

저소득층의 흡연 행태와 관련 요인

김 잔 디*
(한양대학교)

서 제 희
(한양대학교)

신 영 전
(한양대학교)

김 창 업
(서울대학교)

이 연구는 국내 사회경제적 흡연 불평등 완화를 위하여 저소득층과 비저소득층의 흡연 행태에 영향을 미치는 요인에 대하여 분석하였다. 분석에는 한국복지패널 3차 연도 자료를 사용하였으며 이 설문조사를 완료한 대상자 중 비저소득층 7,745명과 저소득층 3,994명, 총 11,739명을 대상으로 성별과 소득수준을 층화하여 다변량 로지스틱 회귀분석을 시행하였다. 분석 결과 연령표준화 현재 흡연율은 저소득층의 경우 남자 53.9%, 여자 6.2%로 비저소득층 남자 48.0%, 여자 2.8%로 저소득층에서 뚜렷이 높았고, 현재 흡연에 영향을 미치는 요인은 저소득층과 비저소득층 사이에 차이가 있었다. 저소득과 비저소득층에 관계없이 공통적으로 현재 흡연에 영향을 미치는 요인은 남자의 경우 고령, 경제활동 하지 않음, 주택소유 여부, 좋지 않은 건강상태, 낮은 전반적 만족도였으며, 여자의 경우 이혼, 별거 및 사별과 주택 소유 여부였다($P<0.05$). 그러나 비저소득층 남자에서는 낮은 교육수준, 미혼이 유의한 영향을 미친 반면, 저소득층에서는 이혼, 별거 및 사별과 낮은 자아존중감이 유의한 영향을 미쳤다($P<0.05$). 또한 비저소득층 여자에서는 낮은 교육수준, 미혼, 경제활동 하지 않음, 낮은 자아존중감이 유의한 영향을 미쳤으나 저소득층에서는 고령, 가구형태가 유의한 영향을 미쳤다($P<0.05$). 결론적으로 소득 계층에 따라 흡연행태에 영향을 미치는 요인이 다르기 때문에 금연사업의 효과를 높이기 위해서는 흡연율이 높은 저소득층에 대한 보다 적극적인 금연정책이 필요하다. 이를 위하여 기존의 보편적인 접근뿐만 아니라, 저소득층의 특성에 맞춘 전략이 필요하고, 특히 이 연구에서 저소득층의 흡연에 영향을 미치는 것으로 나타난 자아존중감, 가구형태, 결혼상태 등과 같은 사회심리적 요인에 관심을 기울일 필요가 있다. 또한 성별에 따라 흡연행태와 특성이 다르므로 이에 대한 고려도 필요하다.

주요용어: 저소득층, 흡연, 불평등

* 교신저자: 김잔디, 한양대학교(jandee1115@hanmail.net)

I. 서론

흡연은 여섯 가지 주요 사망원인의 위험요인이며 암을 포함한 다양한 질병의 위험요인으로 알려져 있으며(WHO, 2008), 또한 사회경제적 건강 불평등에 영향을 미치는 주요 기여요인이다(Bobak et al., 2000). 한국의 경우 허혈성 심질환의 41%, 뇌졸중의 26%가 흡연에 의한 것이라 추정되었으며(지선하, 1999), 사회경제적 위치에 따른 남성의 사망률 격차의 30% 정도가 흡연 때문인 것으로 추정되었다(Khang et al., 2008).

흡연 행태의 양상은 사회경제적 위치에 따라 차이를 보이는데 이를 흡연의 사회경제적 불평등(socioeconomic inequalities in smoking) 또는 흡연 불평등(inequalities in smoking)이라고 한다(Kunst, 2004). 유럽의 여러 연구들에서 소득, 교육수준, 직업과 같은 사회경제적 위치가 낮을수록 흡연율이 높고 금연 가능성이 낮았으며(Cavelaars et al., 2000; Bobak, 2000; Fern&ez, 2001; Galobardes et al., 2003; Kunst et al., 2004), 혼자 아이를 키우고 직업이 없는 여성과 같은 취약계층의 흡연율이 높게 나타났다(Graham, 1996; Graham & Der, 1999). 국내의 경우에서도 이러한 흡연 불평등 양상이 나타나며(김혜련, 2009; Cho et al., 2006; Khang & Cho, 2006; 김창엽, 2004) 고소득층에서 큰 폭으로 흡연율이 하락한 반면 저소득층에서는 흡연율이 상대적으로 적은 폭으로 하락하여 흡연을 하락에 있어서도 흡연의 불평등이 나타나고 있다(김혜련, 2009). 서두에 언급하였듯이 흡연은 주요한 건강 결정요인이기 때문에 사회경제적 위치가 낮은 집단의 높은 흡연율과 그로 인한 흡연 불평등의 심화는 사회경제적 건강 불평등을 심화시킬 수 있다. 특히, 현재 국내에서는 흡연의 사회경제적 불평등이 지속되고 있을 뿐만 아니라 심지어 심화되는 경향도 관찰되고 있어(Khang & Cho, 2006; Khang et al., 2009) 이는 보건 정책의 수립과 실행에 있어서 중요한 주제이다.

흡연의 사회경제적 불평등에 대한 기존 국내의 연구들을 살펴보면 낮은 교육수준이나 낮은 소득수준, 육체적 노동 종사자에서 흡연율이 높음을 보고 하였으나(Fernandez, 2001; Galobardes et al., 2003; Kunst et al., 2004; Khang et al., 2006; Khang et al., 2009) 그 이유 또는 기전에 대해서는 아직 명확하지 않다(Layte & Whelan, 2008). 일부 국외 연구에서는 이러한 기전을 밝히기 위하여 저소득층의 높은 흡연율에 초점을 맞추어 저소득층만을 대상으로 어떠한 요인이 흡연행태에 영향을 미치는지에 대하여 연구하였으나(Graham, 1994; Graham, 1999) 이를 바로 국내 상황에 적용하기에는

무리가 있다. 반면, 국내 연구들은 저소득층에 초점을 맞춘 흡연연구 보다는 전체를 대상으로 흡연과 소득의 관계를 분석한 연구가 많다(Cho et al., 2008; Khang & Cho, 2006; 김혜련 외, 2004; 손미아, 2002). 이 연구들에 따르면 교육수준이 낮을수록, 소득이 낮을수록, 육체적 노동자일수록 흡연율이 높았다. 그러나 국내에서 이루어진 이러한 연구들은 저소득층과 비저소득층을 구분하지 않고 분석한 연구이므로 저소득층만의 특성을 파악하기 어렵다. 특히 저소득층과 비저소득층을 구분하지 않고 함께 분석을 하면 저소득층만의 특성을 분석할 수 없다. 기본적으로 비저소득층에 비하여 저소득층의 표본수가 적고, 저소득층의 건강상태, 사회인구적 특성 등에 기인한 측면이 비저소득층으로 분석대상을 확장하게 되면 나타나지 않을 수 있다는 점을 선행연구에서는 지적하고 있다(한림대, 2006). 또한 실제로 금연행위와 사회자본간의 관계에 있어서 비저소득층과 저소득층을 구분하여 분석한 연구에서는 그 분석결과가 상이하게 나타나(한림대, 2006), 소득계층에 따른 흡연행태 차이에 대한 연구의 중요성을 다시 한 번 강조한다.

흡연율을 낮추는 것이 보건정책의 중요하고도 핵심적인 이슈임에도 불구하고 우리나라의 금연정책은 정부가 담배 산업에 관여하고 있으며 또한 담배세로 보건의료 재정을 충당하는 실정이기 때문에 그 실효성이 떨어진다(Kang et al., 2003). 또한 국내에 흡연에 영향을 미치는 요인에 대한 연구가 부족하기 때문에 근거에 기반한 정책을 수립하는데 한계가 있다(Khang & Cho, 2006). 따라서 흡연에 영향을 미치는 요인에 대한 국내의 근거 생산이 중요하다. 일반적으로 흡연을 예방하고 흡연율을 낮추기 위한 금연 정책의 중요한 지점은 흡연의 사회경제적 불평등을 줄이는 것이다(Broms et al., 2004). 그러나 높은 흡연율과 낮은 금연 성공률을 보이는 흡연의 고위험집단인 저소득층의 흡연행태에 대한 국내 연구는, 그 중요성에도 불구하고 지금까지의 여러 측면에서 제한적이다. 흡연과 같은 건강행태를 분석함에 있어 저소득층으로 제한하지 않고 비저소득층 가구를 포함하여 인구집단 전체로 연구 대상을 확대하여 분석할 경우 저소득층의 특징이 나타나지 않기 때문에(한림대, 2006), 저소득층의 흡연 행태에 초점을 맞춘 연구가 필요한 실정이다. 국내 주요 대규모 자료들은 조사한 저소득층 수가 적어 이것으로 분석한 경우 충분히 국내 저소득층을 대표한 결과라고 결론내리기 어렵다.

이 연구에서는 저소득층을 실제보다 과표본추출하여 수적으로 충분히 국내 저소득층을 대표할 수 있는 복지패널 자료를 이용하여 저소득층의 흡연 행태를 살펴본 후 관련된

요인을 파악하고 비저소득층과 비교·분석함으로써 금연사업 및 흡연 불평등 완화를 위한 보건사업을 위한 기초자료를 제공하고자 한다.

II. 연구 방법

1. 자료원 및 연구대상

가. 자료원

이 연구를 위한 자료로 한국복지패널 3차 연도(2008년) 조사 자료를 이용하였다. 한국복지패널 자료는 2005년 인구주택 총 조사 90% 자료를 모집단으로 하여 표본을 선정한 자료로서 도서 지방을 포함하는 전국 대표성이 있는 자료이다. 또한 중위소득 60%를 기준으로 저소득층 가구와 비저소득층 가구로 구분하고 각각 50%가 되도록 표본을 선정하여 저소득층 연구를 위한 풍부한 자료를 제공한다. 그러나 저소득층이 실제보다 과다 추정되어 있기 때문에 이 자료에서는 이러한 분포를 보정하기 위한 가중치를 제공하고 있다.

나. 연구 대상

이 연구는 한국복지패널 3차 연도 조사를 완료한 12,930명 중 20세 이상인 12,808명을 연구대상으로 하였다. 이 중에 비저소득층 가구원(이하 비저소득층) 남자는 4,121명, 저소득층가구원(이하 저소득층) 남자 1,773명, 비저소득층 여자 4,317명, 저소득층 여자 2,597 명이었으나 이 중 주요 연구 변수의 무응답 및 논리적 오류 등의 결측치를 제외하고 최종적으로 비저소득층 남자 3,703명, 저소득층 남자 1,569명, 비저소득층 여자 4,042명, 저소득층 여자 2,425명, 총 11,739명을 최종 연구대상으로 하였다. 흡연에 있어서 청소년 집단의 특수성을 고려하여 연구 대상은 20세 이상으로 제한하였다.

2. 주요 변수 및 통계분석 방법

가. 주요 변수 설명

종속변수는 현재 흡연여부이며 현재흡연은 WHO 정의에 따라 평생 5갑 이상 흡연한 사람 중 현재 매일 혹은 가끔 흡연하는 자로 정의하였으며, 그 외에는 비흡연자로 정의하였다(표 1). 독립변수는 흡연에 영향을 미치는 요인으로 알려진 요인들을 포함하였다. 인구학적 요인으로 연령, 결혼상태, 가구형태, 종교, 주택소유여부, 거주지를 이용하였고, 사회경제적 요인으로 최종학력, 경제활동상태를 이용하였으며, 심리적 요인으로 우울감, 자아 존중감, 전반적 만족도를, 건강상태 및 건강행태 변수로는 주관적 건강상태와 음주를 사용하였다(표 1). 소득 계층은 한국복지패널 기준에 따라 균등화 중위소득의 60% 이상을 비저소득층, 미만을 저소득층으로 구분하였다(표 1).

나. 통계분석 방법

모든 통계적 분석은 성과 소득계층을 층화하여 분석하였다. 한국복지패널 자료는 저소득층을 과표집한 특징을 가지고 있기 때문에 인구구성비의 차이로 인해 발생할 수 있는 조율의 차이를 통계청에서 제공하는 2007년 5세별 주민등록인구를 기준으로 직접 표준화법을 적용하여 연령표준화 흡연율을 구하였다. 그리고 연구 대상자 특성에 따른 흡연율을 카이분석으로 비교한 후(유의수준<0.05), 연구 대상자의 흡연행태에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위하여 다변량 로지스틱 회귀분석을 시행하였으며 오즈비 Odds ratio(이하 OR)와 95% 신뢰구간 confidence interval(이하 95% CI)를 제시하였다. 이때 연령은 60세 미만과 60세 이상으로 구분하여 변수의 범주를 합쳐서 분석하였으며, 결혼상태의 경우에도 별거 및 이혼과 사별의 범주를 합쳐서 분석하였다. 학력의 경우 고등학교 이상과 전문대졸 이상을 합쳐서 분석하였다. 독립변수들 간의 상관성과 다중공선성을 고려하였을 때 음주 여부는 흡연행태와의 상관성이 크기 때문에 다중공선성으로 인한 문제를 피하기 위해 다변량 분석에서는 제외하였다. 모든 분석은 SAS 9.1을 사용하였으며, 이 연구는 소득계층을 층화하여 분석하였으므로 소득 분포에 대한 가중치를 적용하지 않았다.

표 1. 변수의 정의

종속 변수		변수 정의
현재 흡연		- 지금까지 피운 담배가 총 100개비 이상이고 현재 흡연 함
비흡연		- 지금까지 피운 담배가 총 100개비 이상이고 현재 흡연 하지 않음 - 지금까지 피운 담배가 총 100개비 미만이고 현재 흡연 하지 않음 - 지금까지 흡연 경험이 전혀 없음
독립 변수		변수 정의
인구사회학적 요인		
연령		60세 미만, 60세 이상으로 구분
결혼상태		미혼, 유배우, 별거 및 이혼과 사별 등으로 구분
가구형태*		단독과 비단독가구로 구분
종교		있음, 없음으로 구분
거주지†		시(서울시, 광역시, 시, 도농 복합), 군으로 구분
사회경제적 요인		
최종학력		중학교 졸업이하, 고등학교 중퇴 및 졸업이상으로 구분
경제활동상태§		경제활동인구와 비경제활동인구로 구분
주택소유여부		있음, 없음으로 구분
심리사회적 요인		
우울감		CESD-11척도로서 계산된 값으로 16보다 높으면 우울감 있음으로 구분
자아존중감		Rosenberg Self Esteem Scales을 활용. 중위수를 기준으로 높음, 낮음으로 구분
전반적 만족도		건강, 가족의 수입, 주거환경, 가족관계, 직업, 사회적 친분관계, 여가생활 등 사항의 만족도를 모두 고려할 때, 만족하는 정도로서 '매우불만족~매우만족'의 5점 척도로 구성. 만족, 보통, 불만족으로 구분
건강상태 및 건강행태		
주관적 건강상태		건강상태로서 '아주 건강하다 ~ 건강이 아주 안 좋다'까지 1~5점의 척도로 되어있음. 좋음, 보통, 낮음으로 구분
음주		1년간 평균음주량으로서 주1회 이하, 주 2~3회, 주 4회이상은 음주함, 전혀 마시지 않는다는 음주안함으로 구분

* 동거인 유무로 분류함.

† 지역의 경우, 한국복지패널 2009년 심층분석보고서의 기준에 따라 도농복합을 시로 구분함.

§ 경제활동상태는 2007년 주된 경제활동 참여상태에서 비경제활동인구와 경제활동인구(상용직 임금노동자, 임시직 임금근로자, 일용직 임금근로자, 자활근로 및 공공근로, 고용주, 자영업자, 무급가족종사자, 실업자(지난 4주간 적극적 구직활동중)으로 구분함. 비경제활동인구는 취업도 실업도 아닌 상태에 있는 자로서 전업주부, 학생, 군인, 노약자 등이 포함됨.

Ⅲ. 연구 결과

1. 전체 흡연율

연구 대상자의 전체 흡연율은 저소득층 남자 43.4%, 비저소득층 가구 남자 47.7%, 저소득층여자 6.4%로 일반여자 2.8%로 나타났다. 저소득층과 비저소득층의 연령을 표준화하여 살펴본 결과, 남자의 경우 저소득 층 흡연율이 53.9%이며 비저소득층은 흡연율이 48.0%로 저소득층 남자의 흡연율이 높게 나타났다. 여자의 경우에서도 저소득층 여자 6.2%, 비저소득층 가구 여자 2.8%로 높게 나타났고 저소득층과 비저소득층간의 차이가 3배 정도로 크게 나타났다(표 2).¹⁾

표 2. 연구대상자의 소득계층에 따른 연령표준화 현재 흡연율

(단위: %)

구분	남자		여자	
	저소득층 (N=1,569)	비저소득층 (N=3,703)	저소득층 (N=2,425)	비저소득층 (N=4,042)
표준화 전 흡연율	43.4	47.7	6.4	2.6
표준화 후 흡연율*	52.6	47.6	6.3	3.3

* 직접표준화법을 이용한 연령표준화 흡연율

2. 연구대상자 특성에 따른 흡연행태 분석 결과

연구대상자 특성에 따른 비저소득층과 저소득층의 현재 흡연자 수와 현재 흡연율은 표 2와 같다. 저소득층 남자 경우 30세 이상 전 연령에서 흡연하는 빈도가 비저소득층 남자에 비해 높게 나타났고, 소득계층에 관계없이 30세 이상 40세 미만에서 흡연하는 빈도가 가장 높게 나타났다($p<.001$). 혼인상태의 경우, 저소득층과 비저소득층 남자 모두 미혼, 이혼 및 별거의 경우 흡연하는 빈도가 높았으며($p<.001$), 사회경제적 요인별로 살펴보면 학력에서는 비저소득층과 저소득층 모두 고등학교 이상의 경우 흡연빈도가 높게 나타났다($p<.001$). 또한 경제활동을 하는 경우 흡연하는 빈도가 높고 주택을 소유

1) 연령표준화 흡연율의 경우 표준인구집단을 우리나라 전체 인구수로 하였기 때문에 유의성 검정을 통한 p-value는 제시하지 않았다.

하지 않은 경우 흡연하는 빈도가 높게 나타났다($p < .001$). 심리적 요인별로 살펴보면, 우울감이 있을수록 저소득층 남자의 경우 흡연빈도가 높게 나타났으나($p < .001$) 비저소득층 남자의 경우 유의하지 않았다. 자아존중감의 경우 저소득층 남자($p < .001$) 비저소득층 남자($p = 0.034$) 모두 자아존중감이 낮을수록 흡연하는 빈도가 높았다. 전반적 만족도가 낮을수록($p < .001$), 건강상태가 좋을수록($p < .001$), 종교가 있는 경우($p < .001$), 음주를 하는 경우 흡연하는 빈도가 높았다($p < .001$).

비저소득층 여자의 경우 70세 이상 연령에서 흡연하는 빈도가 가장 높았으나($p < .001$) 저소득층에서 연령은 유의하지 않았다. 결혼 상태에서는 저소득층의 경우 이혼 및 별거에서 흡연하는 빈도가 높았고($p < .001$) 이는 비저소득층 여자에서도 비슷하게 나타났으며 유의하였다($p < .001$). 사회경제적 요인별로 살펴보면, 학력에서는 비저소득층 여자의 경우 학력이 낮을수록 흡연하는 빈도가 높게 나타났으나($p = 0.038$) 저소득층 여자에서는 유의하지 않았다. 또한 비저소득층 여자의 경우 경제활동을 하는 경우 흡연하는 빈도가 높게 나타났으나($p = 0.041$) 저소득층 여자의 경우 유의하지 않았다. 주택소유 여부는 저소득층 여자와 비저소득층 여자 모두 소유한 주택이 없는 경우 흡연하는 빈도가 높게 나타났고 통계적으로 유의하였다($p < .001$). 비단독 가구의 경우 흡연하는 빈도가 높게 나타났다($p < .001$). 심리적 요인으로 살펴보면, 저소득 여자와($p < .001$) 비저소득층 여자($p = 0.001$) 모두 우울감이 있을수록 흡연하는 빈도가 높았다. 자아존중감은 저소득여자($p = 0.001$), 비저소득층 여자($p < .001$)로 낮을수록 전반적 만족도의 경우 저소득여자($p < .001$), 비저소득층 여자($p < .001$)로 낮을수록, 음주를 하는 경우 저소득여자($p < .001$) 비저소득층 여자($p < .001$)로 흡연하는 빈도가 높았으며 유의하게 나타났다.

표 3. 연구대상자 특성에 따른 비저소득층과 저소득층의 현재 흡연자 수와 현재 흡연율*

단위: 명(%)

구분		남자		여자	
		비저소득층*	저소득층†	비저소득층‡	저소득층‡
인구학적 요인					
연령	20~30세 미만	283(51.8)	35(46.1)	26(3.5)	4(4.7)
	30~40세 미만	574(58.1)	87(64.9)	20(2.0)	8(5.4)
	40~50세 미만	445(54.4)	126(60.6)	28(3.5)	15(6.3)
	50~60세 미만	257(45.3)	101(55.5)	14(2.3)	21(8.3)
	60~70세 미만	171(33.3)	151(38.8)	9(1.7)	37(5.1)
	70세 이상	61(22.6)	167(28.8)	25(7.3)	76(7.8)
결혼상태	유배우	1292(46.4)	422(38.4)	41(1.5)	41(3.6)
	미혼	396(54.9)	111(55.2)	28(4.6)	9(8.8)
	이혼, 별거	75(59.1)	84(56.8)	21(15.6)	26(13.5)
	사별, 기타	28(41.8)	50(41.0)	32(6.9)	85(8.7)
가구형태	비단독	104(57.5)	92(43.2)	98(2.6)	80(5.0)
	단독	1687(47.9)	575(42.4)	24(11.7)	81(10.0)
종교	있음	736(41.8)	273(37.6)	67(2.9)	97(6.6)
	없음	1055(54.3)	394(46.7)	55(3.3)	64(6.8)
지역	시	1488(49.2)	436(42.7)	104(3.2)	107(6.9)
	군	303(44.6)	231(42.2)	18(2.4)	54(6.2)
사회경제적 요인					
최종학력	전문대 이상	659(44.1)	93(42.9)	26(2.0)	6(4.8)
	고등학교 이상	791(56.8)	199(52.4)	44(3.3)	19(5.8)
	중졸 이하	341(41.8)	375(38.6)	52(3.7)	136(6.9)
경제활동상태	합	1613(51.1)	414(47.8)	79(3.5)	60(6.1)
	안함	178(32.7)	253(36.0)	43(2.4)	101(7.0)
주택소유	있음	1046(44.9)	344(38.7)	48(1.9)	50(4.1)
	없음	745(54.2)	323(47.5)	74(4.8)	111(9.1)

표 3. 계속

단위: 명(%)

구분		남자		여자	
		비저소득층*	저소득층†	비저소득층§	저소득층‡
심리사회적 요인					
우울감	없음	1561(48.0)	437(40.8)	88(2.6)	74(5.2)
	있음	230(51.2)	230(46.2)	34(4.8)	87(8.7)
자아존중감	높음	867(46.6)	135(33.5)	33(1.8)	21(3.8)
	낮음	924(50.1)	532(45.6)	89(4.1)	140(7.5)
전반적 만족도	만족	891(44.6)	147(33.9)	42(2.0)	27(4.3)
	보통	736(51.8)	347(43.6)	64(4.1)	88(6.5)
	불만족	164(58.0)	173(51.0)	16(5.1)	46(10.4)
건강상태					
주관적 건강상태	좋음	1375(51.1)	272(48.8)	72(2.8)	34(5.7)
	보통	262(43.3)	154(41.2)	20(2.4)	35(5.5)
	낮음	154(37.8)	241(37.8)	30(4.7)	92(7.7)
건강행태					
음주	안함	188(30.7)	141(26.5)	29(1.6)	92(5.7)
	함	1603(51.9)	526(50.7)	93(4.2)	69(8.4)

* 비저소득층 남자: 우울감(p=0.196)을 제외하고 모두 유의(p<0.05),

† 저소득층 남자: 가구형태(p=0.829), 지역(p=0.834)을 제외하고 모두 유의(p<0.05).

§ 비저소득층 여자: 종교(p=0.450), 지역(p=0.306)을 제외하고 모두 유의(p<0.05),

‡ 저소득층 여자: 연령(p=0.234), 종교(p=0.824), 지역(p=0.473), 최종학력(p=0.531), 경제활동상태(p=0.388), 주관적 건강상태(p=0.122)를 제외하고 모두 유의(p<0.05).

3. 비저소득층과 저소득층의 현재 흡연에 영향을 미치는 요인에 관한 다변량 분석

남자의 경우, 저소득과 비저소득층 모두에서 공통적으로 현재 흡연에 영향을 미치는 요인은 고령, 경제활동 하지 않음, 좋지 않은 건강상태, 낮은 전반적 만족도였으며, 비저소득층에서는 낮은 교육수준, 무주택, 미혼이 유의한 영향을 미쳤으나, 저소득층에서는 이혼 및 별거, 사별, 단독가구, 낮은 자아존중감이 유의한 영향을 미쳤다. 저소득층의 이혼·별거·사별 등의 OR은 1.70(95% CI=1.03-2.79)로 통계적으로 유의하였다. 반면에 비저소득층 남자는 혼인상태에 있어서 미혼인 경우 OR은 1.31(95% CI=1.10-1.56)이었다. 저소득층 남자의 가구형태는 단독일수록 흡연할 위험이 낮아지며 OR은 0.51(95% CI=0.30-0.87)로 유의한 반면, 비저소득층 남자의 가구형태는 통계적으로 유의하지 않았다. 저소득층 남자의 낮은 자아존중감의 OR은 1.52(95% CI=1.07-2.14)로 통계적으로 유의하였으나 비저소득층 남자의 경우에는 유의하지 않았다. 또한 비저소득층 남자는 중학교 이하 학력수준에서의 OR이 1.65(95% CI=1.44-1.88), 주택소유가 없음일 경우 OR이 1.22(95% CI=1.07-1.39)로 유의하였으나 저소득층 남자에서는 유의하지 않았다.

여자의 경우, 저소득층과 비저소득층 모두에서 공통적으로 현재 흡연에 영향을 미치는 요인은 이혼 및 별거, 사별과 무주택이었으며, 비저소득층에서는 낮은 교육수준, 미혼, 경제활동 하지 않음, 낮은 자아존중감이 유의한 영향을 미쳤으나 저소득층에서는 고령, 가구형태가 유의한 영향을 미쳤다. 저소득층에서 60세 이상의 OR은 0.54(95% CI=0.30-0.96)로 유의하였고, 혼인상태의 경우 이혼·별거·사별의 OR이 2.05(95% CI=1.12-3.76), 단독 가구일 때 OR이 1.77(95% CI=1.00-3.15)로 통계적으로 유의하였으나 낮은 자아존중감은 유의하지 않았다. 반면, 비저소득층 여자는 미혼과 이혼·별거·사별 등의 경우 각각 OR은 3.33(95% CI=1.95-5.70), 4.93(95% CI=3.00-8.09), 낮은 자아존중감의 OR이 1.92(95% CI=1.24-2.98)로 유의하게 나타났으나 가구형태는 저소득층과 달리 유의하지 않았다.

표 4. 비저소득층과 저소득층의 현재흡연에 영향을 미치는 요인에 대한 다변량 분석 결과

구분	남자 Odds ratio(95% CI)		여자 Odds ratio(95% CI)	
	비저소득층	저소득층	비저소득층	저소득층
인구학적 요인				
연령(ref.=60세 미만)				
60세 이상	0.41(0.34-0.51)	0.41(0.29-0.57)	0.87(0.48-1.56)	0.54(0.30-0.96)
결혼상태(ref.=유배우)				
미혼	1.31(1.10-1.56)	1.18(0.75-1.84)	3.33(1.95-5.70)	1.86(0.64-5.37)
이혼, 별거, 사별 등	1.20(0.88-1.65)	1.70(1.03-2.79)	4.93(3.00-8.09)	2.05(1.12-3.76)
가구형태(ref.=비단독)				
단독	1.28(0.92-1.76)	0.51(0.30-0.87)	1.72(0.98-3.02)	1.77(1.00-3.15)
종교(ref.=있음)				
없음	1.50(1.32-1.69)	1.32(1.00-1.73)	1.18(0.81-1.72)	1.10(0.71-1.71)
거주지(ref.=도시)				
농촌	0.93(0.74-1.19)	1.21(0.82-1.77)	0.49(0.20-1.23)	1.07(0.57-2.02)
사회경제적 요인				
최종학력(ref.=고교 이상)				
중학교 이하	1.65(1.44-1.88)	0.96(0.66-1.40)	1.90(1.14-3.16)	1.59(0.52-4.87)
경제활동상태(ref.=합)				
안합	0.70(0.57-0.86)	0.73(0.54-0.99)	0.61(0.39-0.94)	1.25(0.76-2.06)
주택소유여부(ref.=있음)				
없음	1.22(1.07-1.39)	1.26(0.95-1.68)	1.98(1.34-2.93)	2.01(1.20-3.35)
심리사회적 요인				
우울감(ref.=없음)				
있음	1.04(0.84-1.28)	1.30(0.94-1.79)	1.01(0.64-1.62)	1.18(0.73-1.91)
자아존중감(ref.=높음)				
낮음	1.03(0.91-1.18)	1.52(1.07-2.14)	1.92(1.24-2.98)	1.54(0.81-2.93)
전반적 만족도(ref.=만족)				
보통	1.34(1.16-1.53)	1.37(0.97-1.94)	1.41(0.92-2.16)	1.10(0.61-1.98)
불만족	1.63(1.25-2.11)	1.53(0.98-2.40)	1.63(0.84-3.15)	1.63(0.81-3.29)
건강상태				
주관적 건강상태(ref.= 좋음)				
보통	0.87(0.73-1.04)	0.81(0.56-1.17)	0.74(0.44-1.27)	0.83(0.44-1.58)
낮음	0.77(0.60-0.98)	0.68(0.47-0.98)	1.11(0.64-1.92)	0.93(0.51-1.70)

IV. 고찰 및 결론

흡연 불평등에 대한 국내 연구들은 저소득층의 흡연율이 높음을 지속적으로 제시하였으나(Cho et al., 2008; Khang & Cho, 2006; 김혜련 외, 2004; 손미아, 2002) 사회경제적 위치에 따라 흡연에 영향을 미치는 요인이 다른지 여부에 관한 연구는 부족한 실정이다. 또한 기존 연구들은 데이터가 특정 인구집단에 한정되어 있거나 저소득층이 충분히 포함되지 않는 등 국내 현실을 대표성 있게 반영하지 못하는 제한점이 있었다. 이 연구는 사회경제적 위치가 낮은 집단과 높은 집단 사이의 흡연행태와 그에 미치는 영향 요인의 차이를 분석하기 위해 전국 대표성을 가지고 있으며 저소득층을 충분히 포함한 한국 복지패널 데이터를 사용하여 남녀와 소득계층을 층화하여 흡연에 영향을 미치는 요인을 비교·분석하였다. 분석 결과 기존 연구들과 마찬가지로 저소득층의 흡연율은 비저소득층에 비하여 현저하게 높았고 저소득층 현재 흡연 여부에 영향을 미치는 요인이 비저소득층과 다르고 남녀 사이에 차이가 있었으며 연구 결과로 제시하지는 않았으나 현재 흡연자만을 대상으로 과다흡연(하루 평균 20개비 이상 흡연) 여부에 영향을 미치는 요인을 분석한 결과 소득 계층에 따라 다르게 나타나, 우리나라 흡연 연구와 흡연 관련 정책 및 사업에 있어서 저소득층이 중요한 대상이고 또한 기존의 흡연 정책과 접근 전략이 달라져야 함을 확인할 수 있었다.

저소득층의 흡연율이 이렇듯 높게 나타나는 이유는 무엇일까? 저소득층의 높은 흡연율에 대한 가능한 설명 중 널리 받아들여지는 것은 낮은 사회경제적 위치일수록 청소년기에 흡연을 시작할 위험이 높고 또한 성인기에 금연을 할 가능성이 낮다는 것이다(Kunst et al., 2004). 사회경제적 위치가 낮을수록 흡연 시작 위험이 높고, 성인기에 금연 성공 가능성이 낮다는 것은 흡연에 영향을 미치는 요인이 저소득층과 비저소득층의 차이가 있기 때문인 것으로 볼 수 있다. 이 연구에서 남녀와 소득수준과 관계없이 경제활동을 하지 않는 경우에 흡연 위험이 낮았는데 이는 경제활동을 하지 않는 연구 대상자 대부분이 고연령층이면서 건강이 좋지 않은 사람이기 때문이다. 또한 저소득층과 비저소득층 남녀 모두 연령이 증가할수록 흡연할 위험이 낮아지는 경향을 보이는데 이는 선행연구 결과와 일치하는(Cho et al., 2008) 결과로 연령이 높을수록 건강상태 악화로 인한 자발적 금연이 많아지기 때문이다. 이 외에 다른 요인 등이 흡연에 미치는 영향은 저소득층과 비저소득층에서 다르게 나타났는데 그 이유와 기전에 대한 현재까지

의 연구 결과를 종합해 보면 크게 네 가지 가능한 설명이 있으나 이 연구에서의 결과와 일치하는 설명이 있는 반면 그렇지 않은 것도 있었다.

첫 번째 가능한 설명은 교육수준이 낮은 경우 흡연의 건강 위험에 대한 인지도가 낮기 때문에 흡연을 시작할 가능성이 높고 금연 성공률은 낮아 흡연율이 높다는 것이다(Fernandez et al., 2001; Judge et al., 2005). 소득은 성인기 현재의 사회경제적 위치를 나타내는 것으로 사용 가능한 물질적 자원을 대변하는 지표로써(Kim et al., 2009) 소득을 사용하여 건강 증진을 위한 물품이나 서비스를 이용가능하기 때문에 간접적으로 건강에 이로운 영향을 끼친다(Galobardes B et al., 200). 따라서 소득 수준이 금연에 영향을 미치는 이유는 금연 서비스에 대한 접근성을 높이기 때문이다. 이 연구에서는 성별에 상관없이 비저소득층의 경우에는 교육 수준이 낮을수록 흡연할 위험이 증가하였으나 저소득층에서는 교육수준과 현재 흡연행태의 관계는 유의하지 않았다. 그 이유는 저소득층의 높은 흡연율은 낮은 금연 성공률으로 인한 것이고 이는 또한 낮은 소득 수준 때문에 나타난 것이기 때문이다. 다시 말해, 저소득층이 흡연을 지속하는 이유는 저소득 그 자체의 영향이 교육 수준보다 높다는 것으로 교육 수준이 낮아 흡연의 위험성을 인지하지 못해서가 아닌 것이다. Layte와 Whelan(2009)의 연구에서도 이 연구의 결과와 마찬가지로 교육 수준보다 소득과 같은 경제적 자원 또는 물질적 결핍이 금연에 더 영향을 미친다고 보고하였다.

두 번째 가능한 설명은, 논란의 여지가 남아 있지만, 흡연이 사회경제적 위치가 낮은 계층의 물질적 결핍에 대한 정신적 스트레스를 해결하는 기능적 흡연(functional use of tobacco)의 역할을 하기 때문에 흡연율이 높다는 것이다(Graham, 1987; Graham, 1994). 이 연구 결과도 기능적 흡연으로 설명이 가능하다. 이 연구에서 소득이 낮고 자가 주택이 없는 저소득층 여자의 경우 흡연 위험의 크기가 비저소득층에 비하여 월등히 높았는데, 이는 물질적 박탈이 영향을 미침을 의미한다. 또한 남·여 비저소득층에서조차도 무주택은 흡연의 위험이 유의하게 높아 물질적 박탈로 인한 상대적 빈곤감이 흡연 행태에 영향을 줄 수 있음을 보여준다. 저소득층 남자에서 무주택의 효과는 유의하지 않았으나 이는 여자와 다르게 남자 저소득층 흡연자의 경우 무주택자와 자가 주택인 경우가 수적으로 차이가 나지 않았기 때문에 나타난 결과로 무주택이 의미가 없기 때문은 아니며 기술분석 결과에서는 저소득층 남자의 주택 소유 여부에 따른 흡연율은 유의미한 차이를 나타냈다. 자가 주택 소유 여부가 중요한 이유는 전일제 노동을 하는 성인

에게서조차 가정은 중요한 건강의 장소이며 건강과 관련된 행위를 하는 곳이기 때문이다. 영국의 사례에서 보면 임차인과 자가주택 보유자 간에는 건강 수준에 있어서 큰 차이가 있었다(Astana & Halliday, 2009). 이는 주택 소유 여부의 직접적 효과일 수도 있고 자가 주택이 아닌 경우 주거 환경의 질이 좋지 않아서일 수도 있으나 이에 대한 명확한 연구 근거는 아직 부족하다. 그러나 누적된 근거에 의하면 주거 환경의 질은 주택 소유 여부에 의한 건강 불평등 발생에 있어서 큰 역할을 한다(Pollack et al., 2004; 신영전 외, 2009 재인용). 일반적으로 자택소유는 실질적이고 심리 사회적인 이득과 관련되어 환경적인 위험 요인에 노출이 적어지는 것을 의미할 뿐 아니라, 경제적인 자산을 소유하며 공간의 자유, 생애과정에 걸쳐 변화되는 요구에 적응할 수 있는 유연성 등을 의미한다(Easterlow & smith, 2004; 신영전 외, 2009 재인용).

세 번째 가능한 설명은 사회적 지지와 관련된 것으로 가족적 지지와 사회적 지지 모두 금연과 관련이 있는데, 사회경제적 위치가 낮을수록 이에 대한 혜택을 덜 받기 때문에 흡연율이 높고 금연 성공률이 낮다는 것이다(Berkman & Kawachi, 2000). 이 연구에서 가족과의 유대, 관계라는 측면에서 가구 형태와 결혼 상태가 현재 흡연행태에 미치는 영향을 사회적 지지와 관련지어 생각할 수 있다. 저소득층 여자의 경우, 비단독 가구에 비해서 단독인 가구일 경우 흡연할 위험이 더 높게 나타나 선행연구와 일치하였고(Haustein, 2006) 비저소득층 여자에서는 유의하지 않았다. Haustein(2006)은 외로움과 가족으로부터의 충분하지 않은 사회적 지지로 이러한 결과를 설명하였다. Astana와 Halliday(2009)에 따르면 흡연자는 외로움과 고립을 호소하는 경향이 더 크고, 흡연 습관은 스트레스를 견디기 위한 방법이다. 반면 이 연구에서 저소득층 남자의 경우, 결혼상태를 보정하지 않을 경우에는 여성과 같은 결과를 보였으나 보정을 하면 단독 가구일 경우 흡연 위험이 유의하게 낮은 것으로 나타났는데, 이는 실제로 단독 가구인 저소득층 남자가 흡연을 덜 한다는 것이 아니라, 남자의 경우 결혼 상태의 영향이 더 크고 또한 저소득층 가구 중 단독가구와 비단독가구의 비율이 거의 같았기 때문인 것으로 보인다. 배우자의 사회적 지지 측면에서 결혼상태가 흡연에 미치는 영향 또한 중요한데, 이 연구의 결과에 따르면 성별과 소득 수준에 관계없이 현재 배우자가 없는 경우 현재 흡연의 위험이 높게 나타났고 이는 결혼의 보호효과(marriage protection)와 선택 효과(marriage selection)로 설명할 수 있다(Schoenbom, 2004). 보호 효과는 배우자의 사회적 지지로 인한 유대감과 경제적 풍요로움으로 인하여 긍정적 심리사회적 기전이

작용하여 건강에 유익한 영향을 미친다는 것이고, 선별효과는 건강한 사람이 결혼을 하거나 결혼을 유지할 가능성이 높기 때문에 좋은 건강상태를 보인다는 것이다. 두 가지 설명 중 어느 것이 되었든 결혼을 하지 못하였거나 결혼 상태가 유지되지 못하는 것은 커다란 스트레스로 작용할 뿐만 아니라 경제적으로 취약한 환경에 놓이게 되는 것을 의미한다. 그리고 이 연구에서 미혼인지, 이혼 또는 사별인지에 따라 결과가 저소득층과 비저소득층에서 다르게 나타났는데, 이혼 또는 사별을 겪은 저소득층의 경우 현재 흡연 위험의 크기가 비저소득층에 비하여 유의하게 높았다. 이 결과는 Cho et al.(2008)의 연구 결과와 동일하다. 이혼과 사별이라는 ‘홀로되기’ 사건은 그 자체가 스트레스이기도 하고 그로 인하여 경제적 문제, 사회적 역할 변화, 자녀 돌보기에 대한 책임과 같은 스트레스를 야기한다(Stroebe et al., 2001). 저소득층은 이에 대한 대처 능력이 부족하고 또한 그러한 스트레스에 민감하기 때문에 그로 인하여 흡연할 위험이 높은 것으로 볼 수 있다. 즉, 금연을 어렵게 하는 요인으로 인지된 사회적 지지의 결핍을 들 수 있고 이는 객관적인 사회적 지지의 결핍만큼이나 개인을 둘러싼 개인적, 물질적 환경의 반영이라 할 수 있다.

마지막으로 가능한 설명은 사회경제적 위치가 낮을수록 자아효능감(self-efficacy)이 낮고(Bandura, 1977) 낮은 자아효능감은 금연 성공 가능성을 낮춘다는 것이다(Kohn, 1989). 또한 사회경제적 위치가 낮으면 낮은 사회적 지지와 높은 스트레스로 인하여 부정적 자아존중감이 형성되고 이것은 흡연을 시작하고 지속하는 것에 영향을 미친다(Astana & Halliday, 2009; 최수찬, 2005). 이 연구에서 저소득층 남자의 경우 자아존중감 낮을수록 흡연할 위험이 높아지는 것으로 나타났는데 이는 비저소득층 남자의 경우와는 상이하게 나타났으며 저소득층의 흡연과 낮은 자아존중감이 관련이 있다는 점은 선행연구와 일치했다(Ecob & Macintyre, 2000; Shohaimi S et al., 2003; Reijneveld, 1998). 반면 여자는 비저소득층에서 낮은 자아존중감이 현재 흡연행태에 영향을 미쳤으나 저소득층에서는 그 영향이 유의하지 않았다. 이는 저소득층의 자아존중감이 전반적으로 낮았기 때문에 영향력이 크게 나타나지 않은 것으로 보인다.

이 연구의 결과에서 주목할 점은 첫째, 대표성과 신뢰성 있는 데이터로 분석한 결과 저소득층의 흡연율이 연령분포를 보정하고도 현저히 높다는 것이다. 이는 저소득층 흡연에 대한 정책적 관심이 필요함을 의미한다. 둘째, 비저소득층과는 달리 저소득층에서 결혼상태, 가구형태, 자아존중감과 같은 요인이 흡연 행태에 영향을 미치는 것으로 나타

났다는 점이다. 이것이 중요한 의미를 가지는 이유는 저소득층의 흡연에 심리사회적 기전이 중요한 역할을 함을 암시하기 때문이다. 저소득층은 인지된 지배력과 통제력 수준이 낮고 낮은 자아존중감을 가지는데(Astana & Halliday, 2009; 최수찬, 2005) 이는 낮은 자아효능감으로 이어지고 이로 인하여 금연에 있어 어려움을 겪게 된다. 이는 결국 저소득층의 높은 현재 흡연율과 관련이 있다. 또한 이혼 및 사별은 외로움을 야기하고 낮은 가족의 지지를 의미하며, 낮은 가족적 지지는 낮은 자아 존중감을 야기한다. 즉, 단독가구, 이혼 및 사별에 처한 저소득층은 물질적 결핍과 사회적 고립으로 인하여 더욱 자아존중감 및 자기효능감이 떨어지게 되어 이러한 스트레스에 대하여 흡연으로 대응하게 되는 것이다. 빈곤한 삶은 물리적이고 행동적인 영역에 심리적인 영역을 부과함으로써 스트레스와 분노를 유발한다.

마지막으로 주목할 점은 현재 흡연에 영향을 미치는 요인이 남녀에서 다르게 나타났다는 점이다. 특히 배우자가 없는 상태(미혼, 이혼, 사별, 별거)와 단독 가구, 무주택의 위험이 남자보다 여자에게서 크게 나타났다. 이러한 요인은 고독감, 슬픔, 분노, 좌절 등과 같은 부정적 정동을 야기하는데, 이와 같은 정서적 스트레스를 더 많이 호소하는 사람들이 금연을 유지할 가능성이 낮다는 것은 이미 알려진 사실이다. 여성은 남성보다 스트레스와 부정적 정동에 대처하기 위해 흡연에 더 의존하는 경향이 있으며(Danielsson et al., 1999), 흡연은 특히 취약한 환경에서 생활하는 것에 대한 불안과 스트레스를 경험하는 여성에게 중요한 극복기전으로 받아들여지고 있다(Copeland, 2003; 신영전 외, 2009 재인용). 결혼상태가 현재 흡연행태에 영향을 미치는 정도가 남자보다 여자에게서 크게 나타난 이 연구의 결과는 Cho 외(2008)의 연구와 동일한 결과이다. 이는 우리나라의 유교 문화적 특성에서 기인한 것으로 해석할 수 있는데(Deuchler, 1992), 한국에서 결혼을 한다는 것은 여성으로 하여금 담배를 끊도록 하는 강력한 원동력이다(Cho et al., 2008). 가부장적인 유교의 영향이 강하게 남아 있는 우리나라에서 결혼한 여성의 흡연은 받아들여지지 않는 경향이 있다(Chung et al., 2010). 또한 결혼은 새로운 가족의 형성이기 때문에 이를 통한 사회적 지지가 보호 효과로 작용하는 것으로 볼 수 있는데 우리나라의 특징적인 친족 간의 연대감(kinship)이 이를 강화시키는 것으로 본다(Deuchler, 1992). 특히 여성은 이러한 사회적 지지에 민감하기 때문에 결혼상태의 영향력이 크게 나타나는 것이다. 그리고 이 연구에서 흡연 행태에 영향을 미치는 요인 중 남녀 사이에 다르게 나타난 요인들은 성별과 상호작용효과(interaction effect)를 나타내

는 변수 일 수 있다. 우리나라는 성별에 따라 흡연율이 크게 차이가 있으므로 이러한 이 변수에 더욱 관심을 가질 필요가 있다.

이 연구는 단면적 연구이므로 시간에 따른 변화 및 흡연과 관련한 인과관계를 분석하기 어렵다는 제한점을 갖는다. 기존의 복지패널 1, 2차 자료원에서는 흡연과 관련한 문항이 이는 WHO에서 밝히고 있는 현재 흡연율의 정의 기준을 적용할 수 없어 이 연구에 이 자료를 반영하지 못하였다. 선행연구에서 나타난 빈곤층의 흡연에 영향을 미치는 주요한 요인으로는 개인적인 요소 뿐 아니라, 지역 및 지역사회와 관련한 사회적 연결망과 흡연과 관련한 사회적 환경과 관련한 변수가 알려져 있었으나 이러한 부분은 모두 복지패널에서 확인할 수 없었고 특히 흡연과 관련한 사회적 환경에서 흡연을 관용하는 사회규범이나 친구, 동료 등의 가족의 흡연이 중요한 요소로 여겨지는데 이 또한 이 연구의 자료에서 확인이 불가능하여 반영하지 못한 제한점이 있다. 그리고 인터뷰를 통한 설문조사 자료이기 때문에 흡연율이 실제보다 과소추정 되어있을 수 있다. 특히 우리나라의 문화적 특성으로 인하여 여성의 흡연율은 큰 차이를 보일 가능성이 있고 이로 인하여 독립변수의 영향이 과소추정 되었을 가능성이 있다.

그러나 이러한 제한점에도 불구하고 저소득층이 흡연행태와 관련하여 높은 흡연율을 보이는 고위험집단임에도 저소득층의 흡연 관련요인에 대한 연구가 부족한 국내 현실에서 이 연구는 기존 연구에서 파악하기 어려웠던 저소득층의 현재 흡연과 관련한 특징을 기존 연구들과는 다르게 소득 수준에 따라 층화하여 비저소득층과 비교 분석하여 이들에 흡연에 대한 접근 방식이 기존과 다를 필요가 있음을 보였다. 비록 사회적지지 및 사회네트워크를 직접 반영하는 지표를 분석에 포함할 수 없었으나 결혼 상태나 가구 형태 변수를 통하여 간접적으로나마 이들의 영향력을 알 수 있었으며 특히 저소득층에서 중요함을 보였다. 또한 이 연구는 남녀를 층화 분석하여 남녀 흡연자의 특성이 다를 것을 보였다. 마지막으로 저소득층의 정보를 충분히 포함하는 동시에 전국 대표성을 가진 한국복지패널 자료를 이용하여 흡연행태와 관련요인을 분석함으로써 국내의 저소득층의 현실에 더욱 가까운 결과를 얻을 수 있었다.

우리나라는 국민건강증진법이 1995년 제정된 이후 여러 가지 금연 정책 시행으로 인하여 흡연율은 지속적으로 감소하고 있으나 최근 주춤한 추세이며, 흡연에서의 상대적, 절대적 불평등 크기는 증가 양상이 여전히 지속되고 있다(김혜련, 2007). 이는 지속적으로 저소득층의 흡연율이 높기 때문이며, 결국 흡연예방 및 금연정책이 형평성에

근거하지 않으면 흡연 불평등은 더 심화로 인하여 전체 흡연율의 감소라는 목표를 달성할 수 없음을 의미한다. 그러므로 금연율을 높이고 흡연율을 낮추기 위한 정책은 사회경제적 수준에 따라 효과가 다를 수 있으므로(Townsend et al., 1994) 이에 대한 고려가 필요하다. 흡연 예방 및 금연 정책은 모든 흡연자를 대상으로 하여야 하지만 동시에 사회경제적 지원이 부족하여 흡연 시작을 피하지 못하고, 스스로 금연할 자원이 부족한 낮은 사회경제적 위치의 사람들에게 맞춘 정책 모형도 필요하다. 즉, 전반적인 흡연율을 낮추기 위해서는 저소득층의 높은 흡연율과 그로 인한 흡연 불평등을 해결해야하고 이를 위해서는 저소득층 흡연의 특성을 이해하는 것이 중요하다.

이 연구의 결과는 저소득층의 흡연에 교육수준은 영향을 미치지 못하였고 반면에 심리사회적 요인과 물질적 결핍이 중요함이 드러났으며 또한 성별에 따라 흡연에 영향을 미치는 요인이 다르게 나타났다. 다시 말해, 저소득층의 흡연율이 높게 나타나는 이유는 저소득층은 흡연을 지속할 수밖에 없는 개인적, 사회적 환경에 처해있으며 이로 인해 금연에 실패할 확률이 크기 때문이다. 따라서 흡연율을 낮추기 위한 보건 정책을 수립함에 있어 기존과는 다른 저소득층의 특성과 남녀 특성 차이에 초점을 맞춘 새로운 접근법이 필요하다. 다시 말해, 낮은 교육 수준으로 인하여 흡연이 건강에 미치는 악영향에 대하여 인지가 부족하기 보다는 저소득이라는 자체로 인하여 금연 서비스에 대한 접근성이 떨어지는 점, 물질적 박탈, 결핍으로 인하여 지속적 스트레스가 유발되는 점, 사회적 지지의 결핍이 여성 흡연에 특히 더 영향을 미치는 점 등에 초점을 맞춘 새로운 접근 전략이 필요하다. 그러나 여성의 흡연을 부정적으로 보는 한국의 사회규범 때문에 한국의 여성 흡연자들은 금연과 관련하여 사회지원을 받을 가능성이 매우 낮다. 즉, 면대면으로 하는 금연상담이나 자신을 노출해야 하는 금연 프로그램을 꺼리는 경향이 있으므로 이를 고려해야 한다. 따라서 여성 흡연율 감소를 위하여서는 기존의 남성 위주 접근법에서 벗어나 새로운 정책이 디자인되어야 할 필요가 있음을 시사한다.

결론적으로 흡연의 사회경제적 불평등을 줄이고 금연사업의 효과를 높이기 위하여서는 전체 인구 집단을 대상으로 한 흡연 예방정책과 흡연자 전체를 대상으로 한 기존의 금연 정책을 지속함과 동시에, 저소득층에 대한 보다 적극적인 정책적 개입이 필요하며 여성에 초점을 맞춘 새로운 접근 전략 또한 필요하다. 특히 저소득층에 있어서는 이들의 물질적 결핍과 동시에 자아존중감, 가구형태, 결혼상태 등과 같은 심리사회적 요인에 관심을 기울일 필요가 있다.

김잔디는 서울대학교 보건대학원에서 보건학 석사학위를 받았으며, 현재 한양대학교 예방의학교실에서 연구원으로 재직 중이다. 주요 관심분야는 건강형평성, 취약계층이다.

(E-mail: jandee1115@hanmail.net)

서제희는 한양대학교 의과대학 예방의학교실 박사과정이며, 현재 한양대학교 예방의학교실 연구원으로 재직 중이다. 관심분야는 건강의 사회적 결정요인, 건강형평성, 지역사회 개입 연구이다.

(E-mail: shiningmedic.naver.com)

신영전은 서울대학교 보건대학원에서 보건학 박사학위를 받았으며 현재 한양대학교 의과대학 예방의학교실 교수로 재직 중이다. 관심분야는 취약계층, 보건정책, 건강형평성이다.

(E-mail: yshin@hanyang.ac.kr)

김창엽은 서울대학교 보건대학원에서 보건학 박사학위를 받았으며 현재 서울대학교 보건대학원 교수로 재직 중이다. 관심분야는 건강보장, 건강형평성, 국제보건이다.

(E-mail: cykim@snu.ac.kr)

참고문헌

- 김창엽(2004). 사회계층과 전반적 건강수준 및 건강행태. 보건복지포럼, 92, pp.18-25.
- 김혜련(2007). 우리나라에서 흡연율의 사회계층별 불평등과 변화추이. 보건사회연구, 27(2), pp.25-43.
- 김혜련, 강영호, 윤강재, 김창석(2004). 건강수준의 사회계층간 차이와 정책방향. 서울: 한국 보건사회연구원.
- 김혜련(2009). 건강형평성에서 건강행태의 함의와 정책과제. 보건복지포럼, 149, pp.36-47.
- 손미아(2002). 사회계층과 건강행위가 유병률에 미치는 영향. 예방의학회지, 35(1), pp.57-64.
- 지선하(1999). 흡연의 현황과 그 역학적 특성, 인제대학교 보건대학원: 국민건강증진 연구소.
- 최수찬, 박해웅(2005). 근로자의 사회정서적 문제가 스트레스와 우울 및 자아존중감에 미치는 영향 연구. 한국사회복지학, 57(4), pp.177-196.
- 한림대학교(2006). 저소득층의 건강증진 활동 실태와 결정요인에 대한 연구. 서울: 건강증진 사업지원단.
- Asthana, S., Halliday, J. (2006). *What works in tackling health inequalities?: Pathways, policies and practice through the lifecourse*. Bristol: The policy press. 신영전, 김유미, 김기량, 홍서아(역). 2009. 건강불평등을 어떻게 해결할까?. 서울: 한울.
- Berkman, L. F., Kawachi, I.(Eds). (2000). *Social epidemiology*. New York: Oxford university press. 신영전, 김명희, 전희진, 김석현(역). (2003). *사회역학*. 서울: 한울.
- Bobak, M., Jarvis, M. J., Skodova, Z., Marmot, M. (2000). Smoke intake among smokers is higher in lower socioeconomic groups. *Tobacco Control*, 9, pp.310-312.
- Broms, U., Silventoinen, K., Lahelma, E., Koskenvuo, M., Kaprio, J. (2004). Smoking cessation by socioeconomic status and marital status: the contribution of smoking behavior and family background. *Nicotine Tob Res*, 6, pp.447-455.
- Bundara, A. (1977). self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84, pp.191-215. Layte, L., Whelan, C. T. (2009)에서 재인용

- Cavelaars, A. E., Kunst, A. E., Geurts, J. J., Crialesi, R., Grotvedt, L., Helmert, U., et al. (2000). Educational differences in smoking: international comparison. *BMJ*, 320, pp.1102-1107.
- Cho H. J., Khang Y. H Yun S. C. (2006). Occupational differentials in cigarette smoking in South Korea: finding from the 2003 Social Statistics Survey. *J Pre Med Public Health*, 39(4), pp.365-370.
- Cho H. J., Khang Y. H., Kawachi I. (2008). Marital status and smoking in Korea: the influence of gender and age. *Soc Sci Med*, 66(3), pp.609-619.
- Chung, W., Kim, H., Lim, S., Lee, S., Cho, K. (2009). Factors influencing cigarette smoking and quantified implications for anti-smoking policy: evidence from South Korea. *International journal of Public Health*, 54, pp.409-419.
- Chung, W., Lim, S., Lee, S. (2010). Factors influencing gender differences in smoking and their separate contributions: evidence from South Korea. *Soc Sci Med*, 70, pp.1966-1973.
- Copeland, L. (2003). An exploration of the problems faced by young women living in disadvantaged circumstances if they want to give up smoking: can more be done at general practice level? *Fam Pract*, 20, pp.393-400. 신영진, 김유미, 김기량, 홍서아(역). (2009). *건강불평등을 어떻게 해결할까?*. 서울: 한울, pp.460.
- Danielsson, T., Rossner, S., Westin, A. (1999). Open randomised trial of intermittent very low energy diet together with nicotine gum for stopping smoking in women who gained weight in previous attempts to quit. *BMJ*, 319, pp.490-493.
- Deuchler, M. (1992). *The confucian transformation of Korea: A study of society and ideology*. Cambridge: Havard University Press.
- Easterlow, D., Smith, S. J. (2004). Housing for health: can the market care?, *Environment and planning A*, 36, pp.999-1017. 신영진, 김유미, 김기량, 홍서아(역). (2009). *건강불평등을 어떻게 해결할까?* 서울: 한울, pp.540.
- Ecob, R., Macintyre, S. (2000). Small area variations in health related behaviours: do these depend on the behaviour itself, its measurement, or on personal characteristics?. *Health Place*, 6, pp.261-274.

- Fernandez, E., Schiaffino, A., Garcia, M., Borrás, J. M. (2001). Widening social inequalities in smoking cessation in Spain, 1987-1997. *J Epidemiol Community Health*, 55, pp.729-730.
- Galobardes, B., Costanza, M. C., Bernstein, M. S., Delhumeau, C., Morabia, A. (2003). Trends in risk factors for lifestyle-related diseases by socioeconomic position in Geneva, Switzerland, 1993-2000: health inequalities persist. *Am J Public Health*, 93, pp.1302-1309.
- Galobardes, B., Shaw, M., Lawlor, D. A., Lynch, J. W., Davey Smith, G. (2006). Indicators of socioeconomic position (part 1). *J Epidemiol Community Health*, 60, pp.7-12.
- Giskes, K., van Lenthe, F. J., Turrell, G., Brug, J., Mackenbach, J. P. (2006). Smokers living in deprived areas are less likely to quit: a longitudinal follow-up. *Tob Control*, 15, pp.485-488.
- Graham, H. (1987). Women's smoking and family health. *Social Science and Medicine*, 25, pp.47-56.
- Graham, H. (1994). Gender and class as dimensions of smoking-behaviour in Britain: insights from a survey of mothers. *Social Science and Medicine*, 38, pp.691-698.
- Graham, H. (1996). Smoking prevalence among women in the European community 1950-1990. *Soc Sci Med*, 43, pp.243-254.
- Graham, H., Der, G. (1999). Patterns and predictors of tobacco consumption among women. *Health Educ Res*, 14, pp.611-618.
- Haustein, K. O. (2006) Smoking and poverty. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*, 13, pp.312-318.
- Judge, K., Bauld, L., Chesterman, J., Ferguson, J. (2005). The English smoking treatment services: short-term outcomes. *Addiction*, 100 Suppl 2, pp.46-58.
- Kang, H. Y., Kim, H. J., Park, T. K., Jee, S. H., Nam, C. M., Park, H. W. (2003). Economic burden of smoking in Korea. *Tob Control*, 12, pp.37-44.
- Khang Y. H., Cho H. J. (2006). Socioeconomic inequality in cigarette smoking: Trends by gender, age, and socioeconomic position in South Korea. *Preventive*

Medicine, 42, pp.415-422.

- Khang, Y. H., Lynch, J. W., Jung-Choi, K., Cho, H. J. (2008). Explaining age-specific inequalities in mortality from all causes, cardiovascular disease and ischaemic heart disease among South Korean male public servants: relative and absolute perspectives. *Heart*, 94, pp.75-82.
- Khang, Y. H., Yun, S. C., Cho, H. J., Jung-Choi, K. (2009). The impact of governmental antismoking policy on socioeconomic disparities in cigarette smoking in South Korea. *Nicotine Tob Res*, 11, pp.262-269.
- Kim S. R., Kim O. K., Yun K. E., Khang Y. H., Cho H. J. (2009). Socioeconomic Factors Associated with Initiating and Quitting Cigarette Smoking Among Korean Men. *Korean Journal of Family Medicine*, 30(6), pp.415-425.
- Kunst, A. E., Giskes, K., Mackenbach, J. P. (2004). *Socio-economic inequalities in smoking in the European Union: Applying an equity lens to tobacco control policies*. Rotterdam: Erasmus Medical Center.
- Layte, L., Whelan, C. T. (2009). Explaining social class inequalities in smoking: The role of education, self-efficacy and Deprivation. *European Sociological Review*, 25, pp.399-410.
- Pollack, C. E., von dem Knesebeck, O., Siegrist, J. (2004). Housing and health in Germany. *J Epidemiol Community Health*, 58, pp.216-222. 신영전, 김유미, 김기량, 홍서아(역). (2009). *건강불평등을 어떻게 해결할까?* 서울: 한울, pp.477
- Reijneveld S. (1998). The impact of individual and area characteristics on urban socioeconomic differences in health and smoking. *Int J Epidemiol* 27, pp.33-40.
- Schoenbom, C. (2004). *Marital status and health: United States, 1999-2002, advance data from vital and health statistics*. Huattsville, MD: National Center for Health.
- Shohaimi S, Luben R, Wareham N, et al. (2003). Residential area deprivation predicts smoking habit independently of individual educational level and occupational social class-A cross sectional study in the Norfolk cohort of the European Investigation into Cancer (EPIC-Norfolk). *J Epidemiol Community Health*, 57, pp.270-276.

- Stroebe, M., Stroebe, W., Schut, H. (2001). Gender differences in adjustment to bereavement: An empirical and theoretical review. *Review of General Psychology*, 5(1), pp.62-83.
- Townsend, J., Roderick, P., Cooper, J. (1994). Cigarette smoking by socioeconomic group, sex, and age: Effects of price, income, and health publicity. *BMJ*, 309, pp.923-927.
- WHO (2008). *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic*. Geneva; WHO.

The Factors Associated with Smoking Behavior of Low-income People

Kim, Jan di

(Hanyang University)

Shin, Young Jeon

(Hanyang University)

Seo, Jae Hee

(Hanyang University)

Kim, Chang yup

(Seoul National University)

The purpose of this study is to identify whether the factors affecting the smoking behaviors of low-income people differ from those affecting the high-income people in order to abate the socioeconomic inequalities in smoking. This research used the third wave data of the Korea Welfare Panel Study and undertook the multivariate logistic analysis for a total of 11,739 survey respondents constituting 7,745 high-income people and 3,994 low-income people who were stratified by gender and an income level. The analysis found that the age-standardized smoking rates of low-income is significantly higher (men 53.9%, women 6.2%) than the others (men 48.0%, women 2.8%) and the factors affecting the smoking behaviors of low-income people differed from those affecting the high-income people. Common factors for men, regardless of an income level, included old age, economic inactivity, house ownership, poor health, and overall low satisfaction with life; common factors for women included divorce, separation, bereavement, and house ownership ($P < 0.05$). However, a low-level of education and unmarried status had significant impacts on high-income male smokers while divorce, separation, bereavement, and low self-esteem had significant effects on low-income male smokers ($P < 0.05$). Moreover, smoking of high-income women were significantly affected by a low level of education, unmarried status, economic inactivity, and low self-esteem while that of low-income women were significantly influenced by old age and household type ($P < 0.05$). Therefore, not only existing universal approaches to all of the smoking people but also targeted strategies for low-income people with a higher smoking rate are required to enhance the effectiveness of anti-smoking policy. In particular, the psychosocial factors such as self-esteem, household type, & marital status need more attentions.

Keywords: Low-income People, Smoking, Inequality