



근로자 흡연의 건강 불평등과 사업장 금연정책(2)

양산삼성병원 산업의학과 / 박 정 래

“건강은 사회에 의해 결정된다. 모든 이들은 그들 자신의 건강에 책임이 있다. 이 둘을 분리하는 것은 오류이고, 함께 하는 것은 진실이 된다.”

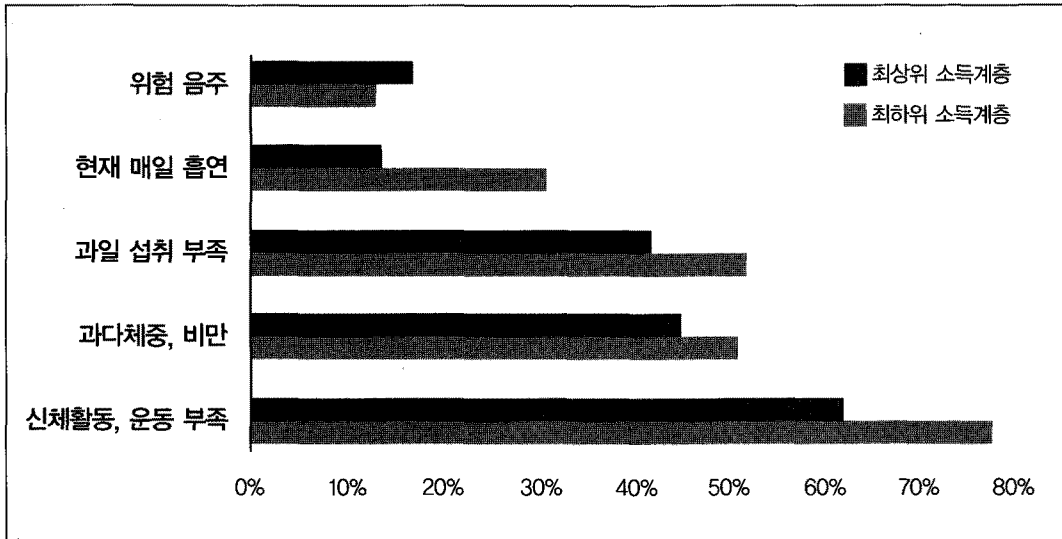
- Richard Levins

흡연과 같은 건강습관은 근로자 개인의 자유로운 선택의 결과인가? 혹은 보다 넓은 사회구조적 맥락의 영향에 따른 것인가? 둘 중 어떤 입장으로 주되게 볼 것인가에 따라서 건강증진을 위한 접근방법은 그 방향을 달리할 수 있다. 마찬가지로 과연 ‘개인의 지속적인 자기관리와 노력’을 강조하는 것만으로 근로자의 건강문제를 해결할 수 있는 것인가? 혹은 한 개인의 건강습관은 부모의 사회경제적 지위와 조건을 물려받는 것으로 보아 사회구조적 문제를 해결하는 접근방법이 요구된다고 보는 것이 타당한 것인가?

흡연은 건강불평등의 주요요인

지난 호에서 언급했듯이 선진국에서도 남녀 모두가 경제적인 소득수준이 낮을수록 흡연율이 높다. 이는 사회경제적 위치로 교육수준을 이용할 때에도 마찬가지이다. 일부 국가들의 연구에서는 학력이 소득보다 흡연율의 격차와 더욱 큰 관계가 있다고 나타나기도 한다. 간접흡연의 노출정도 역시도 마찬가지이다. 이에 대한 연구는 비교적 흔치 않지만 뉴질랜드와 스웨덴의 연구결과는 남녀모두 사회경제적 수준이 낮을수록 작업장에서의 간접흡연 노출정도가 더욱 심하다는 것을 보여주고 있다. 이를 어떻게 이해해야 할까?

과거 전염병이 창궐하던 시절에는 열악한 주거환경과 불결한 위생상태, 영양실조에 놓인 빈곤층에서 사망률이 더 높다는 사실을 직관적으로 이해할 수 있었다. 그러나 오늘날의 상황은 많은 차이를 보이고 있다. 이제는 심장병, 뇌졸중이나 암과 같은 만성질환이 중요한 건강문제로 대두된 상태이고,



〈그림 1〉 호주의 성인대상 소득계층에 따른 건강위험요인의 분포 (2004-2005)

그 원인도 흡연, 비만, 운동부족, 나쁜 식습관, 스트레스 등과 같은 것들로 바뀌었다. 그러나 이처럼 세월이 흐르면서 중요한 질병의 양상과 그 위험요인도 바뀌었지만 여전히 빈곤계층의 사망률이 더 높다는 사실만은 바뀌지 않고 있다.

흡연의 경우, 음주, 식습관, 비만, 신체활동 정도 등의 다른 건강위험요인들과 비교하더라도 보다 두드러지게 사회경제적 소득수준에 따른 차이가 크게 나타나는 것이 확인된다(그림1).

흡연은 사회계층간 건강수준의 차이를 확대시키는 요인으로도 작용한다. 흡연은 소

득계층의 하강을 일으키는 주요한 원인중의 하나이다. 사실 중대질병으로 인한 고액진료비는 적잖은 중산층을 빈곤층으로 떨어뜨리게 하는 주요 요인이기도 하다.

40대 중반의 중산층 가장이 어느 날 갑자기 흡연에 따른 폐암이라도 걸리면 집안은 그야말로 풍비박산이 난다. 우선 그동안 생계를 책임지고 있던 가장은 장기간의 병원 입원으로 직장생활을 유지하기 어렵게 되고 더 이상은 가정경제의 부양자가 될 수 없다. 또한 매달 몇 백만 원 이상이 드는 진료비를 감당하기 위해 집을 담보로 은행에서 돈을 빌리거나 집을 줄여야 한다.

의료급여 대상자를 대상으로 진료비가 많

이 드는 상병명을 조사한 결과를 보면 기관지 및 폐암이 단연 으뜸으로 나타나고 있는데 이들 질병은 흡연과 매우 깊은 관련이 있다.

이처럼 흡연은 사회계층간 건강수준 불평등을 초래하는 중요한 원인의 하나가 된다. 흡연이 원인의 75% 정도를 차지하는 폐암의 경우, 저소득 사회계층의 사망률이 고소득층의 2.3-8.1배에 이른다. 이러한 불평등은 사회계층별 흡연을 격차 때문이라고 볼 수 있다.

우리나라에서 진행되고 있는 사회경제적 영역에서의 불평등 심화(소득불평등, 교육기회의 불평등, 고용의 불평등, 지역간 불평등 등)가 결과적으로 건강 및 의료영역에서도 재연되고 있는 것이다.

또 다른 문제는 저소득층 근로자들은 일반적으로 기피하는 분진, 소음 등의 유해인자를 가진 열악한 근로환경에서 일하는 경우가 많은데 이러한 작업환경에서의 흡연행위는 건강위험을 배가시키는 상승적인 작용을 나타낸다는 것이다. 이 가운데서도 석면노출과 흡연행위가 동시에 이뤄질 경우에 초래되는 높은 폐암발병률은 이미 널리 알려진 사실이다.

마찬가지로 저소득층의 현장직 육체노동자와 서비스직 근로자들은 흡연이 허용되는 작업장에서 간접흡연 피해로부터 어퍼

한 보호를 받지 못하고 일하는 경우가 많다. 이는 식당, 술집에서 일하는 종업원들의 폐암발병률이 여타 직종의 근로자에 비해 1.5배 이상이라는 사실로 드러나고 있다. 이는 소방관이나 탄광부들의 폐암발병률보다 높은 것이다.

요약하자면 학력과 소득, 직업 등에 따라 흡연율의 정도와 간접흡연에 대한 노출정도가 다르고, 금연성공률도 차이가 난다. 흡연에서의 이러한 차이가 건강불평등을 더욱 심화시킨다.

흡연의 건강불평등, 생애주기적 관점에서 보아야 한다

분명 사람은 자신의 결정에 책임이 있다. 흔히 흡연이 건강에 해롭다는 것은 누구나 알고, 나쁜 걸 알면서도 계속 담배를 피우는 개인에게 잘못이 있다고들 생각한다.

하지만 많은 역학연구 결과에서 드러나듯 흡연자들의 90%는 담배의 해악을 충분히 이해하거나 판단할 수 있기 전에 담배를 피우고 중독되기 시작한다. 그래서 담배산업의 마케팅 활동은 이들 미성년자들에게 집중되고 있다.

일단 담배의 중독성에 길들여진 흡연자에게는 담배가 건강에 해롭다는 건강지식 그 자체는 큰 역할을 하지 못한다. 많은 건강습

관이 어릴 적에 형성되고, 그 환경은 어린이들이 스스로 통제하기 어려운 것이다. 그렇다고 이것이 그 부모들의 잘못이라고 주장하려는 것은 아니다. 그 부모들 또한 마찬가지로의 사회경제적 환경 속에서 다양한 제약들에 직면해 있을 뿐이다.

어느 누구도 이 사회 안에서 완전히 독립적인 결정을 내리고 온전한 책임을 질 수 없다. 즉 인간은 경제적 동물이라는, 인간은 완전히 이성적이고, 완벽한 건강지식을 갖추게 되면 바람직한 건강습관을 선택하는 올바른 결정을 통해 미래의 질병 부담 비용을 절감하려고 한다는 고전경제학의 기본 가정은 현실세계에서는 통용되기 어렵다.

이러한 기본 가정에 입각해서 건강습관을 순전히 개인의 책임문제만으로 오도하는 것은 문제가 있다. 금연에 번번이 실패하고 마는 대다수의 골초 흡연자를 굳건한 의지가 부족한 사람들로 폄하시키는 것은 타당하지 않다.

많은 사람들이 그들 자신의 건강행동을 선택할 수 있지만 이러한 결정들은 경제적, 역사적, 가족적, 문화적, 정치적 맥락을 가지고 있다. 다양한 맥락들은 개인의 선택과정과 선택된 행동의 종류에 중요한 영향을 미친다.

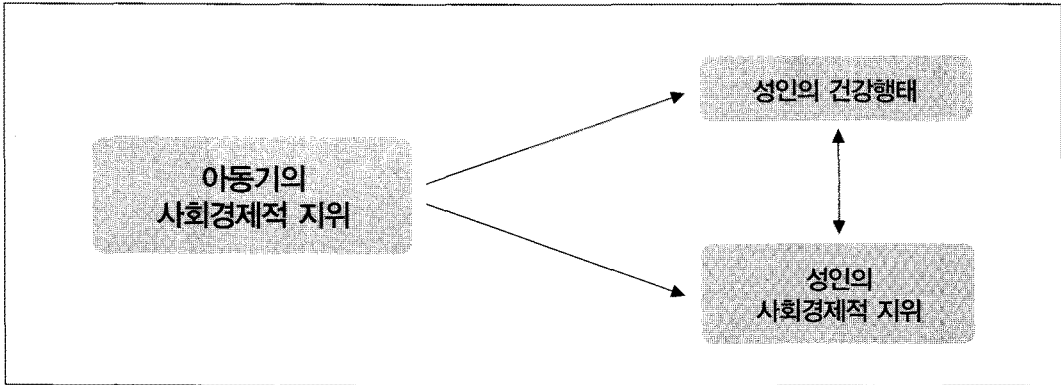
따라서 이러한 맥락을 무시한 채 단지 흡

연자의 건강행태만 겨냥하여 비난하는 것은 타당하지 못하다. 담배를 피우는 것은 분명 개인의 선택에 따른 행동이다. 그러나 개인이 담배를 피우고 있는 상황을 어떠한 맥락 속에서 파악하는가에 따라서 그것은 전적으로 개인의 자유의 선택이라고 해석할 수도 있고 그렇지 않을 수도 있다. 어떻게 해석하든 간에 그것은 흡연율을 감소시키기 위한 다양한 방법론의 차이를 낳게 되고 해당 전략의 성패를 좌우하게 될 것이다.

한편 개인의 건강관련 행태가 사회경제적 지위에 따라서 차이를 보인다는 주장들이 나름의 근거를 확보하려면 개인의 건강관련 행태에 대해 생애사적 관점으로 접근할 필요가 있다.

건강관련 행태 중 흡연행태는 교육수준 및 직업과의 연관성이 보다 높은 것으로 알려져 있다. 이는 음주행위와 마찬가지로 흡연행위를 시작하는 시점이 다른 건강습관인 식습관이나 신체활동보다는 청년기인 생애 후기에 해당된다는 점에서 당사자가 처한 직업적 환경과 작업장 문화, 군대문화의 경우도 포함해서, 민감한 영향을 받는다고 할 수 있다.

일반적으로 아동기에 처한 사회경제적 지위는 청소년기의 성장과정에서 특정한 교육을 받을 수 있는 기회에 큰 영향을 미치게



〈그림 2〉 아동기의 사회경제적 지위와 성인의 건강행태 및 사회경제적 지위와의 관계

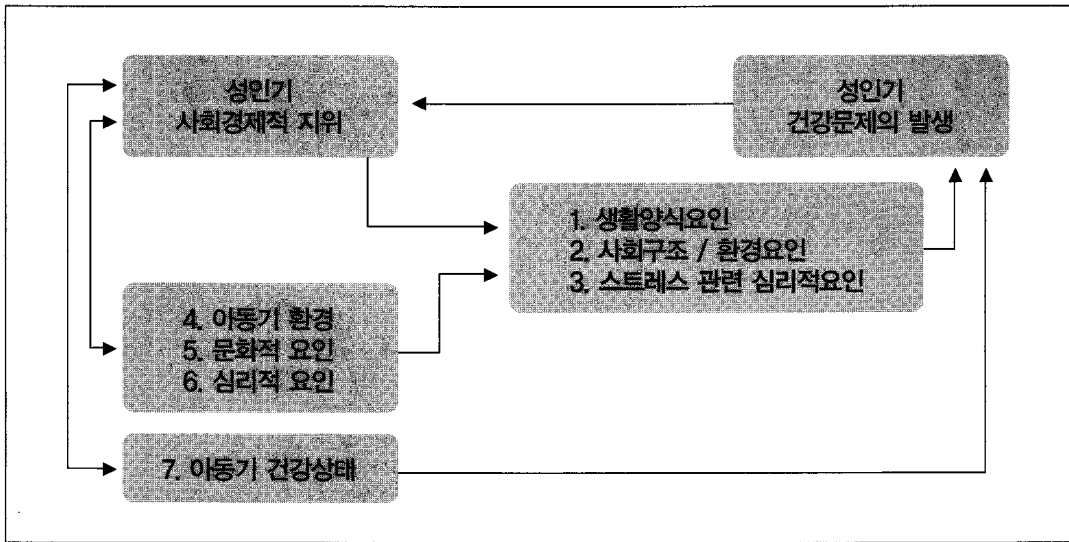
된다. 이러한 교육기회를 누릴 수 있는지 여부는 곧 청년기의 직업선택에도 상당한 영향을 미친다. 즉 아동기의 사회경제적 지위는 성인이 되었을 때의 사회경제적 지위와 건강행태까지 지속적인 영향을 미치는 것이다. 이후 일정한 사회경제적 지위를 차지한 상황에서 처하게 되는 주변의 다양한 사회경제적 맥락은 당사자의 건강행태에도 일정한 영향을 준다.

이러한 관점에서 본다면 아동기의 사회경제적 지위가 성인의 사회경제적 지위 및 건강행태에 동시에 영향을 미치기 때문에 성인의 사회경제적 지위와 건강관련행태 사이에도 연관성이 발생한다. 취약계층의 아동기를 보낸 성인이 담배를 더욱 많이 피우고, 규칙적인 운동습관을 보이지 않고, 과일이나 채소의 섭취량이 적은 식습관을 나타내면서 위험음주습관을 보이는 것은 우연의 일치가 아니다.

이처럼 성인들의 건강관련 행태가 어린 시절의 사회경제적 지위와 연관되어 있다는 사실은 성인들의 건강습관이 자유로운 선택의 결과로 볼 수 있다는 입장과는 정면으로 배치되는 것이다. 무엇보다도 출생시의 사회경제적 지위는 개인이 자유롭게 선택할 수 있는 것이 아니기 때문이다.

건강관련 행태가 건강의 사회적 불평등에 미치는 영향력을 파악하기 위해서는 한 개인의 건강습관이 생애주기의 각 단계에서 처하게 되는 사회경제적 상황과 조건에 의해 어떠한 변화를 나타내는가를 구체적으로 인식할 필요가 있다. 사회경제적 건강불평등에 대한 생애사적 관점은 건강행태가 성인기 이후의 사회경제적 요인의 영향에 의한 것으로만 바라보지 않는다.

이 관점은 태아기, 아동기, 청소년기, 성



〈그림 3〉 사회구조가 건강에 미치는 경로 : Mackenbach 모형(1994)

인기, 노년기 등의 전 생애에 걸친 다양한 사회경제적 요인의 복합적이고 누적적인 영향에 의해 각 개인의 건강행태가 형성되고 그에 따른 건강불평등이 초래된다는 점을 강조하고 있다. 즉, 사회적 지위와 건강행태의 동시변화 과정을 생애주기에 걸친 일련의 연속적인 과정 속에서 바라보는 것이다. 건강불평등에 대한 생애주기적 접근방식은 최근 들어 보다 중요하게 다뤄지고 있다.

생애주기별 접근은 흡연이 생애의 특정시점의 일시적 문제가 아니라, 생애 전과정에 걸쳐 축적된 결과라는 점을 강조하는 입장이다. 이 접근에서는 영·유아의 생애 초기가 성인기의 건강불평등을 유발하는 중요한 시기로 간주된다.

한편 많은 전문가들은 건강수준과 사회경제적 불평등과의 관계를 보다 효과적으로 설명하기 위해 다양한 종합적인 설명모형을 제시하여 왔다.

이러한 모형은 사회경제적 지위에서 발생하는 관련요인들과 건강수준 사이에서 존재하는 수많은 중첩적이고 연관적인 요인들의 복합적인 작용을 설명하고 있다. 그 가운데 Mackenbach et al(1994)은 성인기 건강의 사회경제적 불평등의 결정요인을 밝혀내기 위한 분석의 틀로 〈그림 3〉과 같은 모형을 제시하고 있다.

이 모형은 기존의 일반적인 건강의 사회경제적 불평등의 설명모형과 비교할 때 앞서 설명한 ‘생애과정 관점’이 강조되고 있

다. 즉 일반적 설명모형외에 아동기의 건강과 사회적 환경이 성인기의 건강에 영향을 미친다는 경로를 추가적으로 통합시켜서 설명하는 특징을 가지고 있다.

또한 사회경제적 지위에 미치는 건강의 영향력, 즉 역효과(reverse effect)를 포함하고 있는 특징을 가지고 있다. 이는 흡연이 사회경제적 불평등을 초래하는 주요요인이라는 인식과 전적으로 부합하는 것이다.

생애사적 관점에 비추어 사회적 취약계층 근로자들에서의 높은 흡연율은 다음과 같이 설명할 수 있다.

우선적으로는 사회경제적 지위가 낮은 사람에서 흡연 개시자가 많다는 사실이다. 가난한 가정에서 자란 아이들의 대다수는 그들 부모가 흡연자에 해당할 확률이 높다. 그래서 아이들에게는 흡연이 정상적인 성인의 건강행태로 비취질 가능성이 높고, 집안에서도 담배를 쉽게 얻을 수 있는 확률이 높다.

일반적으로 부모가 흡연을 할 경우, 자녀의 흡연가능성이 높아진다는 연구보고는 많이 알려져 있다.

한 연구 결과에 의하면 성인 흡연자와 함께 생활하는 초등학교 4학년에서 6학년 사이의 어린이의 경우, 흡연의 위험성이 3배 정도 더 높으며, 부모 중 한 명 이상이 흡연

을 하고 있는 가정의 청소년이 매일 흡연자가 될 위험이 2배 정도 더 높다고 알려져 있다. 그리고 부모가 금연에 성공할 경우에는 계속 흡연자로 머무는 경우에 비해 자녀의 흡연경험 가능성이 1/3로 줄어든다고 알려져 있다.

특히 그 중 흥미로운 연구 결과는 어머니의 흡연은 아들보다 딸의 흡연에 더 큰 영향을 미치며, 어머니의 금연 역시도 아들보다는 딸의 흡연을 억제하는 효과를 보이는 것으로 소개하고 있다. Menezes 등(2006)은 브라질 한 지방의 출생 코호트를 대상으로 한 연구에서 10-12세의 초기 청소년기의 흡연 개시는 출생 당시의 가구소득과 어머니의 교육수준, 가구의 사회경제적 수준과 밀접한 연관성이 있음을 보고한 바 있다

또한 부모와의 정서적 유대감과 친밀감이 약할수록 자녀의 흡연 가능성이 높아진다는 보고도 있다. 부모가 자녀와 더 많은 시간을 보내고 대화를 많이 할 때 자녀의 흡연시작 가능성이 낮은 것으로 알려지고 있다.

다른 연구에서도 부모가 자녀의 학교생활, 종교생활, 체육활동 등에 함께 참여하는 경우 남녀 모두에게서 흡연위험이 낮아진다고 하였고, 부모가 자신의 사회적 활동에 관심이 적다고 느끼는 자녀일수록 흡연의 가능성이 높아지는 것으로 알려지고 있다.

한편 흡연습관은 생애 초기의 환경보다는 사회적 성장과정과 더욱 밀접한 연관성이 있다는 주장도 있다.

Ferri E 등은 1958년의 어느 한 주간에 태어난 출생아들을 대상으로 한 코호트 연구에서 출생 이후를 정기적으로 추적 관찰하였는데 16세에 이른 시점에서 가장 부유한 가정의 아이들의 흡연율은 24%였고 가장 가난한 아이들의 흡연율은 48%를 보였다. 이후 다시 7년이 경과한 23세에 이들의 흡연율을 재조사한 결과는 16세 때의 격차보다 더욱 크게 나타났다. 이는 16세 때의 흡연율 증가에 영향을 미친 요인들이 이후의 사회적 성장에도 지속적인 영향력을 미쳤음을 보여주는 것이다.

국내의 한 연구(2006)에서도 우리나라 흡연시작의 사회경제적 격차가 존재하는 것으로 밝혀졌는데, 20-24세 연령층의 흡연율 격차가 다른 연령군에 비해 훨씬 크게 증가하는 양상이 관찰되었다. 이는 흡연시작의 격차가 전체적인 사회계층별 흡연율 격차에 큰 영향을 미친다는 사실을 보여주고 있다.

다음으로는 사회경제적 지위가 낮은 사람들은 금연 확률이 낮다는 것을 그 이유로 들 수 있다.

저소득층의 금연성공률이 낮은 사실을 설명하는 가설 중의 하나는 이들이 흡연의 건강피해에 대해 제대로 알지 못하거나 관심

이 적다는 것이다. 이는 금연광고나 금연교육의 기회에 접할 수 있는 기회가 상대적으로 적다는 것이 문제가 된다. 그러나 한 연구에 따르면 금연동기의 수준은 사회경제적 수준별로 별다른 차이가 없이 대략 70% 전후의 흡연자들이 금연하기를 희망하는 것으로 밝혀지고 있다.

결론적으로 빈곤한 사람이 부유한 사람보다 금연에 대한 동기가 부족하다는 근거는 찾기 어렵다.

니코틴 중독수준은 빈곤과 밀접한 연관성이 존재한다고 알려져 있다. 이는 가난한 사람들이 담배를 많이 피우고 담배를 깊이 흡입하는 경향이 있으며 니코틴과 타르 함량이 높은 비교적 값싼 담배를 선택하는 경우가 많기 때문이다. 니코틴 중독은 금연성공 여부를 결정하는 중요한 요인이기 때문에 빈곤층의 금연성공률이 낮은 이유에 대한 근거가 될 수 있다. 또한 흡연관련성 질환은 흡연량과 일정한 양반응관계를 가지고 있기 때문에 이는 빈곤층의 흡연자들이 부유한 흡연자들에 비해 흡연 관련 질병의 발병위험이 높은 것에 대해서도 일정한 근거가 될 수 있다.

또한 가난한 사람들이 찾게 되는 영세한 작업장 환경이나 음식점, 술집 등에서 담배연기가 자욱한 환경에 노출될 가능성이 비교적 높고 주변에도 담배를 피우는 직장동

료나 친구들에 둘러싸이는 경우가 많은데 이러한 요인들이 모두 금연성공을 어렵게 할 수 있다. 어떠한 도움 없이 본인의 의지만으로 금연에 성공할 확률이 1년에 3-4%에 미치지 못한다는 사실을 감안한다면 이 상과 같은 불리한 여건에 처한 가난한 사람들이 금연에 성공하기는 더욱 어렵다고 볼 수 있다.

한편 여성의 경우 25-29세의 젊은 연령층에서의 흡연율이 상대적으로 높게 나타난다. 여성의 경우는 '사별, 별거, 이혼자'의 흡연율이 높고, 직업에서도 '무직, 육체노동자'에서 흡연율이 높으며, 낮은 교육수준과 우울증 경험자의 흡연율이 높게 나타나고 있다. 즉 여성흡연자들의 경우는 남성에 비해 사회적으로 소수자이거나 저소득층에 국한되는 양상을 보인다. 이러한 유형은 일반적으로 금연성공률이 매우 낮은 것으로 알려져 있다.

이는 성인여성의 흡연예방 및 금연정책이 직접적인 건강중심의 금연정책보다는, 즉 흡연문제에만 집중하기 보다는 소외계층을 대상으로 한 사회경제적인 지원책을 중심으로 진행되어야 하는 이유가 되기도 한다.

이외에도 사회경제적 수준이 낮은 사람들은 흡연행위를 대신할 수 있는 대체수단이 부족하다는 사실도 이유가 된다.

보통 하나의 기호품은 또 다른 기호품으로 대체할 수 있다고 한다. 흔히 흡연과 운동의 공통점으로 중독성이 있다는 사실을 근거로 흡연과 같은 부정적인 중독을 긍정적인 중독인 운동으로 대체할 것을 권유하기도 한다.

그러나 오랜 시간을 직장에서 보내야 하는 근로자들에게는 헬스장에 가거나 테니스나 수영을 할 시간적 여유와 금전적 여유 또한 부족하다. 돈이 없으면 취미생활도 하기 힘든 사회가 아닌가. 소주와 흡연 외에는 달리 스트레스를 풀 수 있는 그 어떤 사회의 배려도 충분하지 않다. 애써 금연에 성공했다고 하더라도 개인이 감당하기 어려운 스트레스가 찾아왔을 때는 어쩔 수 없이 다시 담배를 찾게 되는 이유가 여기에 있다.

저소득층의 근로자들 역시도 어떤 것이 건강한 삶이며, 어떤 것이 건강하지 않은 삶인지 잘 알고 있다.

굳이 의료인이 아니더라도 어떤 습관과 행위가 건강에 위협이 되는지에 대해 나름대로의 상당한 지식을 가지고 있으며, 그들의 생활 안에서 건강지식을 실천하기 위해 나름의 부단한 노력을 기울이고 있다.

하지만 그것을 실천에 옮기고자 하는 근로자 개인이 처해있는 경제적 조건과 상황은 그들이 알고 있는 건강지식의 실천과는 상당한 정도의 간극이 존재하고 있는 것이

현실이다.

이들은 자신들의 건강관리를 위해 필요한 일정한 조건이 있다는 것과 자신들이 처해

있는 현실적인 여건으로는 이러한 조건을 누리기엔 상당한 장벽들이 가로막고 있다는 것 또한 잘 알고 있다. 🙄

참 고 문 헌

1. Australia's Health 2008. Cat. no. AUS 99. Australian Institute of Health and Welfare. Canberra:2008.
2. Mackenbach JP., van de Mheen H., Stronks K. A Prospective Cohort Study Investigating the Explanation of Socio-Economic Inequalities in Health in the Netherlands. Social Science and Medicine 1994;38(2):299-308.
3. Menezs AMB, Gonclaves H, Anselmi L, Hallal PC, Araujo CLP. Smoking in early adolescence: evidence from the 1993 Pelothas Birth Cohort Study. Journal of Adolescent Health. 2006;39(5):669-677.
4. Ferri E. Life at 33: the fifth follow-up of the National Child Development Study.
5. Roody E, Antoniak M, Britton J, Molyneux A, Lewis S. Barriers and motivators to gaining access to smoking cessation services amongst deprived smokers - a qualitative study. BMC Health Serv Res 2006 Nov 6:6:147.