

한국심리학회지: 건강
The Korean Journal of Health Psychology
2005. Vol. 10, No. 3, 259 - 276

금연프로그램에 관한 최신지견[†]

김 미 리 혜[†]

덕성여자대학교

2001년부터 우리나라 정부는 흡연율을 낮추기 위한 정책과 프로그램들을 발표했고 2005년부터는 많은 예산을 투입하여 지역사회 보건소를 중심으로 전국적인 금연사업을 펼치고 있다. 본 연구는 앞으로 5년 이상 지속될 금연사업과 금연프로그램이 보다 내실 있게 운영되기 위한 제언을 하고자 한다. 실제로 금연 프로그램을 운영하는 건강심리학자들이나 기타 관련자들을 위해 금연과 관련된 최근 연구결과를 정리하고 그에 근거해서 보건복지부의 지침을 논평하고 개선책을 제시하였다. 이를 위해 이미 잘 알려지고 현장에서 시행되고 있는 사항들을 기점으로 지난 45년간 금연과 관련된 연구를 검색해서 신뢰롭고 타당하면서 임상적으로 중요하다고 판단되는 연구결과를 정리하고 시사점을 논의했다.

주요어 : 금연 프로그램, 금연사업, 니코틴대체요법, 동기유발상담

세계최고수준의 흡연율을 보이는 우리나라 2005년부터 231억이라는 큰 예산을 들여 금연클리닉, 금연상담전화 등 금연지원프로그램을 실시하게 되었다. 보건복지부(2005)에서 올해(2005년) 초 공시한 '2005년도 국가흡연예방 및 금연사업 안내'에 따르면 지역사회 보건소를 중심으로 약 10만여 명의 흡연자에게 금연 상담 및 치료 서비스를

† 본 연구는 2004학년도 덕성여자대학교 연구비 지원으로 이루어졌음.

‡ 교신저자(corresponding author) : 김미리혜, (132-714) 서울시 도봉구 쌍문동 419 덕성여자대학교 교양교직대학 교양과정, E-mail: medehae@duksung.ac.kr

제공하되 6개월간 추서관리를 실시하여 금연성공률을 높일 계획이다. 그리고 2005년 하반기부터는 16개 시도에 전국 단일번호의 금연상담전화(혹은 금연콜센터, Quitline)를 개설하여 보건소 방문이 어려운 흡연자에게 금연상담 서비스를 제공할 예정이다라고 한다.

본 연구에서는 보건복지부가 주도하는 금연사업을 포함해서 실제로 현장에서 금연프로그램을 운영하거나 금연관련 상담 및 치료서비스를 제공하는 건강심리학자들을 위해 금연과 관련된 최신 지견을 제공하고자 한다. 또한 최근 연구결과나 이론에 근거해서, 보건복지부(2005)에서 제시한 지침서인 ‘2005년도 국가 흡연예방 및 금연사업 안내’, 금연상담사 및 관리의사를 대상으로 한 교육 훈련 및 자료(한국보건사회연구원 건강증진개발센터, 2005), 그리고 현재 진행되고 있는 금연클리닉 사업에 대해 논평하고 개선점을 제안할 것이다.

보건복지부가 2002년 발표한 국민건강증진종합계획(Health Plan 2010)에 따르면 2010년까지 흡연율을 선진국 수준으로 감소시키고자 금연사업을 계속적으로 확대, 전개하게 될 것이다. 금연사업이 1,2 년만 운영하고 끝낼 단기 사업이 아니라는 말이다. 이에 앞으로 현장에서 보다 성공적인 금연프로그램을 운영하는데 본 연구가 일조하기를 기대하면서 1차적 피드백과 보완자료를 제시하고자 한다.

흡연과 관련된 평가

설문지 미국의 Department of Health and Human Services(Fiore, Bailey, Cohen, Dorfman, Goldstein, & Gritz, 2000)에서는 기존의 금연지침

중 4-As 금연모형인 ‘흡연에 관해 질문하라, 금연 하라고 충고하라, 금연 시작일을 협의하면서 조력을 제공하라, 추서관리를 하라(ask about smoking, advise to quit, assist by negotiating a quit date, and arrange follow-up)’에 또 하나의 A를 더해서 금연 의지를 평가(Assess patients’ intention with respect to quitting)할 것을 강조했다. 여기서 구체적인 평가법을 언급한 것은 아니지만 흡연자의 입장을 이해하고 동기(motivation)에 맞게 도움을 제공하라는 의미이다. 가령 남자들이 여자들보다 자신의 체력을 위해, 아이들 때문이라기보다는 다른 식구들(부인 등) 때문에 금연한다고 보고하는 경우가 많았다(Grotvedt & Stavem, 2005). 이렇게 동기의 강도뿐만 아니라 유형을 평가하여 맞춤 서비스를 설계하면 좋을 것이다. 현재 보건소 금연클리닉의 등록 서식에도 ‘담배를 끊고 싶은 이유’를 묻는 문항이 있는데 묻고 기록하는 것으로 끝낼 것이 아니라 뒤에 설명할 ‘동기유발면접’을 실시하면서 흡연자의 가치관과 이상을 파악하고 명료히 하는 작업이 뒤따라야 한다.

평가와 관련해서, 금연동기와 의존(dependence)의 측정에 관한 개관 논문(West, 2004)도 있으나 여기서는 내적 합치도, 타당성 등이 입증되었고 최근 금연관련 연구에 자주 등장하는 도구를 소개하겠다.

의존이 흡연과 재발을 설명해 주는 개념으로 사용되고 있는데 이를 측정하는 도구는 대부분 이론에 근거하지 않았거나 신체적 의존만 포함시킨 단일차원 모형에 근거한다(예: 파거스트롬 설문지¹⁾, Heatherton, Kozlowski, Frecker, & Fagerström, 1991). 그러나 최근 논문들에서 불

수 있는 Wisconsin Inventory for Smoking Dependence Motives(WISDM-68; Piper, Piasecki, Bolt, Smith, Fiore, & Baker, 2004)는 동기이론에 근거하고 의존의 배후기제를 반영하는 다차원 측정도구이다. 흡연 동기로 담배에 대한 애착(문항 예; “때로는 담배가 나의 가장 친한 친구인 것처럼 느껴진다.”), 자동성 혹은 습관성(예; “생각 없이 담배에 손이 가서 담배를 피우게 되는 적이 많다.”), 부적 강화(예; “흡연이 스트레스 해소를 돕는다.”), 맛과 감각질(예; “나는 담배연기를 내 입으로 들이마실 때의 느낌을 즐긴다.”) 등을 상정하고 각 동기를 측정하는 13개의 하위척도로 구성되어 있어 개인별 상담 설계에 도움이 된다.

또한 ‘담배생각이 간절함(craving)’이 재발에 한몫한다는 연구결과가 많은데(예; Killen & Fortmann, 1997), 위에서 소개한 WISDM-68 검사지의 하위척도도 이를 측정하지만 Killen과 Fortmann(1997)이 사용한 항목들은 단순하면서도 효과적으로 craving을 재고 있다. 이 두 문항은 다음과 같으며 6점 척도로 평정하게 되어 있다; “담배를 당장 피우지 않으면 견딜 수 없을 것 같은 느낌(craving)을 가진 적이 있나?” “담배를 피워야겠다는 강한 충동을 느낀 적이 있나?”

금연 확인 현재 보건소 금연클리닉에서는 자기보고와 호기 일산화탄소 측정기로 금연여부를 측정하고 있다. “2005년도 국가 흡연예방 및 금연사업 안내”에서 영국의 예를 들면서, “영국은 NHS에서 1999년부터 무료 금연클리닉을 시작하여 행동요법과 약물요법을 제공하였다...(중략)... 4

주 금연 성공률은 57%(자가보고 기준) 원본각주; 자가보고 금연자에 대해 CO측정으로 확인한 결과 금연율은 34%), 1년 금연 성공률은 니코틴 대체 요법 사용 시 6-10%, 미사용시 3-5%이었다”고 자기보고의 신빙성에 의문을 표시한바 있다. 이미 많은 연구에서 자기보고에 의한 금연율이 확대추정치 (over-estimate)라는 것이 밝혀진 만큼 객관적인 확인은 필수적이다. 다행히도 현 금연사업에 호기 일산화탄소 측정기를 구입하기 위한 예산이 확보되어 금연상담사 당 1대씩 사용하고 있다. 그러나 현장에서 측정기를 사용하는 금연상담사들에 의하면 자기보고와 다른 결과를 보이는 경우가 많다고 한다. 이것은 아마도 일산화탄소의 반감기가 짧아서 흡연 2-4 시간 후부터는 탐지할 수 없다는 단점과 함께 다른 요인들이 작용하는 것 같다. 숨을 참았다가(20초가량) 오래 동안(15초 이상) 불어야 하는데 숨이 찼거나 어떤 이유건 주위 공기가 오염되었거나 사회적 바람직성 편향 (social desirability bias) 때문에 사용법을 제대로 지키지 않았기 때문일 수 있다.

보다 정확한 생화학적 확인법으로 소변, 타액 등의 체액분석을 통한 코티닌(Cotinine) 수준의 측정을 들 수 있다(Gariti, Alterman, Ehrman, & Mulvaney, 2002). 코티닌은 니코틴의 대사산물로서, 소변 속 코티닌의 반감기는 약 20시간이어서 4일 이상 흡연하지 않는다면 대부분 금연자 수준이 된다. 물론 소변을 실험실로 가져가서 생화학적 분석을 거쳐야 하기 때문에 가격이 비싸다. 간단히 소변에 넣어서 색깔변화를 통해 코티닌 수준을 알 수 있는 시험용지(test trip 예;

1) 현재 보건소 금연클리닉에서 ‘니코틴 의존도 평가’라는 제목으로 (수정된) 과거스트롬 설문지를 사용하고 있음.

NicCheck)도 나왔지만 정확성이 떨어진다는 보고가 있다(Kames, James, March, Leyden, & Koller, 2001). 반감기를 걱정할 필요가 없는 머리카락 분석도 가능해서 간접흡연이나 환경 속 니코틴 수준을 알 수 있다(Eliopoulos, Klein, & Koren, 1996). 또한 미리 흡연자의 허락을 받고 배우자나 동료 등 주위 사람들에게 금연 지지와 함께 행동관찰(냄새 포함)을 통해 금연여부를 확인해 줄 것을 부탁하는 것도 필요하다. 배우자가 흡연자의 자기보고를 확인해 주면 타당도와 신뢰도를 높인다는 경험적 연구결과들이 있다(Mak, Loke, Lam, & Abdullah, 2005).

다른 문제지만 보건소 사업에서 6개월 추구관리를 하고 6개월 금연율을 보고하게 되어 있는데 금연프로그램에 등록한 뒤 6개월 내내 흡연하다가, 혹은 재발과 금연을 오가다가 측정 시점에서 잠시 금연한 경우 등에 대한 원칙이 구체적으로 명시되어 있지 않다. 상식적으로는 6개월간 한번도 담배를 피운 적이 없는 사람만을 6개월 금연율에 포함시켜야 옳을 것 같지만 금연을 시도하는 사람들 중에 재발하는 사람들이 많은 것이 현실이니만큼 다수에게 서비스를 제공하고 있는 상황에서 등록 6개월 후 측정시점에서의 금연여부를 6개월 금연율에 반영하는 것도 일리가 있다고 본다. 다만 금연사업 초기에 금연율을 높이겠다는 욕심으로 확대추정치를 보고한다면 수년 후부터는 흡연율과 보고 되는 (6개월) 금연율이 함께 제자리걸음하는 결과를 초래할 수도 있다. 이미 금연클리닉들 간에 금연성공률과 관련되어 신경전이 시작된 것 같은데 과대보고와 소모적 경쟁을 줄이는 방안이 시행되리라 믿는다.

약물요법과 심리상담

많은 흡연자들이 금연을 시작한 지 첫 며칠 내에 다시 담배를 집어 드는데 실제로 5%이내의 흡연자들만이 자력으로 12개월 이상 금연상태를 유지한다. 그러나 약물치료를 사용하는 금연클리닉에 도움을 요청하면 성공률이 높아진다(Jorenby et al., 1999; Silagy, Mant, Fowler, & Lancaster, 2000).

금연을 위한 약물요법으로 가장 흔히 쓰이는 니코틴 대체요법(Nicotine Replacement Therapy; NRT)은 20여 년 전부터 도입되었다. NRT는 혈중 니코틴을 대체해서 금연시 많은 사람들이 경험하는 생리적 금단증상(예; 우울한 정동, 짜증, 불안, 두통, 식욕변화)과 담배 craving을 경감시켜 주고자 개발되었다. 따라서 대부분의 NRT는 금연 초기 1-3개월간 사용이 권장된다(Okuyemi, Ahluwalia, & Harris, 2000). NRT는 흡연보다 안전한데 그 이유는 담배연기에 포함된 발암물질 등의 유해 화학물질을 함유하지 않기 때문이며 중독이나 금단현상의 위험이 적기 때문이다(West et al., 2000).

패치, 검, 사탕(Lozenge), 흡입스프레이 등 여러 형태의 NRT가 있어서 상황이나 개인기호에 따라 선택할 수 있으나 현 보건소 금연사업에서는 경제적인 이유에서인지 주로 패치만 사용하고 있다. 패치의 경우 24시간용은 21mg, 16시간용(낮 시간용)은 15mg이 초기에 처방된다. 이 경우 혈중 니코틴 수준은 15-25mg로 유지되며 담배를 하루에 1갑 피울 때 유지되는 수준이다. 그러나 금연유지 효과는 기대보다 적어서 치료 직후 27%, 6개월 후 22%만이 금연을 유지한다. 24시간

용이나 16시간용간의 차이는 없었다(Fiore et al., 1994). 금연성공율을 높이고자 현행보다 더 많은 용량을 처방하려는 시도들이 있으나 그 결과는 실망스럽다. 가령 Kozak 등(1995)의 연구에서 니코틴을 20, 25, 30mg 패치로 공급하면서 행동요법을 부가적으로 시행했을 때 용량간의 차이가 없이, 그리고 용량을 늘린 데 대한 부작용 없이 48주 후 44%의 금연율을 보고했다. 그러나 22mg과 44mg을 비교한 Jorenby et al. (1995)의 연구에서는 높은 용량 사용 시 부작용이 보고 되었고 금연율에 차이가 없었다.

앞서도 언급했듯이 NRT는 금연율을 높이며 특히 심리교육상담을 동반했을 경우 그러하다. 위약과 비교한 여러 메타분석 결과를 보아도 NRT에 상담요소가 추가될 경우 효과가 확실해진다는 것을 알 수 있다. 니코틴 검을 대상으로 Cepeda-benito(1993)가 메타 분석한 결과로는 단지 의사의 단순한 권고나 충고가 아닌, 집중적 중재가 동반되어야지만 NRT의 효과가 있었다. 그가 결론지은 바는, 니코틴 검의 효과는 검의 약리적 특성과 집중적 심리교육-행동 치료간 상호작용의 함수라는 것이다. 그는 니코틴 검이 금연시도자의 니코틴 금단증상을 완화해주었기 때문에 심리치료에 집중할 수 있어서 효과를 본 것이라고 시사했다. 이러한 결과에도 불구하고, 또한 미국 금연지침(U.S. Public Health Service, 2003)에 상담강도와 금연효과 간에 상관이 크다고 설명하면서 회수는 상담강도의 일부일 뿐 상담의 질이 중요하다고 강조했음에도 '2005년 국가 흡연예방 및 금연사업 안내'에서처럼 "흡연자에게 있어 효과적인 금연교육은 지속적이고도 반복적인 금연권고라고 여러 연구에서 밝혀진 바 있다"고 단순히 결론짓는다면

집중적 심리중재 및 이를 위한 자질배양의 필요성이 부각되지 않는다. 행동치료 등의 심리적 중재가 없다면 NRT의 최초효과는 시간이 지나면서 없어지기도 하는데 말이다(Fiore, Smith, Jorenby, & Baker, 1994). 이에 심리적 중재의 필요성을 부각시키려는 심리학자의 노력이 요구된다.

금연클리닉에서 NRT 말고 부프로피온(bupropion)을 처방하기도 하는데 과거 정신과병력이 없는데도 정신병 증상이 나타나는 부작용이 보고된 바 있어(Khazaal, Kolly & Zullino, 2005) 반복 연구를 기다리고 있다.

2가지 이상의 약물을 사용하면 어떻게 될까? Jorenby 등(1999)의 이중맹검연구에서 부프로피온과 니코틴패치를 함께 사용한 경우가 하나만 사용했을 때보다 더 나은 효과를 보였다. 1년 금연율이 부프로피온의 경우 16%, 니코틴패치는 30%, 둘 다 사용한 경우 36%였다. 또한 니코틴 패치와 니코틴 검을 둘 다 사용한 경우 금연율이 더 높았다는 연구결과도 있다(Kornitzer, Boutsen, Dramaix, Thijs, & Gustavsson, 1995). 그러나 금연상담사를 위한 교육자료에 명기한 대로 미국에서도 아직 실험단계이고 금연상담사 혼자 2가지 이상의 약물 사용여부를 결정할 수는 없다. 이는 우리나라에서도 실험효과(efficacy)는 물론 임상효과(effectiveness)를 검증하는 반복연구가 필요한 사안이다.

개입과 관련된 쟁점들

대상별 치료 개인맞춤치료를 지향한다면 대상별, 하위유형별 특성을 파악하고 고려하는 접근이 필요하다. 여기서는 청소년, 여성, 골초, '가

벼운 흡연자'에 관해 몇 가지 논해 보겠다.

청소년을 위한 심리적 개입에 관해서는 나중에 논하기로 하고 약물요법에 관해 한 가지 언급하자면, 18세 이하에게는 NRT가 효과가 없다고 보건복지부자료에 나와 있으나 최근 연구(Killen, Robinson, Ammerman, Hayward, Rogers, Stone, & Samuels, 2004)에 따르면 니코틴 패치가, 적어도 초기에는 청소년들에게도 어른들만큼 효과 있다고 한다. 15세에서 18세 사이의 청소년 211명을 대상으로 수행한 무선통제연구에서 모두 행동요법을 실시한 가운데, 니코틴패치와 부프로피온을 사용한 집단과 니코틴패치와 위약을 사용한 집단을 비교했다. 부프로피온은 성인보다 작은 용량을 투여했다. 10회의 치료결과 28%가 금연했는데 이는 성인의 비율과 유사하며 NRT를 쓰지 않은 다른 청소년대상 프로그램보다 월등히 높은 비율이다. 6개월 추구 평가 때는 단지 7%만이 금연을 지속할 수 있었으나 흡연량은 감소되었다. NRP와는 달리 부프로피온은 결과에 영향을 미치지 못했는데 이는 충분한 용량을 투여하지 않았기 때문일 수 있다.

여성들의 경우는 의사들이 아예 흡연여부를 묻지 않거나 금연하라고 처방하지 않는 경향이 있어 문제다(Rogers, Johnson, Young, & Graney, 1997). 또한 여성흡연자들은 남성흡연자들보다 금연이 더 힘들다(Fiore et al., 2000). 이중맹검, 위약통제, 무선통제를 사용한 연구들을 메타분석한 결과(Cepeda-Benito, Reynoso, & Erath, 2004)에 따르면 3, 6, 12개월 후까지 남성들에게 위약보다 NRT가 더 효과적이었던 반면 여자들의 경우 3개월과 6개월 때까지만 위약을 넘어서 효과를 보였다. 그 결과 12개월 이후, NRT를 쓴 남자들은 여

자들보다 금연지속비율이 높았다. 그리고 NRT에 집중적인 심리사회적 지지를 부가해야만 여자들을 장기적으로 도울 수 있었다. 다시 말해 남자들은 심리사회적 지지의 강도에 관계없이 NRT에 잘 반응한 반면 여자들의 경우 약한 정도의 심리사회적 지지로는 NRT가 단기적 효과만을 보였다. 연구자들은 이 결과를 토대로, 여성의 경우 흡연이 체중증가를 억제하며 정서를 조절해주는 등의 바람직한 효과를 가져오리라는 기대에서 비롯되는 재발을 다루어 주는 접근법을 포함한 복합적인 프로그램이 필요하다고 결론지었다.

담배를 많이 피우는 골초들은 금연 시도시 가장 어려움을 겪는 집단이다(Killen & Fortmann, 1997). 골초들은 니코틴에 더 의존적이고 재발에 취약하므로 보다 공격적인 치료가 필요하다는 제안들이 있었다. 그 일환으로 골초들에게 니코틴패치를 쓸 때 용량을 늘이면 더 도움이 되는지의 여부를 보는 연구도 있다. 다시 말해 니코틴패치의 표준용량인 15mg으로는 담배 1갑을 피운 뒤의 니코틴 수준을 얻게 되므로 평소 피우는 흡연량이 크다면 용량을 증가시키는 것이 이론적으로 설득력 있게 들린다. 그러나 한 연구(Killen, Fortmann, Davis, Strausberg, & Varady, 1999)에 의하면 하루 25개비이상 피우는 골초들이 25mg과 15mg(표준) 니코틴 패치를 낮에만(16시간 동안) 6주간 사용했을 때 2, 6, 12개월 추구평가에서 두 용량 집단간에 차이가 없었고 용량이 많아도 부작용은 없었다. 역시 골초들을 대상으로 수행한 Hughes 등(1998)의 연구에서도 각 21mg, 35mg, 42mg 의 24시간 패치를 행동치료와 함께 처방해도 용량 간 차이가 없었다. 보건소 금연사업이 장기간 진행되면서, 골초들을 효과적으로 도울 묘안

을 강구할 필요성이 대두될 것이다.

팔초들의 경우와는 반대로, 담배를 조금 피우는 경우도 있는데 NRT의 용량을 조절해야 할 것인가? 현재 우리나라 보건소 금연클리닉에서는 10개비 이상 흡연하는 경우 NRT를 권하지만 미국의 지침에서는 10-15개비를 피우는 흡연자들의 경우 용량감소를 고려해보라는 보수적 입장을 견지하고 있다. 현 시점에서라도 재고해볼 소지가 있는 사항이다.

동기와 자율성의 제고 ‘2005년도 국가 흡연 예방 및 금연사업 안내’를 보면 “행동방향을 스스로 자율적으로 결정하도록 도와준다.”는 것이 상담지침의 일부이다. 그러나 그야 말로 지침일 뿐, 세부원칙과 방법이 기술되어있지 않다. 자료에 ‘동기유발상담’이라는 말도 나오지만 그 본연의 철학과 원칙, 그리고 기법들을 숙지하기 위해서는 금연상담사 교육 프로그램 중 단지 3시간만이 할애된 상담교육시간이나, 100명이 넘는 청중을 대상으로 하는 일방적 강의만으로 부족하다.

사실 담배를 끊겠다는 결심을 하는 데에, 프로그램을 따르는 것에, 또 재발을 최소화하는 데에 모두 동기가 개입된다. 약물요법과 상담은 이미 동기가 있는, 다시 말해 금연하고자하는 사람들의 금연을 효과적으로 돕긴 하지만 동기화가 덜 된 사람들에게는 큰 도움을 주지 못한다. 그리고 동기화된 흡연자의 수는 소수라는 점(Richmond, Bell, Rollnick, & Heather, 1996)을 감안할 때, 동기가 없고 양가감정을 보이는 흡연자들을 동기화시키는 전략의 필요성이 대두된다. 여기서 다양한 중독문제에 적용되어 이미 효과가 검증된 동기증진면접(motivational interviewing; Miller &

Rollnick, 2002)에 대해 짧게나마 기술해 보겠다.

동기증진면접은 금연하고자 하는 내적 동기를 향상시키고자 고안된 방법으로, 흡연자의 관점과 감정을 이해하고 이를 상담과정 속에 녹여내며 흡연자의 가치관/이상과 흡연하는 현실간의 괴리를 명료히 보게 하는 것으로 시작한다. 그 과정에서 흡연자가 보일 수 있는 저항을 다루어주고 금연이나 금연유지와 관련된 자기효능감을 지지해주는 것을 기본 원칙으로 삼고 있다. 기법으로는 금연동기가 결여된 흡연자에게 단순한 ‘금연의 이득’을 적게 하는 것이 아닌 ‘흡연의 이득’까지도 정리해보는 ‘균형표(balance sheet)’의 사용, ‘가치 명료화’ 과정 등 동기 상태에 맞춘 다양한 방법들을 들 수 있다. 또한 “금연 한 달 짜 술자리나 고스톱 치는 자리와 같은 위험상황에 한 번쯤 노출(보건복지부, 2005)”되는 것을 시도할 때도 대처준비를 통해 우선 자기효능감을 증진시킨다.

동기증진면접을 금연에 적용한 효과연구는 이미 축적되고 있다. 가령 Bordello 등(1998)의 연구에서는 동기증진면접을 적용한 집단과 단순 권고만 준 집단간 차이를 비교했다. 실험집단에서 환자들에게 일산화탄소 측정의 결과를 알려 주면서 현재 상태와 예상한 상태간 차이를 부각시키고 위험성을 자신에게 적용시키게 했다. 또한 금연의 자기효능감을 고취하는 방법들을 적용했다. 결과는 기대한 대로 동기증진면접집단의 성공률이 높은 것으로 나왔다.

동기증진면접을 흡연청소년에게 적용하면 어떨까? 청소년기의 특성 중 하나로 권위를 의심하고 권위적 인물을 거부하는 것을 든다면, 적어도 이론(rationale)상으로 동기증진면접의 스타일이 도움이 될 법하다. 청소년을 존중하고 양가감정과

개인의 결정권을 인정하고 저항이 보일 때 일반적으로 억누르거나 논쟁을 벌이지 않는 방식이라면 청소년이 자신의 내면적 동기를 발견하고 자신의 세계관과 가치관을 탐색하며 자율성을 찾을 것이다.

청소년의 흡연에 동기증진면접을 적용한 연구는 아직 찾아볼 수 없지만 유사한 스타일을 적용한 효과는 보고된 바 있다(Williams, Cox, Kouides, & Deci, 1999). 이 연구에서 의사들이 동일한 4-As 금연모형(Fiore et al., 1996)을 사용하면서도 스타일을 달리 했다. 그 결과 통제적 스타일보다 자율성을 지지하는 스타일이 더 성공적이라는 직접적 검증에는 실패했지만 자율적 스타일이 동기를 더욱 불러일으키고 이 자율적 동기가 결과적으로 금연을 예측했다. 또한 금연교육시에도 자율성을 지지하는 태도로 임했을 때가 그렇지 않을 때보다 고교생들의 자발적인 금연동기가 커졌다고 보고했다(Williams, Cox, Kouides, & Deci, 1999).

병원에서 의사가 ‘처방’의 냄새를 풍기는 단순한 권고만 되풀이하면 오히려 흡연자의 금연 시도를 좌절시키고 저항과 도중하차를 부추기는 결과를 초래하기도 한다(Butler, Pill, & Stott, 1998). 분명히, 흡연자가 받아들이는 태세를 고려하고 흡연자를 존중하고 비판적이지 않은 태도로 지지를 보내는 것이 더 효과적인 것 같다. 그러나 아직도 효과를 반복검증하고 효과변인과 적합한 대상을 규명해내는 연구가 필요하다.

전화와 편지상담 흡연자로부터 걸려온 전화를 받는 reactive call과 상담사가 흡연자나 금연지도자에게 전화하는 proactive call로 나누어

볼 때 proactive call의 효과에 대한 메타분석결과 다양한 상황에서 일관성 있게, 적어도 단기적 효과가 있다는 것이 밝혀졌다(Lichtenstein, Glasgow, Lando, Ossip-Klein, & Boles, 1996). 가령 Scottish Helpline연구에서는 23.6%의 금연율(1년간 금연)을 보였다(보건복지부, 2005). 또 저소득층 흡연자들에게 6회에 걸친 전화 상담으로 전화 상담을 제공하지 않은 집단보다 금연율을 높일 수 있었다(각 21%, 8%의 금연율)(Wadland, Soffelmayr, & Ives, 2001). 전화상담은 개인면접 상담서비스보다 저렴하고 흡연자 측에서도 편리하고 익명성을 보장받는 등의 장점이 있으므로 그 활용성을 높이고 효과를 극대화하는 방안을 강구하면 금연율 제고에 일익을 담당할 것이다.

전화내용에 따른 효과검증 연구는 드문 편인데 한 연구(Mermelstein, Hedeker, & Wong, 2003)에서는 집단프로그램이 끝난 뒤 2가지 종류의 전화 효과를 비교했다. 주로 지지를 제공하는 기본 내용과 금연단계(아직도 피움, 금연 중, 혹은 재발)에 맞추고 성공과 관련된 것으로 가정되는 요인들(동기, 자기효능감, 부정적 기분)을 겨냥한 내용간의 비교였다. 결과를 보면, 처치조건과 성별간의 상호작용이 유의해서 남자의 경우 맞춤형 내용을 제공받은 사람들이 15개월 후의 높은 금연율과 낮은 재발률을 보인 반면, 여자들의 경우 그렇지 못했다. 적어도 남자들의 경우 일반적인 지지보다 한 단계 더 나아가, 변화단계와 기분 등에 맞춘 내용을 제공하는 것을 고려해 보아야 할 것이다.

이메일이나 우편을 이용한 금연프로그램도 많이 쓰이고 있는데 한 개관연구(Walters, Wright, & Shegog, 2005)에서는 50%도 채 안되는 수의

연구에서만 장기적 금연효과를 거두었다고 보고 하면서 부가적 개입의 필요성을 시사했다. 어떤 내용의 편지를, 최소 혹은 최대 얼마나 자주 보내야 할 지를 연구할 필요가 있을 것이다. 가령 개인 맞춤형지(personally tailored computer-generated advice letters)의 서비스를 받은 흡연자나 최근 금연자들이 자조 유인물만을 받은 사람들보다 6개월 금연율이 더 높았다. 그리고 이 서비스를 받은 사람들 중에서도 편지를 많이 받을수록 성공적이었다(Borland, Balmford & Hunt, 2004).

금연 침과 아로마요법 금연침의 효과에 관한 연구는 70년대부터 시행되어 왔으나 그 결과는 연구마다 크게 다르다. 또한 금연 침이 담배의 맛이나 욕구를 변화시키는지, 금단증상을 줄여 주는지에 대한 결과도 그러하다. 우리나라 고등학생을 대상으로 한 금연침의 효과를 보면 1주에 1회 4주간 양쪽 귀에 번갈아 금연 침 시술 6개월 후 금연율이 25%였고 개비수 반 이상의 절연율은 75%였다(강희철, 신경균, 추삼호, 권혁중, 윤방부, 1999). 담배 맛이 없어지고 흡연욕구가 낮아졌다고 보고했지만 차후 잘 통제된 반복연구가 필요하다.

한편, 아로마의 금연효과를 살펴보기 위한 연구(권구일, 하석우, 정유석, 박일환, 유선미, 2001)에서는 이중맹검 무작위 통제하에서 니코틴 패치의 사용을 기본으로 하고 진정작용, 긴장해소 등의 효과가 있다고 알려진 라벤더, 버가못, 캐모마일, 오렌지 아로마와 인공 레몬향의 부가적 효과를 대비시킨 결과 허브 아로마와 위약 간 차이를 발견할 수 없었다.

금연성공과 관련되는 변인 금연성공과 관련된 변인을 파악하면 개입의 강도나 유형을 결정하는데 도움이 될 것이다. 일반적으로 사회경제적 지위가 높을수록, 본격적인 흡연시작연령이 높을수록(Pisinger, Vestbo, Borch-Johnsen, & Jorgensen, 2005), 니코틴의존이 심하지 않을수록, 금연에 관해 깊게 숙고한 사람일수록, 또 자기효능감이 높을수록 금연성공률이 높다(Amodei & Lamb, 2005).

우리나라 연구에서 짧은 상담과 추후 전화조력을 제공했더니 49세 이하 젊은 집단이 50세 이상의 나이든 집단보다 금연성공률이 높았다(Kim, Hwang, & Lee, 2005). 또 다른 연구(김철환, 서홍관, 2001)에서는 체질량 지수와 니코틴 의존도만이 유의한 상관관계가 있었다. 즉 체질량 지수가 높을수록, 니코틴 의존도는 낮을수록 성공률이 높았다. 성별, 교육, 치료자, 항우울제(Nortriptyline) 사용 여부, 과거 금연 시도 경험 여부, 음주력, 현재 질병을 앓는 지 여부, 친척 중 폐암 환자 경험 여부, 가구당 수입 등과의 관련성은 통계적으로 유의하지 않았다.

치료자가 금연시작일을 결정하는 경우가 많은데 한 연구(Borrelli, Papandonatos, Spring, Hitsman, & Niaura, 2004)에서 2번째 방문 때 2주 이내로 금연시작일을 정하라고 요구했는데 금연시작일에 실제로 금연을 시작했는지의 여부를 예측해주는 변인은 니코틴 의존성이었다. 재발률에서는 정해진 금연시작일에 실제로 금연을 했는 지 여부와 성별 간에 상호작용이 발견되었다. 여자들의 경우, 금연시작일에 실제로 금연을 시작했는 지 여부와 관계없이 남자보다도 재발률이 높기는 했지만 일단 금연시작일에 실제로 금연을 시작했다

면 재발률이 낮았다.

우울과 흡연이 함께 간다는 연구결과들이 많고 금연을 유지하던 사람들을 대상으로 한 전향적 연구에서 우울 증상과 후의 재발간 연관성이 입증된 바 있다(Killen et al., 1996). 따라서 우울한 흡연자들의 우울 증상을 직접 다루어 주는 프로그램 시행의 필요성이 시사된다.

또한 체중과 관련된 변인들이 금연프로그램을 도중에 그만두는 행동을 설명할 수 있었다. 금연 후 체중증가를 걱정하는 여자들은 그렇지 않은 사람들보다도 금연프로그램에서 도중하차할 가능성이 컸다(Mizes, Sloan, Seagraves, Spring, Pingitore, & Kristeller, 1998). 또한 금연시 체중이 늘면 신체상에 악영향을 주어 재발 위험을 증가시켰다(King, Matarin, White, Marcus, 2005). 담배를 끊으면 체중이 늘까봐 걱정하는 여자들에게는 이를 다루는 인지행동치료를 실시하면 금연프로그램의 참여율과 효과가 높아진다(Perkins, Marcus, Levine, D'Amico, Miller, Broge, Ashcom, Shiffman, 2001). 남자도 금연 후 체중이 늘면 재발위험이 크다는 연구결과가 있으니 여자 흡연자들에게만 체중조절프로그램을 제공하는 것을 재고해봐야 할 것이다(Borrelli, Spring, Niaura, Hitsman, & Papandonatos, 2001).

절연 흡연자들이 담배개비 수를 줄일 수 있고 그 절연상태를 유지할 수 있다는 것이 통론이나 이 절연의 의미에 대해 의구심들을 가지고 있었다. 절연결과 흡연자가 자신의 건강이 충분히 개선되었다고 지각하고 완전 금연의 필요성을 느끼지 않을 수도 있다고 여겼다. 절연과 유사하게 "light"과 "ultra light" 담배를 피우는 사람들은 그

런 담배들이 건강을 해치지 않는다고 지각해서 금연노력을 기울이지 않는다(Shiffman, Pillitteri, Burton, Rohay, & Gitchell, 2001). 반면, 절연에 성공한 결과 자기효능감이 높아져서 금연에 나설 수도 있을 것이다. 여러 연구에서 절연이 금연시 도율을 높이는지 알아보려했다. 경험적 및 이론적 자료 모두에서 절연이 추후 금연 가능성을 높인다고 여러 번 시사된 바 있고 인과관계를 객관적으로 검증한 연구도 있다. 후자의 한 연구(Carpenter, Hughes, Solomon, & Callas, 2004)에서, 금연 동기가 없는 흡연자에게 '절연'에 대한 언급도 하지 않은 채 '금연하지 않는 연구'에 참여하라는 전화를 걸어 선발했다. 전화로 절연 상담과 NRT후 짧은 절연 충고만 준 집단, 동기를 북돋우는 충고와 짧은 절연충고를 제공한 집단, 및 아무런 처치를 받지 않은 집단으로 나누었다. 6개월 후 첫 두 집단(공통적으로 절연 상담을 받은 집단)이 모두 마지막 집단보다 금연을 시도한 비율이 더 높았다. 처치 집단간 차이는 유의하지 않았다. 이와 유사하게 담배를 끊을 생각이 없는 흡연자들을 대상으로 절연효과와 금연효과를 거둔 연구들이 꽤 있으며(예; Pisinger, Vestbo, Borch-Johnson, & Jorgensen, 2005), 금연프로그램에 참가할 생각이 전혀 없는 흡연자들이라도 절연프로그램에는 관심을 보이는 경우가 많으므로 대안적 접근법으로 검토해봐야 할 것이다. 또한 재발한 사람들의 대다수(95%; Joseph, Rice, An, Mohiuddin, & Lando, 2004)가 절연을 시도하고 싶어 한다는 연구결과도 있는데 상담을 통해 다시 금연을 시도하도록 유도할 수도 있겠으나 어떤 하위집단은 절연이 현실적 대안이 될 수도 있으므로 추후 검토할 사안이라 하겠다.

금연클리닉 사업 추진상의 문제점

보건복지부는 현재의 높은 흡연율을 선진국 수준으로 낮추기 위해서는 금연 교육홍보만으로는 한계가 있다고 보고 금연 환경 조성과 더불어 금연클리닉 서비스를 제공하고 있다. 이미 유사한 금연사업을 시행했던 다른 나라들을 보면 금연율이 처음에 가파르게 상승하다가 수년 후 제자리 걸음을 하게 된다. 상한선에 접근해서 일수도 있고 금연동기가 전혀 없는 흡연자들에게 다가가지 못해서 일수도 있다. 우리나라가 그러한 전철을 밟지 않으려면 장기적인 안목으로, 다양한 조망을 가지고 세밀한 사항들을 정하고 관리할 필요가 있다.

본 논문이 보다 내실 있는 금연사업을 운영하는데 기여하기 위해 다음과 같은 점들을 지적하고 축적된 경험적, 이론적 연구를 토대로 개선사항을 제안하고자 한다.

실무자 교육훈련 우선 금연 상담자들을 위한 교육이 너무 늦게 실시되었고(3월부터 금연클리닉 서비스를 실시하는데 2월 말에 교육) 교육자간에 내용이 사전 조율되지 않아 중복이 많고 객관적으로 효과가 증명되지 않은 특정 전문직의 지도감독 및 서비스를 강조하며 NRT만의 제공을 권유함으로써 결과적으로 무원칙적이고 기계적인 NRT의 남용을 조장했다. 물론 별도의 상담공간을 확보해야하는 문제, 금연상담사의 소양 문제가 우선 해결되어야겠지만 NRT과 함께 상담을 짧게라도 제공한 집단이 아무런 상담 없이 NRT만 제공한 집단보다 금연율이 높다는 연구결과들(예, Carpenter, Hughes, Solomon, & Callas, 2004)을

볼 때 이러한 식의 교육은 인건비를 지원받으면서도 상담서비스는 게을리 하는 결과를 가져와 가격대비 효과를 저하하고 부작용을 낳을 수 있다고 본다.

또한 대규모 강의실에서 일방적 교육만을 수일간 이수하게 하고 이후 현장에서 프로그램을 진행하면서 문제점에 봉착해도 중앙에서 자문 서비스를 제공하지 않아 상담사 개인이 각기 시행착오를 겪으며 서비스 질을 높여야하는 부담이 있다. 적어도 1-2주간의 실습기를 두어 교육자들이 사업 담당자들에게 지도감독이나 자문 서비스를 제공하는 등의 방안이 필요하다. 또한 정기적으로 추가교육을 실시해서 현장에서 필요로 하는 기법연수와 정보교류를 도모해야 한다. 다시 말해 “학교·군·직장·보건소 등의 금연담당자 교육 및 금연 관련 세미나·워크숍 개최 등 금연 관련 학술활동 촉진(보건복지부, 2005)”을 실행해야 한다. 금연상담사들을 대상으로 한 사전교육은 2월 말에 단 한번 실시했으며 2차 교육시기는 6월로서, 이미 2005년도 목표인 상담사 1인당 200인의 1차적 개별 상담이 끝났을 때다. 물론 개인적으로 자기계발과 서비스 질 제고를 위한 노력의 일환으로 관련 학술활동을 할 수 있으나 현재 여건으로는 이것도 어렵다. 금연상담사 1명당 200명의 흡연자를 도와주게 되어 있으며 이 200명이라는 숫자는 12월까지 6개월 추서관리가 끝난 이용자의 수이다. 1인당 개인상담을 6월까지 2회 정도 진행한 다음에서야 금연이 시작된다고 보고 한 사람의 상담사가 하루 평균 5-6회의 개인 상담을 수행하며 전화 통화나 이메일 서비스, 문자메시지 보내기 등의 관리활동에도 시간을 할애해야 한다는 점을 감안하면 결코 적은 수치가 아니다. 여기

더해서 금연 프로그램과 관련된 최신 지식을 습득하고 상담기법을 연마하러 관련 학회나 워크숍에 참석하려고 해도 시간이 여의치 않을 것이다. 또한 시간을 무리해서 낸다고 해도 일용직처럼 대우받는 현실에서는 그만큼 급여가 삭감되므로 상담서비스 수준의 제고 동기가 유발되기 어려운 형편이다.

또한 금연상담사들이나 관리의사를 위한 지침이나 교육 자료에 중복이 많고 모순 되는 설명도 보이며(가령 금연의 행동 및 약물요법 참고자료에서 패치를 붙이고 있는 동안에 절대로 담배를 피우면 안된다고 써놓고 다른 부분에서는 사용자에게 크게 해될 것이 없다고 기술하고 있다. 최근 연구결과로는, 또 약리작용에 근거해 볼 때 후자의 설명이 더 정확하다) 또한 금단증상이 수개월 계속되는 경우가 허다한데 6주간만 패치를 무상 제공하고 이후 계속되는 금단증상을 다루는 접근법을 언급하지 않고 있어 이에 대한 정보가 적다.

연속성과 전문성 제고 3월부터 금연클리닉에서 접수를 받기 시작해서 6월까지 받은 신규접수자들만 올해 사업실적으로 보고할 수 있기 때문에 내년에 금연상담사로 계속해서 일할 계획이 없는 상담사라면 6월 이후 신규 접수를 받지 않든지 받더라도 당해연도의 금연율을 높이기 위해 기존 접수자의 추구관리에만 열중하고 신규접수자들에게는 상대적으로 질 낮은 서비스를 제공하여 장기적으로 금연사업의 성공을 가로막는 요인이 될 수 있다. 또한 재임기간 동안의 실적을 과대포장하려는 유혹이 있을 수 있다. 1년 내내 어느 정도의 서비스 수준을 유지하면서 점차 소양

과 경험을 쌓아 계속 금연전문가로 종사하도록 동기를 부여할 만한 대책이 필요하다.

심리학적 배경이 없는 금연상담사들의 경우 심리상담 기술이나 기본소양을 갖추지 못한 채 NRT만 제공하든지 미심쩍은 ‘심리적 접근’을 하는 것을 볼 수 있다. 제대로 하지도 않으면서, 다시 말해 치료의 질(treatment integrity)이 담보된 상태에서 ‘심리적 접근’의 효과를 폄하하는 경우도 있다. 간호사나 의사의 경우 전통적 패러다임을 가지고 “어떤 행동(가령 흡연행동)을 계속하면 이리이러한 위험이 커진다”는 정보를 주면서 설득하려 들거나 변화(가령 금연)의 장점들에 관해 ‘교육하게’ 된다. 더 나아가 변화에 필요한 조치들을 ‘처방’하게 된다. 그래서 “건강을 위해서는 금연하시는 것이 중요합니다.” “계속 담배를 피우시면 건강을 위협하게 됩니다” “금연하셔야 ...” 등의 훈계조 어투를 쓰는 것이 몸에 배어 있다. 반면 심리학 교육과 훈련을 받은 석사이상 상담자들은 정보를 주더라도 중간자적 입장에서 제공하며 환자가 자신과 관련해서 그 정보를 해석하고 판단하도록 이끈다. 가령 “여러 심리학 연구결과를 보면, 흡연하는 사람들은 ...라고 합니다. 제가 본 환자들 중에도 그런 경우가 많았습니다. 그렇지만 OO씨가 어떻게 생각하는가 하는 것이 중요합니다.” “OO씨의 경우 어떤지 모르겠습니다. 어떻게 생각하십니까? “ 하는 식으로 ‘미리 소화된’ 메시지로 설득하려하지 않고 환자 자신이 정보를 소화해서 그 정보가 자신과 무슨 관련이 있는지, 자신의 경우는 어떤 위험과 장점이 있는지 판단하게끔 돕게 된다. 따라서 간호사 등이 미국 CDC 등에서 권하는 동기증진면접(Motivational interviewing)이나 행동치료적 접근에서 요구하는 상담

스타일을 갖추려면 별도의 훈련과 (일회성이 아닌) 지속적 지도감독(on-going supervision)을 필요로 한다. 물론 간호사들 중에는 어떤 경로를 거쳐서든 이미 심리학적 소양을 갖춘 경우도 많다. 그러나 대개, 강도 높은 워크숍과 지도감독을 통해 심리학적 접근 기술과 배경을 갖춘 다음에야 진정으로 심리적 접근을 하고 있다고 봐야할 것이다. 덧붙여 말하자면 의료진이 심리학적 스타일로 환자를 대할 경우 환자의 만족도가 높아지고 처방이나 권고를 따르는 비율이 높아진다는 연구가 많이 있다(예; Butler, Rollnick, Pill, Maggs-Rapport, & Stott, 1998).

유통성 있는 운영 의료기관을 찾는 사람들 중 단지 15%만이 금연에 대한 도움을 제공받는다(Fiore et al., 2000). 우리나라 병원에서는 기본 A(ask; 흡연여부 묻기)조차 하지 않는 경우도 많다. “흡연자에게 다가가는 금연 상담·치료 서비스 제공(보건복지부, 2005)”의 일환으로 병원 의사들을 대상으로 금연클리닉을 홍보하고 의뢰를 요청해야 한다. 가능하다면 금연상담사들에게 일정 시간 공간을 마련해주고 금연상담서비스를 펼치도록 병원의 협조를 받아낸다면 좋을 것이다.

또한 관리 상 문제가 예상되더라도 직장인들을 더욱 많이 유치하기 위해 금연상담사들의 근무시간에 유통성을 둘 필요가 있다. 평일 9-6시 사이에 클리닉을 찾을 수 없는 사람들을 위해 전화상담을 제공할 수도 있겠지만 저녁시간이나 토요일, 휴일 시간을 활용하는 방안을 검토해야 할 것이다. 또 위에서 설명한대로 금연할 생각이 전혀 없는 사람들에게 다가가서 절연프로그램 등의 대안프로그램을 제의할 필요가 있다. 물론 관련

연구들을 비판적 안목으로 분석하고 시범적으로 시행해 보는 작업이 선행되어야 하고 현재 금연율만 보고하게 되어 있는 ‘사업추진실적’ 양식을 바꾸어야 실제 수행이 이루어질 수 있다.

덧붙여, 금연상담사 뿐만 아니라 흡연자 주위 사람들도 치료자원으로 활용할 수 있다는 점을 지적하고자 한다. 11-19세 청소년들 1025명을 조사한 결과 특히 여학생들의 경우 주위 흡연자들의 금연을 돕겠다고 응답했다. 특히 부모와 또래 학생들을 돕고 싶다는 것이다(Patten et al., 2004). 그렇다면 이들을 어떻게 치료자원으로 활용할 수 있을지 궁리해 보면 좋을 것이다. 이미 앞에서 언급했듯이 흡연자 주위의 인물들이 금연동기를 제공하기도 하고 재발에 영향을 끼치기도 한다. 이들을 체계적으로 관리할 수 있다면 금연율이 크게 증가할 것이다.

등록자용 자료의 개발 미국 등 외국 수준의 클리닉 이용자용 자료들을 개발하고 배포할 것을 제안한다. 가령 이용자의 금단증상별 대처전략, 이용자 개인에 맞는 자기-지시(self-talk; 예: “지금 느끼는 간절한 담배 생각은 3분후에는 좀 덜해져.”) 작성표는 맞춤 치료를 지향하는 개인금연상담서비스의 꽃이라 하겠다.

맺는 말

사실은 많은 흡연자들이 담배를 끊는데 관심이 있다. 미국의 5천만 흡연자들 중 70%이상 이 적어도 한번은 금연을 시도한 적이 있으며 매년 46%정도가 금연을 시도한다(CDC, 1997). 여성 흡연자들도 전체 흡연자들과 유사한 양상을 보인다

(U. S. Department of Health and Human Services, 2001). 그러나 금연은 정말 힘들다. 1년간 금연상태를 유지하는 비율은 10 %를 넘지 못하는 게 일반적이다. 전문가의 도움이 없이 자력으로 끊는 경우라면 5-7%(Fiore et al. 2000)만 금연을 유지한다. 전문가의 도움을 받는다면 성공률을 올릴 수 있다. 전문가가 약물/심리적 중재를 개인에 맞게 펼칠 수 있다면 성공률이 극대화될 수 있을 것이다. 이것이 심리학자의 적극적 참여가 필요한 이유이다.

참고문헌

- 강희철, 신경균, 추삼호, 권혁중, 윤방부 (1999). 금연을 위한 금연침의 효과-고등학생을 대상으로 한 기초연구-. *가정의학회지*, 20, 401-408.
- 권구일, 하석우, 정유식, 박일환, 유선미 (2001). 아로마 테라피의 금연효과. *가정의학회지*, 22, 1105-1111.
- 김철환, 서홍관 (2001). 금연클리닉을 방문한 흡연자의 금연성공과 관련된 요인. *가정의학회지*, 22, 1603-1611.
- 보건복지부 (2005). 2005년도 국가 흡연예방 및 금연사업 안내. 보건복지부.
- 한국보건사회연구원 건강증진개발센터 (2005). 금연상담사 및 관리의사 교육 훈련 교재. 한국보건사회연구원/보건복지부.
- Amodei, N., & Lamb, R. J. (2005). Predictors of initial abstinence in smokers enrolled in a smoking cessation program. *Substance Use and Misuse*, 40, 141-149.
- Borland, R., Balmford, J. & Hunt, D. (2004) The effectiveness of personally tailored computer-generated advice letters for smoking cessation. *Addiction*, 99, 369-377.
- Borrelli, B., Papandonatos, G., Spring, B., Hitsman, B., & Niaura, R. (2004). Experimenter-defined quit dates for smoking cessation: Adherence improves outcomes for women but not for men. *Addiction*, 99, 378-385.
- Butler, C. C., Rollnick, S., Pill, R., Maggs-Rapport, F., & Stott, N. (1998). Understanding the culture of prescribing: qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of antibiotics for sore throats. *British Medical Journal*, 317, 637-642.
- Carpenter, M. J., Hughes, J. R., Solomon, L. J., & Callas, P. W. (2004) Both smoking reduction with Nicotine Replacement Therapy and motivational advice increase future cessation among smokers unmotivated to quit. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 371-381.
- Center for Disease Control and Prevention. (1997). Cigarette smoking among adults—United States smoking—United States, 1995. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 46, 1217-1220.
- Cepeda-Benito, A. (1993). Meta-analytical review of the efficacy of nicotine chewing gum in smoking treatment programs, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 822-830.
- Cepeda-Benito, A., Reynoso, J. T., & Erath, S. (2004). Meta-analysis for the efficacy of Nicotine replacement therapy for smoking cessation: Differences between men and women, *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 72, 712-722.
- Eliopoulos, C., Klein, J., & Koren, G. (1996).

- Validation of self-reported smoking by analysis of hair for nicotine and cotinine. *Therapeutic Drug Monitoring*, 18, 532-536.
- Fiore, M. C., Bailey, W. C., Cohen, S. J., Dorfman, S. F., Goldstein, M. G., & Gritz, E. R. (1996). *Smoking Cessation: Clinical Practice Guideline No. 18 (AHCPR Publication No. 96-0692)*. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research.
- Fiore, M. C., Bailey, W. C., Cohen, S. J., Dorfman, S. F., Goldstein, M. G., & Gritz, E. R. (2000). *Treating Tobacco Use and Dependence: Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.
- Fiore, M. C., Smith, S. S., Jorenby, D. E., & Baker, T. B. (1994). The effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation: A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 271, 1940-1947.
- Gariti, P., Alterman, A. I., Ehrman, R., & Mulvaney, F. D. (2002). Detecting smoking following smoking cessation treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 65, 191-196.
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., & Fagerström, K. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86, 1119-1127.
- Jorenby, D. E., Leischow, S. J., Nides, M. A., Rennard, S. I., Johnston, J. A., Hughes, A. R., Smith, S. S., Muramoto, M. L., Daughton, D. M., Doan, K., Fiore, M. C., & Baker, T. B. (1999). A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *New England Journal of Medicine*, 340, 685-691.
- Karnes, H. T., James, J. R., March, C., Leyden, D. E., & Koller, K. (2001). Assessment of nicotine uptake from cigarette smoke: Comparison of a colorimetric test strip(NicCheck I) and gas chromatography/mass selective detector. *Biomarkers*, 6, 388-399.
- Killen, J. D., & Fortmann, S. P. (1997). Craving is associated with smoking relapse: Findings from three prospective studies. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 5, 137-142.
- Killen, J. D., Fortmann, S. P., Davis, K., Strausberg, L., & Varady, A. (1999). Do heavy smokers benefit from higher doses nicotine patch therapy? *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 7, 226-233.
- Killen, J. D., Fortmann, S. P., Kraemer, H. C., Varady, A. M., Davis, L., & Newman, B. (1996). Interactive effects of depression symptoms, nicotine dependence, and weight change on late smoking relapse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1060-1067.
- Killen, J. D., Robinson, T. N., Ammerman, S., Hayward, C., Rogers, J., Stone, C., & Samuels, D. (2004). Randomized Clinical Trial of the Efficacy of Bupropion Combined with Nicotine Patch in the Treatment of Adolescent Smokers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72,
- Kim, J. R., Lee, M. S., Hwang J. Y., & Lee, J. D. (2005) Efficacy of a smoking cessation intervention using the AHCPR guideline tailored for Koreans: A randomized controlled trial. *Health Promotion International*, 20, 51-59.

- King, T. K., Matacin, M., White, K. S., & Marcus, B. H. (2005). A prospective examination of body image and smoking cessation in women. *Body Image, 2*, 19-28.
- Kornitzer, M., Boutsen, M., Dramaix, M., Thijs, J., & Gustavsson, G. (1995). Combined use of nicotine patch and gum in smoking cessation: A placebo-controlled clinical trial. *Preventive Medicine, 24*, 41-47.
- Lichtenstein, E., Glasgow, R. E., Lando, H. A., Ossip-Klein, D. J., & Boles, S. M. (1996). Telephone counseling for smoking cessation: Rationales and meta-analytic review of evidence. *Health Education Research, 11*, 243-257.
- Mak, Y. W., Loke, A. Y., Lam, T. H., & Abdullah, A. S. M. (2005). Validity of self-reports and reliability of spousal proxy reports on the smoking behavior of Chinese parents with young children. *Addictive Behaviors, 30*, 841-845.
- Mermelstein, R., Hedeker, D., & Wong, S. C. (2003). Extended telephone counseling for smoking cessation: Does content matter? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 565-574.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing people for change* (2nd Ed.). New York: Guilford Press.
- OECD (2003). *Health Data*
- Okuyemi, K. S., Ahluwalia, J. S., & Harris, K. J. (2000). Pharmacotherapy of smoking cessation. *Archives of Family Medicine, 9*, 270-281.
- Patten, C. A. & Martin, J. E. (1996). Does nicotine withdrawal affect smoking cessation? Clinical and theoretical issues. *Annals of Behavioral Medicine, 18*, 190-200.
- Piper, M. E., Piasecki, T. M., Bolt, D. M., Smith, S. S., Fiore, M. C., & Baker, T. B. (2004). A multiple motives approach to tobacco dependence: The Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives(WISDM-68). *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 139-154.
- Pisinger C., Vestbo J., Borch-Johnsen, K., & Jorgensen, T. (2005). Smoking cessation intervention in a large randomized population-based study. The Inter99 study. *Prevention Medicine, 40*, 285-292.
- Richmond, R. L., Bell, A. P., Rollnick, S., & Heather, B. B. (1996). Screening for smokers in four Sydney teaching hospitals. *Journal of Cardiovascular Risk, 3*, 199-203.
- Rogers, L. Q., Johnson, K. C., Young, Z. M., & Grancy, M. (1997). Demographic bias in physician smoking cessation counseling. *The American Journal of Medical Sciences, 313*(3), 153-158.
- Segan, C. J., Borland, R., & Greenwood, K. M. (2004). What is the right thing at the right time? Interaction between stages and processes of change among smokers who make a quit attempt. *Health Psychology, 23*, 86-93.
- Silagy, C., Mant, D., Fowler, G., & Lancaster, T. (2000). *Nicotine replacement therapy for smoking cessation* [CD-ROM] (Cochran Database System Review, 2, CD000146. Oxford, England: Update Software Ltd.)
- U. S. Department of Health and Human Services (2001). *Women and smoking: A report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U. S.

- Department of Health and Human Services
Public Health Service, Office of the Surgeon
General.
- U. S. Public Health Service. (2003). *Treating Tobacco Use and Dependence—Clinician’s Packet*. A How-To Guide For Implementing the Public Health Service Clinical Practice Guideline. <http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/clinpacket.html>
- Wadland, W. C., Soffelmayr, B., & Ives, K. (2001). Enhancing smoking cessation of low-income smokers in managed care. *Journal of Family Practice, 50*, 138-144.
- Walters, S. T., Wright, J. A., & Shegog, R. (In Press). A review of computer and Internet-based interventions for smoking behavior. *Addictive Behaviors*
- West, R. (2004). ABC of smoking cessation: Assessment of dependence and motivation to stop smoking. *British Medical Journal, 328*, 338-339.
- West, R., Hajek, P., Foulds, J., Nilsson, F., May, S., & Meadows, A. (2000). A comparison of the abuse liability and dependence potential of nicotine patch, gum, spray, and inhaler. *Psychopharmacology, 149*, 198-202.
- World Health Organization. (1997). *Tobacco or Health: A global status report*. Geneva: WHO Press.
- Williams, G. C., Cox, E. M., Kouides, R., & Deci, E. L. (1999). Presenting the facts about smoking to adolescents: The effects of an autonomy-supportive style. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 153*, 959-964.
- Williams, G. C., Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1998). Building health-care partnerships by supporting autonomy: maintained behavior change and positive health outcomes. (In A. A. Suchman, P. Hinton-Walker, & R. Botelho (Eds.), *Partnerships in healthcare: Transforming relational process*. (pp. 67-87). Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Williams, G. C., Gagne, M., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2002). Facilitating autonomous motivation for smoking cessation. *Health Psychology, 21*, 40-50.

원고접수 : 2005년 5월 15일

수정원고 접수 : 2005년 7월 20일

게재결정 : 2005년 8월 12일

Updates in Smoking Cessation Programs

Mirihae Kim

Duksung Women's University

Since Korean government launched anti-smoking programs in 2001 with an aim to reduce smoking rates in Korea, diverse anti-smoking policies and regulations have been implemented. The Ministry of Health and Welfare set up community-based smoking cessation clinics and announced guidelines for their programs early this year(2005). The author intends to contribute to improvement and quality control of smoking cessation programs hoping their successful implementation. This paper provides an update on developments in understanding smoking cessation interventions over the past half decade and reviews and comments the guidelines for administrators and clinicians in the field of smoking cessation.

Keywords : smoking cessation, nicotine replacement therapy, motivational methods