

## 보건소 금연사업의 현황과 문제점 분석을 통한 개선방안

박순우, 이주열<sup>1)</sup>  
대구가톨릭대학교 의과대학 예방의학교실  
남서울대학교 보건행정학과<sup>1)</sup>

## The Current Status and Problems of Tobacco Control Programs of Public Health Centers in Korea

Soon-Woo Park, Ju-Yul Lee<sup>1)</sup>  
*Department of Preventive Medicine, Catholic University of Daegu School of Medicine*  
*Department of Health Administration, Namseoul University<sup>1)</sup>*

### = Abstract =

**Objectives:** This study was conducted to suggest the way to improve the tobacco control program of public health centers in Korea.

**Methods:** A survey with a self-administered questionnaire was conducted among 246 persons in charge of tobacco control work in public health centers nationwide in December, 2006. Frequency analysis was performed with a final sample of 212 respondents with SPSS 12.0 for Windows.

**Results:** The duration of engagement in tobacco control work was less than 3 years among 86.7% of respondents, and 87.3% of respondents had other duties besides tobacco control. Almost all public health centers conducted a campaign with posters or leaflets, and smoking prevention education among adolescents. The actual priority for programs was based on the community diagnosis in only 33.5% of the cases. Only 1.9% of respondents complained lack of budget, on the other hand, 44.7% of respondents appealed insufficient number of personnel. The route of knowledge and skill was largely dependent on self-learning or information from colleague. Collaboration with other related department was done well in 39.5% of the cases. The majority of respondents was satisfied with the general support from central government.

**Conclusions:** To improve the tobacco control program of public health centers, it is needed the reinforcement of capacity and specialty among personnel, priority setting and performance of programs based on the scientific evidence, induction of community participation, utilization of community human resources, development of education and training course for practical skill, effective networking among departments.

**Key Words:** Smoking, Public health center, Program

---

\* 접수일(2009년 3월 24일), 수정일(2009년 5월 4일), 게재확정일(2009년 5월 11일)

\* 교신저자: 박순우, 대구시 남구 대명4동 3056-6 대구가톨릭대학교 의과대학 예방의학교실, 전화 : 053-650-4493,  
팩스 : 053-654-3881, E-mail : parksw@cu.ac.kr

## 서 론

우리나라에서 흡연에 의한 신체적, 사회·경제적 피해로 인한 개인과 국가의 손실은 여러 연구를 통해 알려진 바 있다[1-5]. 우리나라 정부의 흡연으로 인한 피해를 줄이기 위한 정책은 1986년의 담뱃갑 경고 문구 표기 의무화 및 담배광고 제한, 1990년대 초반의 기차, 비행기, 고속버스 등에서의 금연 등 부분적으로 시도된 바 있으나, 정부 중심의 체계적인 흡연규제와 금연사업이 시작된 것은 1995년 국민건강증진법이 제정되면서 금연구역 설정 등의 규제가 이루어지면서부터라고 할 수 있다[6]. 특히 1999년 전국 보건소에서 금연사업을 시작하여 지역사회를 중심으로 금연에 대한 교육과 홍보활동을 본격화하면서 사회적 금연 분위기가 조성되기 시작했다. 2002년 11월 보건복지부에서 금연종합대책을 발표한 이후 금연구역 확대, 담배광고 규제, 담배가격 인상, 금연홍보와 교육 등의 금연정책을 강화하였고[6], 2005년부터 전국 모든 보건소에 금연클리닉을 설치하여 흡연자를 대상으로 6개월간 행동요법과 약물요법을 무료로 제공하고 있다[7].

이러한 노력의 결과 우리나라 성인 남성 흡연율은 1980년의 79.3%에서 2003년의 56.7%, 2008년에는 40.4%로 크게 감소하였으며 이는 국가 차원의 금연정책이 많은 영향을 미친 것으로 분석되었다[8]. 이 때 보건소는 국가 금연정책을 지역사회에서 수행하는 최일선 기관으로서 매우 중요한 역할을 차지하였다. 그러나 그 동안의 많은 노력에도 불구하고 보건소의 금연사업 내용 및 방법에 대한 문제점들이 지적된 바 있다[9]. 정부의 금연정책이 성공하기 위해서는 중앙 정부의 합리적인 정책수립 및 수행과 함께 정책의 상당 부분을 일선에서 직접 수행하는 보건소의 주민 대상 사업이 조화를 이루어 효과적으로 실시되어야 한다[10]. 특히 최근에 정부에서 국민건강증진 종합계획 목표 수립을 위한 실행계획을 수립하면서 중·장기 흡연예방 및 금연정책 로드맵 제시를 위한 금연플랜 2020 수립을 비롯하여 포괄적인 금연 정책 수행을 시도하고 있는 상황이므로 더욱 그러하다고 할 수 있다[11]. 따라서 보건소에서 수행하는 금연사업에 대한 실태를 파악하여 문제점을 개선하고 나아가 보건소 금연사업의 도

약을 위해서 진일보한 사업운영 방안이 마련되어야 할 필요가 있다.

이상과 같은 보건소 금연사업의 중요성으로 인해 그 동안 보건소 금연사업의 실태와 관련된 연구가 다수 있었다. 그러나 선행 연구[9-12]들은 사업평가 또는 직무 분석 등의 목적으로 수행되어 세부적이고 전반적인 사업 내용의 분석이 되지 않았거나 조사대상자가 일부 보건소에 국한되어 전체 보건소 사업을 반영하지 못 하였고, 혹은 사업계획서 등을 통해 분석을 한 관계로 실제 현장에서 수행되는 업무를 정확히 반영하지 못한 한계가 있었다.

이에 따라 본 연구에서는 보건소의 금연사업 실태를 가장 잘 파악하고 있을 것으로 생각되는 보건소 금연사업 담당자들을 대상으로 각 보건소에서 실시하고 있는 금연사업의 내용과 사업운영 과정에서 나타나는 문제점들을 파악함으로써, 이를 근거로 보건소 금연사업의 개선 및 발전방안을 제시하고자 하였다.

## 대상 및 방법

### 1. 연구대상 및 방법

본 연구의 대상은 전국의 보건소 금연사업이며 이를 파악하기 위해 보건소 금연사업 담당자를 대상으로 한 설문조사를 실시하였다. 2006년 11월 보건소 금연사업 담당자 중앙교육에 참석한 대상자들에게 구조화된 설문지를 나누어 주고 자기입식으로 작성하도록 하였다. 당일 교육에 참석하지 않은 보건소에는 우편으로 설문지를 발송하여 회수하였다. 설문지의 작성은 원칙적으로 무기명으로 하였다.

총 246개 보건소 중 213개 보건소에서 응답을 하여 86.6%의 응답률을 보였으며 이 중 응답내용이 부실한 1건을 제외한 212건의 설문지를 분석하였다. 분석 대상 보건소의 지역 규모별 분포는 특별시 및 광역시가 62개소(29.2%), 시지역이 77개소(36.4%), 군지역이 73개소(34.4%)였다.

### 2. 조사내용

설문내용으로서 응답자의 일반적 특성과 업무 경력에 관한 9문항, 보건소 금연사업의 내용과

운영 현황에 대한 7문항, 보건소 금연사업의 우선순위에 관한 4문항, 금연사업을 위한 보건소 및 지역사회 자원 현황에 관한 9문항, 금연사업을 위한 교육·훈련 요구도 및 업무 수행 역량에 관한 3문항, 금연사업 업무 수행 체계에 관한 4문항, 중앙정부의 기능에 대한 태도에 관한 6문항으로 구성하였다. 사업예산 및 인력과 관련되는 부분도 설문에 포함하였으나 무응답이 많아 분석에서 제외하였다.

### 3. 자료분석

자료분석은 SPSS/WIN 12.0을 이용하여 빈도 분석을 실시하였으며 전국 보건소를 특별시 및 광역시, 시지역, 군지역으로 나누어 각각의 빈도 분포를 제시하였다. 지역간 분포 차이를 보기 위해  $\chi^2$ -검증을 실시하였으며 이때 무응답은 분석에서 제외하였다.

## 결 과

### 1. 응답자의 일반적 특성 및 업무 경력

분석 대상 응답자 212명 중 여자가 88.2%로서 대부분을 차지하였으며 연령대는 40대가 48.3%로서 가장 많았고 그 다음이 30대로서 36.2%였다. 보건소 근무기간은 10~20년 사이가 40.8%로서 가장 많았고 20년 이상이 22.0%로서 그 다음으로 많았는데 군지역이 장기간 근무를 한 경우가 가장 많았고 그 다음으로 시지역, 특별·광역시 순이었다( $p<0.01$ ). 직렬은 간호직이 43.4%, 보건직이 41.5%로서 비슷하였다. 특별·광역시의 경우는 간호직이 62.9%로서 가장 많은 반면 군지역은 보건직이 53.4%로서 가장 많았으며 시지역은 간호직과 보건직이 각각 42.9%로서 비슷하였다( $p<0.01$ ).

금연사업 업무 종사기간은 1~3년 미만이 37.1%로서 가장 많았고 그 다음이 6개월~1년 미만으로서 29.0%이었다. 전체 업무 중 금연사업에만 종사하는 경우는 12.7%였고 나머지는 타 업무를 겸하고 있었다. 금연사업에만 종사하는 경우는 특별·광역시가 22.6%, 시지역이 11.7%, 군지역이 5.5%로서 대도시일수록 금연사업 단일 업무에 종사하는 비율이 높았고, 지역규모가 작을수록

겸무 업무의 종류수가 많았다. 특히 금연업무 외에 3가지 이상 업무에 참여하는 경우가 특별·광역시의 경우는 9.7%인데 반해 시지역의 경우 19.5%, 군지역의 경우 52.1%로서 큰 차이가 있었다( $p<0.001$ ). 금연사업 업무에 종사하는 시간 비율은 80%이상인 경우가 30.6%로서 가장 높았으나 특별·광역시와 시지역은 각각 38.3% 및 38.7%인 반면 군지역은 15.5%로서 차이가 있었다( $p<0.01$ ). 담당업무가 교체된 적은 5회 이상이 36.1%, 3~4회가 29.7%였고 교체된 적이 없는 경우는 10.4%였다. 업무를 연속적으로 담당하는 기간은 2~3년 미만이 34.3%로 가장 많았고 1~2년 미만이 26.1%, 1년 미만이 8.2%로서 대부분 3년 미만이 있었다(Table 1).

### 2. 보건소 금연사업의 내용

보건소 금연사업 중 흡연실태 조사사업은 중·고등학생 및 일반 지역주민을 대상으로 한 것이 각각 58.5%, 52.4%로서 가장 많았고, 그 다음이 관공서나 직장인 대상으로서 32.1%, 초등학교 대상 21.2%이었다. 금연홍보·이벤트 방법으로서 금연 포스터, 리플렛 배포, 거리 캠페인, 언론을 통한 홍보가 각각 90% 이상으로서 대부분의 보건소에서 실시하였다. 그러나 금연전시회, 글짓기 대회 등 참여를 통한 방법은 상대적으로 적었다. 금연홍보·이벤트의 대상은 일반 지역주민, 중·고등학생, 직장인이 각각 85~90% 정도로서 대부분 실시하였으며 대학생이 44.3%로서 가장 적었다.

흡연예방 및 금연교육은 중·고등학생의 경우 97.2%, 직장인 89.6%, 지역주민 88.7%로서 대부분의 보건소에서 실시하고 있었다. 그러나 금연 지도자 교육을 실시한 경우는 49.5%로서 상대적으로 적었으며 보건소에서 주관하여 워크숍이나 세미나를 개최한 경우는 18.4%였다. 금연 혹은 흡연예방을 위해 구체적인 사업계획과 내용을 가지고 일정기간의 사업을 시범사업 형태로 수행한 경우는 중·고등학생을 대상으로는 50% 가까이 실시하였으나 직장이나 군부대, 경찰서 등 청장년층을 대상으로 한 경우는 20~30% 정도로 상대적으로 적었다. 특히 대학생을 대상으로 시범사업을 실시한 경우는 10% 정도였는데 관내에 최소한 1개 이상의 대학이 있을 것으로 추정되는

4 보건소 금연사업의 현황과 문제점 분석을 통한 개선방안

특별·광역시나 시지역의 경우도 타 대상자에 비해 가장 적었다.

금연클리닉을 제외한 기타 금연지원 사업으로서 70% 이상의 보건소에서 금연침 시술을 하고 있었는데 특별·광역시의 56.5%에 비해 시지역(80.5%)과 군지역(76.7%)에서 실시율이 높았다.

흡연청소년을 위한 금연교실을 운영하는 곳은 62.3%였으며 흡연청소년 대상 금연캠프를 운영하는 곳도 23.6%가 되었다. 한편 청소년 또래 흡연예방 지도자 캠프를 실시하는 곳은 10% 미만이었다. 금연환경조성사업을 위해 금연 및 흡연 구역 시설기준 위반 단속을 실시한 곳은 90.6%

Table 1. General characteristics and occupational career of respondents<sup>†</sup> Number (%)

Variable	Category	Area			Total (n=212)
		Metropolitan (n=62)	City (n=77)	County (n=73)	
Gender	Male	9(14.5)	9(11.7)	7( 9.6)	25(11.8)
	Female	53(85.5)	68(88.3)	66(90.4)	187(88.2)
Age (year)	20 ~ 29	3( 5.1)	6( 7.8)	3( 4.2)	12( 5.8)
	30 ~ 39	28(47.5)	26(33.8)	21(29.6)	75(36.2)
	40 ~ 49	22(37.3)	38(49.4)	40(56.3)	100(48.3)
	≥ 50	6(10.2)	7( 9.1)	7( 9.9)	20( 9.7)
Duration (year) of employment**	< 5	14(23.0)	18(21.7)	11(20.0)	43(19.7)
	5 ~ 9.9	16(26.2)	16(19.3)	6(10.9)	38(17.4)
	10 ~ 19.9	23(37.7)	35(42.2)	31(56.4)	89(40.8)
	≥ 20	8(13.1)	14(16.9)	26(35.1)	48(22.0)
Occupational background**	Nurse	39(62.9)	33(42.9)	20(27.4)	92(43.4)
	Public Health	16(25.8)	33(42.9)	39(53.4)	88(41.5)
	Medical technician	2( 3.2)	7( 9.1)	6( 8.2)	15( 7.1)
	Others	5( 8.1)	4( 5.2)	8(11.0)	17( 8.0)
Duration of engagement in tobacco control work	< 6 months	19(30.6)	13(16.9)	11(15.5)	43(20.5)
	6 months ~ 1 year	17(27.4)	21(27.3)	23(32.4)	61(29.0)
	1 year ~ 2.9 years	18(29.0)	35(45.5)	25(35.2)	78(37.1)
	≥3 years	8(12.9)	8(10.4)	12(16.9)	28(13.3)
Number of duty other than tobacco control***	None	14(22.6)	9(11.7)	4( 5.5)	27(12.7)
	1	30(48.4)	32(41.6)	14(19.2)	76(35.8)
	2	12(19.4)	21(27.3)	17(23.3)	50(23.6)
	≥3	6( 9.7)	15(19.5)	38(52.1)	59(27.8)
Proportion (%) of time engagement in tobacco control work**	< 20	2( 3.3)	3( 4.0)	10(14.1)	15( 7.3)
	20 ~ 39.9	13(21.7)	18(24.0)	24(33.8)	55(26.7)
	40 ~ 59.9	8(13.3)	16(21.3)	18(25.4)	42(20.4)
	60 ~ 79.9	14(23.3)	9(12.0)	8(11.3)	31(15.0)
	≥ 80	23(38.3)	29(38.7)	11(15.5)	63(30.6)
Experience of switching duty	None	7(12.1)	6( 8.0)	8(11.6)	21(10.4)
	1 ~ 2	18(31.0)	17(22.7)	13(18.8)	48(23.8)
	3 ~ 4	16(27.6)	25(33.3)	19(27.5)	60(29.7)
	≥ 5	17(29.3)	27(36.0)	29(42.0)	73(36.1)
Consecutive duration (year) of duty	< 1	5( 8.5)	9(11.8)	3( 4.2)	17( 8.2)
	1 ~ 1.9	23(39.0)	16(21.1)	15(20.8)	54(26.1)
	2 ~ 2.9	17(28.8)	25(32.9)	29(40.3)	71(34.3)
	3 ~ 3.9	8(13.6)	12(15.8)	15(20.8)	35(16.9)
	≥ 4	6(10.2)	14(18.4)	10(13.9)	30(14.5)

\* p<0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001

† excluded missing cases

로서 대부분 실시하였으며 담배자판기 성인인증 장치 부착 단속을 실시한 곳은 78.3%, 금연구역 내 흡연 행위 단속은 69.8%, 미성년자 대상 담배 판매 단속을 실시한 곳은 60.4%이었다. 반면 금연구역 모범 이행 사례를 발굴한 곳은 18.4%, 금연거리 조성을 한 곳은 10.8%로서 적었다(Table 2).

Table 2. Component of smoking control program (multiple choice) Number (%)

	Area			Total (n=212)
	Metropolitan (n=62)	City (n=77)	County (n=73)	
Survey on smoking status				
Middle and high school students	34(54.8)	42(54.5)	48(65.8)	124(58.5)
General community residents	27(43.5)	43(55.8)	41(56.2)	111(52.4)
Workers	24(38.7)	24(31.2)	20(27.4)	68(32.1)
Elementary students	9(14.5)	16(20.8)	20(27.4)	45(21.2)
College students	11(17.7)	19(24.7)	6( 8.2)	36(17.0)
Military personnel, police officers, fire fighters	13(21.0)	22(28.6)	9(12.3)	44(20.8)
Preschoolers	5( 8.1)	9(11.7)	4( 5.5)	18( 8.5)
Smoke-free campaign according to delivery method				
Poster, leaflet	61(98.4)	73(94.8)	72(98.6)	206(97.2)
Street campaign	59(95.2)	70(90.9)	67(91.8)	196(92.5)
Mass media	55(88.7)	72(93.5)	67(91.8)	194(91.5)
Exhibition	35(56.5)	46(59.7)	37(50.7)	118(55.7)
Contest	27(43.5)	36(46.8)	37(50.7)	100(47.2)
Others	24(38.7)	33(42.9)	27(37.0)	84(39.6)
Smoke-free campaign according to target population				
General community residents	59(95.2)	68(88.3)	64(87.7)	191(90.1)
Middle and high school students	54(87.1)	68(88.3)	65(89.0)	187(88.2)
Workers	57(91.9)	65(84.4)	59(80.8)	181(85.4)
Elementary students	40(64.5)	53(68.8)	50(68.5)	143(67.5)
Preschoolers	42(67.7)	50(64.9)	48(65.8)	140(66.0)
Military personnel, police officers, fire fighters	40(64.5)	54(70.1)	43(58.9)	137(64.6)
College students	34(54.8)	45(58.4)	15(20.5)	94(44.3)
Education for smoking prevention or cessation				
Middle and high school students	57(91.9)	76(98.7)	73(100.0)	206(97.2)
Workers	58(93.5)	72(93.5)	60( 82.2)	190(89.6)
General community residents	54(87.1)	67(87.0)	67( 91.8)	188(88.7)
Military personnel, police officers, fire fighters	47(75.8)	65(84.4)	50( 68.5)	162(76.4)
Elementary students	45(72.6)	62(80.5)	53( 72.6)	160(75.5)
Preschoolers	44(71.0)	59(76.6)	54( 74.0)	157(74.1)
Teacher training	23(37.1)	42(54.5)	40( 54.8)	105(49.5)
College students	32(51.6)	36(46.8)	11( 15.1)	79(37.3)
Workshop or seminar for personnel of public health center	17(27.4)	12(15.6)	10( 13.7)	39(18.4)
Field trial for smoking prevention or cessation program				
Middle and high school	27(43.5)	39(50.6)	41(56.2)	107(50.5)
Work place	19(30.6)	23(29.9)	20(27.4)	62(29.2)
Elementary school	17(27.4)	17(22.1)	22(30.1)	56(26.4)
Nursery, kindergarten	15(24.2)	13(16.9)	16(21.9)	44(20.8)
Military unit, police station, fire station	14(22.6)	14(18.2)	14(19.2)	42(19.8)
College, university	12(19.4)	7( 9.1)	3( 4.1)	22(10.4)
Support for smoking cessation				
Acupuncture	35(56.5)	62(80.5)	56(76.7)	153(72.2)
Smoking cessation class for adolescents	36(58.1)	52(67.5)	44(60.3)	132(62.3)
Smoking cessation camp for adolescents	10(16.1)	19(24.7)	21(28.8)	50(23.6)
Training camp for peer leaders of adolescents	6( 9.7)	8(10.4)	3( 4.1)	17( 8.0)
Regulation				
Enforcement of the standard of facilities in smoke-free and smoking area	58(93.5)	69(89.6)	65(89.0)	192(90.6)
Putting a validation device on vending machine for checking adults	47(75.8)	68(88.3)	51(69.9)	166(78.3)
Inspect smoke-free areas	38(61.3)	51(66.2)	59(80.8)	148(69.8)
Inspect the sale to minors	37(59.7)	44(57.1)	47(64.4)	128(60.4)
Reward for the exemplary case of smoke-free area	18(29.0)	11(14.3)	10(13.7)	39(18.4)
Smoke-free street	8(12.9)	7( 9.1)	8(11.0)	23(10.8)



### 3. 보건소 금연사업의 우선순위

보건소의 각종 보건사업 중 금연사업이 차지하는 우선순위가 최상위라고 한 경우는 6.2%인 반면 중간 이하라고 한 경우가 52.9%이었다. 금연 혹은 흡연예방 사업의 최우선순위라고 생각하는 대상자는 중·고등학생이 36.8%로서 가장 많았고 그 다음이 취학전 어린이 및 초등학생(28.3%), 근로자 및 직장인(17.0%), 취약계층 주민(5.2%)순이었다. 반면 노인, 대학생 및 군경, 여성이라고 한 경우는 소수였다. 대도시일수록 근로자 및 직장인에 대한 우선순위가 상대적으로 높고 군지역의 경우 노인에 대한 우선순위가 높았다( $p<0.05$ ).

실제로 가장 많은 사업이 이루어지는 대상으로서는 중·고등학생(40.1%), 근로자 및 직장인(23.6%), 취학전 어린이 및 초등학생(11.8%), 노인(6.6%)으로서 우선순위 집단의 순서와는 다소 차이가 있었다. 금연사업을 할 때 우선순위 설정을 위해 실제적으로 고려되는 사항은 지역사회 조사에 의한 요구도(33.5%), 평소 경험이나 체감에 의한 요구도(29.2%), 대상자가 수용하기 쉬운 사업(14.2%), 수행하기 쉬운 사업(8.0%), 과거의 관례에 따르는 경우(7.1%) 등의 순이었다(Table 3).

Table 3. Priority of tobacco control program<sup>†</sup>

	Area			Total (n=212)
	Metropolitan (n=62)	City (n=77)	County (n=73)	
Priority of tobacco control program compared with other programs				
Uppermost	5( 8.2)	4( 5.3)	4( 5.5)	13( 6.2)
High	30(49.2)	29(38.2)	27(37.0)	86(41.0)
Middle/Low <sup>‡</sup>	26(42.6)	43(56.6)	42(57.5)	111(52.9)
Desired target population of the most prior for tobacco control program*				
Middle and high school students	18(29.0)	29(37.7)	31(42.5)	78(36.8)
Elementary students, preschoolers	14(22.6)	28(36.4)	18(24.7)	60(28.3)
Workers	15(24.2)	15(19.5)	6( 8.2)	36(17.0)
Underprivileged	4( 6.5)	1( 1.3)	6( 8.2)	11( 5.2)
Others <sup>§</sup>	11(17.7)	4( 5.2)	12(16.4)	27(12.7)
Actual population of the most prior for tobacco control program**				
Middle and high school students	22(35.5)	30(39.0)	33(45.2)	85(40.1)
Workers	20(32.3)	24(31.2)	6( 8.2)	50(23.6)
Elementary students, preschoolers	4( 6.5)	12(15.6)	9(12.3)	25(11.8)
Senior citizen	5( 8.1)	2( 2.6)	7( 9.6)	14( 6.6)
Others <sup>  </sup>	11(17.7)	9(11.7)	18(24.7)	38(17.9)
Actual basis of priority setting for tobacco control program				
Community diagnosis	22(35.5)	29(37.7)	20(27.4)	71(33.5)
Subjective estimation of need	19(30.6)	21(27.3)	22(30.1)	62(29.2)
Acceptability	6( 9.7)	10(13.0)	14(19.2)	30(14.2)
Feasibility	6( 9.7)	5( 6.5)	6( 8.2)	17( 8.0)
Follow precedents	5( 8.1)	6( 7.8)	4( 5.5)	15( 7.1)
Easy to be evaluated	3( 4.8)	2( 2.6)	3( 4.1)	8( 3.8)
Others	1( 1.6)	4( 5.2)	4( 5.5)	9( 4.2)

\*  $p<0.05$ , \*\*  $p<0.01$ 

† excluded missing cases

‡ low: 5 cases

§ senior citizens 5 cases (2.4%), young adults 2 cases (0.9%), females 1 case (0.5%), general population 5 cases (2.3%), duplicated response 14 cases (6.6%)

|| underprivileged 4 cases (1.9%), young adults 2 cases (0.9%), females none, general population 9 cases (4.2%), duplicated response 23 cases (10.8%)

Table 4. Resources for tobacco control program<sup>†</sup>

		Area			Total (n=212)
		Metropolitan (n=62)	City (n=77)	County (n=73)	
Budget	Very sufficient	23(37.7)	33(42.9)	18(25.0)	74(35.2)
	Sufficient	25(41.0)	29(37.7)	43(59.7)	97(46.2)
	Moderate/Insufficient <sup>‡</sup>	13(21.3)	15(19.5)	11(15.3)	39(18.6)
Number of personnel	Very sufficient/Sufficient	12(19.7)	20(26.0)	12(16.7)	44(21.0)
	Moderate	22(36.1)	22(28.6)	28(38.9)	72(34.3)
	Insufficient/Very insufficient	27(44.3)	35(45.5)	32(44.4)	94(44.7)
Capacity of personnel	Very sufficient/Sufficient	11(18.0)	21(27.3)	14(19.4)	46(21.9)
	Moderate	36(59.0)	35(45.5)	36(50.0)	107(51.0)
	Insufficient/Very insufficient	14(23.0)	21(27.3)	22(30.6)	57(27.1)
Device	Very sufficient/Sufficient	21(36.2)	23(30.7)	27(38.0)	71(34.8)
	Moderate	29(50.0)	41(54.7)	37(52.1)	107(52.5)
	Insufficient/Very insufficient	8(13.8)	11(14.7)	7( 9.9)	26(12.7)
Facility	Very sufficient/Sufficient	14(30.4)	12(20.7)	14(23.3)	40(24.4)
	Moderate	18(39.1)	23(39.7)	30(50.0)	71(43.3)
	Insufficient/Very insufficient	14(30.4)	23(39.7)	16(26.7)	53(32.3)
Advisory personnel*	Very sufficient/Sufficient	7(12.5)	13(16.9)	5( 7.2)	25(12.4)
	Moderate	33(58.9)	28(36.4)	28(40.6)	89(44.1)
	Insufficient/Very insufficient	16(28.6)	36(46.8)	36(52.2)	88(43.6)
Pool of educator	Very sufficient/Sufficient	11(19.6)	15(20.0)	9(13.0)	35(17.5)
	Moderate	27(48.2)	26(34.7)	29(42.0)	82(41.0)
	Insufficient/Very insufficient	18(32.1)	34(45.3)	31(44.9)	83(41.5)
Private organization in community	Very sufficient/Sufficient	10(18.2)	13(16.9)	5( 7.1)	28(13.9)
	Moderate	25(45.5)	25(32.5)	30(42.9)	80(39.6)
	Insufficient/Very insufficient	20(36.4)	39(50.6)	35(50.0)	94(46.5)
Source of educator <sup>§</sup>	Lecturer in private organization	43(69.4)	53(68.8)	58(79.5)	154(72.6)
	Smoking cessation counselor	24(38.7)	36(46.8)	31(42.5)	91(42.9)
	Personnel of public health center	14(22.6)	31(40.3)	24(32.9)	69(32.5)
	Professor	25(40.3)	25(32.5)	19(26.0)	69(32.5)
	School teacher	5( 8.1)	7( 9.1)	2( 2.7)	14( 6.6)
	Others	1( 1.6)	5( 6.5)	2( 2.7)	8( 3.8)

\* p&lt;0.05

† excluded missing cases

‡ Insufficient: 4 cases (1.9%)

§ multiple choice

#### 4. 금연사업을 위한 보건소 및 지역사회 자원

금연사업을 위한 예산은 35.2%가 매우 충분, 46.2%가 충분하다고 하여 80% 이상이 충분하다고 하였다. 반면에 인력은 44.7%가 부족하다고 하였으며, 사업 역량에 대해서는 충분하다고 한 경우가 21.9%인 반면 부족하다고 한 경우도 27.1%로서 비슷하였다. 장비는 34.8%가 충분하다고 한 반면 부족하다고 한 경우는 12.7%였으며

시설의 경우는 32.3%가 부족하다고 하였다.

지역사회 자원으로서 자문인력은 43.6%가 부족하다고 하였는데 특히 군지역의 경우 52.2%가, 시지역의 경우 46.8%가 부족하다고 하여 특별·광역시외의 28.6%에 비해 많이 높았다(p<0.05). 금연교육 강사풀과 활용 가능한 지역사회 민간단체 역시 전체적으로 각각 41.5%와 46.5%에서 부족하다고 하였는데, 통계적 유의성은 없었으나 군

지역과 시지역이 대도시에 비해 부족하다고 한 경우가 다소 많았다. 금연교육을 위한 강사 자원으로 민간단체나 기관의 강사를 활용하는 경우가 72.6%로서 가장 많았고, 보건소의 금연상담사가 교육에 참여하는 경우가 42.9%이었다. 공보의를 포함한 보건소 직원이 교육을 하는 경우와 대학교수를 강사로 활용하는 경우는 각각 32.5%이었다. 보건소 직원이 참여하는 경우는 시나 군지역이 높은 반면 교수를 활용하는 경우는 대도시가 높았다. 반면에 교사를 활용하는 경우는 6.6%에 지나지 않았다(Table 4).

## 5. 교육·훈련 및 업무역량

교육·훈련의 가장 중요한 경로로서 이론적

지식의 습득 경로는 각종 연수교육 프로그램이 53.3%로서 가장 높았고 그 다음이 스스로 터득(14.6%)하는 경우였다. 실무적인 기술 능력의 습득원으로서 각종 연수교육 프로그램이 47.2%로서 가장 높았고 그 다음이 전임자 등 동료의 도움(15.6%), 스스로 터득(15.1%), 학회나 세미나(6.6%) 등의 순이었다. 금연사업 관련 내용별 교육 경험률은 금연사업 기획(60.4%)과 평가(54.7%), 지역사회 홍보 방법(52.4%), 청소년 흡연예방 교육(48.6%) 등의 순서였으며 상대적으로 흡연실태 조사 방법(35.4%)이나 청소년 금연상담 기법(27.8%)에 대한 교육을 적게 받았다(Table 5).

Table 5. Route of education and training among persons in charge of tobacco control program

	Area			Total (n=212)
	Metropolitan (n=62)	City (n=77)	County (n=73)	
Most important route of theoretical knowledge for tobacco control program				
Specific training course	32(51.6)	44(57.1)	37(50.7)	113(53.3)
Self learning (experience, self study, internet etc.)	8(12.9)	12(15.6)	11(15.1)	31(14.6)
Academic conference, seminar, symposium etc.	5( 8.1)	8(10.4)	6( 8.2)	19( 9.0)
Assistance from predecessor or colleague	4( 6.5)	3( 3.9)	4( 5.5)	11( 5.2)
Others <sup>†</sup>	13(21.0)	10(13.0)	15(20.5)	38(17.9)
Most important route of practical skills for tobacco control program				
Special training course	29(46.8)	39(50.6)	32(43.8)	100(47.2)
Assistance from predecessor or colleague	16(25.8)	9(11.7)	8(11.0)	33(15.6)
Self learning (experience, self study, internet etc.)	5( 8.1)	11(14.3)	16(21.9)	32(15.1)
Academic conference, seminar, symposium etc.	3( 4.8)	7( 9.1)	4( 5.5)	14( 6.6)
Others <sup>‡</sup>	9(14.5)	11(14.3)	13(17.8)	33(15.6)
Education experience according to topic (multiple choice)				
Planning of tobacco control program	37(59.7)	45(58.4)	46(63.0)	128(60.4)
Evaluation of tobacco control program	37(59.7)	41(53.2)	38(52.1)	116(54.7)
Methodology of community smoke-free campaign	31(50.0)	45(58.4)	35(47.9)	111(52.4)
Smoking prevention education for adolescents	28(45.2)	43(55.8)	32(43.8)	103(48.6)
Smoking cessation education for adults	30(48.4)	39(50.6)	32(43.8)	101(47.6)
Creation of education materials	24(38.7)	42(54.5)	29(39.7)	95(44.8)
Smoking prevention education for children	27(43.5)	34(44.2)	30(41.1)	91(42.9)
Smoking cessation counselling for adults	24(38.7)	35(45.5)	32(43.8)	91(42.9)
Survey methodology	22(35.5)	32(41.6)	21(28.8)	75(35.4)
Smoking cessation counselling for adolescents	12(19.4)	23(29.9)	24(32.9)	59(27.8)

<sup>†</sup> postgraduate course 3 cases (1.4%), duplicated response 29 cases (13.7%), others 9 cases (2.8%)

<sup>‡</sup> postgraduate course 2 cases (0.9%), duplicated response 29 cases (12.7%), others 4 cases (1.9%)



사업내용별 업무 수행에 대해 자신감이 있다고 한 경우는 금연사업 기획이 53.8%로서 가장 높았고, 그 다음으로 지역사회 금연홍보(46.4%), 어린이 흡연예방교육(43.2%), 금연사업 평가(42.2%), 청소년 흡연예방 교육(42.0%), 교육·홍보물 제작(41.7%), 성인 금연교육(39.9%), 성인 금연상담(33.3%), 흡연실태 조사(33.2%), 청소년 금연상담(26.7%)의 순이었다.

### 6. 업무 수행 체계

보건소내 관련부서와의 업무 연계는 매우 잘 된다는 경우가 7.6%, 잘 된다는 경우가 31.9%로서 40% 가까이가 긍정적인 응답을 하였다. 업무 연계가 잘 안되는 경우 그 이유로서 자신의 업무

만을 처리하기에도 바빠서라고 한 경우가 61.4%로 가장 많았고 그 다음으로 보건소 내의 구조적인 문제(25.7%)라고 한 경우가 많았다. 업무 재량권은 매우 크거나(7.6%) 크다고 한 경우(47.6%)가 50% 이상 되었다. 사업을 위한 의사결정 과정에 대부분의 과정(31.6%) 혹은 상당부분(44.0%)에 참여한다고 하여 75% 가까이가 의사결정 과정에 적극적으로 참여하는 것으로 나타났다(Table 6).

### 7. 정부의 기능에 대한 의견

금연사업 담당자를 위한 교육·훈련의 횟수에 대해서 60.5%가 적절하다고 하였으나 31.2%는 부족하다고 하였다. 교육·훈련 기간에 대해서 대부분 적절하거나(64.0%) 짧다(32.5%)고 하였다.

Table 6. Work system for tobacco control program<sup>†</sup>

	Area			Total (n=212)
	Metropolitan (n=62)	City (n=77)	County (n=73)	
Collaboration with related department				
Very good	6( 9.8)	5( 6.5)	5( 6.9)	16( 7.6)
Good	19(31.1)	27(35.1)	21(29.2)	67(31.9)
Moderate	30(49.2)	28(36.4)	38(52.8)	96(45.7)
Not good/Poor	6( 9.8)	17(22.1)	8(11.1)	31(14.8)
The most important barrier of collaboration (n=101)				
Too busy	14(58.3)	28(70.0)	20(54.1)	62(61.4)
Systematically difficult	4(16.7)	9(22.5)	13(35.1)	26(25.7)
Others <sup>‡</sup>	6(25.0)	3(7.5)	4(10.8)	13(12.9)
Discretionary power to duty				
Very strong	2( 3.3)	8(10.4)	6( 8.3)	16( 7.6)
Strong	33(54.1)	35(45.5)	32(44.4)	100(47.6)
Weak	24(39.3)	27(35.1)	31(43.1)	82(39.0)
Very weak	2( 3.3)	7( 9.1)	3( 4.2)	12( 5.7)
Participation in decision making process for tobacco control program				
Almost all process	24(39.3)	20(26.3)	22(30.6)	66(31.6)
Fairly large portion of process	25(41.0)	35(46.1)	32(44.4)	92(44.0)
Restricted portion of process/No participation <sup>§</sup>	12(19.7)	21(27.6)	18(25.0)	51(24.4)

<sup>†</sup> excluded missing cases

<sup>‡</sup> absence of responsible position 4 cases(4.0%), no expectation for the effect 4 cases (4.0%), competition among personnel 3 cases (3.0%), others 2 cases (2.0%)

<sup>§</sup> no participation 2 cases (0.9%)

Table 7. Opinion about the function of central government<sup>†</sup>

Number (%)

	Area			Total (n=212)
	Metropolitan (n=62)	City (n=77)	County (n=73)	
Frequency of training education for the personnel in charge of tobacco control				
Too many/many	5( 8.3)	3(4.0)	9(12.9)	17( 8.3)
Appropriate	35(58.3)	49(65.3)	40(57.1)	124(60.5)
Insufficient/very insufficient	20(33.3)	23(30.7)	21(30.0)	64(31.2)
Duration of training education for the personnel in charge of tobacco control				
Too long/long	2( 3.4)	2( 2.7)	3( 4.3)	7( 3.4)
Appropriate	39(66.1)	45(60.0)	46(66.7)	130(64.0)
Insufficient/very insufficient	18(30.5)	28(37.3)	20(29.0)	66(32.5)
Helpfulness of training education for getting knowledge				
Very helpful	4( 6.7)	8(10.7)	10(14.5)	22(10.8)
Helpful	28(46.7)	38(50.7)	34(49.3)	100(49.0)
Moderate	23(38.3)	28(37.3)	24(34.8)	75(36.8)
Not helpful	5( 8.3)	1( 1.3)	1( 1.4)	7( 3.4)
Helpfulness of training education for getting practical skill				
Very helpful	4( 6.8)	12(16.0)	10(14.5)	26(12.8)
Helpful	30(50.8)	34(45.3)	36(52.2)	100(49.3)
Moderate	21(35.6)	28(37.3)	20(29.0)	69(34.0)
Not helpful	4( 6.8)	1( 1.3)	3( 4.3)	8( 3.9)
Helpfulness of program guideline provided by government*				
Very helpful	2( 3.4)	16(21.3)	11(15.7)	29(14.2)
Helpful	32(54.2)	32(42.7)	36(51.4)	100(49.0)
Moderate	20(33.9)	26(34.7)	19(27.1)	65(31.9)
Not helpful	5( 8.5)	1( 1.3)	4( 5.7)	10( 4.9)
Helpfulness of education and campaign materials provided by government*				
Very helpful	2( 3.4)	13(17.3)	4( 5.7)	19( 9.3)
Helpful	31(52.5)	28(37.3)	40(57.1)	99(48.5)
Moderate	17(28.8)	26(34.7)	22(31.4)	65(31.9)
Not helpful	9(15.3)	8(10.7)	4( 5.7)	21(10.3)

\* p<0.05

† excluded missing cases

‡ absence of responsible position 4 cases(4.0%), no expectation for the effect 4 cases (4.0%), competition among personnel 3 cases (3.0%), others 2 cases (2.0%)

§ no participation 2 cases (0.9%)

교육의 이론적 측면에 대한 도움은 매우 크거나(10.8%) 도움이 된다(49.0%)고 하였으며, 실무에 대한 도움도 비슷한 수준으로 도움이 되었다고 하였다. 보건소 금연 사업의 지침, 교육·홍보물 등도 대체적으로 도움이 된다고 하였다(Table 7).

보건소 금연사업 발전을 위해 가장 필요한 것으로서 금연사업 담당 인력의 역량강화가 65.6%

로서 가장 많았고 그 다음으로 지역주민에 대한 금연필요성 고취(50.0%), 인력의 수적 보강(44.3%), 명확한 사업지침서 제시(37.3%), 정부의 행정적 지원(36.3%), 교육·홍보를 위한 다양한 자료 제공(26.0%) 등이 있었다. 반면 예산의 확충은 6.1%에 지나지 않았고 시설과 장비의 확충도 14.6%로서 상대적으로 적었다.

## 고 찰

본 연구 결과에서 보건소 금연사업 담당자들의 업무 경력이 86.7%가 금연사업 업무에 종사한 지 3년 미만으로서 금연사업 경험이 일천하였을 뿐만 아니라 87.3%가 타 사업과 겸무를 하였다. 그리고 금연사업 업무에 종사하는 시간적 비율도 54.4%에서 60%미만이었으며 65.8%가 3번 이상 업무가 교체된 적이 있었고 업무를 연속적으로 담당하는 기간이 68.6%가 3년 미만이었다. 이러한 결과는 일부 보건소 금연사업 담당자를 대상으로 한 다른 연구에서 제시된 문제점과 거의 비슷한 것으로서[12], 이러한 현실로 인해 금연사업에 전념할 수 있는 물리적 시간이 적으며, 또한 업무를 담당하는 기간도 짧아 업무의 전문성과 연속성이 떨어질 가능성이 있으며 결과적으로 금연사업의 효율성 저하가 우려된다. 특히 대도시 지역에 비해 규모가 작은 지역일수록 타 업무를 겸무하는 경우가 많아 효과적인 사업 수행의 어려움이 있을 것으로 생각된다. 특히 한 연구에서 금연사업의 업무비중이 70% 이상인 경우 오히려 업무의 어려움을 더 많이 느낀다고 한 것을 참고로 할 때[12], 업무에 더 많이 집중할수록 문제점 파악을 더 많이 하고 그 결과 전문성이 더 향상될 수 있다는 것으로도 해석할 수 있다.

금연사업의 내용에서 대부분의 보건소에서 금연홍보나 이벤트를 실시하고 있었으나 주로 일방적인 홍보 성격인 경우가 많았고 대상자의 참여를 통한 이벤트나 홍보는 상대적으로 부족함을 알 수 있었다. 그 대상자도 일반 지역주민, 중·고등학생, 직장 등에 편중되었고 흡연율이 높으면서 금연유도가 상대적으로 어려운 집단인 군경이나 대학생을 대상으로 한 경우는 부족하였다. 금연홍보와 관련해서 타 연구에 의하면 보건소 금연사업 우선순위에서 금연교육과 금연클리닉의 우선순위가 높고 홍보 및 캠페인은 낮았으며, 중소도시와 농촌지역보다는 대도시에서 홍보 및 캠페인의 우선순위가 더욱 낮았다는 보고가 있다[13].

금연홍보나 이벤트 뿐만 아니라 금연교육의 경우도 지역 규모에 따른 차이를 볼 수 없었는데 이는 지역 특성에 맞는 사업이 이루어지지 않는다는 것을 의미할 수도 있다. 이는 흡연실태 조

사를 실시한 경우가 각 대상 집단에 따른 차이가 컸으며 가장 많이 조사한 중·고등학생의 경우도 58.5%에 머물러 지역사회진단을 근거로 한 우선순위에 의한 사업 수행이 이루어지기 어려웠음을 알 수 있다. 보건소 금연사업 담당자 직무분석에서도 가장 잘 수행되지 않은 세부항목으로 흡연문제 평가 임무영역이었고, 흡연관련 통계조사 및 이해를 위한 교육이 가장 문제가 많은 것으로 나타난 바 있다[9].

이러한 결과로 볼 때 향후 보건소 금연사업에서 해결해야 될 과제는 체계적인 사업운영이라 할 수 있다. 즉, 지역사회 진단에 근거하여 사업대상 및 사업내용을 선정하고 그 운영결과를 평가 후에 차기년도 사업운영에 반영하도록 해야 할 것이다. 본 연구의 결과에서도 보건소 금연사업의 우선순위는 과학적인 근거에 의한 경우보다는 체감에 의하거나 수행하기 용이한 사업 위주로 이루어지는 문제점이 있는 것으로 나타났다. 현실적으로 보건소 자체적으로 광범위한 지역사회진단을 수행하기 어려운 만큼 중앙정부나 광역정부 차원의 적극적인 지원방안이 필요한데, 2008년부터 전국적으로 지역사회건강조사가 실시됨에 따라 이를 적극적으로 활용하면 향후 지역사회진단 문제는 상당 부분 해소가 될 것으로 기대된다. 청소년의 경우도 질병관리본부의 청소년건강행태온라인조사를 위한 전산망을 활용한다면 효율적으로 현황 파악이 될 것으로 생각된다.

금연지도자는 지역사회 금연분위기 조성할 수 있고 금연담당자의 역할 수행에 도움을 줄 수 있기 때문에 금연지도자 교육은 보건소 금연사업에서 중요하게 고려된다[6]. 2004년 보건소 금연사업 우선순위에 대한 전문가 조사에서도 금연조례 제정, 금연건물지정 확대, 학교흡연 예방교육, 금연시범학교 운영에 이어서 금연지도자 교육이 5위로 높게 나타난 바 있다[9]. 본 연구에서 흡연예방 및 금연교육은 대학생을 제외한 다양한 집단을 대상으로 이루어지고 있었으나, 금연지도자 교육을 실시한 경우는 50% 미만에 머물러 금연교육을 위한 인적자원 양성에 좀 더 노력을 기울여야 할 필요가 있다. 특히 보건소 자체적인 세미나 워크숍을 실시한 경우는 20% 미만이었는 데 금연사업 관련 요원의 역량 향상을 위한 자체

노력이 필요할 것이다.

이벤트나 홍보, 금연교육은 많이 이루어진 반면에 실제 현장에서 금연사업이 이루어진 경우는 적었다. 이는 금연사업이 일회성 혹은 행사성으로 그칠 가능성이 높다는 의미로서 향후 각 대상자별 금연사업 프로그램을 개발하여 적용하여야 할 필요성이 있다.

금연지원 사업으로서 금연침 시술을 하는 경우가 70% 이상이 되었는데 특히 대도시 지역에 비해 중소도시나 군지역에서 높았다. 금연침은 2002년 보건복지부에서 무료로 시술하는 범위에서 허용된 사업인데 최근에는 한방건강증진사업이 활성화되면서 지역사회 한의사회와 연계되어 금연침을 통한 금연지원 사업이 부각되고 있다. 금연침 효과의 과학성이 입증되지 않은 상태에서 시술이 보편화되어 있는 현상에 대해 정부 차원의 재검토가 필요할 것으로 생각된다[14].

또한 60% 이상의 보건소에서 청소년 금연개입을 하고 있었는데, 청소년 금연과정은 접근방법에서 성인과 큰 차이가 있고 전문성을 요구하는 만큼 지금까지 보건소 직원을 위한 별도의 교육과정이 이루어지지 않은 상태에서 비과학적으로 실시될 우려가 있으므로 금연프로그램의 개발 및 표준화가 필요하다[15]. 특히 흡연청소년을 대상으로 한 금연캠프는 고비용에 비해 효과가 입증되지 않은 사업임에도 많은 보건소에서 실시하고 있어 문제점으로 나타났다. 반면 청소년 또래 지도자를 잘 활용하면 흡연예방 효과가 큰 것으로 알려져 있는데 흡연예방 또래 지도자 캠프를 실시한 곳은 10% 미만에 머물렀다.

금연환경조성 사업에 대해서는 보건소 금연사업 담당자들이 우선순위를 높게 생각하지 않았으며[13], 이번 연구결과에서도 금연시설 및 담배판매업소에 대한 지도단속 업무 중심으로 운영하고 있었다. 제한된 인력과 시간으로써 지속적이고 효과적인 단속이 되기는 매우 어려울 것으로 생각되나 중앙정부에서는 보건소 금연사업평가 성과실적 중의 하나로 지도단속의 실적을 요구하고 있어 소정의 목표를 달성하기 위해서는 정부의 지원 및 지역사회 자원을 최대한 활용하는 것이 필요할 것으로 생각된다. 반면 모범사례 발굴 등의 긍정적인 측면의 강화를 위한 노력은 부족

하였는데 벌칙이나 처벌보다는 격려와 보상이 더 큰 효과를 거둘 수도 있다는 측면에서 향후 모범업소나 사례에 대한 포상제도 등을 활성화할 필요가 있을 것으로 생각된다.

금연사업 담당자의 업무환경 및 역량에서 최근 건강증진사업 예산이 늘어남에 따라 예산을 부족하다고 한 경우는 거의 없는 반면, 인력의 부족을 호소하는 경우는 많았다. 특히 건강증진사업 예산과 범위의 확대에 따라 보건소 인력 부족 현상은 더욱 심화될 것으로 예상된다. 이는 사업수행을 위한 역량 강화와 효율성 증대, 지역사회 자원의 활용 등으로 극복하여야 할 것이다. 군지역과 시지역이 대도시에 비해 역량과 자원의 부족을 말한 경우가 많았는데 이는 지역간의 형평성을 위해서 향후 지원과 고려가 있어야 할 부분이다. 금연교육의 강사로서는 민간단체나 기관의 강사를 비롯하여 보건소 직원, 금연 상담사 등 다양한 자원을 활용하고 있어 바람직한 것으로 생각되나, 이들 강사의 교육내용과 수준을 표준화하는 작업이 필요할 것이다. 학생을 직접 지도하는 교사의 경우 훌륭한 강사 자원이 될 수 있으나 실제 활용을 하는 경우는 거의 없어, 교사 연수회를 더욱 활성화하여 교사를 금연지도자로 양성할 필요가 있다고 생각된다.

금연사업 교육·훈련의 가장 중요한 경로로서 이론적 지식과 실무 능력 모두 각종 연수교육이 50% 전후로서 가장 높아 교육의 실효성이 있는 것으로 판단된다. 그러나 지식의 습득원으로서 스스로 터득한다는 경우가 두 번째로 높고 실무 능력의 습득도 스스로 터득하거나 전임자의 도움에 의존하는 경우가 많아 아직 많은 경우 실무에 도움이 되는 교육을 제대로 받지 못하고 있음을 반영하였다. 금연사업에 필수적이라고 생각되는 각종 사업별 교육에 대해서는 최대 60% 정도에서 최소 30% 정도까지 교육 경험이 있어 아직 다양한 내용에 대한 교육이 더욱 필요함을 보여주었다. 각 사업별 내용에 대해 많게는 50% 정도에서 적게는 30% 정도까지 자신감을 나타내었으나 아직 자신감이 없다고 한 경우도 다수 있어 지속적인 교육이 필요하다고 생각된다.

금연사업을 위한 관련 부서와의 업무 조율은 잘 되고 있다고 한 경우가 40% 가까이 되었으나



보통 혹은 잘 안된다는 경우도 많아 업무의 효율성 증대를 위한 연계방안 구축이 필요하다고 할 수 있다. 업무연계가 잘 안되는 이유로서 담당업무를 처리하기에도 바빠서라고 한 경우가 다수였는데 업무연계의 본질적인 필요성이 업무의 효율을 높이고자 하는 것임을 감안하면 보건소 업무처리 과정의 구조적 개선이 필요하다고 할 수 있다. 특히 상당수에서 보건소 업무가 구조적으로 연계가 어렵다고 한 것을 감안하면 보건소의 사업 수행을 위한 시스템의 문제점을 검토해 볼 필요가 있다고 생각된다.

중앙정부의 기능에 대한 의견에서 현재의 교육·훈련 횟수가 많다고 생각하는 경우보다 부족하다고 느끼는 경우가 훨씬 많았다. 특히 교육 내용에 대해 대체적으로 만족을 하고 있으며, 앞에서 세부 내용별로 아직 교육의 경험이 없는 경우가 많은 것을 감안할 때 향후 교육·훈련의 기회를 확대할 필요가 있다고 하겠다. 정부에서 제공하는 지침서나 자료에 대한 만족도도 비교적 높았으며, 금연정책에 대한 찬성도 높아 정부의 금연정책에 대해 비교적 긍정적인 생각을 가지고 있었다.

보건소 금연사업을 위한 발전방안으로서 예산 확충에 대한 필요성이 가장 낮게 나와 최근 건강증진사업 예산 증대로 인한 업무 부담의 반영으로 해석된다. 반면 인력의 역량 강화에 대한 요구도가 인력 보강보다 높게 나와 인력 확충에 대한 기대가 현실적으로 어려우며 반면 업무 역량 강화를 통한 효율성 증대에 대한 기대가 높아진 것으로 생각된다. 지역주민의 금연필요성 고취가 높게 나와 금연사업에 대한 순응도 향상이 사업에 큰 도움이 될 것이라는 기대가 반영되었으며 이는 정부의 더욱 적극적인 홍보가 도움이 될 것으로 생각된다. 그 외 명확한 사업지침서 제공에 대한 요구도가 상대적으로 높았으며 정부당국의 행정적 지원에 대한 요구도도 높게 나와 이러한 부분에 대한 정부의 역할이 필요하다고 할 수 있다.

보건소 금연사업 담당자들의 직무수행은 금연교육 및 상담과 주민대상의 홍보 등 실제 사업수행 부분에 집중되어 있고 기획 및 평가와 관련된 부분은 미흡한 것으로 알려져 있는데[12], 이

번 연구에서도 비슷한 경향을 보였다. 따라서 향후 보건소 금연사업의 발전을 위해서는 과학적 근거를 바탕으로 하고 지역사회 여건에 적합한 금연사업의 기획 및 수행이 필요하며 이를 위해 보건소 인력의 역량과 전문성 강화를 위한 교육·훈련 과정의 지속적 개발이 필요하다. 또한 사업대상자의 참여 유도 방안 개발, 지역사회의 인적자원 활용 강화, 부서간 업무 연계의 강화 방안 마련 등이 필요하다.

## 요 약

보건소의 금연사업은 정부의 정책이 지역사회에서 대주민 사업을 통해 직접 수행된다는 측면에서 매우 중요하며 따라서 보건소 금연사업을 지속적으로 모니터링하고 발전하도록 할 필요가 있다. 본 연구는 보건소 금연사업 담당자들을 대상으로 한 설문조사를 통해 우리나라 보건소 금연사업의 현황 및 문제점 파악을 하여 이를 근거로 보건소 금연사업의 개선 및 발전방안을 제시하고자 하였다.

2006년 11월에 전국의 보건소 금연사업 담당자를 대상으로 교육 참석자 및 우편 혹은 이메일을 통해 자기기입식 설문조사를 실시하였다. 246개 보건소 중에서 213명이 응답하였고 그 중 응답내용이 부실한 1건을 제외한 212건을 대상으로 분석하였다.

조사 결과 금연사업 담당자들의 업무 경력에서 86.7%가 금연사업 종사 기간이 3년 미만이었고 90% 정도가 87.3%가 다른 업무를 겸하고 있었다. 금연사업의 내용으로서 포스터나 리플렛을 이용한 홍보와 중고등학생 대상 흡연예방 교육을 거의 모든 보건소에서 실시하였으며, 실제적인 사업의 우선순위는 지역사회 진단이 아닌 현실적인 이유에 의해 결정하는 경우가 많았다. 사업수행을 위한 자원에서 예산이 부족하다고 한 경우는 1.9%에 지나지 않았으며 44.7%가 인력이 부족하다고 하였다. 사업에 필요한 지식과 기술의 습득은 스스로 터득하거나 전임자의 도움에 의존하는 경우가 많았다. 금연사업을 위한 부서간 업무 조율이 잘 된다는 경우가 39.5%에 지나지 않았으며, 금연사업 지원을 위한 중앙정부의



기능에 대해서는 대체적으로 만족하는 경향이였다. 보건소 금연사업 발전을 위해 가장 필요한 것으로서 인력의 역량강화가 65.6%로서 가장 많았다.

본 연구 결과 보건소 금연사업의 발전을 위해서 향후 보건소 금연사업의 발전을 위해서는 과학적 근거를 바탕으로 하고 지역사회 여건에 적합한 금연사업의 기획 및 수행이 필요하며 이를 위해 보건소 인력의 역량과 전문성 강화를 위한 교육·훈련 과정의 지속적 개발이 필요하다. 또한 사업대상자의 참여 유도 방안 개발, 지역사회의 인적 자원 활용 강화, 부서간 업무 연계의 강화 방안 마련 등이 필요한 것으로 나타났다.

### 참고문헌

1. Yoon SJ, Ha BM, Kang JW, Chang HC. Estimation of attributable burden due to premature death from smoking in Korea. *Korean J Prev Med* 2001;34(3):191-199 (Korean)
2. Ha BM, Yoon SJ, Lee HY, Ahn HS, Kim CY, Shin YS. Measuring the burden of premature death due to smoking in Korea from 1990 to 1999. *Public Health* 2003;117(5):358-65
3. Kim HJ, Park TK, Jee SH, Kang HY, Nam JM. Analysis of socioeconomic costs of smoking in Korea. *Korean J Prev Med* 2001;34(3):183-190(Korean)
4. Kang HY, Kim HJ, Park TK, Jee SH, Nam CM, Park HW. Economic burden of smoking in Korea. *Tob Control* 2003;12(1):37-44
5. Lee H, Yoon SJ, Ahn HS. Measuring the burden of major cancers due to smoking in Korea. *Cancer Sci* 2006;97(6):530-4
6. 이태한. 보건소 중심 건강증진사업의 현황 및 추진방향. 2004 지역보건연구회 동계 심포지엄 자료집, 2004
7. Lee JY. The direction of community level smoking cessation programs. *Health-Welfare Policy Forum* 2007;7:35-42(Korean)
8. Lee JY. The past and future of health promotion program in health center. *J Korean Soc Health Educ Prom* 2007;24(2):135-148(Korean)
9. Song TM. Smoking cessation clinics at public centers in Korea. *Health-Welfare Policy Forum* 2007;7:50-65(Korean)
10. 황인경, 문옥륜, 이원철, 이무식. 보건소 건강생활실천사업 내용의 표준화 및 평가지표 개발. 건강증진기금사업지원단, 2004
11. 박순우. 보건소 금연사업의 현황과 개선 방안. 대한예방의학회 제57차 추계학술대회 연세집, 2005, 쪽265-283
12. 보건복지가족부. 국민건강증진종합계획(2006~2010) 2008 실행계획. 보건복지가족부, 2008
13. Na BJ, Lee MS, Kim KY, Kim EY, Bae KH, Lee JY, Oh KH, Oh JD. Job analysis of a staff who manage quit-smoking policy on health centers. *J Korean Soc Health Educ Prom* 2006;23(4):173-192(Korean)
14. Lee JY, Park CM, Suh MK, Choi EJ. Community health education. *J Korean Soc Health Educ Prom* 2007;24(4):239-247 (Korean)
15. Lee JY, Song TM. The factors influencing on success of quitting smoking in rural and urban smoking cessation clinics. *J Agri Med & Community Health* 2008;33(3):292-302
16. Park SW. National policy for adolescent smoking prevention cessation. *Health-Welfare Policy Forum* 2007;129:22-34