

# 입원 환자 금연 진료에 대한 의사 인식도

박일환, 정유석

단국대학교 의과대학 가정의학과교실

## Physicians' Perspectives on the Smoking Cessation Service for Inpatient Smokers

Eal Whan Park, Yoo-Seock Cheong

Department of Family Medicine, College of Medicine, Dankook University, Cheonan, Korea

**Background:** Smoking cessation services for inpatients can be provided effectively through interdisciplinary collaborations. Physicians could play a central role in smoking cessation counseling and treatment for recovery from illness and health promotion of the inpatient. This study aimed to investigate the perspectives of physicians on inpatient smoking cessation services.

**Methods:** We conducted one personal and two focus group interviews with clinical faculties at a university hospital in Seoul and a university hospital in Chungnam using semi-structured questionnaires. Interviews were recorded, and the transcribed verbatim was analyzed qualitatively.

**Results:** The physicians recognized the need for inpatient smoking cessation services and recognized that smoking cessation was effective when the patient had a smoking-related illness such as respiratory or cardiovascular disease. Additionally, the physicians recognized the need for hospital management to support smoking cessation in hospitalized patients and recognized that it was effective to have a dedicated workforce with a smoking cessation coordinator. There was support from four types of physicians in the smoking cessation program: active participant, passive supporter, passive ignorer, and active refuser.

**Conclusions:** The physician is important for the effective implementation of inpatient smoking cessation services. A dedicated team for the smoking cessation of the inpatient, the establishment of evidence-based data on the effectiveness of the inpatient smoking cessation services, and development of customized smoking cessation services will be necessary to strengthen the role of physicians.

**Korean J Health Promot 2019;19(3):128-137**

**Keywords:** Smoking cessation, Inpatients, Physicians

## 서론

흡연은 세계적으로 가장 흔한 사망 및 질병의 원인이다. 우리나라는 2015년 담배값 인상과 더불어 국민건강보험공단의 주도로 병원 금연치료지원사업을 시작하였다. 의사들은 고혈압, 당뇨병, 호흡기질환 등 각종 건강문제로 병의원을 방문하는 흡연자들에게 금연 권고와 함께 금연 약물을 처방하기 시작하였으며, 흡연자들은 등록 후 일정 조건을 이수하면 진료비와 약제비에 대한 본인 부담 없이 금연 진료를 받게 되었다. 임상 의사의 단순 금연 상담도 금연 성공

- Received: Jul. 4, 2019 ■ Revised: Sep. 3, 2019 ■ Accepted: Sep. 5, 2019
- Corresponding author : **Yoo-Seock Cheong, MD, PhD**  
Department of Family Medicine, College of Medicine, Dankook University, 119 Dandae-ro, Dongnam-gu, Cheonan 31116, Korea  
Tel: +82-42-550-6385, Fax: +82-42-559-7897  
E-mail: drloved@hanmail.net  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7119-5429>
- This study was supported by Korea Health Promotion Institute.

를 의미 있게 높인다는 것은 잘 알려진 사실이다.<sup>1)</sup>

입원 환경은 흡연자인 환자들에게 금연을 위한 진료를 제공하기에 좋은 조건이다. 입원 환자에 대한 금연 진료의 장점은 입원 환자 중에서 많은 수의 흡연자를 만날 수 있다는 점, 입원 환자 중에는 호흡기질환, 심뇌혈관질환, 수술 등 흡연과 관련된 다양한 질환에 이환된 환자들이 많다는 점, 입원 환자들이 자신의 건강 상태가 좋지 않다고 인식하고 있어서 금연에 대한 동기가 높다는 점, 병원 건물이 금연 건물로 지정되어 있어서 입원 중에는 강제적인 금연 상태이므로 금연을 유도할 수 있다는 점, 입원 환자들이 입원 중에 금연 상담 및 금연 약물을 처방할 수 있는 금연 상담 전문가들을 용이하게 만날 수 있다는 점 등이다.<sup>2)</sup>

Rigotti 등<sup>3)</sup>은 병원에 입원한 흡연자에 대하여 일반적인 금연 권고를 받은 대조군에 비하여 15분간 병실에서 금연 상담과 금연 교육 자료를 제공받고, 임상 의사들에게 금연 권고를 상기시키는 메시지를 의무기록에 나타나게 하고, 환자가 퇴원한 후에 3주간 주당 1회의 전화 금연 상담을 지속적으로 시행한 시험군이 1개월 금연율이 통계적으로 의미 있게 높았다고 보고하였다.

흡연이 환자의 예후에 중대한 영향을 미칠 수 있는 심뇌혈관질환, 호흡기질환의 경우에 담당 주치의가 입원 환자에게 금연을 권유하는 것은 필수적이지만, 실제로는 해당 과목의 임상 의사들은 입원의 원인이 된 질병의 치료에 더 관심이 많을 수밖에 없고, 모든 의사가 금연 상담 및 치료에 관하여 전문적 훈련을 받은 것은 아니므로 피상적인 권고에 그칠 가능성이 높다.

입원 환자 금연 진료에 대한 의사들의 인식도를 조사하기 위해서 연구 대상이 되는 의사들의 대표적 표본을 추출하여 설문조사 방법으로 통계적 분석을 시행하는 양적 조사연구 방법을 고려할 수도 있지만, 금연 진료의 현장에 있는 의사들의 실제적인 경험을 자연스럽게 관찰 기술하고 특징적인 유형들을 알아내기 위해서는 질적 연구 방법이 많은 장점이 있다. 질적 연구 방법은 입원 환자 금연 진료에 대한 의사들의 지금까지의 경험을 현상학적으로 조사하고, 의사들의 금연 진료에 대한 인식, 의사들 간의 인식의 차이, 실제 임상 현장에서 입원 환자 금연 진료가 주는 의미를 심도있게 도출할 수 있다.<sup>4)</sup>

포커스 그룹 인터뷰 연구는 질적 연구 방법의 하나로써 4-12명 정도의 인원으로 구성된 소그룹으로부터 정보를 얻는 방법이다. 이 연구 방법은 포커스 그룹 참여자 개인의 의견을 얻는 것뿐만 아니라 참여자들 간의 상호작용이 이루어지게 하여 참여자들의 다양한 경험을 수용하고 유사점과 차이점에 대한 토론이 이루어지게 하는 특징을 갖는다.<sup>4)</sup> McCarty 등<sup>5)</sup>은 간호사들의 입원 환자들에 대한 금연 권고의 장애 요인을 알아보기 위하여 포커스 그룹을 이용한 질

적 연구를 수행한 바 있다.

본 연구는 입원 환자들에게 제공되는 금연 진료에 대한 임상 의사들의 인식과 요구도를 질적 연구 방법으로 조사해 본 것으로서 연구의 결과는 입원 환자를 위한 금연지원 서비스의 개선을 위한 요인들을 도출해 내는데 기여할 수 있을 것이다.

## 방 법

### 1. 연구 대상 및 방법

2017년 9월 14일부터 2017년 10월 12일까지 서울 인제대학교 서울백병원과 천안 단국대학교병원 임상교수들을 대상으로 개별 인터뷰 및 포커스 그룹 인터뷰를 시행하였다. 개별 인터뷰는 질적 연구를 전공한 간호학 박사급 연구원이 수행하였으며, 단국대학교병원 기관생명윤리위원회의 승인(2017-10-003)을 득하였다. 포커스 그룹 인터뷰는 연구자 중 한 명인 대학병원 가정의학과 교수가 주진행자로 면담하였고, 질적 연구를 전공한 간호학 박사급 연구원이 보조 진행자로 참여하였다. 개별 인터뷰와 포커스 그룹 인터뷰는 병원의 회의실에서 이루어졌으며, 참여자들은 인터뷰 전에 연구에 대한 서면동의서를 작성하였다. 개별 인터뷰와 포커스 그룹 인터뷰는 미리 구성된 인터뷰 질문지를 사용하여 시행되었다.

개별 인터뷰 질문은 5개로서 1) 환자를 금연 클리닉에 의뢰한 경험, 2) 입원 환자 금연의 필요성, 3) 직접 금연 약물 처방이나 금연 상담을 한 경험, 4) 현재 금연 클리닉 의뢰를 촉진하는 요인과 방해하는 요인, 5) 입원 중 금연 환자를 늘리기 위해 개선할 사항, 6) 금연 클리닉을 모르는 다른 의사에게 금연 클리닉에 대해 권고할 내용 등이었다. 개별 인터뷰 이후에 인터뷰 내용을 분석하여 질문을 새롭게 구성하였으며, 반구조화된 질문지를 활용하여 임상교수들을 대상으로 포커스 그룹 인터뷰를 시행하였다. 포커스 그룹 인터뷰는 2차에 걸쳐서 이루어졌다.

포커스 그룹 인터뷰 질문의 항목은 10개였다. 그 내용은 1) 입원 환자의 금연 필요성, 2) 입원 환자를 금연 클리닉에 의뢰한 경험, 3) 직접 금연 약물 처방이나 금연 상담을 한 경험, 4) 현재 입원 환자 금연지원 서비스의 효과, 5) 입원 환자 금연지원 서비스가 생긴다면 의뢰를 촉진하는 요인과 방해하는 요인, 6) 입원 환자 금연의 중요성에 대한 의사의 인식을 높이기 위한 방법, 7) 입원 환자 금연을 유도하기 위해서 주변 환경이 도움을 줄 방법(병동/병원 차원, 의사/간호사 의료인 차원, 입원 환자/보호자 차원, 지역사회/국가적 차원), 8) 금연을 향상, 혹은 금연 약물 복용 순응도를 높이기 위한 방안, 9) 주치의와 금연 코디네이터 또는 클리닉 간의 의사소통 향상에 대한 기대, 10) 입원 환자 금연지원 서

비스에 포함되기를 원하는 내용 등이었다.

면담을 시행하기 전에 포커스 그룹 면담의 목적을 간략히 설명하였고, 면담의 소요시간, 녹취 및 전사, 면담자 개인정보에 대한 비밀 유지에 대해 설명하였다. 또한 면담을 위한 질문들에 대해 참여자들이 자신의 의견과 경험을 솔직히 이야기해 주는 것이 중요하다는 것을 강조하였다.

## 2. 분석 방법

개별 인터뷰 내용과 포커스 그룹 인터뷰 내용은 녹취되었으며 전사 훈련을 받은 전사요원에 의해 전사규칙에 따라 축약적으로 전사되었고 질적 분석 전문가의 자문하에 질적 내용 분석이 이루어졌다. 전사자료는 다량의 데이터 코딩과 분석을 용이하게 해주는 아틀라스 티(ATLAS.ti) 프로그램(ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH, Berlin, Germany)을 사용하여 개방코딩(open coding)을 시행하였다. 개방코딩이란 수집된 원자료를 바탕으로 주제와 범주들로 축약하는 과정을 말하며, 그 개념의 속성과 차원을 데이터 안에서 발견해 나가는 분석과정이다. 개방코딩 결과 42개의 코드가 생성되었다.

42개의 코드는 의사 요인, 환자 요인, 환경적 요인, 입원 금연 치료 프로그램 등 4개의 범주로 구분되었다. 의사 요인 범주에 13개 코드(금연 치료 의뢰 소통, 의뢰 시기, 의뢰 결과 피드백, 금연 치료 처치 명령, 금연 치료 필요성 인식, 의사 대상 금연 상담 기법 교육, 입원 금연 치료 프로그램 만족도, 입원 금연 치료 프로그램 환자 의뢰, 진료과목별 금연

치료 참여도, 치료 주체, 환자 금연 상담[병동], 환자 금연 상담[외래], 환자 금연 정보 공유], 환자 요인 범주에 13개 코드(금연 유익, 개인정보 보호, 금연 치료 적응증, 금연 치료 동기, 금연 치료 동의, 금연 치료 순응도, 금연 치료 의뢰 순응도, 보호자 교육, 비용 부담, 의뢰 거부, 입원 금연 치료 프로그램 인식도, 치료 부담, 흡연 재발), 환경적 요인 범주에 2개 코드(국가 금연 정책, 병원 금연 정책), 입원 금연 치료 프로그램 범주에 14개 코드(간호부 협동, 국가 경비 지원, 금연 코디네이터 역할, 약물 처방, 외래 금연 치료 연계, 프로그램 유익, 의사 역할, 질병 특이적 접근, 추후 관리, 치료 과정, 홍보 방법, 환자 가족 지역사회 협동, 환자 교육 상담, 효과성)가 포함되었다.

이후 개방코딩을 통해 도출된 범주들을 기초로, 범주들의 상호관계를 제시하는 축코딩(axial coding)을 시행하였다. 마지막 코딩의 단계로 중심 현상을 선택하고, 핵심범주를 다른 범주와 체계적으로 연관, 통합하고 정교화하는 선택코딩(selective coding)을 시행하였다. 이후 중심 현상과 다른 범주들과의 관계를 통해 유형을 분석하고 이론을 도출하였다.

## 결 과

### 1. 연구 대상자들과 소속 병원의 특성

인터뷰 참여자는 총 15명으로 남성이 12명(80%)이었으며, 평균 연령은 44.7세였다. 참여자의 진료과는 심장내과, 가정의학과, 호흡기내과, 이비인후과, 정형외과, 신경과, 신

**Table 1.** Characteristics of physicians who participated in individual or focus group interviews

No.	Group	Sex	Age, y	Specialty	Clinical career, y	Previous experience of inpatient smoking cessation practice	Affiliated hospital
1	Individual interview	M	46	Pulmonology	21	Yes	D
2	Individual interview	M	53	Family medicine	27	Yes	D
3	Focus group 1	M	54	Pulmonology	25	Yes	D
4	Focus group 1	M	47	ENT	17	Yes	D
5	Focus group 1	M	47	Orthopedics	15	No	D
6	Focus group 1	F	37	Neurology	9	Yes	D
7	Focus group 1	M	43	Pulmonology	14	Yes	D
8	Focus group 1	M	49	Neurosurgery	17	Yes	D
9	Focus group 1	M	46	Neurology	13	Yes	D
10	Focus group 2	F	35	Family medicine	2	Yes	I
11	Focus group 2	F	41	Psychiatry	15	Yes	I
12	Focus group 2	M	44	Family medicine	10	Yes	I
13	Focus group 2	M	36	Pulmpnolgy	7	Yes	I
14	Focus group 2	M	46	Cardiology	15	Yes	I
15	Focus group 2	M	47	Family medicine	25	Yes	I

Abbreviations: D, Dankook University Hospital; ENT, ear, nose and throat department; F, female; I, Injae Univesrity Hospital; M, male.

경외과, 정신건강의학과로 다양하였다. 또한 참여자의 임상 경력은 평균 15.5년이며, 15명 중 14명이 입원 환자를 금연 클리닉에 의뢰하였거나 금연 상담을 한 경험이 있었다 (Table 1). 개별 인터뷰는 단국대학교병원 금연 클리닉 책임 교수 1명과 호흡기내과 진료교수 1명을 대상으로 이루어졌다. 개별 인터뷰 시간은 각각 약 30분 정도였다. 1차 포커스 그룹 인터뷰는 단국대학교병원에 속한 임상교수 7명을 대상으로 이루어졌으며, 2차 포커스 그룹 인터뷰는 인제대학교 서울백병원 임상교수 6명을 대상으로 이루어졌다. 포커스 그룹 인터뷰 시간은 각 그룹당 70분 정도였다.

단국대학교병원은 2016년 이후 지역금연센터에서 파견된 간호사 출신의 금연 전담 간호사가 입원 환자 금연 서비스를 제공하고 있었으며 해당 간호사는 국가금연지원센터가 제공하는 금연 상담사 교육을 이수하였다. 인제대학교 서울백병원은 입원 환자에 대한 금연이 주치의나 담당교수의 판단에 따라 통상적인 진료 의뢰의 수준으로 가정의학과를 통해 제공되고 있었고, 간호사는 금연 서비스 제공에 관여하지 않았다.

## 2. 입원 환자의 금연 성공에 영향을 주는 요인

입원 환자 금연에 영향을 주는 요인에 대한 의사들의 인식은 환자 요인, 의사 요인 및 환경적 요인으로 구분할 수 있다. 입원 환자의 질병 상태와 개인 특성이 상이하므로 특정한 한 가지 요인의 영향보다는 세 가지 요인들이 유기적으로 연결 통합됨으로써 금연의 성공률이 높아질 것으로 예측하였다.

### 1) 환자 요인

의사가 외래 진료 환자에게 금연을 권하거나 금연 클리닉으로 환자를 의뢰하는 경우보다 입원 환자의 경우에서 금연 치료의 순응도가 더 높았다고 인식하였다. 이는 입원 후에 환자 스스로 건강에 대한 염려가 커짐으로써 금연에 대한 필요성을 더 강하게 인식하고 금연 욕구가 더욱 높아졌기 때문이었다. 또한, 병원은 입원 환자에게 새롭고 낯선 장소로 평상시 생활습관대로 행동할 수가 없으며, 병원 자체가 금연 구역이기 때문에 환자들이 흡연하기에 불편한 곳이었다. 따라서 환자 스스로에게 입원은 금연하기 위한 좋은 기회로 여겨졌다.

“입원했을 때가 사실은 (환자들에게) 굉장히 불행한 뭐 안좋은 어떤 상황이죠. 그런데 그게 역으로 생각하면 이분들이 담배를 끊는데 아주 좋은 시간인거죠. ... 금연을 하고 싶은 동기도 더 강해지고, 담배 피우기가 굉장히 불편해지는 거죠, 입원하면. (참여자 2)”

의사들은 입원 목적이 진단적 검사를 받는 것인 경우에는 입원 기간이 짧고 환자의 건강에 대한 염려가 적었지만, 입원 목적이 치료인 경우에는 입원 기간이 길고 질병의 중증도가 심해서 환자의 금연 의지는 더 컸다고 인식하였다. 또한 환자가 자신의 질병 원인에 대해 궁금해하고 흡연이 질병의 원인 중 하나인 경우에는 금연을 위한 환자의 동기화가 더욱 강했다고 인식하였다.

“입원 환자들의 경우에는 금연을 이번 기회에 하셔야 된 다라는 얘기는 제가 지나가면서 합니다. 수술 앞두고 담배를 피우지 않으셔야 되고, 회복되는 데 있어서 중요합니까 라고 이제 거기까지만 제가 일반적으로 얘기하고 환자가 오히려 의뢰를 원해서 금연 프로그램이 있으면 금연할 수 있게끔 좀 연결해 주세요라고 먼저 물어보는 경우가 저 같은 경우는 많았던 것 같습니다. (참여자 4)”

“입원했을 때가 (금연 성공률이) 조금 더 높는데 그 이유가 의사가 단지 금연을 하라고 권고를 하는 것뿐만 아니라, 그거로 인해서 아주 심각한 문제가 본인이 생겼잖아요. 그래서 그걸로 인한 트라우마 때문에 아 담배를 이번에 끊어야 되겠다 이런 생각이 훨씬 더 많이 드는거죠. (참여자 15)”

또한 의사들은 흡연 환자도 당뇨병, 고혈압 같은 만성질환 환자처럼 금연 약물을 빠지지 않고 복용하는 것이 금연 성공에 중요하며, 금연을 지지하는 가족의 역할도 중요하다고 인식하였다.

“사실은 약을 잘 먹는 게 굉장히 중요해요. 약을 꾸준히 끝까지 잘 먹는 거. 복약 순응도죠. 약을 80% 이하로 먹으면 성공률이 25%대로 떨어지고요. 3개월 약 중에 80% 이상 잘 복용을 하면 성공률이 50% 이상 올라가요. 그러니까 약을 잘 먹도록 하는 게 중요해요. 환자들이 중간에 약을 그만 먹고 싶다고 하는 경우들이 많거든요. (참여자 2)”

### 2) 의사 요인

의사들은 입원 환자에 대해 금연까지 신경쓰기 어렵다고 솔직히 말했다. 의사들은 입원 환자의 기저 질병이나 증상에 중점을 두고 치료하고 있으며, 이것만으로도 업무는 충분히 바빴다. 또한, 대부분 의사들은 환자의 금연과 관련된 추가적인 업무를 원하지 않았으며, 환자에게 금연을 말로 권하기는 하지만 금연 약물 처방이나 심층 면담까지는 잘 시행하지 않았다. 이는 의사들이 과중한 업무로 인해 금연에 대해 충분히 상담할 시간을 갖지 못할 뿐 아니라 금연에 대한 전문 지식도 부족하였기 때문이었다.

“(금연 교육 및 상담) 이런 필요성은 있는데 해본 적이 없

는 것은 사실 두 가지 이유가 있어요. 하나는 제가 그 분야의 전문가가 아니기 때문에, 그것을 제가 하는 것보다는 좀 더 전문가 집단에게 의뢰를 해야 되겠다는 생각이 있고, 두 번째는 사실 뭐를 그렇게 아는 게 있어야 하는데 제가 여기에 대해서 적절한 교육을 받지를 못했어요. 실제로도 사용하는 약물이 어느 정도 용량으로 사용할 수 있는지, 만약에 어떤 내용이 궁금한게 있으면 그걸 적절하게 답변하기 어렵기 때문에 그래서 (금연 교육 및 상담을) 해 본 경험이 없어요. (참여자 8)”

한편, 의사의 전문 진료과목별로 입원 환자 금연에 대한 관심도에 차이가 있었다. 흡연과 연관이 있는 심뇌혈관, 호흡기, 암질환과 관련된 전문분야의 의사들은 환자의 흡연 여부에 관심을 갖고 적극적으로 금연을 권고하였지만, 그 외의 분야의 의사들에서는 환자 금연에 대해 관심도가 적었다.

“예전에는 이제 내과 같은 경우도 다 분과되기 전에 모여서 했을 때. 그럴 때는 다들 관심이 있어요. 근데 내과 내에서도 사실, 저희 과 호흡기내과. 뭐 이런 과들 제외하고는 담배 피우는 것에 대해서 관심을 대부분은 안 갖죠. 그들은 그냥 간단하게 담배 끊으세요. 그 정도 얘기만 하지. 뭐 (금연) 클리닉에 대한 이런 거에 관심을 가지지 않는 거죠. 왜냐면 본인들의 (전문과목) 질환과는 연관이 없기 때문에. (참여자 1)”

또한, 같은 전문 진료분야의 의사라고 하더라도 의사에 따라 환자에게 금연 약물을 처방하는 시점을 다르게 생각하였다. 예를 들면, 일부 의사들은 환자가 입원하면 바로 금연 치료를 시작하는 것을 찬성하였지만, 일부는 환자가 질병이 진행된 상태에서 입원하여 한꺼번에 많은 약물을 복용하게 되기 때문에, 입원 당시보다 퇴원 후 외래에서 환자가 치료 약물에 적응이 된 시기에 금연 치료를 시작하는 것을 원했다.

“저희가 입원해서 이제 치료하는 모든 대부분 환자들이 기존에 안 먹던 약을 갑자기 한 5-6개를 한꺼번에 먹게 되요. 그중에 시술을 했던 사람들 같은 경우에는 반드시 먹어야 되는 약이 있어요. 그러니까 최소 일 년 동안 내지는 한 달 정도는 절대 하루도 깜박 잊거나 아니면 임의로나 여러 가지 일로 끊지 말아야 되는, 강조를 해야 되는 약이 있는데. 거기에 지금 반드시 먹어도 되지 않는 약을 같이 해가지고 혼란스럽게 한다. 그러면은 환자 compliance에 오히려 조금 더 영향을 미칠 수가 있죠. (참여자 14)”

### 3) 환경적 요인

금연을 증진시킬 수 있는 환경적 요인은 병원 환경과 제

도적 환경으로 나눌 수 있다. 병원 환경 측면에서 보면 병원 자체는 법으로 흡연이 금지된 장소이긴 하지만, 입원 환자의 금연을 증진시키기 위한 정책 마련을 위해서는 병원 관리자의 의지가 필요한 것으로 나타났다.

또한, 금연이 중요한 건강문제라는 병원 전 직원의 인식 향상이 우선되어야 하며, 이를 위해 금연에 대한 주기적이고 전문적인 직원교육이 필요함을 강조하였다. 한편, 흡연 환자를 금연 프로그램에 많이 등록시킬 수 있도록 하기 위해서는 환자 대상의 효과적인 홍보와 교육 자료의 활용이 필요한 것으로 나타났다.

“지금 현재 시스템에서 병원에서는 금연에 신경을 안써야, 안쓰고 일을 해야 돈을 버는 거예요. 그게 제일 문제야. (참여자 12)”

“의사들이 금연의 필요성에 대해서 정말 중요하다는 인식이 굉장히 중요할 것 같아요. 그래서 병원 의사들에 대한 금연의 필요성에 대한 교육 홍보가 굉장히 중요하다고 생각하고요. 그래야 자기 환자한테 금연을 강력히 권고할 수 있는 거죠. 의사가 생각하기에 금연이 필요하지 않다고 생각하는 사람이 어떻게 환자한테 금연하라고 강력하게 어필을 하겠어요. (참여자 3)”

“환자한테 안내하는 콘텐츠가 가장 중요한 것 같아요. 어떻게 안내할 것인가 처음에. 발 들어놓는 그 브로셔에 금연 클리닉은 이런 곳입니다라고 하는 그게 제일 중요한데, 그걸 어떻게 예쁘게 누가 그 내용을 다듬어서 딱 보면 이해하기 쉽게 잘 만들 것인가가 제일 문제고. (참여자 5)”

입원 환자의 금연율을 높이기 위한 제도적 환경으로 환자가 입원 중에 금연 프로그램에 등록하는 과정을 생각할 수 있다. 입원 중 금연 프로그램은 담당 의사의 업무를 크게 늘리지 않으면서도 전문적인 교육과 상담을 진행할 수 있는 효과적인 프로그램이다. 이를 위해서는 현재 단국대학교병원과 같이 병원에 상주하는 금연 코디네이터가 필요함을 강조하였고 다른 병원으로도 이 제도가 확대되기를 기대하였다. 또한, 입원 환자 금연지원 서비스가 보건복지부에서 지원하는 ‘응급실 기반 자살시도자 사후관리 사업’과 비교되기도 하였다. 향후 금연 코디네이터가 포함된 금연 전담팀이 있다면 입원 환자 금연의 효과는 클 것으로 예상하였다.

현재 병원에서 활동하는 장기이식 코디네이터, 조혈모세포 코디네이터, 암 코디네이터 등은 환자 상담 및 교육, 환자 자문, 환자 진료 일정 조정을 통한 편의 제공, 다학제팀 간의 원활한 연계 및 협력 등의 업무를 수행하고 있으며, 금연 코디네이터의 업무도 이와 유사한 것으로서 퇴원 후 환자 상담 및 관리, 금연 지속 여부 추적, 의료진에 환자 금연 상태 피드백, 지역사회 금연 서비스 연계 등의 역할을 기대

하였다.

“실제로 의료진이 가가지고 아주 짧은 기간 인터뷰를 하는 것보다, 아주 체계적으로 아까 한 삼십 분 정도 이렇게 인텐시브하게 그런 상담을 해주는 거가 (환자 금연에) 상당히 도움이 많이 된다고 그러니까. 제 생각에는 사실 의사가 가가지고 삼십 분 동안 (교육 자료를) 그걸 다 읽게 하고 있기는 상당히 좀 어렵지 않을까 생각이 되거든요. 코디네이터나 이런 그런 전문가. 말은 코디네이터이지만 실제로 전문적으로 인터뷰를 할 수 있는 사람이 가서 상담을 해준다면, 좀 더 더 효율적으로 진행되지 않을까 싶기는 합니다. (참여자 15)”

“그렇죠. 우리 인력에서는 (금연 프로그램이) 안될 것 같아요. 코디네이터를 그 팀이 따로 (입원 환자 금연) 그것만을 전담하는 팀이 반드시 있어야 돼요. 정부에서 코디네이터 한 명을 다 주면 돼요. 병원에 예산을 주면 돼요. 저희가 그 응급실 자살시도자를 관리하면서 도와주는 프로그램을 해보니까, 아 정부가 이렇게 의지를 가지고 예산을 쓰면 그것도 굉장히 부족하지만 그럼에도 불구하고 정말 많은 변화가 있구나 이런 생각이 들고 우리가 맨날 전공의 선생님이나 저희가 맨날 막 설명하는 것보다 이 전담 인원들이 딱 체계화된 시스템에 의해서 잘 연결을 하니까 퇴원하고 나서도 지역사회센터로 연결이 되고 병원오는 것도 전화해서 오시도록 하고, 굉장히 사실은 괜찮거든요. 금연도 그 모델이랑 크게 차이가 없이 진행돼도 될 거 같아요. (참여자 11)”

또한 입원 환자가 금연 프로그램에 등록되었을 때 주치의와 금연 전담팀의 의사소통이 원활히 이루어질 수 있는 방법이 필요하며, 입원 환자가 퇴원하였을 경우 지역사회 금연 프로그램과는 어떻게 연계할 것인지, 추후 심리상담은 누구에게 어떻게 받을 수 있을지 등에 대한 문제들이 드러났다.

“주치의가 이 사람이 담배를 끊었는지 어떤지 그걸 파악을 못한다든지, 아니면 그 과정에 이 사람이 가지고 있는 새로운 문제가 어떻게 생겼는지를 잘 모른다든지 그러면 안될 것 같거든요. 그래서 이게 그 금연 클리닉이나 금연 이쪽에서 상담해주는 쪽에서 그 주치의에 대한 피드백을 잘 해주면 더 좋지 않을까. (참여자 15)”

“지역사회화고의 연계도 필요하다고 보여지는 거예요. 그러니까 병원에서만 이런 금연 프로그램을, 병원에서만 할 게 아니라, 병원뿐만 아니라 뭐 시청이나 구청에서 건강강좌에서도 계속 하고, 거기에서도 그런 부분들을 정보를 계속 제공하고, 이렇게 해줘야 꾸준히 지속적으로 되고. 그러니까 여기서 교육을 하고 다음부터 팔로업은 무슨 어느 시청에 가시면 교육 그게 있으니까, 일주일에 한 번 뭐 시간 내셔서 방문하셔서 금연 잘하고 있는지 계속 체크하시고. 이런 시스템을 구축을 해야 육 개월이 일 년이 되고 일 년이 이 년이 되는 거지. 병원에서 단 뭐 한 삼 개월 정도 그런 교육을 한다고 해서 그 효과가 물론 뭐 짧은, 의지가 강하신 분들은 짧은 분도 있겠지만, 그 효과가 지속적이지는 않을 가능성이 높다는 거죠. (참여자 1)”

## 2. 입원 환자 금연 프로그램에 대한 의사의 지지 유형과 요구도

개방코딩을 통해 도출된 범주들을 기초로 하여 2차 코딩을 시행하였다. 이를 통해 입원 환자 금연 프로그램에 대한 의사의 지지 유형을 4가지(적극적 참여형, 소극적 지지형, 소극적 무관심형, 적극적 거부형)로 분류하였다(Table 2).

### 1) 적극적 참여형

적극적 참여형의 의사들은 입원 환자에 대해 적극적으로

**Table 2.** Types of physicians' support to the inpatient smoking cessation program

Type	Active participant	Passive supporter	Passive ignorer	Active refuser
Characteristics	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Advice of smoking cessation to inpatient smokers</li> <li>• Active referral of patients to inpatient smoking cessation program</li> <li>• Monitoring of smoking cessation counseling results of patients</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Awareness of benefits of smoking cessation for inpatient smokers</li> <li>• Support to smoking cessation coordinator</li> <li>• Passive referral of patients to inpatient smoking cessation program</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Role differentiation of smoking cessation coordinator</li> <li>• First priority in resolving of acute clinical problems</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Worry about the adverse effects of smoking cessation medications</li> <li>• Worry about the negative effects of smoking cessation medications on patients' health</li> <li>• Worry about increase in the stress level of patients during quitting smoking</li> </ul>
Expectation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sharing information on smoking cessation of patients</li> <li>• Feedback on smoking cessation referral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Development of data on the disease-specific success rates of inpatient smoking cessation</li> <li>• Education of physicians about inpatient smoking cessation program</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Positive attitude of hospital manager to maintain smoking cessation program</li> <li>• Evidence-based benefits of inpatient smoking cessation programs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Customized smoking cessation program according to disease characteristics</li> <li>• Information on the side effects of smoking cessation medications</li> </ul>

금연을 권유하였고 입원 환자를 금연 프로그램에 적극적으로 의뢰하였다. 또한, 이들은 입원 환자의 금연 프로그램 의뢰 후에 환자가 금연에 성공하였는지 상담 결과를 모니터링 하였다.

“(입원 환자 금연 프로그램) 전 되게 많이 이용을 하고 있고요. 저희가 안내를 하거든요. 제 환자들은 제가 봐서는 80-90% 다 들어가는 것 같고요. 그리고 환자들한테 제가 좀 권유를 많이 해요. 왜냐면 방법이 없으니까. 제가 하기 힘들니까. 그래서 대부분 권유를 하고요. 그리고 외래에서도 잘 다니시냐고 전화하고 팔로업을 해요. (참여자 6)”

적극적 참여형 의사들이 입원 환자 금연 프로그램에서 요구하는 바는 처방된 금연 약물이나 금연 순응도 등 환자의 금연 관련 정보를 금연 전담팀과 공유하고, 지속적으로 금연 프로그램 의뢰 결과를 피드백받는 것이었다.

“피드백이 좀 더 잘 되면 그게 더 좋지 않을까? 왜냐면 주치의가 이 사람이 담배를 끊었는지 어떤지 그걸 파악을 못한다든지, 아니면 그 과정에 이 사람이 가지고 있는 새로운 문제가 어떻게 생겼는지를 잘 모른다든지 그러면 안될 것 같거든요. (참여자 15)”

“그 정보를 주는 건 좋을 거 같아요. 예를 들어서, 이렇게 (금연과 관련된) 면담을 했다, 동의를 하셨다. 뭐 이렇게 진행을 할 거라고 주치의가 어쨌든 연락을 받으면, 회진 둘 때라도 한 마디라도 더 (환자에게) 잘 하셨고 뭐 이렇게 하려면 굉장히 좋을 것 같아요. (참여자 11)”

## 2) 소극적 지지형

소극적 지지형 의사들은 입원 환자의 금연이 필요하고 유익하다는 것을 인식하고 있으나 금연 프로그램에는 소극적으로 환자를 의뢰하는 유형이다. 이들은 입원 환자의 금연 치료로 인해 주치의의 업무가 증가되지 않기를 바랐으며, 금연 전담팀에 속한 금연 코디네이터의 역할을 지지하였다.

“담배 피우고 있는 사람들이 병원에 입원했으면 되도록 많이 금연 클리닉에 의뢰를 해가지고. 금연 클리닉에서 전적으로 관리를 잘 해가지고 다른 의사 선생님들 신경 안쓰더라도 (금연) 성공에 이르게 되는 그런 시스템을 만들고 다른 선생님들한테 그런 결과가 홍보가 되고, 금연 클리닉의 운영과 거기에 대해서 걱정하지 않고 믿고 맡길 수 있게 하느냐, 이게 지금 핵심 아닌가요? (참여자 7)”

소극적 지지형 의사들의 요구도는 의사를 자신이 금연에 대한 지식과 인식이 부족하기 때문에 의사를 대상으로 금연

교육을 시행하는 것과 입원 환자 금연 프로그램을 통한 질병별 금연 성공률 데이터를 해당 진료과에 제공해 주는 것이었다. 이를 통해 주치의는 조금 더 입원 환자의 금연에 대해 관심을 갖게 되고 환자를 격려할 수 있을 것으로 생각하였다.

“제일 중요한 게 일단 의사들이 금연의 필요성에 대해서 정말 중요하다는 인식이 굉장히 중요할 것 같아요. 그래서 병원 의사들에 대한 금연의 필요성에 대한 교육 홍보가 굉장히 중요하다고 생각하고요. 그래야 자기 환자한테 금연을 강력히 권고할 수 있는 거죠. 의사가 생각하기에 금연이 필요하지 않다고 생각하는 사람이 어떻게 환자한테 금연하라고 강력하게 어필을 하겠어요. 두 번째는 이제 내 환자가 이 프로그램에 들어와 있다는 것을 알고 있어야 된다. 알고 있어야 (환자에게 금연에 대해) 한 번 더 이야기를 할 수 있고. (참여자 3)”

## 3) 소극적 무관심형

소극적 무관심형의 의사들은 치료에서 입원 환자의 급성 문제 해결이 우선이며, 금연 상담의 우선순위는 낮게 생각하는 유형이다. 이 유형의 의사들은 금연 코디네이터의 역할을 입원 환자의 진료와 분리하여 생각하였다.

“상대적으로 저희는 그 치료가, 현재 당장 눈앞에 닥친 치료가 더 급하기 때문에 금연은 베이스적인 기본적인 생활 패턴을 바꿔야 되는 문제라서 금연 클리닉으로 보내는 거는 나중에 급성기가 끝나고 난 이후의 얘기고. (참여자 5)”

소극적 무관심형 의사들은 병원 관리자가 입원 환자 금연 프로그램의 유지를 위해 적극적 태도를 취할 것을 요구하였으며, 외래 환자가 아닌 입원 환자들에 대한 금연 프로그램이 필요한 이유에 대해 근거 제시를 원했다.

“환자는 호흡기내과 의사랑도 rapport가 엄청 중요하고, 그래서 매번 제가 올 때마다 금연하고 있는지를 체크를 하거든요. 그러니까 그런 정도의 사람들이기 때문에 입원했을 때 꼭 해야 되냐. 당장 내원했을 때 해도 전혀 문제가 없는데. 그러니까 저는 똑같이 돈을 쓰자면은 입원 당시에 해서 돈을 쓰는 거보다는 외래 베이스에 사람을 놓고 돈을 쓰는 게 저는 훨씬 효과적이지 않을까, 금연에 대해서. (참여자 13)”

## 4) 적극적 거부형

적극적 거부형 의사들은 환자 입원 시 금연 치료 개시를 원하지 않는 유형이다. 이들은 금연 약물로 인한 부작용 발

생과 함께, 금연 처방이 기저 질병에 부정적 영향을 미칠 수 있다는 것을 염려하였다. 또한, 입원으로 인해 갑자기 변화된 환경에서 금연까지 하게 되면 환자의 스트레스가 증가될 것을 우려하였다.

“입원 환자를 (금연 프로그램) 대상으로 한다 그러면, 그 사람이 겪어야 되는 burden이 너무 크기 때문에 적합하지 않고, 그 다음에 생각보다 turn over가 빨라서 재원 기간이 별로 길지 않아서 이런 치료가 동시다발적으로 되면 환자한테 혼란이 되는 경우가 조금 있을 것 같아요. 임의로나 여러 가지 일로 끊지 말아야 되는 강조를 해야 되는 약이 있는데, 거기에 지금 반드시 먹어도 되지 않는 (금연) 약을 같이 해 가지고 혼란스럽게 한다. 그러면은 환자 compliance에 오히려 조금 더 영향을 좀 미칠 수가 있죠. 그리고 이제 그런 내용들을 한꺼번에 숙지시키기에는 너무 많은 사람들이 와서 하면은 환자가 우선순위를 정하는데 좀 혼동을 줄 수도 있고. 그래서 입원 환자를 베이스로 하는 (금연) 프로그램을 운영하기에는 조금 안 맞을 수 있어요. (참여자 14)”

적극적 거부형 의사들이 원하는 요구는 질병 특성을 고려한 맞춤형 금연 프로그램이 필요하다는 것이었으며, 환자가 금연 프로그램에 등록하게 되었을 때 금연 약물 부작용에 대한 정보를 환자 및 주치의에게 제공하기를 원하였다.

“이제 질병 모델에서 그러니까 이제 definite risk factor로 되어있는 질환군에 대한 부분은 훨씬 더 포션이 많을 거고. 그 다음에 이제 probable factor로 있을 만한 disease를 갖다가 쭉 나열을 해서 그것을 각각의 과에다가 sort를 하든지 이렇게 해서 그런 부분을 조금 이렇게 그 리스크를 줄이기 위해서, 질병의 악화라든지 아니면 뭐 재발이라든지 그런 걸 줄이기 위해서 필요하다라는 거를 좀 먼저 만드는 게 좋을 것 같아요. (참여자 8)”

## 고 찰

본 연구는 입원 환자를 위한 효과적인 금연 진료 프로그램의 개발을 위한 전략들을 구상하기 위하여 입원 환자의 금연 진료에 대한 임상 의사의 인식도와 요구도를 알아보고자 하였다. 의사들은 대부분 입원 환자의 금연을 중요한 건강문제로 인식하였으며, 입원 중에 있는 흡연 환자들에게 금연 진료가 적용되는 것을 지지하였다. 그러나 흡연 환자들에게 금연 상담을 효과적으로 적용하기 위해서는 각 진료과에서 진료를 담당하는 의료진들이 직접 금연 교육을 시행하는 것뿐만 아니라, 입원 환자의 금연 상담을 담당하는 전문가(금연 클리닉 의사, 금연 코디네이터)로 구성된 전담팀

이 금연 상담과 환자 관리를 해주기를 원하였다.

입원 환자 금연 치료 진료지침<sup>6)</sup>은 입원 환자의 진료에 관여하는 모든 의료진들이 환자의 흡연 상태를 파악하고 금연 권고를 할 것을 권고하고 있다. 입원 중인 흡연 환자에 대한 금연 권고 및 상담은 병동의 담당 간호사들을 통해 더 효율적으로 이루어질 것으로 추정할 수 있다. 그러나 입원 환자의 진료를 위해 간호사가 담당할 다양한 임상적 업무의 우선순위를 고려하면 간단한 금연 교육을 넘어서 금연을 원하지 않는 고려 전 단계의 환자들에게 15-20분 정도의 동기 유발 상담을 제공하는 것은 일반 간호사들보다는 금연 상담 및 치료를 위해 훈련된 금연 상담 전문 간호사에 의해 이루어지는 것이 더 효과적일 것으로 생각된다. 기존 연구에 의하면 입원 중인 흡연 환자들에게 1명의 의료진에 의해 금연 상담 및 치료를 시행하는 것보다는 직능이 다른(의사, 간호사, 임상심리사 등) 2명 이상의 팀이 금연 상담 및 치료를 시행할 때 입원 환자의 금연율이 의미 있게 높았다.<sup>7)</sup>

입원 환자의 금연 상담 및 치료를 언제부터 시행하는 것이 좋겠는가? 기존의 진료지침은 환자가 병원에 입원하기 위하여 준비하고 있는 시점부터 금연에 대한 권고가 이루어지는 것이 효과적이라고 언급하고 있다.<sup>6)</sup> 환자에게 병원이 금연 구역이라는 일반적인 안내를 제공하는 수준을 넘어서, 환자의 입원 목적과 연계하여 금연의 필요성과 금연이 주는 건강 유익을 환자에게 강조할 필요가 있다는 것이다. 따라서 입원을 위해 준비 중인 환자의 입원 문진 평가에서 환자의 흡연 여부와 흡연력에 대한 정보가 수집되고 담당 의료진들과 공유될 필요가 있겠다.

기존의 임상 연구들에 의하면 흡연 환자들에게 입원 기간 중의 집중적 금연 상담 및 치료뿐만 아니라 퇴원 후 장시간 동안 추후 금연 상태 확인 및 상담을 시행하는 것이 금연 성공률을 높이는데 효과적이었다.<sup>8)</sup> Miller 등의 연구<sup>9)</sup>에 의하면 입원 환자를 대상으로 이루어진 임상시험에서 의사의 금연 권고와 금연관련 책자만을 받은 일반적인 상담군에 비하여 의사의 권고, 간호사에 의한 30분간의 금연 상담, 퇴원 후 간호사에 의한 10분간 전화 상담을 시행한 군이 금연율이 더 높았다. 특히 일반 상담군에 비해 최소한 퇴원 후 3개월간 4회의 전화 상담을 받은 군에서 1년 후 금연율이 통계적으로 의미 있게 높았다.

따라서 금연 상담 전담팀에 속한 금연 코디네이터의 중요한 역할 중의 하나는 퇴원 후 일정 기간 지속적으로 전화나 방문 면담을 통해 환자의 금연 상태 유지 및 약물 복용에 대한 부작용 여부, 환자의 동기 상태 평가 등의 정보를 수집하고, 금연 유지를 위한 격려 및 재발 방지를 위한 상담을 시행하는 것이다. 또한, 환자가 퇴원한 후 금연 유지와 관련된 임상적 정보가 다른 의료진들에게 공유될 수 있도록 의료진 간의 의사소통 및 정보 공유를 관리할 필요가 있다.<sup>2)</sup>



의사와 간호사를 포함한 의료진들은 입원 환자가 중한 질병을 가지고 있는 경우에 금연 치료 약물의 부작용이나 금연 치료 약물에 대한 복약 순응도의 감소에 대한 염려로 환자들에게 금연 상담 및 금연 치료 약물의 처방을 주저할 수도 있다. 그러나 기존의 진료지침은 입원 치료 중인 만성질환 환자들이나 급성 심혈관증후군 환자들에서 varenicline과 관련된 오심 등과 같은 부작용 이외에는 환자에게 위해를 줄 수 있는 심각한 부작용의 발생 위험성이 위약군과 유사하였다고 보고하였다.<sup>6)</sup>

또한, Mohiuddin 등<sup>10)</sup>은 심혈관질환으로 입원한 환자들에게 적극적 금연 상담과 금연 약물 처방을 시행하였을 경우에 모든 원인에 의한 사망 위험도가 감소하였고 재입원이 감소하였다고 보고하였다. Mills 등<sup>11)</sup>도 급성 심혈관증후군 환자에서 금연을 위하여 니코틴 대체제, bupropion, varenicline 사용하였을 때 심혈관질환의 위험성을 높이지 않았다고 보고하였다. Benowitz 등<sup>12)</sup>은 8,058명에 대한 무작위 대조군 임상시험에서 varenicline, bupropion, 니코틴 대체제 12주간 치료 후 52주간 관찰한 결과 주요 심혈관질환 부작용의 발생 위험의 차이가 없었음을 보고하였다. 이러한 금연 치료 약물과 심혈관질환 위험성에 대한 연관성을 조사한 연구 결과들은 금연 치료 약물을 꺼리는 의료진에게 긍정적 피드백을 줄 수 있을 것이다.<sup>13)</sup>

입원 중인 흡연 환자들의 금연 진료가 활성화되기 위해서는 병원의 조직적 노력과 철학이 필요하며, 이에 대한 관계당국의 적절한 평가와 보상 체계가 필요하다. 병원의 조직적 노력이란 입원하는 모든 환자의 흡연력 파악을 포함한 입원 전 평가, 입원 치료 기간, 퇴원 후 일정 기간 동안 환자의 흡연 및 금연 유지 상태를 모니터링, 의료진 간 정보 공유 그리고 이를 통합 관리할 금연 전담 의사 및 금연 전문 간호사 등 인력 확보를 포함한다. 여기에 더하여, 병원의 이러한 노력이 병원 평가에 반영되는 것이 바람직하다.

연구에 참여한 의사들은 병원의 입장에서 입원 환자의 금연 교육으로 수익 창출 및 이익을 크게 기대할 수 없기 때문에 금연 전문가의 필요성을 느끼지 못하므로, 국가가 국민 건강 향상을 목적으로 금연 전문 간호사를 각 병원에 배치할 필요가 있다고 하였다. 금연 전문 간호사는 환자와 주치의와 금연 클리닉을 유기적으로 연결하여, 입원 중 흡연 환자의 금연 성공률을 높이고, 질병 치료로 인한 의료비를 감소시키며, 장기적으로 국민의 건강 향상에 기여할 수 있을 것이다.

환자의 흡연 정보를 의료진이 쉽게 공유하기 위하여 전자 의무기록을 이용한 환자 흡연 정보 알람 체계를 이용하면 모든 의료진들이 입원 환자의 의무기록에 나타나는 흡연 정보를 용이하게 활용할 수 있을 것이다. 메타 분석 연구에 의하면 입원 환자의 흡연 여부를 기록하기 위해 상기 시스템

을 활용하였을 때, 의료진에 의한 금연 중재율이 3배 이상 증가하였다고 한다.<sup>7)</sup>

입원 환자 금연 프로그램에 대한 의사의 지지 유형에 따른 요구도를 수용하기 위한 전략적 제안은 다음과 같다. 적극적 참여형 의사들에게는 입원 환자 금연지원 서비스 모형에서 금연 전담팀과 주치의와의 의사소통 방법이 개선되어야 하고, 주기적으로 환자의 금연 과정에 대해 피드백이 이루어지도록 할 수 있을 것이다. 소극적 지지형 의사들에게는 입원 환자 금연 프로그램의 효과에 대한 근거자료를 구축하고 주치의에게 이러한 결과를 피드백 주는 것이 좋겠다. 입원 환자 금연 프로그램이 환자의 금연에 효과적이라는 것을 축적된 임상 데이터로 제시하였을 경우에 소극적 지지형은 적극적 참여형으로 변화될 가능성이 높을 것이다. 소극적 무관심형 의사의 요구도를 수용하기 위한 전략적 제안은 금연 친화적인 병원 환경이 조성되는 것으로서 병원의 관리자, 의료진, 직원들이 입원 환자의 금연에 보다 더 긍정적이고 적극적인 생각과 태도를 갖는 것이다. 적극적 거부형 의사들의 요구를 수용하기 위해서는 입원 환자의 질병 및 중증도를 고려한 맞춤형 금연 프로그램이 개발되어 운영될 필요가 있고 입원 환자 금연의 중요성 인식 향상을 위한 교육과 효과에 대한 피드백이 필요할 것이다.

이 연구의 제한점은 입원 환자의 진료를 위해 많은 시간과 노력을 들이는 수련 의사들이나 병동의 간호사를 포함하는 진료팀의 의견들을 모두 수용하지 못한 점이다. 또한, 일부 임상교수들이 입원 환자를 위한 금연 진료를 충분한 기간 경험하지 못한 상태에서 인식도와 요구도 조사에 참여하였다는 점이다. 그러나 이러한 제한점에도 불구하고 연구의 결과를 통해 의사들이 입원 환자들을 위한 금연 진료에 대해 갖고 있는 인식과 요구에 대하여 알 수 있었으며, 향후 입원 환자 금연 진료 프로그램의 개발 및 적용, 유지 운영을 위한 유익한 정보를 얻을 수 있었다.

입원 환자의 금연 성공률을 높이기 위해서는 환자 요인, 의사 요인, 환경적 요인을 통합적으로 고려해야 할 것이다. 또한, 입원 환자 금연 프로그램을 임상에 적용하기에 앞서 병원과 각 진료과가 어떤 특성 및 요구도를 갖는지 분석하여 이에 맞는 프로그램을 개발하고 발전시켜야 할 것이다.

## 요 약

연구배경: 입원 환자를 위한 금연지원 프로그램은 다학제 간 협력에 의해 이루어질 때 효과적이다. 임상 의사는 입원 환자의 금연 상담 및 치료에 있어서 중심적 역할을 한다. 본 연구의 목적은 임상 의사들이 입원 환자의 금연지원 프로그램에 대한 어떤 인식을 갖고 있는지 조사해 보고자 한 것이다.

**방법:** 서울 소재 1개 의과대학 병원과 충남 소재 1개 의과대학 임상교수들을 대상으로 개인 면담 및 포커스 그룹 면담을 시행하였다. 면담은 반구조화된 설문지에 의해 이루어졌으며, 면담 내용은 녹화되어 축약적으로 전사되었다. 전사된 자료에 대한 질적 내용분석을 시행하였다.

**결과:** 의사들은 입원 환자 금연지원 서비스에 대해 필요하다고 인식하였으며, 환자가 호흡기질환, 순환기질환 등과 같이 흡연과 연관된 질병을 갖고 있을 때 입원 금연 치료가 효과적이었다고 인식하였다. 또한, 병원에서 입원 환자 금연지원을 위한 의지가 필요하다고 인식하였으며, 금연 코디네이터와 같은 전담 인력이 있는 것이 효과적인 것으로 인식하였다. 입원 금연 프로그램에 대한 의사의 요구도를 4가지 지지 유형에 따라 나눌 수 있었으며, 적극적 참여형, 소극적 지지형, 소극적 무관심형, 적극적 거부형이었다.

**결론:** 입원 환자의 금연 진료의 효과적 시행을 위해서 의사들의 역할이 중요하다. 입원 환자 금연 상담을 위한 금연 전담팀, 입원 환자 금연 진료의 효과에 대한 근거자료 구축, 환자의 질병 및 중증도를 고려한 맞춤형 금연 프로그램 개발 등은 의사의 역할 제고를 위해 매우 중요할 것이다.

**중심 단어:** 금연, 입원 환자, 의사

## ORCID

Eal Whan Park <https://orcid.org/0000-0003-4421-5655>

Yoo-Seock Cheong <https://orcid.org/0000-0002-7119-5429>

## REFERENCES

1. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;(5):CD000165.
2. Wolfenden L, Campbell E, Walsh R, Wiggers J. Smoking cessation interventions for in-patients: a selective review with recommendations for hospital-based health professionals. *Drug Alcohol Rev* 2003;22(4):437-52.
3. Rigotti NA, Clair C, Munafò MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;(5):CD001837.
4. Crabtree BF, Miller WL. *Doing qualitative research*. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.; 1999.
5. McCarty MC, Zander KM, Hennrikus DJ, Lando HA. Barriers among nurses to providing smoking cessation advice to hospitalized smokers. *Am J Health Promot* 2001;16(2):85-7, ii.
6. Ruiz CAJ, de Granda Orive JL, Reina SS, Miranda JAR, de Higes Martinez E, Lledó JFP, et al. Guideline for the treatment of smoking in hospitalized patients. *Arch Bronconeumol* 2017; 53(7):387-94.
7. Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(1):CD001188.
8. Rigotti NA, Munafò MR, Stead LF. Smoking cessation interventions for hospitalized smokers: a systematic review. *Arch Intern Med* 2008;168(18):1950-60.
9. Miller NH, Smith PM, DeBusk RF, Sobel DS, Taylor CB. Smoking cessation in hospitalized patients. Results of a randomized trial. *Arch Intern Med* 1997;157(4):409-15.
10. Mohiuddin SM, Mooss AN, Hunter CB, Grollmes TL, Cloutier DA, Hilleman DE. Intensive smoking cessation intervention reduces mortality in high-risk smokers with cardiovascular disease. *Chest* 2007;131(2):446-52.
11. Mills EJ, Thorlund K, Eapen S, Wu P, Prochaska JJ. Cardiovascular events associated with smoking cessation pharmacotherapies: a network meta-analysis. *Circulation* 2014;129(1): 28-41.
12. Benowitz NL, Pipe A, West R, Hays JT, Tonstad S, McRae T, et al. Cardiovascular safety of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med* 2018;178(5):622-31.
13. Chehab OM, Dakik HA. Intervention for smoking cessation in patients admitted with acute coronary syndrome: a review. *Postgrad Med J* 2018;94(1108):116-20.

1. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation.