전신건강의 증진을 도모할 수 있을 것으로 보인다.

본 연구의 도구로 사용한 설문지는 연구자가 여러 선행 연구들을 참고하여 구성한 것으로 표준화 되지 않은 한계가 있고, 금연제도에 대한 문항 신뢰도가 낮아 연구결과를 일반화하는 데는 어려움이 있어 향후 금연제도에 대한 추가 연구가 진행된다면 문항 신뢰도를 높일 수 있는 보완이 필요하다. 또한 조사대상이 지방에 거주하는 일부 성인이었으

므로 우리나라 성인의 결과로 일반화하기에는 다소 무리가 있을 것으로 사료된다. 이에 후속 연구에서는 정확한 표본 추출법을 적용하여 연구 결과의 보편성을 더욱 강화해야 한다고 사료된다.

결론

본 연구는 국내 금연법 강화로 인한 치과진료실내 금연 치료 인지도 및 중요성 인식을 위해 일반인들의 흡연에 따른 금연제도에 관한 인식을 조사하여, 치과진료실에서의 효율적인 구강관리를 위한 금연지도가 이루어질 수 있도록 기초자료로 제공하고자 전라북도 지역의 대학교에 재학 중인 대학생을 제외한 20세부터 60세까지의 성인 대상으로 연구 목적을 설명한 후 설문지 작성에 동의한 성인에게 설문지를 배부하고 자기기입식으로 작성하도록 하여 300명을 본 연구의 최종 분석대상으로 하였다.

1. 흡연 여부와 일반적인 특성 중 성별과 월수입, 음주 여부에서는 통계적으로 유의한 차이가 나타났고 ($p<0.05$), 금연시도 여부는 성별($p<0.001$)과 연령대 및 최종학력($p<0.05$)과 유의한 차이가 있었으며, 금연교육경험 여부는 성별과 음주 여부에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났고($p<0.05$).
2. 일반적인 특성 중 성별은 현 금연제도의 횡수 적절성, 현 금연제도 비용의 적절성, 향후 금연치료를 받아볼 의향이 있는지 여부에서는 통계적으로 유의한 차이를 보였으며, 연령대에서는 현 금연제도횡수의 적절성과 현 금연제도 비용과 유의한 차이가 있었으며, 최종학력은 현 금연제도의 횡수의 적절성, 월수입은 금연치료를 시행할 적절한 기관, 음주 여부는 현 금연제도의 횡수 적절성과 향후 금연치료를 받아볼 의향이 있는지 여부에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났고 ($p<0.05$).

따라서 금연정책이 강화되고 있는 현 시점에서 치과계에서는 학생들과 치과 의료인들에게 먼저는 효과적인 금연지도활동을 위한 체계적인 이론과 교육이 있어야 하고, 이를 기반으로 한 다양한 금연교육 프로그램 개발과 수행으로 성공적인 금연을 이끌어 성인들의 금연치료기관에 대한 인식 전환이 필요할 것으로 사료된다.

References

1. Ministry of Health & Welfare. Korea Health statistics 2013: Korea National Health and Nutrition Examination

- Survey(KNHANES VI-1), Seoul: Ministry of Health & Welfare. 2014: 22-3.
2. Cho HO. Investigating structural changes competing smoking types and their advertising responses through the progress of non-smoking campaign: A case analysis of the 2005-2006. antismoking campaign. Korean Association for Advertising and Public Relations 2006; 8: 232-66.
 3. Lee CG: Track, Korea Health Inequalities: National report for the shoemaker 's society. Seoul; mim; 2007: 35-50.
 4. Ryu MH, Kim J. Tobacco and oral disease, smoking cessation strategies in dental clinic. Kor J Oral Maxillofac Pathol 2005; 29: 381-90.
 5. Position paper. tobacco use and the periodontal patient. Research, Science and Therapy Committee of the American Academy of Periodontology. J Periodontol 1999; 70: 1419-27. <http://dx.doi.org/10.1902/jop.1999.70.11.1419>.
 6. Baljoon M, Natto S, Bergstrom J. The association of smoking with vertical periodontal bone loss. J Periodontol 2004; 75: 844-51. <http://dx.doi.org/10.1902/jop.2004.75.6.844>.
 7. Susin C, Oppermann RV, Haugejorden O, Albandar JM. Periodontal attachment loss attributable to cigarette smoking in an urban Brazilian population. J Clin Periodontol 2004; 31: 951-8. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-051.2004.00588>.
 8. Bergstrom J. Tobacco smoking and subgingival dental calculus. J Clin Periodontol 2005; 32: 81-8. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-051.2004.00638>.
 9. Bergstrom J. Tobacco smoking and supragingival dental calculus. J Clin Periodontol 1999; 26: 541-7. <http://dx.doi.org/10.1034/j.1600-051.1999.260808>.
 10. Heasman L, Stacey F, Preshaw PM, McCracken GI, Hepburn S, Heasman PA. The effect of smoking on periodontal treatment response: a review of clinical evidence. J Clin Periodontol 2006; 33: 241-53. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-051.2006.00902>.
 11. Haffajee AD, Socransky SS. Relationship of cigarette smoking to the subgingival microbiota. J Clin Periodontol 2001; 28: 377-88. <http://dx.doi.org/10.1034/j.1600-051.2001.028005377>.
 12. Law of the promotion of nation's health. National legal Information center. [Internet].[cited 2015 Oct 01] Available from: <http://www.law.go.kr>.
 13. Department of Health and Human Services. Smoking instructor operating regulations enactment. [Internet]. [cited 2015 Oct 01] Available from: <http://www.kookje.co.kr/news2011/asp/newsbody.asp?code=0300&key=20141007.22010204941>.
 14. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER. Treating tobacco use and dependence: Clinical practice guideline. Rockville MD; U.S. Dept. of Health and Human Services; 2000: 49-89.
 15. Richmond RL. Physicians can make a difference with smokers: evidence-based clinical approaches. Int J Tuberc Lung Dis 1999; 3: 100-12.
 16. The tobacco use and dependence clinical practice guideline panel, staff, and consortium representatives. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: A US public health service report. JAMA 2000; 283: 3244-54.
 17. 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 Jun 2002; 92: 997-1001.
 18. Tomar SL. Dentistry's role in tobacco control. J Am Dent Assoc 2001; 132: 30S-5S.
 19. Sarma 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: 166-72. <http://dx.doi.org/10.1067/mno.2001.115448>.
 20. Lang T, Nicaud V, Slama K, Hirsch A, Imbemon E, Goldberg M, et al. Smoking cessation at the workplace. Results of a randomised controlled intervention study. J Epidemiol Community Health 2000; 54: 349-54. <http://dx.doi:10.1136/jech.54.5.349>.
 21. Kim DK, Kim JS, Seong JH. Smoking cessation counseling activity among oral health care team in a community. J Korean Acad Oral Health 2003; 27: 511-26.
 22. Yun JW, Lee JH. An assessment of smoking cessation counseling among dental hygienists. J Korean Acad Oral Health 2015; 39: 51-5. <http://dx.doi.org/10.11149/jkaoh.2015.39.1.51>
 23. Ministry of Health & Welfare. 2011 Survey results of the first half of adult smokers. Department of Health and Human Services 2014, [Internet].[cited 2015 Oct 01]. Available from: https://www.nosmokeguide.or.kr/mbs/nosmokeguide/jsp/board/view.jsp?spage=1&boardId=256&boardSeq=189901&mcategoryId=&id=nosmokeguide_010501000000®Column=&categoryId=0&categoryDepth=&column=&search=&gisuColumn=.
 24. Choi KW. The knowledge, attitude on smoking and experience of smoking cessation in male smokers. J East-West Nurs Res 2008; 14: 24-35.
 25. Lee KS, Lee JW, Lee WC, Meng KH, Yang SI, Kim DS, et al. The factors associated with relapse of smoking in male workers of an electronics industries. Kor J Occupation Health 2003; 42: 39-48.

26. Kim SY, Jang HG. Influence of metabolic on periodontal disease in Korean adults. *J Korean Soc Dent Hyg* 2015; 15: 399-410. <http://dx.doi.org/10.13065/jksdh.2015.15.03.399>.
27. Jeong MY. The knowledge, attitude on smoking and experience of smoking cessation of smoking college student[Master's thesis]. JeonJu: Univ. of Chonbuk National, 2005.
28. Cho KS. National tobacco control programmes. Seoul: Health • Welfare Policyforum; 2005; 48-60.
29. Min S, Kim HS, Kim KM, Ha YJ, Kim EA. Smoking cessation clinics: expectancy and cognition. *J East-West Nurs Res* 2009; 15: 141-9.
30. Jeong KL. A study on the use of public health centers smoking-cessation clinic[Master's thesis]. Chuncheon: Univ. of Hallym, 2008.
31. Kreuter MW, Chheda SG, Bull FC. How does physician advice influence patient behavior evidence for a priming effect. *Arch Fam Med* 2000; 9: 426-33.
32. Ryu MH, Kim J. Tobacco and oral disease, smoking cessation strategies in dental clinic. *Kor J Oral Maxillofac Pathol* 2005; 29: 381-90.
33. Kim SS, Kim YS, Jeong MH, Shim HS. Correlation between oral health status and smoking on soldiers. *J Korean Soc Dent Hyg* 2014; 14: 327-32. <http://dx.doi.org/10.13065/jksdh.2014.14.03.327>.