

청소년 흡연예방 및 금연정책 방향

National Policy for Adolescent Smoking Prevention and Cessation



박순우
대구기톨릭대학교 의과대학 예방의학교실 교수

청소년 시기의 흡연은 각종 건강문제 뿐만 아니라 음주 및 기타 약물남용, 일탈행위, 여러 불건강 행위와 관련성이 있어, 국가보건정책의 최우선 사업으로 수행될 필요가 있다. 정부에서는 청소년 흡연 억제에 위해 금연구역 확대, 미성년자 대상 담배 판매 금지 등의 여러 가지 규제정책, 흡연예방 및 금연교육, 금연지도자 양성 등의 교육·훈련사업, 각종 홍보사업, 흡연자 금연지원 사업, 담배갑 인상을 비롯한 경제적 정책, 연구 및 조사사업 등을 추진하고 있다. 그러나 정책의 실효성을 위해 규제정책을 강화하고 실제 적용을 위한 방침을 마련하고, 현장에서 적용가능한 표준화된 흡연예방 및 금연프로그램의 개발, 흡연청소년의 금연지원을 위한 제도적 장치 마련, 담배갑의 지속적 인상, 청소년을 위한 홍보방안 개발, 중장기 대형 연구과제를 통한 청소년 흡연대책을 위한 과학적 근거 도출, 관련부처 및 사업팀간의 유기적 협조체계 구축 등이 필요하다.

1. 들어가는 말

어린이, 청소년 시기의 흡연은 기침, 가래, 천식 악화 등의 호흡기 증상 및 폐의 발육 지연과 폐기능 저하, 혈청 지질 구성에 대한 나쁜 영향 및 동맥경화증의 시작, 운동능력 저하 등 청소년 시기의 건강에 대한 영향 뿐만 아니라, 만성 폐쇄성폐질환(COPD) 발병 위험성 증가 및 발

생 연령 저하, 관상동맥질환 발병 연령의 저하, 각종 흡연 관련 암 발생 위험 증가 등 성인기 질환의 위험성을 높인다.¹⁾ 미국의 경우 1995년 현재 흡연을 하고 있는 17세 이하의 청소년 1천 6백만명 중 이들이 금연을 하지 않는다면 약 5백 30만명이 흡연으로 인해 조기사망 할 것으로 추정되었으며,²⁾ 그 이후 청소년의 흡연율이 계속 증가하여 2000년의 경우 약 2천만명으로 추산

1) USDHHS(U.S. Department of Health and Human Services). Preventing Tobacco Use Among Young People: A Report of the Surgeon General. Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1994.

2) CDC(Centers for Disease Control and Prevention). Projected smoking-related deaths among youth-United States. *Morb Mortal Wkly Rep* 1996;45:971~974.

되는 흡연자 중 약 6백 40만명이 흡연으로 인해 조기사망할 것으로 추정되었다.³⁾ 흡연 시작 연령이 어릴수록 수명 단축 효과는 커서 25세 이후에 흡연을 시작한 경우 4년의 수명이 단축되는 반면에 15세에 흡연을 시작한 경우는 8년이 단축되는 것으로 알려져 있다.⁴⁾

청소년 시기의 흡연은 건강에 대한 영향 뿐만 아니라 음주와 마리화나, 마약 등의 불법약물 남용의 동기가 되는 경우가 많으며, 흡연청소년의 경우 흡연무경험자에 비해 음주율, 흡입제, 살빼는 약 등의 비의학적 약물 복용 경험률, 성경험률, 아침결식을 비롯한 바람직하지 못한 식습관 행태, 스트레스 인지율, 우울감 경험률, 자살사고 및 자살시도 경험률이 높은 등 생활 전반적으로 부정적인 측면이 높다.⁵⁾

성인 흡연자의 대부분은 어린이, 청소년 시기부터 흡연을 시작한 경우이며, 또한 첫 흡연 경험 연령이 어릴수록 성인기에 흡연자가 될 가능성이 높다.⁶⁾ 따라서 청소년 시기의 흡연예방과 금연은 국가 보건정책의 최우선 사업 중의 하나로서 수행되어야 할 필요가 있다.

3) Hahn EJ, Rayens MK, Chaloupka FJ, Okoli CTC, Yang J. Projected smoking-related deaths among U.S. youth: a 2000 update. *Impact Teen research paper series*, No. 22, May 2002.

4) Fielding JE, Husten CG, Eriksen MP. Tobacco: health effects and control. in Wallace RB, Doebbeling BN, Maxcy-Rosenau-Last Public health & preventive medicine, 14th ed., Appleton & Lange, 1998:817~845.

5) 박순우. 청소년 건강행태조사 심층분석 결과. 제2차 청소년 건강정책 포럼 자료집, 질병관리본부, 2007.

6) Khuder SA, Dayal HH, Mutgi AB. Age at smoking onset and its effect on smoking cessation. *Addict Behav* 1999;24(5):673~7.

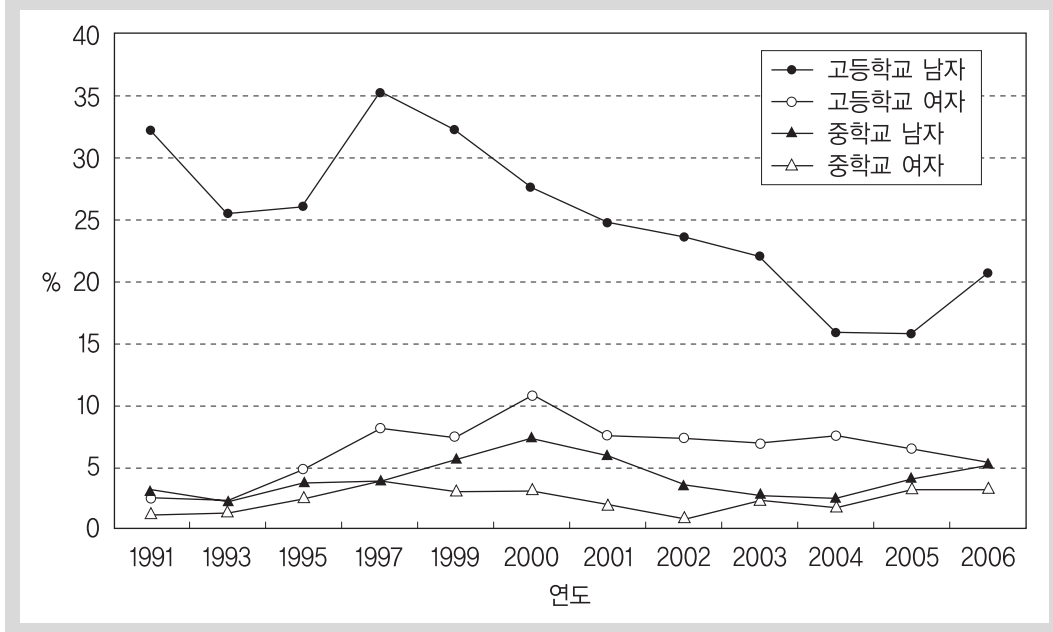
7) 한국금연운동협의회 홈페이지(http://www.kash.or.kr/user_new/pds_view.asp).

2. 우리나라 청소년 흡연실태

한국금연운동협의회의 조사 결과에 의하면 우리나라의 청소년 흡연율은 1997년 남자중학생이 3.9%에서 2000년 7.4%로 증가하였다가 2004년 2.4%로 감소하였으나 2006년 5.3%로 다시 증가하였으며, 여자중학생의 경우 3~4% 범위 내에서 등락을 반복하면서 비슷한 수준을 유지하고 있다. 남자고등학생의 경우는 1997년 35.3%에서 2005년의 15.7%까지 지속적으로 감소하는 경향을 보였으나 2006년 20.7%로 다시 증가하였고, 여자고등학생의 경우는 1997년 8.1%, 2000년 10.7%, 2003년 6.8%, 2004년 7.5% 등으로 등락을 반복하면서 2006년에는 5.2%로 감소하였다(그림1).⁷⁾

한편 2005년에 질병관리본부에서 실시한 전국청소년건강행태조사 결과에 의하면 남자중학생의 흡연율은 9.4%, 여자중학생은 6.2%, 남자고등학생(1~2학년)은 22.0%, 여자고등학생(1~2학년)은 13.4%로서 한국금연운동협의회의 조사 결과보다 상당히 더 높게 나타났다. 이는 흡연여부를 응답자의 주관적인 판단에 의해 조사한 한국금연운동협의회 조사와는 달리 전국 청소년건강행태조사에서는 월간 흡연 여부로

그림 1. 우리나라 청소년 흡연을 추이



써 흡연자를 정의하여 조사하는 등 조사방법의 차이에 기인한 것이다. 초등학교생의 흡연율은 2004년에 1개 대도시에서 5, 6학년의 남학생이 1.4%, 여학생이 0.7%로 조사된 바 있다.⁸⁾

전국청소년건강행태조사에서 흡연 유경험자 중에서 초등학교 입학 전이나 초등학교 저학년에 첫 흡연을 경험한 경우가 남학생의 경우 중학교 1학년의 36.2%에서 고등학교 2학년의 15.7%, 여학생의 경우 중학교 1학년의 29.2%에서 고등학교 2학년의 10.5%에 이르러 매우 어린 나이부터 첫 흡연을 경험하는 경우가 많은 것으로 조사되었다. 중·고등학생 전체적으로

첫 흡연경험 평균 연령은 12.1세로서 남학생이 12.0세, 여학생이 12.3세였다.

2005년도 청소년건강행태조사 결과 중에서 고등학교 1~2학년의 흡연율을 같은 해에 미국에서 9~12학년을 대상으로 이루어진 YRBS(Youth Risk Behavior Surveillance) 결과와 비교하면 남학생의 경우 우리나라가 22.0%, 미국이 22.9%로서 비슷하였으며 여학생은 우리나라가 13.4%로서 미국의 23.0%에 비해 많이 낮았다.⁹⁾ 일본의 경우 2000년도 조사 결과에서 남학생의 경우 중학교 1학년의 5.9%에서 고등학교 2학년의 29.5%까지 분포하여 우리나라의

중학교 1학년의 6.4%에서 고등학교 2학년의 24.1%와 비슷하였으며, 여학생의 경우도 일본이 중학교 1학년의 4.2%에서 고등학교 2학년의 13.0%까지 분포하여 우리나라 동일 학년에서의 4.7%~14.5%와 비슷하였다.¹⁰⁾

유럽의 경우 HBSC(Health Behaviour in School-aged Children Study)를 통해 13세 및 15세 청소년을 대상으로 유럽의 35개국을 대상으로 조사를 하고 있는데, 현재 흡연자의 정의를 우리나라의 청소년건강행태조사나 미국의 YRBS, 일본의 전국조사에서는 월간 흡연으로 하고 있는 반면 유럽에서는 주간 흡연율로서 흡연율을 제시하고 있어 흡연율을 직접 비교하기는 어렵다. 그러나 흡연경험률¹¹⁾과 매일흡연율을 우리나라의 중학교 3학년과 유럽의 15세를 비교하였을 때, 흡연경험률은 우리나라가 26.9%인 반면 유럽의 평균이 61.9%(범위 35.8~ 85.7%), 매일흡연율은 우리나라가 2.9%인 반면 유럽의 평균이 17.5%(범위 8.5~53.2%)로서 우리나라가 유럽의 평균에 비해서는 많이 낮았다.¹²⁾

3. 청소년 흡연예방 및 금연정책의 기본 방향

미국의 CDC는 범국가적인 포괄적 흡연억제 사업인 NTCP(National Tobacco Control Program)를 1999년부터 시작하면서 다음과 같이 9개 영역으로 나누어 시행하고 있다.¹³⁾ 즉, ① 흡연 감소를 위한 지역사회 사업(청소년의 참여, 유관 기관간의 연계, 교육 사업 수행, 정책 홍보, 담배제품 규격 규제 등), ② 흡연 관련 질병 부담 감소를 위한 만성질환 관리 사업(심혈관계 질환 예방 사업, 천식 예방 사업, 구강보건 사업, 암등록 사업 등), ③ 학교 흡연예방사업(학교정책, 교육과정, 교사연수, 부모참여, 금연교육, 지역사회와의 연계 활동 등), ④ 규제(법규 위반자 단속 및 금연을 위한 사회 분위기 조성, 청소년 담배 입수 경로 규제 및 공공장소에서의 흡연 제한), ⑤ 범국가(주)적 사업(평가 프로그램 개발, 대중매체를 통한 홍보, 금연 정책 수립, 청소년 담배 접근 규제), ⑥ 역마케팅(담배 회사의 판촉 및 광고 제한; 대중매체, 인쇄물, 광고판을 통한 홍보; 신문, 이벤트, 건강증진 활동을 통한 지역 주민과의 관계 형성 등), ⑦ 금연 프로그램 운영(전화상담, 보험을 통한 금연 치료, 저소득

8) 박순우, 김종연, 이상원, 박정환, 윤연옥, 이원기, 「설계기준 분석 방법에 의한 지역사회 청소년 흡연을 추정, 『예방의학회지』, 2006a;39(4):205~212.

9) MMWR. Youth risk behavior surveillance—United States, 2005, 2006;55(22-5).

10) Osaki Y, Tanihata T, Ohida T, Minowa M, Wada K, Suzuki K, Kaetsu A, Okamoto M, Kishimoto T. Adolescent smoking behaviour and cigarette brand preference in Japan. Tob Control 2006;15(3):172-80.

11) 흡연경험의 정의: 우리나라, 한두모금이라도 피워 본 경우; 유럽, 최소한 한개비 피워 본 경우

12) Candace Currie et al.(eds.). Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey (Health Policy for Children and Adolescents: No. 4).

13) Centers for Disease Control and Prevention. Best practices for comprehensive tobacco control programs—August 1999, Atlanta GA.

증을 위한 진료비 지원 등), ⑧ 감시 및 평가(흡연 관련 행태, 태도, 건강상태 감시), ⑨ 행정 및 관리 등이다.

한편, 미국 CDC에서는 학교에서의 흡연예방 사업을 위한 지침을 제시하고 있는데 중요한 내용은 다음과 같다.¹⁴⁾ 즉, ① 흡연에 대한 학교 방침을 개발 및 집행: 흡연예방에 대한 당위성 개발; 학교 구내, 통학 버스, 학교 주관 행사에서 흡연 금지; 학교 건물, 학교 행사, 학교의 출판물에 의한 담배 광고 금지; 모든 학생들은 필수적으로 흡연 예방 교육을 수강; 학생과 모든 교직원에게 금연 프로그램 제공; 학교 방침을 학생, 교직원, 부모 혹은 가족, 학교 방문객, 지역사회에 알릴 수 있는 통로 마련; 방침을 시행할 수 있는 교칙 제정 등 ② 흡연으로 인한 장·단기적 생리적·사회적인 측면의 부정적 결과, 흡연행태에 영향을 미치는 사회적 영향, 흡연에 대한 동료들의 가치관, 거절술에 대해 교육, ③ 유치원에서부터 고등학교에 이르기까지 흡연예방 교육을 실시, ④ 교사들을 위한 연수교육 실시, ⑤ 학교 흡연예방사업에 부모나 가족을 참여, ⑥ 흡연 학생과 교직원들의 금연을 위한 지원(학생들의 경우 학교 자체적으로 금연 프로그램을 운용, 교직원들의 경우는 지역사회의 각종 금연프로그램을 이용), ⑦ 흡연예방 사업의 정

기적인 평가 실시 등이다.

청소년을 위한 학교 흡연예방 및 금연교육 프로그램의 이론적 배경은 지난 수십년간 많은 변화를 거치면서 발전을 해왔고 외국의 경우 이를 이용한 다양한 흡연예방 및 금연프로그램이 개발되어 적용되고 있다. 이러한 프로그램들은 청소년들의 흡연과 관련된 위험요인 및 여러 가지 건강행태 혹은 보건교육 모델에 근거를 두고 있는데 청소년 흡연예방 및 금연교육 모델은 다음과 같이 크게 세 단계에 걸쳐 발전을 해 왔다.^{15) 16)}

1) 정보결손 모델(Information deficit model)

1964년 흡연이 폐암을 일으킨다는 미국 정부의 공식적인 발표가 있는 후, 대중매체를 통한 활발한 홍보와 교육 및 흡연억제를 위한 법과 제도의 보완이 따랐고 그에 따라 미국에서는 성인(특히 남자)의 경우 흡연율이 지속적으로 감소하였다. 이 모델은 담배를 피우는 이유가 흡연이 인체에 미치는 해악에 대해 잘 모르기 때문으로써, 흡연에 대한 지식 습득을 통해 흡연행태를 변하게 할 수 있다는 가설을 바탕으로 개발되었다. 주로 쓰인 교육 방법은 흡연의 인

체에 대한 영향을 강조함으로써 흡연에 대한 공포심을 유발하는 것이었다. 1970년대 중반 이전에는 주로 이 방법이 쓰였으나 이후 청소년의 흡연율을 낮추는데 별 효과가 없는 것으로 평가되었다. 이 교육방법이 실패한 주 원인은 i) 지식 습득과 그에 따른 행동 변화간의 복잡한 관계에 대한 이해가 부족하였고, ii) 흡연의 의존성을 간과하였고, iii) 동료 흡연, 흡연의 사회적 허용, 동료 흡연율에 대한 인식 등 흡연의 위험요소를 고려하지 않았기 때문이다. 그리고 인체에 대한 영향을 폐암과 같이 청소년과 직접적인 관련이 없는 것을 다루거나 내용 구성이 지루하게 구성되었던 것도 실패의 한 요인으로 지적되었다.

2) 정서교육 모델(Affective education model)

사람의 행동은 인지요인을 매개하는 개인적 요인, 즉, 믿음, 태도, 의도, 규범의 인식 등에 의해 달라질 수 있다. 이러한 이론에 바탕을 두고, 1970년대에는 청소년의 건강을 해치는 행태(예, 흡연)가 자아 인식과도 일치하기 때문이라는 가설을 바탕으로 하는 정서교육 모델이 개발되었다. 정서교육 모델에서는 자기주장, 의사소통, 문제해결, 스트레스 관리, 목표 설정, 의사결정, 자아 이미지 향상 등의 일반적인 생활 기술을 배움으로써 자아가치관 혹은 자아존중감을 향상시키는데 주안점을 두었다. 이때의 가설은 흡연은 낮은 성취동기, 결석, 반사회적 행동 등

의 다른 문제행동과 관련이 있으므로 자기 가치관에 초점을 둠으로써 이러한 모든 행동에 영향을 줄 수 있을 것이라는 것이었다. 그러나 이 방법 역시 뚜렷한 효과가 없는 것으로 평가되었고 경우에 따라 흡연에 대한 호기심을 키울 수도 있다는 비난을 받기도 하였다.

3) 사회적 영향 모델(Social influence model)

1980년대 초부터 흡연은 사회·인구학적, 환경적, 행태학적, 개인적, 약물학적 요인 등의 복합적 인자의 상호 작용에 의한 것이라는 것을 이해하게 되었다. 그 이전에는 흡연예방 교육 프로그램에 사회적 환경에 대한 요인은 고려가 되지 않았다. 사회적 영향 모델은 사회적 환경을 청소년 흡연에 영향을 미칠 수 있는 주요인으로 인식하고 그러한 사회적 영향에 저항할 수 있는 방법을 습득하는데 초점을 두고 있다. 이 모델의 가설은 청소년들은 i) 대부분의 사람은 담배를 피운다는 잘못된 인식, ii) 담배 광고나 판촉 행위에 의한 유혹, iii) 동료, 가족, 기타 제3자의 흡연 행태에 대한 역할 모형을 닮고자 하는 욕구에 대처하는 기술이 부족함으로써 담배를 피우게 된다는 것이다.

사회적 환경은 가족, 문화, 제도, 경제 등 여러 요인이 있을 수 있지만 학교보건 차원에서 접근이 가능하고 또한 다른 요인에 비해 청소년의 흡연 시도 및 지속과 가장 밀접한 것이 동료 그룹에 의한 사회적 영향(social group influence)이

14) Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for school health programs to prevent tobacco use and addiction. Morb Mortal Wkly Rep. 1994;43:No.RR-2.

15) Sussman S, Dent CW, Burton D, Stacy AW, Flay BR. Developing school-based tobacco use prevention and cessation programs. Sage Publications, 1995.

16) Institute of Medicine. Growing up tobacco free: preventing nicotine addiction in children and youth. Washington DC, National Academy Press, 1994.

다. 이 모델은 사회적 환경, 규범, 기술 훈련에 초점을 두고 건강증진과 관련된 행태를 진작할 수 있는 능력, 방법, 기술 및 요령을 습득하는 것을 목적으로 한다.

동료 그룹에 의한 사회적 영향은 크게 규범적 사회영향(normative social influence)과 정보적 사회영향(informational social influence)으로 나눌 수 있다. 규범적 영향은 담배를 피우는 행위가 동료들에 의해 허용되는 것을 말한다. 담배를 피우는 사람은 다른 사람들도 자기와 같이 담배를 피우기를 원하고 담배를 피우고자 하는 사람은 다른 동료들이 그 행위를 인정해 주기 원한다. 정보적 사회영향은 흡연에 대한 사회적 이미지, 흡연 빈도, 흡연에 대한 태도가 다른 사람들도 자기와 비슷할 것으로 기대하는 것을 말한다.

최근에 개발되어 활용되는 대부분의 흡연예방 및 금연 교육 프로그램은 대부분 사회적 영향모델에 근간을 두고, 범이론적 모형 및 행동단계이론, 사회적인지 이론 등을 적용하고 있다.

4. 우리나라 청소년 흡연예방 정책

새국민건강증진종합계획에서 정부는 2010년까지 청소년 흡연율(고3 기준)을 남학생은

10%, 여학생은 2%까지 떨어뜨리고, 청소년의 흡연시도 평균연령을 12세, 청소년의 매일흡연 시작 연령을 14세까지 늦추며, 흡연예방교육 경험률을 90%까지 올리며, 금연 홍보에 대한 인지율을 높이고 가정 실내 간접흡연 시간을 줄이는 것을 목표로 하고 있다.¹⁷⁾

이러한 목표 달성을 위해 현재 정부에서 추진하고 있는 청소년 흡연예방 및 금연정책을 규제, 교육·훈련, 홍보, 흡연자 금연지원, 경제적 정책 및 연구·조사 사업 등으로 구분하고 각 정책의 문제점과 제한점을 정리하면 다음과 같다.^{18) 19) 20)}

1) 규제정책

(1) 금연구역 확대

국민건강증진법에 의해 시설물을 전체금연구역 혹은 일부구역을 금연구역으로 지정하도록 되어있다. 현재 시설물 전체를 금연구역으로 지정하도록 되어 있는 곳은 학교의 교사, 의료기관, 보건소·보건의료원·보건지소, 보육시설 등이다. 반면에 학원, 체육시설, 식당, 만화대여업소, PC방 등 청소년이 많이 이용하는 시설의 대부분이 전체금연구역으로 설정되어 있지 않다.²¹⁾

(2) 금연구역 규정의 준수 사항에 대한 감시·감독

지방자치단체는 분기별로 금연구역을 설치해야 하는 시설의 수와 각 시설별로 해당 분기에 수행한 지도와 점검 횟수를 보건복지부에 보고하고, 각 시설의 흡연구역과 금연구역의 기준 부합 여부 및 실제 이행 실태를 감독하도록 되어있다. 그러나 실질적인 감시·감독이 미흡하고 감시·감독의 효과에 대한 검증이 미비한 실정이다.

(3) 담배성분 규제 및 공개

담배사업법에 따라 담배 1개비의 연기 중에 포함된 주요 성분과 그 함유량을 담배의 갑포장지 및 광고에 표시하도록 되어 있다. 그러나 현행법에서는 타르와 니코틴만 측정하여 표기하도록 되어 있고 발암물질을 비롯한 기타 유해물질에 대한 표시는 하고 있지 않다.²²⁾

(4) 포장 및 라벨에 기만적인 용어의 사용 금지

국내 시판 담배의 포장갑에 ‘라이트’, ‘마일

드’, ‘저타르’, ‘less smell, more pleasure’ 등 담배의 건강에 대한 해악을 오도할 수 있는 표기가 통용되고 있다. 그러나 아직 국내 법률에는 이러한 것을 규제할 수 있는 조항이 없다.

(5) 포장 및 라벨에 경고문구 및 사진·그림 삽입

담뱃갑 포장지 앞·뒷면 및 광고에 경고 문구를 표기하도록 되어 있으며, 흡연경고문구를 3개 이상 정하고 각 경고문구는 2년마다 순환하도록 하고 있다. 그러나 경고문구의 내용이 다양하지 못하며, 또한 경고사진이나 그림을 삽입하도록 하는 조항이 아직 없어²³⁾ 현행 경고문구만으로는 청소년의 흡연의도를 떨어뜨리는데 얼마나 효과가 있을지 의문이다.

(6) 담배광고, 판촉 및 후원 규제

국민건강증진법과 담배사업법에 따라 담배광고의 허용사항과 금지사항 및 담배광고 내용 및 형태의 규제를 하고 있다. 그러나 담배사업자의 후원의 경우 경고문구를 포함시키는 규정이 없으며 담배사업자의 후원 행위 규제 범위가 제한적이다.²⁴⁾

17) 서미경 외, 『새국민건강증진종합계획수립』, 한국보건사회연구원, 2006.
 18) 보건복지부, 『2007년도 건강생활실천사업 안내서 중 2007년도 국가흡연예방 및 금연사업안내』, 2007.
 19) 신윤정, 서미경, 최은진, 정광용, 『WHO 담배규제기본협약에 따른 대응전략 연구』, 한국보건사회연구원·건강증진기금사업지원단, 2004.
 20) 각 해당 법령. 법제처 홈페이지(http://www.moleg.go.kr/).

21) 금연구역 및 흡연구역의 지정시설 외에도 각 지방자치단체의 조례로 공중이 많이 이용하는 지역 등을 금연구역으로 정할 수 있도록 하여 지역별로 금연구역의 운영을 적절히 하고자 하는 국민건강증진법 개정안(안 제9조제7항 신설)이 현재 국회 계류 중임.
 22) 국제암연구소(IARC)에서 담배 속의 발암물질로 확인한 화학물질 중 보건복지부장관이 담배에 포함되어 있는 것으로 고시하는 발암물질이 제조 또는 수입하는 담배 중에 존재하는 경우에는 이를 함께 담배의 앞·뒷면에 표기하도록 하는 국민건강증진법 개정안(안 제8조제3항)이 현재 국회 계류 중임.
 23) 담뱃갑 포장지 및 대통령령이 정하는 광고에 경고문구 및 경고그림을 표기하도록 하는 국민건강증진법 개정안(안 제8조제3항 및 제6항)과 담배에 관한 경고의 표시를 담배의 갑 포장지 및 대통령령이 정하는 광고에는 흡연으로 발생할 수 있는 질병들을 소비자가 명확하게 인식할 수 있는 경고문구와 그림으로써 표시하도록 하는 담배사업법 개정안(안 제25조제1항)이 현재 국회 계류 중임.

(7) 미성년자 대상 담배판매 및 구매 규제

현행법에서는 담배를 청소년유해약물로 규정하고 청소년(19세 미만) 대상 청소년유해약물을 판매·대여·배포(자동기계장치, 무인판매장치, 통신장치 포함)하는 행위를 금지하고 있다. 그러나 2005년 청소년건강행태조사에서 담배구매 시도자 중 70.6%가 쉽게 구입이 가능했다고 응답한 것을 볼 때 실제 이 규제 조항의 실효성이 없음을 알 수 있다.

또한 담배자동판매기의 설치 장소를 제한하고 성인인증장치를 부착하도록 하고 있다. 그러나 판매 장소 내에 미성년자 대상 담배 판매 금지의 표시 설치를 의무화한 규정이 없으며, 연령 확인 시 구체적인 증명서를 제시하도록 하는 조항이 없다. 또한 소비자가 직접 접근할 수 있는 방식의 담배 진열 금지 규정이 없으며, 담배 제품 형태로 된 사탕, 과자, 장난감의 수입, 판매, 제조 금지 규정과 담배제품 판매 행위에 대한 금지 규정이 없다.

2) 교육·훈련 정책

(1) 흡연예방 및 금연교육

보건복지부, 국가청소년위원회, 교육인적자원부에서는 보육시설 어린이, 초등학생, 중·고등학생 흡연예방교육을 위한 교재 개발 사업을

수행하였고, 보건소, 민간단체 등을 통한 흡연 예방교육을 지원하고 있다. 그러나 흡연예방교육 프로그램의 표준화 및 효과 검증이 이루어지지 않았고 교육의 효과에 대한 평가가 거의 되지 않는 문제점이 있다.

(2) 금연지도자 양성사업

교사연수회 및 금연사업 담당 공무원 교육을 통해 금연지도자를 양성하고 있다. 이 또한 연수교육 프로그램의 표준화가 되지 않은 문제점이 있으며, 특히 연수를 받은 교사들이 학교일선에서 실제로 역할을 수행하고 있는지에 대한 모니터링이나 평가가 잘 되지 못하고 있다.

(3) 광역단위 교육청 학생흡연예방사업 지원

광역단위 교육청에 대한 예산 지원을 통해 학교흡연예방 사업을 지원하고 있다. 그러나 배정된 예산을 합리적으로 운영하도록 하기 위한 제도적 장치가 미흡하며, 포괄적인 사업을 하기에는 예산이 부족한 실정이다.

3) 홍보정책

TV, 라디오, 인터넷 등을 통한 금연공익광고, 리플렛, 포스터 등의 홍보물 제작 및 배포, 금연 길라잡이 등의 금연 포털사이트 운영, 금연정보

지 발간 등의 홍보사업을 하고 있으며, 청소년 금연콘서트, 담배없는 학교대회 운영, 유명 연예인을 금연홍보대사로 위촉하는 등의 이벤트 사업을 하고 있다. 정부에서의 홍보사업은 주로 성인을 대상으로 한 경우가 많고 청소년을 대상으로 한 것은 상대적으로 부족한 상황이다.

4) 흡연자 금연지원 정책

일부 보건소에서 청소년 금연을 위한 금연교실, 금연캠프 등의 사업을 수행하고 있고, 도전담배탈출, 금연마라톤 등의 온라인 금연프로그램을 운영하고 있으나, 보건소 금연클리닉이나 금연콜센터는 주로 성인을 대상으로 운영되고 있다.

청소년을 위한 금연상담 프로그램 개발이 미흡하고 보건소 금연클리닉, 금연콜센터에서의 청소년 금연상담 기능이 잘 이루어지지 못하고 있다. 보건소나 민간단체 등에서 기존 운영 중인 청소년 금연프로그램의 경우 효과 검증이 안된 상태에서 운영되고 있으며, 학교 자체적인 금연상담은 담당자의 역량과 수행 여건이 부족하여 그 역할은 미미한 실정이다.

5) 경제적 정책

2004년 12월에 담뱃값이 500원 인상된 이후 현재까지 담뱃값의 추가 인상이 이루어지지 못하고 있다. 담뱃값 인상의 주대상은 청소년이나 담뱃값 인상 이후 청소년 흡연율의 뚜렷한 감소

경향이 관찰되지 않는 문제점이 있다.

6) 연구·조사 사업

(1) 연구사업

국민건강증진기금에 의해 이루어지는 금연 관련 연구비의 비율은 전체연구비 중 10% 미만이며, 특히 청소년 흡연관련 연구는 더욱 상대적으로 부족한 실정이다. 대부분의 연구가 소규모, 단기간, 일회성인 경우가 많으며, 정책연구 과제의 경우 보건복지부, 교육인적자원부, 국가청소년위원회 등 부처별로 개별 수행됨으로써 중복이 되거나 일관성이 떨어질 우려가 있다.

(2) 조사사업

조사사업은 질병관리본부의 국민건강·영양조사, 전국청소년건강행태조사, 한국금연운동협의회 청소년흡연실태조사, 국가청소년위원회의 청소년유해환경접촉조사 등을 통해 청소년들의 흡연실태가 파악되고 있다.

국민건강·영양조사의 경우 청소년의 표본수가 적고 흡연 등 민감한 문제에 대한 신뢰성이 극히 낮은 문제점이 있으며, 전국청소년건강행태조사는 대표성은 있으나 흡연에 관한 설문내용이 제한적이라는 문제점이 있다. 한국금연운동협의회 청소년흡연실태 조사는 대표성의 문제, 표본의 가중치를 고려하지 않은 문제, 흡연행태에 대한 정의의 차이로 인한 비교성 문제

24) 국민건강의식을 잘못 이끄는 광고에 대한 내용의 변경 또는 금지를 명할 수 있는 광고에 「담배사업법」에 따른 담배의 광고를 포함시키도록 하는 국민건강증진법 개정안(안 제7조제2항제1호)이 현재 국회 계류 중임.

등이 있다. 청소년유해환경접촉조사는 흡연에 대한 내용의 제한성, 흡연의 정의 문제, 가중치를 고려하지 않은 문제 등이 있다.

5. 청소년 흡연예방 및 금연을 위한 정책방향

이상에서 기술한 청소년 흡연예방 및 금연을 위한 기본 정책방향과 현재의 우리나라 정책 및 문제점을 바탕으로 앞으로의 국가 청소년 흡연예방 및 금연정책의 방향을 제시하면 다음과 같다.

1) 규제정책의 강화 및 실제 적용

청소년을 대상으로 한 각종 규제정책은 담배에 대한 접근을 제한하는 직접적인 효과 뿐만 아니라 청소년이 흡연을 하여서는 안된다는 사회적 규범 및 공감대를 형성하는 효과도 기대할 수 있다. 전술한 청소년 대상 각종 흡연규제 정책의 현황과 문제점을 바탕으로 향후 보완되어야 할 사항은 다음과 같다.

- 청소년들이 주로 이용하는 시설을 우선적으로 금연구역 확대하고, 실제 금연구역 규정이 준수될 수 있도록 감시·감독기능을 강화하여야 한다.
- 담뱃갑의 기존 경고문구를 더욱 다양화하여 청소년을 대상으로 한 문구를 개발하고, 향후 법률 개정을 통해 담뱃갑에 담배의 유

해성분을 구체적으로 명시하고 그러한 성분으로 인한 구체적인 해악과 경고그림이나 사진을 삽입하여 담배의 해악에 대한 인식을 더욱 체감하도록 하여야 한다. 이러한 그림이나 사진은 청소년들에게 효과를 나타낼 수 있도록 도안을 한다.

- 담뱃갑에 담배의 해악을 호도할 수 있는 문구를 제한하도록 하고 디자인과 색상의 제한을 하여 흡연의 유혹을 일으키지 못하도록 한다.
- 청소년이 참가할 수 있는 행사에 담배회사의 후원을 하지 못하도록 하고, 담배회사 후원 행사의 경우 경고문구를 표기하도록 한다.
- 미성년자 대상 담배 판매 금지 범조항이 실효성이 있도록 제도적 장치를 마련한다. 담배 구입시 연령을 확인할 수 있도록 구체적 인 신분증을 제시, 담배 진열대에 직접적인 접근을 제한하는 등의 조치가 필요하다. 한편 담배소매장에서 청소년 대상 담배 판매를 거부하는 경우 일어날 수 있는 불이익에 대한 보호장치 마련도 있어야 할 것이다.
- 금연 및 흡연구역 위반, 청소년 대상 담배 판매, 인터넷 담배 판매 등에 대한 감시·감독이 상시적으로 이루어질 수 있도록 인력 보안을 비롯한 제도적 장치를 보완한다.

2) 효과가 검증된 흡연예방 및 금연프로그램의 개발·보급 및 금연지도자 훈련·양성

정부기관, 민간단체, 혹은 개인연구자에 의해 어린이나 청소년을 위한 교육프로그램이 개발된 것이 있다. 그러나 이들 프로그램은 효과 검증이 제대로 되지 못하였고 우리나라 학교 교육 현실에서 현장에서 적용하기 어려운 문제점이 있다. 학교나 지역사회 현장에서 적용이 가능한 프로그램을 개발하여 효과를 검증한 후 보급하는 작업이 필요하다. 교육프로그램의 개발은 전술한 행동학적 이론에 근거를 둔 과학적인 방법으로 이루어져야 하며 가급적 학교의 기존 과목과 접목하여 이루어질 수 있도록 구성할 필요가 있다.

학교교사, 보건소 담당자 및 금연상담사, 민간단체의 교육자를 대상으로 한 연수교육의 내용을 표준화하고 교육의 효과를 평가할 수 있는 체계를 만들어야 한다. 학생들의 흡연예방은 전 교사의 참여가 필요하므로 전공과목에 관계없이 모든 교사가 연수교육을 이수하도록 한다.

3) 흡연청소년을 위한 금연지원

학교 자체적으로 흡연청소년 금연상담을 할 수 있도록 담당교사의 양성 및 역량강화를 함과 동시에 지역사회의 자원을 활용할 수 있는 방안을 마련한다. 지역사회의 청소년상담센터나 보건소 금연클리닉을 활용할 수 있는 제도적 장치를 만들고 청소년상담원과 금연상담사의 청소년

년 금연상담기법을 위한 역량을 갖추도록 한다. 금연의도가 있는 흡연청소년을 위해 금연콜센터의 기능확대와 홍보를 강화할 필요가 있다.

4) 담뱃값의 지속적 인상

외국의 경우 담배 가격 정책이 성인에 비해 청소년에게서 효과가 더 크다는 것은 잘 알려져 있다. 청소년 흡연 억제를 위해 지속적인 담배 가격의 인상이 필요하다. 이를 위해 담배가격 인상의 당위성에 대한 논리개발 및 우리나라에서의 근거 마련이 필요하다.

5) 금연홍보

각종 홍보물 및 홍보방법을 청소년에게도 적용될 수 있도록 다양하게 개발하고 특히 연령별, 흡연행동단계별로 세분화할 필요가 있다. 홍보 효과의 평가를 위한 모니터링 체계를 마련할 필요가 있다.

6) 조사·연구사업

청소년 흡연행태 파악을 위한 별도의 조사체계를 구축하고, 중장기 및 대형 연구과제를 통해 청소년의 흡연 억제를 위한 과학적인 근거를 도출하는 것이 필요하다.

7) 부처간 및 부서간 협조체계 구축

청소년 금연 정책은 보건복지부, 교육인적자원부, 국가청소년위원회 등 정부 각 부처의 유기적 협조가 필수적이다. 각 부처가 참여하여 일관성 있는 정책을 추진하고 업무를 조율하기 위한 기구나 조직이 필요하다. 그리고 청소년 흡연문제는 음주, 정신보건 등의 다른 문제와 연관이 있는 경우가 많으므로 해당 사업팀과의 협조체제를 구축하여 포괄적인 접근을 하는 것도 중요할 것이다.

6. 맺음말

청소년 시기의 흡연으로 인한 개인차원에서 신체적, 정신적, 사회적 피해와 이로 인한 국가차원의 경쟁력 손실을 고려할 때 청소년 흡연 예방 사업의 중요성은 아무리 강조해도 부족하다고 할 수 있다. 특히 청소년 흡연은 다른 부정적인 건강행태 및 일탈행동과 관련이 있는 경우

가 많으므로, 청소년 흡연예방 사업은 금연 뿐만 아니라 청소년들의 인성함양을 비롯한 다른 부가적인 효과까지 기대할 수 있으므로 더욱이 그러하다.

최근 정부에서는 청소년 흡연문제를 해결하기 위해 많은 노력을 기울이고 있고 일부 그 성과가 나타나고 있으나 아직 많은 부분에서 미흡함을 부정할 수 없다. 향후 가장 우선적으로 보완되어야 할 점은 각종 사업의 개별적인 추진을 지양하고, 정부 부처간 연계체계 구축과 민·관간의 적절한 역할분담을 통해 종합적이고 포괄적인 접근방식을 취하고, 우리나라의 현실에 적용가능하고 과학적인 사업을 수행하기 위한 근거와 논리를 축적하는 것이라고 생각한다. 이를 위해서는 연구·개발을 위한 지속적인 투자, 다양한 전문가 그룹과 학교 현장 관계자의 참여 유도 및 의견 수렴, 청소년들이 흡연문제와 함께 가지고 있는 제반 문제해결을 위한 종합적인 대책 수립, 각종 정책의 현실적인 적용을 위한 구체적인 방안 개발 등이 필요할 것이다. **문헌**