보건교육건강증진학회지 제40권 제5호(2023. 12) pp.1-15
Korean J Health Educ Promot, Vol.40, No.5 (2023)
https://doi.org/10.14367/kjhep.2023.40.5.1

음주의 발암성에 대한 국민 인지도와 음주 규제 정책 지지도

최윤주*, 김효선**, 김병미***, 오진경****†
*국립암센터 암예방사업부 선임연구원, **국립암센터 암예방사업부 연구원,
***국립암센터 암예방사업부 부장, ****국립암센터 국제암대학원대학교 암관리학과 교수

Public awareness of the carcinogenicity of alcohol and support for alcohol regulation policies

Yoonjoo Choi*, Hyo-Seon Kim**, Byungmi Kim***, Jin-Kyoung Oh****†
* *Senior Researcher, Division of Cancer Prevention, National Cancer Center,*
** *Researcher, Division of Cancer Prevention, National Cancer Center,*
*** *Head, National Division of Cancer Prevention, National Cancer Center,*
**** *Professor, Department of Cancer Control and Population Health, Graduate School of Cancer Science and Policy, National Cancer Center*

Objectives: This study aimed to identify the current level of awareness of the carcinogenicity of alcohol among Korean citizens and to identify the relationship between carcinogenicity awareness and support for alcohol control policies. **Methods**: An online survey was conducted using a structured questionnaire among 7,000 adult men and women aged 20-69 in Korea, and crosstabulation and logistic regression were used to analyze the results. **Results**: Of the 7,000 men and women surveyed nationwide, 33.6 percent knew that alcohol was a carcinogen and 66.4 percent did not know. Those who knew about the carcinogenicity of alcohol were 2.17 times more likely to support regulation than those who did not, and those who perceived that "even one or two drinks are harmful to health" were 2.27 times more likely to support regulation than those who thought that "one or two drinks are beneficial to health." **Conclusion**: These results are in line with previous studies that have shown that higher awareness of the carcinogenicity of alcohol is associated with higher support for alcohol control policies, suggesting that various efforts to raise awareness of the carcinogenicity of alcohol are needed.

Key words: alcohol, carcinogens, awareness, alcohol control, policy support

Ⅰ. 서론

술은 세계보건기구(World Health Organization, WHO) 산하기구인 국제암연구소(International Agency for Research on Cancer, IARC)가 지정한 1군 발암물질이다. 과거 유럽과 미국에서는 19세기 말 안전한 식수가 확보되기 전까지 술이 오염된 물의 대체재로서 음용수로 활용되어 왔다(Barbor, 2010). 이후 다양한 사회적 상황에 여러 목적으로 광범위하게 사용되면서 단순한 음료를 넘어서 문화적 상징물로서 기능해 온 것이 사실이다(Heath, 1984). 하지만 지

Corresponding author: Jin-Kyoung Oh
Graduate School of Cancer Science and Policy, National Cancer Center, 323, Ilsan-ro, Ilsandong-gu, Goyang-si, Gyeonggi-do, 10408, Republic of Korea
주소: (10408) 경기도 고양시 일산동구 일산로 323 국립암센터 국제암대학원대학교
Tel: +82-32-920-2921, E-mail: jkoh@ncc.re.kr
※ 본 연구는 국립암센터 공익적암연구사업 '암 발생 고위험군 관리 전략 도입 연구: 금연, 금주 중심으로 (NCC-2212930-1)' 연구비 지원을 받아 수행되었음.
• Received: October 31, 2023 • Revised: December 21, 2023 • Accepted: December 22, 2023

난 1910년 프랑스에서 식도암 진단을 받은 환자의 80% 이상이 도수가 40-75도에 이르는 독주를 마시는 환자라는 사실이 역학적으로 밝혀지면서(Lamy, 1910), 이후 음주와 암 발생 간 인과관계를 밝히고자 하는 수많은 시도가 이루어져 왔다. 실제 구강암, 식도암, 인두암, 후두암, 간암, 대장암, 유방암 등의 주요 암종의 발생이 음주와 연관이 있다는 것이 많은 연구를 통해 밝혀지게 되었고(Bagnardi et al., 2015; McGuire, 2016; World Cancer Research Fund [WCRF] & American Institute for Cancer Research, 2021), 국제암연구소는 '알코올'과 부산물인 '아세트알데하이드'를 1군 발암물질로 분류하게 되었다.

2020년 기준 전세계에서 발생한 암 약 75만 건(4.1%)은 음주로 인한 것으로 추정되고 있다(Rumgay et al., 2021; Gapstur et al., 2022). 우리나라의 경우에는 간암, 대장암, 유방암, 식도암, 구강암 등이 음주로 인해 새롭게 발생하는 것으로 추정된다(Rumgay et al., 2021). 반면 금주를 하는 경우에는 암 발생위험이 감소한다는 것도 잘 알려진 사실이다(Rehm, Patra, & Popova, 2007; Marron et al., 2010). 그렇기 때문에 음주율을 감소시키는 것은 암예방을 위한 정책의 주요 핵심 목표 중 하나라 할 수 있다.

이처럼 음주와 관련성이 높은 일부 암종에서는 암 위험이 증가하지 않는 음주량의 역치는 존재하지 않는다(WCRF, 2018). 즉, 적은 양을 섭취하더라도 섭취하는 순간부터 암 위험은 높아지는 것이다. 일례로 유방암의 경우 적은 알코올 섭취만으로도 위험성이 증가한다는 것이 밝혀져 우리가 흔히 적정음주라 간주하는 한 잔 정도의 음주도 해롭다는 것이 입증된 바 있다(Kungu, Hamajima & Hirose, 2002; Corrao, Rubbiati, Bagnardi, Zambon, & Poikolainen, 2000). 이러한 이유로 우리나라를 비롯한 국제사회는 암예방을 위해 금주를 하도록 권고하고 있다(WCRF, 2018; Korea Cancer Prevention Strategy, 2023). 하지만 많은 이들은 아직 음주와 암 발생의 연관성을 인지하지 못하고 있으며(Scheideler & Klein, 2018), 음주로 인해 발생 가능한 다양한 위험에 대한 사회적 인식이 부족한 상황이다. 게다가 우리나라는 매우 허용적인 음주문화를 지니고 있는데, 그로 인해 높은 수준의 고위험음주율, 폭음률, 알코올 사용 장애율을 나타내고 있다(Korea Centers for Disease Control and Prevention Agency [KCDC], 2023).

이러한 음주행위는 개인의 선택에 의한 결과이기도 하지만, 국가의 경제 · 사회구조, 정치 · 법구조, 시장구조 등 사회환경의 영향을 크게 받는다(Sohn, Shin, & Kim, 2018). 금주정책을 위해서는 어느 한 부분만을 강조하는 것이 아니라 포괄적인 정책이 필요한 이유이다. 때문에 WHO에서도 음주로 인한 폐해 예방을 위해 '주류이용가능성 제한강화(S: Strengthen restrictions on alcohol availability)', '음주운전방지를 위한 대책 및 단속강화(A: Advance & enforce drink driving countermeasures)', '음주상담 치료, 접근성 확대(F: Facilitate access to screening, brief interventions & treatment)', '주류광고, 판촉 등 규제(E: Enforce bans/ comprehensive restrictions on alcohol advertising, sponsorship & promotion)', '세금과 가격정책(R: Raise prices on alcohol through excise taxes & pricing policies)'의 내용을 포괄하는 SAFER 전략을 내놓기도 하였다(WHO, 2021).

음주규제와 관련된 다양한 정책 중에서도 특히 '가격정책'과 '물리적 접근용이성 규제'는 그 효과성이 높다고 알려져 있다. 주세 인상과 같은 가격정책은 과도한 음주자뿐 아니라 음주 수준이 적당한 이들도 가격에 즉각적인 반응을 나타내며, 성인과 청소년 모두에서 효과적이다(WHO, 2019). 또한 술을 쉽게 구입하지 못하도록 제한하는 정책 역시 효과적인데, 판매점의 밀집도, 판매시간 및 요일, 장소등을 제한할 뿐 아니라 공공장소에서의 음주를 금지시키는 방식 등이 포함된다(Barbor, 2010).

그러나 이러한 포괄적 접근에 대한 국제사회 권고에도 불구하고 우리나라 음주폐해 정책은 주로 음주문제 선별, 상담 및 치료에 대한 접근성 확대 촉진 등 지엽적인 부분에 치중되어 왔으며(Shin et al., 2021), 그 외 정책들은 그 중요성이 크게 부각되지 못했던 것이 사실이다(JeKarl, Kim, Lee, & Park, 2016). 지난 2021년 국민건강증진법이 개정되어 주류광고 제한, 절주문화 조성, 금주구역 지정 등이 시행되고 있지만 그 효과는 다소 미비한 수준이다. 또한 주세 인상 논의도 국민건강이 아니라 세수확보의 측면에서 소극적인 접근만이 이루어지고 있는 상황이다.

물론 음주는 특히나 이해관계가 사회 여러분야에 얽혀있는 문제이다. 게다가 우리나라와 같이 허용적인 음주문화를 지닌 사회에서는 음주에 대한 규제를 시행하는데 사회적으로 많은 어려움이 따를 수 있다. 때문에 음주정책이 성공적으로 입안되고 시행되기 위해서는 대중의 지지가 필수적이며(Seidenberg et al., 2022), 음주규제정책에 관한 지지를 높이고 이를 뒷받침하는 여론을 형성하기 위한 노

력이 필요한 상황이다. 정책에 대한 대중의 지지는 공중보건정책 실행의 필수요소인 정치적 의지를 형성하는데 도움이 되기 때문이다(Richmond & Kotelchuck, 1991).

주목할 지점은 음주규제정책에 관한 대중의 지지도가 술의 발암성에 대한 인식도와 밀접한 관계가 있다는 것이다. 서두에서 언급했다시피 술은 국제암연구소에서 1군 발암물질로 분류했지만, 우리나라뿐 아니라 세계적으로도 아직 이에 대한 인지율은 높지 않다. 이에 미국, 영국, 호주 등에서는 술이 발암물질이라는 사실을 대중에게 알리기 위한 다양한 노력을 진행해 왔다(Scheideler & Klein, 2018). 하지만 우리나라의 경우 암으로 인한 질병부담이 큰 상황에서도 그간 암예방 목적으로 음주의 발암성 인지도를 높이는 것은 여러 사회·문화적 이유로 정책적 우선순위에서 밀려나 있었다.

많은 이들이 음주와 암 발생에 연관이 있다는 사실을 인지하게 되면 그 자체로 음주율을 감소시킬 수 있는 동력으로 작용할 수 있으며(LoConte, Brewster, Kaur, Merrill, & Alberg, 2018), 결과적으로 암뿐 아니라 음주와 관련된 다양한 질병 발생과 사망위험을 줄일 수 있다(Alattas, Ross, Henehan, & Naimi, 2020). 그렇기에 음주의 발암성 인지도를 높이는 것은 성공적인 음주규제정책을 수행하는 데 있어 중요한 선제조건이라 할 수 있다. 본 연구는 이러한 문제의식을 바탕으로 우리나라 국민을 대상으로 술의 발암성에 대한 인식정도를 파악하고, 발암성 인식과 음주규제 정책 지지도에 대한 관계를 규명하고자 하였다. 이를 통해 추후 포괄적인 음주규제정책 시행을 위한 발판으로서 음주 발암성 인식도 제고를 위한 노력의 필요성을 강조하고자 하였다.

Ⅱ. 연구방법

1. 연구설계 및 연구대상

본 연구는 효과적인 암예방정책 수립의 근거를 마련하기 위해 국립암센터에서 우리나라 국민을 대상으로 금주 및 금연에 대한 인식과 행태를 조사한 '2022년 대국민 음주 및 흡연 관련 인식도 조사' 자료를 활용하였다. 원자료는 온라인 패널조사를 통해 수집된 것으로, 해당 연구는 이를 가공하여 2차 분석을 수행하였다. 조사대상은 행정안전부의 주민등록 인구통계를 기준으로 성별, 연령별, 시도별 인구수에 비례하여 표본 수를 할당, 무작위 추출을 한 온라인 조사 패널이다. 이들 중 연구목적과 내용에 포함된 연구대상자 모집 안내문을 확인하고 자발적으로 온라인 설문에 참여한 이들을 대상으로 구조화된 조사표로 온라인 조사를 시행하였다. 본 조사의 표본 수인 7,000명이 조사를 완료하는 시점까지 설문이 수행되었으며, 표본 수를 채운 뒤 조사가 완료되었다. 설문 참여 요청은 2022년 10월 27일부터 11월 22일까지 16일간 총 68,200명에게 이루어졌으며, 그 중 55,007명(80.7%)은 미회신, 할당된 표본 수가 초과되어 제외된 참여자 3,005명(4.4%), 연령기준에 부합하지 않는 응답자 1,630명(2.4%), 설문을 완료하지 않고 중도에 포기한 1,558명(2.3%)이 제외되었다. 최종적으로 사용된 자료의 연구대상은 전국의 20세~69세 총 7,000명 성인 남녀이다. 본 연구는 국립암센터 생명윤리심의위원회를 통해 최종승인을 받았다(NCC2023-0003).

2. 변수선정

1) 인구사회학적 특성

우선 인구사회학적 요인으로 성별, 연령, 교육수준, 소득분위, 흡연여부를 조사하였다. 연령은 20~39세, 40~59세, 60세 이상으로 구분하였으며, 교육수준은 '고등학교 졸업 이하', '대학교 졸업', '대학원 이상'으로 나누었다. 소득분위는 조사가 이루어진 2022년 시점의 통계청 가계동향조사의 가구소득과 소득분위 기준을 활용하여 5분위로 범주화 하였다. 흡연여부는 '그렇다', '아니다'로 구분하였다.

2) 음주 관련 변수 및 알코올의 발암성 인식도

우선 현재 응답자의 음주 행태를 파악하기 위해 '귀하는 술을 드십니까?'라고 질문하여 '마심'이라고 응답한 경우 '현재 음주자', '과거 마셨으나 끊었음'이라고 응답한 경우 '과거 음주자', '원래 안마심'이라고 응답한 경우 '비음주자'로 구분하였다. 이어서 '현재 음주자'로 구분된 이들을 대상으로 객관적으로 음주 강도가 강한 이들을 구분하기 위하여 '한번 마실 때 얼마나 드십니까?'라고 질문하여 남성은 7잔 이상, 여성은 5잔 이상 음주하는 것으로 응답한 이들을 '폭음자'로 정의하였다. 또한 '폭음자'이면서 동시에 주 2회 이상 음주하는 것으로 응답한 이들을 '고위험음주군'으로 정의하였다. 한편, 응답자가 주관적으로 생각하

는 본인의 음주 정도를 측정하기 위해 '적게 마시는 편', '적당히 마시는 편', '많이 마시는 편', '중독수준'으로 구분하여 선택하도록 하였다. 또한 '술이 건강에 미치는 영향에 대해 어떻게 생각하십니까'라고 질문하였고 '한 두잔은 건강에 도움이 된다', '한 두잔은 건강에 별 영향이 없다(이롭지도, 해롭지도 않다)', '한 두잔의 술도 건강에 해롭다', '많이 마셔도 괜찮다'의 항목 중 선택하도록 하여 음주가 건강에 미치는 영향에 대한 인식 정도를 파악하고자 하였다. 마지막으로 알코올의 발암성 인식도를 확인하기 위해 '술이 1급 발암물질이라는 사실을 알고 계십니까?'라고 질문하였으며, '알고 있다'와 '모른다' 항목 중 선택하도록 하였다.

3) 음주 규제정책 지지여부

'술병의 경고문구를 눈여겨보신 적이 있습니까'라고 질문하여 '매번 본다', '가끔 본다', '전혀 안본다' 중 선택하도록 하여 현재 시행 중인 '술병 경고문구 기재' 정책의 기초적인 효과를 파악해 보고자 하였다. 또한 '암을 예방하기 위해 한두 잔의 소량 음주도 피하라는 권고에 대해 어떻게 생각하십니까?'라고 질문하여 암 예방을 위한 음주규제에 대한 인식정도를 파악하고자 하였다.

한편 전반적인 음주규제에 대한 지지여부를 파악하기 위해 '음주를 규제해야 한다고 생각하십니까?' 문항을 활용하여 '그렇다'와 '아니다'의 선택지 중 '그렇다'라고 응답한 이들을 음주규제를 지지하는 것으로 정의하였다. 이어서 세부적인 음주규제 정책별 지지여부를 파악하기 위해 상기 문항에서 '그렇다'라고 응답한 이들을 대상으로 '공공장소 음주규제', '주류가격 인상', '주류 판매시간 제한', '주류 판매장소 제한', '주류광고 규제강화', '음주 위해성 교육강화' 중에서 가장 필요하다고 생각하는 음주규제 정책을 1순위부터 3순위까지 선택하도록 하였다. 이 항목들은 음주관련 문제점들을 줄이기 위한 대안으로 권고되는 알코올에 대한 '물리적 접근용이성 제한'과 '가격통제'의 세부정책으로, 일반적인 음주관련 문제를 감소시키는 데 효과가 있다고 밝혀진 음주환경 조치이다. 이미 많은 국가에서 실제 시행되고 있지만 우리나라에서는 아직 논의 수준 단계로 이들 정책에 대한 지지여부를 확인해보는 것은 의미가 있을 것으로 판단하였다. 또한 주류광고 규제강화는 현재 광고규제가 시행되고 있지만, 규제를 보다 강화하는 데 대한 인식과 지지도를 확인해보고자 하였으며, 술이 발암물질이라는 사실을 인지하지 못하고 있는 이들이 많기 때문에 음주위해성 교육강화에 대해서도 인식과 지지도를 살펴볼 필요가 있다고 판단하였다.

한편 각 정책 중 1순위부터 3순위까지 선택하도록 한 것은 주어진 항목에 대해 응답자가 중요하게 생각하는 응답을 하나 또는 그 이상으로 선택하게 하는 축소순위절차를 활용한 문항이다. 초창기 설문조사에서는 여러 개의 응답항목을 나열한 후 가장 준요한 항목부터 순서대로 나열하게 하고 각 항목에 대해 순위를 모두 부여하는 완전순위절차 방법을 사용했다(Converse & Presser, 1986). 그러나 순위를 매겨야 할 항목 수가 5개 이상이 되면 응답이 매우 어려워지기 때문에 신중하게 응답하지 않는 등의 한계가 있다는 지적이 점차 제기되었다((McCarty & Shrum, 2000). 이를 보완하기 위해 항목들 중 중요하게 생각하는 상위 몇 개의 항목만을 선택하도록 하는 축소순위절차 설문 방법이 제시되었는데, 이는 응답자의 부담을 완화시키면서 선호도가 높은 항목을 신속하게 평가할 수 있다는 장점이 있어 널리 사용되고 있다(Heo, Chang, & Shin, 2008; Kim, Ahn, & Choi, 2019). 본 연구에서는 1-3순위 중 한번이라도 선택한 경우 해당 규제정책에 대해 지지의사가 있는 것으로 정의하였다.

3. 자료분석

설문에 참여한 연구대상자에 대한 일반적인 특성을 알아보기 위해 성별을 구분하여 교차분석과 카이제곱 검정을 시행하였다. 또한 술의 발암성 인식에 따라 음주규제 정책에 대한 지지여부를 확인하기 위해 전반적인 음주규제정책과 세부 음주규제 정책 항목별로 나누어 로지스틱 회귀분석을 시행하였다. 대상자의 성별, 연령, 교육수준, 소득분위, 흡연여부를 보정하였으며 모든 연구의 분석은 Stata version 16.0을 사용하였다.

Ⅲ. 연구결과

1. 연구대상자의 성별에 따른 일반적 특성과 음주에 대한 일반적 인식

본 조사의 연구대상은 20-69세 성인남녀 7,000명으로

남성 3,555명(50.8%), 여성 3,445명(49.2%)이다. 남녀 모두 40-59세 연령대와 대학교 졸업한 이들, 소득분위가 3분위에 해당하는 이들이 가장 많았다. 현재 흡연여부의 경우 남녀모두 흡연을 하지 않는 이들이 많았으나 남성은 51.8%, 여성 84.2%로 빈도에 차이를 보였다. 현재 음주를 한다고 응답한 이들은 남성 72.2%, 여성 59.1%로 과거 음주자, 비음주자에 비해 많았으며, 음주 빈도는 월 2-4회로 응답한 이들이 가장 많았고, 남성의 경우 주 2회 이상 마신다고 응답한 이들도 37.1%로 높은 비중이었다. 한편 음주를 한다고 응답한 이들을 대상으로 한 번에 남성은 7잔, 여성은 5잔 이상 마시는 폭음 여부를 조사한 결과 남성 45.4%, 여성 35.4%가 폭음을 하고 있었다. 더불어 폭음의 빈도가 주 2회 이상이라고 응답한 고위험음주군에 속하는 이들은 남성 22.6%, 여성 30.8%로 여성의 고위험음주군 비중이 높은 것을 확인할 수 있었다.

이들이 주관적으로 인식하는 음주 정도가 어떠한지 확인한 결과 남성 52.4%, 여성 46.1%가 스스로 적당히 마시는 편이라고 응답하였고, 음주가 건강에 미치는 영향에 대해 남성 44.8%, 여성 49.1%가 '한 두잔은 건강에 별 영향이 없다'고 응답하여 가장 많은 비중을 차지했다. '한 두잔은 건강에 도움이 된다'고 응답한 이들도 남성 19.1%, 여성 16.8%이었으며, 반대로 '한 두잔의 술도 건강에 해롭다'고 응답한 이들은 남성의 34.5%, 여성 33.6%이었다.

한편 술이 1군 발암물질이라는 사실을 알고 있는지 질문한 결과 남성의 65.2%, 여성의 67.6%는 모른다고 응답해 국민의 상당수가 술의 발암성에 대한 인식을 하지 못하고 있는 것을 알 수 있었다. 술을 마실 때 술병에 기재되어 있는 경고문구를 살펴보는 빈도를 조사한 결과 남성 49.7%, 여성 47.8%는 가끔 보고, 전혀 보지 않는 이들도 남성 44.0%, 여성 46.6%로 높은 비중을 보였다. 암 예방을 위해 금주할 것을 권고한다면 이에 동의하는지 여부에 대해 남성 43.5%, 여성 53.5%가 동의하였고, 보통이라고 응답한 이들도 39.4%, 35.7%로 금주에 크게 거부감을 보이지는 않았다. 전반적으로 음주규제가 필요하다고 생각하는지의 질문에 대해 남성의 40.7%, 여성 55.4%가 필요하다고 동의하였다. 본 연구대상자의 성별에 따른 일반적 특성과 음주에 대한 일반적 인식에 대한 결과는 〈Table 1〉에 제시되어 있다.

〈Table 1〉 General characteristics of study participants

Unit: N(%)

Characteristics		Male (n=3,555)	Female (n=3,445)	p
Age	20-39	1,288 (36.2)	1,187 (34.5)	.195
	40-59	1,594 (44.8)	1,559 (45.3)	
	≥ 60	673 (18.9)	699 (20.3)	
Education level	High school or lower	707 (19.9)	1,013 (29.4)	<.001
	College	2,482 (69.8)	2,196 (63.7)	
	Graduate or higher	366 (10.3)	236 (6.9)	
Income quintile	Q1	313 (8.8)	388 (11.3)	.004
	Q2	525 (14.8)	551 (16.0)	
	Q3	1,188 (33.4)	1,112 (32.3)	
	Q4	884 (24.9)	802 (23.3)	
	Q5	645 (18.1)	592 (17.2)	
Current smoker	Yes	1,712 (48.2)	544 (15.8)	<.001
	No	1,843 (51.8)	2,901 (84.2)	
Drinking behavior	Current drinker	2,566 (72.2)	2,036 (59.1)	<.001
	Former drinker	532 (15.0)	523 (15.2)	
	Non-drinker	457 (12.9)	886 (25.7)	

Characteristics		Male (n=3,555)	Female (n=3,445)	p
Drinking frequency	≤ 1 (month)	643 (25.1)	935 (45.9)	<.001
	2-4 (month)	971 (37.8)	660 (32.4)	
	≥ 2 (week)	952 (37.1)	441 (21.7)	
Binge drinker	Yes	1,166 (45.4)	720 (35.4)	<.001
	No	1,400 (54.6)	1,316 (64.6)	
High risk drinker	Yes	581 (22.6)	259 (30.8)	<.001
	No	1,985 (77.4)	1,777 (47.2)	
perceived alcohol use	Light drinker	417 (16.3)	747 (36.7)	<.001
	Moderate drinker	1,345 (52.4)	939 (46.1)	
	Heavy drinker	745 (29.0)	323 (15.9)	
	Alcoholism	59 (2.3)	27 (1.3)	
perceived health effects of alcohol use	Light drinking is beneficial for health	679 (19.1)	578 (16.8)	<.001
	Light drinking has no health effect (not harmful, not beneficial)	1,594 (44.8)	1,692 (49.1)	
	Even light drinking is harmful	1,225 (34.5)	1,157 (33.6)	
	Even heavy drinking is harmless	57 (1.6)	18 (0.5)	
Awareness of alcohol carcinogenicity	Yes	1,236 (34.8)	1,115 (32.4)	.033
	No	2,319 (65.2)	2,330 (67.6)	
Frequency of attention to health warnings on alcohol bottles	Everytime	224 (6.3)	192 (5.6)	.070
	Sometimes	1,766 (49.7)	1,648 (47.8)	
	Never	1,565 (44.0)	1,605 (46.6)	
Abstain from alcohol for cancer prevention	Agree	1,545 (43.5)	1,843 (53.5)	<.001
	Disagree	608 (17.1)	373 (10.8)	
	Neutral	1,402 (39.4)	1,229 (35.7)	
Whether alcohol restrictions are necessary	Yes	1,447 (40.7)	1,907 (55.4)	<.001
	No	2,108 (59.3)	1,538 (44.6)	

Notes. N=7,000

2. 전반적인 음주규제 정책지지 영향요인

이어서 전반적인 음주규제를 지지하는데 미치는 영향요인을 파악하기 위해 로지스틱 회귀분석을 수행한 결과, 술이 발암물질이라는 사실을 알고 있는 경우, 모르는 이들에 비해 규제를 지지할 오즈가 2.18배 높았다(95% CI: 1.90-2.50). 이것은 술의 위해성과 발암성에 대한 인식도와 음주규제 정책에 대한 지지여부가 연관이 있다는 선행연구의 결과와 부합하는 결과이다. 현재 음주자인 경우에 비해 과거에는 마셨으나 현재는 마시지 않는 이들은 음주 규제를 지지할 오즈가 2.59배 높았고(95% CI: 2.25-2.99), 원래 술을 마시지 않는 이들은 음주 규제를 지지할 오즈가 2.91배 높아(95% CI: 2.54-3.33) 비음주자의 규제지지 경향이 높았다. 한편, '한 두잔의 술도 건강에 해롭다'고 생각하는 경우 '한 두잔은 건강에 도움이 된다'고 생각하는 경우에 비해 음주규제를 지지할 오즈가 2.25배 더 높았다(95% CI: 1.85-2.72). 반면 '많이 마셔도 괜찮다'고 생각하는 이들은 지지할 오즈가 0.65배 높았으나 유의하지는 않았다((95% CI: 0.33-1.27). 여성이 남성에 비해 규제를 지지할 오즈가

1.67배 더 높았고(95% CI: 1.45-1.91), 소득수준과 규제 지지의 경향성은 유의하지 않았다. 한편 스스로 적게 마신다고 생각하는 이들보다 적당히 마시거나, 많이 마신다고 생각하는 이들은 오즈가 각각 0.62배(95% CI: 0.53-0.72), 0.74배(95% CI: 0.60-0.91)로 지지 경향이 낮았으며, 고위험음주군은 규제를 지지할 오즈가 0.56배로 지지 경향이 낮았다(95% CI: 0.46-0.68). 전반적인 음주규제 지지에 미치는 영향요인에 대한 분석결과는 〈Table 2〉에 제시되어 있다.

〈Table 2〉 Odds of supporting alcohol regulation policies by demographics, alcohol use and awareness of alcohol carcinogenicity

Characteristics		Overall alcohol regulation
		Adjusted OR (95% CI)
Sex	Male	ref
	Female	1.67 (1.45-1.91)
Age	20-39	ref
	40-59	1.18 (1.02-1.36)
	≥ 60	1.10 (0.91-1.34)
Education level	High school or lower	ref
	College	1.11 (0.94-1.31)
	Graduate or higher	1.03 (0.80-1.34)
Income quintile	Q1	ref
	Q2	0.78 (0.59-1.03)
	Q3	0.75 (0.59-0.97)
	Q4	0.86 (0.66-1.11)
	Q5	0.81 (0.62-1.06)
Current smoker	Yes	ref
	No	0.96 (0.83-1.11)
Drinking behavior	Current drinker	ref
	Former drinker	2.59 (2.25-2.99)
	Non-drinker	2.91 (2.54-3.33)
High risk drinker	No	ref
	Yes	0.56 (0.46-0.68)
Perceived alcohol use	Light drinker	ref
	Moderate drinker	0.62 (0.53-0.72)
	Heavy drinker	0.74 (0.60-0.91)
	Alcoholism	0.99 (0.59-1.64)
Perceived health effects of alcohol use	Light drinking is beneficial for health	ref
	Light drinking has no health effect (not harmful, not beneficial)	1.09 (0.92-1.30)
	Even light drinking is harmful	2.25 (1.85-2.72)
	Even heavy drinking is harmless	0.65 (0.33-1.27)
Awareness of alcohol carcinogenicity	No	ref
	Yes	2.18 (1.90-2.50)

Notes. N=7,000

3. 세부적 음주규제 정책별 정책지지 영향요인

이어서 세부적인 음주규제에 따라 각 정책별로 지지하는데 미치는 영향요인을 파악하기 위해 상기 문항에서 '그렇다'라고 응답한 3,353명을 대상으로 세부 정책별로 로지스틱 회귀분석을 수행하였다. 각 세부정책은 '공공장소 음주규제', '주류가격 인상', '주류 판매시간 제한', '주류 판매장소 제한', '주류광고 규제강화', '음주의 위해성 교육 및 마케팅 강화'로 구분하였다.

우선 술이 1군 발암물질이라는 사실을 알고 있는 이들은 위 6가지 세부 음주규제 정책 모두에서 발암물질이라는 사실을 모르는 이들에 비해 음주규제를 더욱 지지하는 것으로 확인되었다. 특히 술이 발암물질이라는 사실을 알고 있는 이들은 모르는 이들에 비해 '주류가격 인상' 정책을 지지할 오즈가 2.13배 높아(95% CI: 1.75-2.59) 그 차이가 가장 두드러졌으며, '주류 판매장소 제한'을 지지할 오즈는 2.05배 높았고(95% CI: 1.75-2.41), '주류광고 규제강화' 정책을 지지할 오즈는 1.74배(95% CI: 1.49-2.02), '공공장소 음주규제' 정책을 지지할 오즈는 1.63배(95% CI: 1.40-1.90), '주류 판매시간 제한' 정책을 지지할 오즈는 1.58배(95% CI: 1.34-1.86), '음주 위해성 교육강화' 정책을 지지할 오즈는 1.57배(95% CI: 0.34-1.84)로 술이 발암물질이라는 사실을 인지하는 것이 규제의 종류와 관계없이 지지에 큰 영향을 미친다는 사실을 확인할 수 있었다. 이어서 음주가 건강에 미치는 영향에 대한 인식에 따라 살펴본 결과, '한 두잔의 술도 건강에 해롭다'라고 생각하는 이들은 '한 두잔은 건강에 도움이 된다'고 생각하는 이들에 비해 모든 종류의 규제 정책에 대해 더욱 지지했으며 특히 '주류광고 규제 강화'를 지지할 오즈가 2.21배(95% CI: 1.76-2.76) 높았다. '주류가격 인상' 정책을 지지할 오즈도 2.00배 높았으며(95% CI: 1.49-2.68), '주류 판매장소 제한'을 지지할 오즈는 1.95배 높고(95% CI: 1.54-2.48), '주류 판매시간 제한'을 지지할 오즈는 1.73배(95% CI: 1.37-2.18), '공공장소 음주규제'를 지지할 오즈는 1.58배(95% CI: 1.27-1.96), '음주 위해성 교육 강화'를 지지할 오즈는 1.30배(95% CI: 1.03-1.63) 높은 것을 확인할 수 있었다.

한편 여성은 남성에 비해 규제를 더욱 지지하는 것으로 나타났는데, 특히 여성은 남성에 비해 '주류광고 규제강화'를 지지할 오즈가 1.64배(95% CI: 1.40-1.92) 높았고, '음주 위해성 교육강화'를 지지할 오즈는 1.51배(95% CI: 1.29-1.78), '주류 판매시간 제한'을 지지할 오즈는 1.45배(95% CI: 1.18-1.66), '공공장소 음주규제'와 '주류 판매장소 제한'을 지지할 오즈는 각각 1.35배(95% CI: 1.16-1.58; 1.14-1.60) 더 높았다. 연령대에 따라서는 세부 정책별 지지하는 정책에 다소 차이가 있었다. '주류광고 규제강화' 정책을 지지할 오즈는 20-39세 해당하는 이들에 비해 연령이 늘어날수록 그 차이가 가장 크게 나타났는데, 40-59세에 해당하는 이들의 오즈는 1.30배(95% CI: 1.11-1.54) 높았고, 60세 이상이 지지할 오즈는 1.44배(95% CI: 1.16-1.79) 높았다. '주류 판매장소 제한'에 대해서는 20-39세에 비해 40-59세 이들이 지지할 오즈가 1.29배(95% CI: 1.08-1.54) 높았다. '공공장소 음주규제' 정책에 대해서는 20-39세에 비해 40-59세인 이들이 지지할 오즈가 1.20배(95% CI: 1.02-1.41) 더 높았고, 60세 이상 높은 연령대에서는 1.24배(95% CI: 1.00-1.53)로 연령이 높아질수록 오즈가 높아지는 것으로 나타났다. 한편 '주류가격 인상' 정책은 연령이 높아질수록 지지할 오즈가 낮아져 20-39세에 비해 60세 이상은 오즈가 0.63배(95% CI: 0.46-0.86) 였다. '주류 판매시간 제한' 정책과 '음주 위해성 교육 강화' 정책 지지는 연령대에 따른 차이가 유의하지 않았다. 교육수준에 따른 유의한 차이는 확인할 수 없었고, 소득분위의 경우 '주류 판매장소 제한' 정책의 경우만 유의한 결과를 나타냈는데, 소득수준이 가장 낮은 1분위에 비해 2분위가 지지할 오즈는 0.70배(95% CI: 0.50-0.99), 3분위는 0.73배(95% CI: 0.54-0.98), 4분위는 0.71배(95% CI: 0.52-0.97)로 낮아지는 것으로 나타났으며, 소득수준이 가장 높은 5분위가 지지할 오즈는 0.83배(95% CI: 0.60-1.15)였지만 유의하지는 않았다.

한편 현재 흡연을 하는 이들에 비해 비흡연가들은 '음주 위해성 교육강화' 정책을 지지할 오즈가 1.20배(95% CI: 1.01-1.42) 높았으나, '주류 판매장소 제한' 정책을 지지할 오즈는 0.83배(95% CI: 0.69-0.99)로 나타났다. 음주행태의 경우 현재 음주자에 비해 과거에 음주를 하다가 현재에는 하지 않는 이들, 그리고 원래 비음주자들은 모든 규제에 대해 오즈가 더 높았다. 특히 '주류가격 인상' 정책은 현재음주자보다 과거음주자와 비음주자는 정책을 지지할 오즈가 각각 2.69배(95% CI: 2.27-3.20), 3.19배(95% CI: 2.71-3.74)로 가장 차이가 컸으며, '공공장소 음주규제' 정책도 현재음주자보다 과거음주자와 비음주자의 오즈가 각

〈Table 3〉 Odds of supporting detailed alcohol regulation policies by demographics, alcohol use and awareness of alcohol carcinogenicity

Unit: OR (95% CI)

Characteristics		Public area drinking regulations	Increase the price of alcohol	Alcohol sales time restrictions	Alcohol sales location restrictions	Alcohol advertising ban	Strengthening the provision of information on the harm of drinking
Sex	Male	1	1	1	1	1	1
	Female	1.35 (1.16-1.58)	1.17 (0.95-1.44)	1.45 (1.18-1.66)	1.35 (1.14-1.60)	1.64 (1.40-1.92)	1.51 (1.29-1.78)
Age	20-39	1	1	1	1	1	1
	40-59	1.20 (1.02-1.41)	0.87 (0.71-1.08)	1.20 (1.00-1.43)	1.29 (1.08-1.54)	1.30 (1.11-1.54)	1.06 (0.90-1.26)
	≥60	1.24 (1.00-1.53)	0.63 (0.46-0.86)	1.09 (0.86-1.38)	1.25 (0.99-1.58)	1.44 (1.16-1.79)	1.05 (0.84-1.31)
Education level	High school or lower	1	1	1	1	1	1
	College	1.08 (0.90-1.30)	0.94 (0.73-1.21)	1.06 (0.86-1.30)	1.06 (0.86-1.30)	1.18 (0.97-1.42)	1.20 (0.98-1.46)
	Graduate or higher	0.99 (0.73-1.33)	0.69 (0.45-1.07)	1.06 (0.77-1.47)	1.05 (0.76-1.44)	1.12 (0.83-1.51)	1.22 (0.89-1.65)
Income quintile	Q1	1	1	1	1	1	1
	Q2	1.03 (0.75-1.42)	0.83 (0.56-1.25)	0.89 (0.64-1.25)	0.70 (0.50-0.99)	0.87 (0.63-1.20)	0.90 (0.65-1.25)
	Q3	1.01 (0.76-1.35)	0.70 (0.49-1.01)	0.80 (0.59-1.08)	0.73 (0.54-0.98)	0.90 (0.67-1.20)	0.78 (0.58-1.05)
	Q4	1.25 (0.93-1.68)	0.77 (0.53-1.12)	0.83 (0.60-1.13)	0.71 (0.52-0.97)	1.05 (0.78-1.41)	0.90 (0.66-1.22)
	Q5	1.00 (0.73-1.37)	0.73 (0.49-1.09)	0.80 (0.58-1.11)	0.83 (0.60-1.15)	0.87 (0.64-1.20)	0.98 (0.72-1.34)
Current smoker	Yes	1	1	1	1	1	1
	No	1.10 (0.93-1.29)	0.82 (0.66-1.02)	0.90 (0.76-1.08)	0.83 (0.69-0.99)	0.96 (0.81-1.13)	1.20 (1.01-1.42)

Characteristics		Public area drinking regulations	Increase the price of alcohol	Alcohol sales time restrictions	Alcohol sales location restrictions	Alcohol advertising ban	Strengthening the provision of information on the harm of drinking
Drinking behavior	Current drinker	1	1	1	1	1	1
	Former drinker	1.90 (1.64-2.20)	2.69 (2.27-3.20)	1.74 (1.48-2.04)	1.94 (1.66-2.27)	1.76 (1.52-2.04)	1.74 (1.50-2.03)
	Non-drinker	2.30 (2.01-2.64)	3.19 (2.71-3.74)	1.54 (1.32-1.80)	1.74 (1.50-2.02)	1.84 (0.60-2.12)	1.85 (1.61-2.13)
High risk drinker	No	1	1	1	1	1	1
	Yes	0.58 (0.46-0.74)	0.47 (0.33-0.66)	0.59 (0.45-0.76)	0.57 (0.44-0.73)	0.82 (0.66-1.03)	0.82 (0.65-1.05)
Perceived alcohol use	Light drinker	1	1	1	1	1	1
	Moderate drinker	0.63 (0.53-0.75)	0.74 (0.58-0.93)	0.74 (0.62-0.90)	1.07 (0.85-1.35)	0.72 (0.60-0.86)	0.63 (0.52-0.75)
	Heavy drinker	0.73 (0.58-0.92)	0.76 (0.56-1.03)	0.92 (0.72-1.18)	1.95 (1.54-2.48)	0.88 (0.70-1.12)	0.64 (0.50-0.82)
	Alcoholism	0.96 (0.54-1.71)	0.85 (0.40-1.79)	1.00 (0.54-1.85)	0.85 (0.38-1.91)	1.12 (0.64-1.95)	0.68 (0.35-1.30)
Perceived health effects of alcohol use	Light drinking is beneficial for health	1	1	1	1	1	1
	Light drinking has no health effect (not harmful, not beneficial)	1.13 (0.92-1.38)	0.95 (0.71-1.27)	0.90 (0.72-1.13)	1.07 (0.85-1.35)	1.21 (0.98-1.49)	1.10 (0.89-1.35)
	Even light drinking is harmful	1.58 (1.27-1.96)	2.00 (1.49-2.68)	1.73 (1.37-2.18)	1.95 (1.54-2.48)	2.21 (1.76-2.76)	1.30 (1.03-1.63)
	Even heavy drinking is harmless	0.81 (0.37-1.79)	1.63 (0.71-3.72)	0.94 (0.42-2.07)	0.85 (0.38-1.91)	0.40 (0.14-1.14)	0.09 (0.01-0.71)
Awareness of alcohol carcinogenicity	No	1	1	1	1	1	1
	Yes	1.63 (1.40-1.90)	2.13 (1.75-2.59)	1.58 (1.34-1.86)	2.05 (1.75-2.41)	1.74 (1.49-2.02)	1.57 (0.34-1.84)

각 1.90배(95% CI: 1.64-2.20), 2.30배(95% CI: 2.01-2.64) 높았다. '주류 판매장소 제한'의 경우 현재음주자보다 과거음주자와 비음주자의 오즈가 각각 1.94배(95% CI: 1.66-2.27), 1.74배(95% CI: 1.50-2.02) 높았고, '주류광고 규제강화'는 현재음주자보다 과거음주자의 오즈가 1.76배(95% CI: 1.52-2.04) 높았지만 비음주자는 유의하지 않았다. '주류 판매시간 제한' 정책은 현재음주자보다 과거음주자와 비음주자의 오즈가 각각 1.74배(95% CI: 1.48-2.04). 1.54배(95% CI: 1.32-1.80) 높았다. '음주 위해성 교육강화' 정책은 현재음주자보다 과거음주자의 오즈가 1.74배(95% CI: 1.50-2.03), 비음주자의 오즈가 1.85배(95% CI: 1.61-2.13) 높았다.

주관적으로 본인의 음주 정도를 '적게 마시는 편'이라고 생각하는 이들에 비해 '적당히 마시는 편'이라고 응답한 이들은 대체로 각 정책을 덜 지지했는데 '공공장소 음주규제' 정책을 지지할 오즈는 0.63배(95% CI: 0.53-0.75), '주류가격 인상' 정책을 지지할 오즈는 0.74배(95% CI: 0.58-0.93), '주류 판매시간 제한' 정책을 지지할 오즈는 0.74배(95% CI: 0.62-0.90)), '주류광고 규제강화' 정책을 지지할 오즈는 0.72배(95% CI: 0.60-0.86), '음주 위해성 교육강화'를 지지할 오즈는 0.63배(95% CI: 0.52-0.75)였다. 본인은 '많이 마시는 편'이라고 응답한 이들은 '적게 마시는 편'이라고 응답한 이들에 비해 '주류 판매장소 제한' 정책을 지지할 오즈는 1.95배(95% CI: 1.54-2.48)로 높았지만, '공공장소 음주규제' 정책을 지지할 오즈는 0.73배(95% CI: 0.58-0.92), '음주 위해성 교육강화' 정책을 지지할 오즈는 0.64배(95% CI: 0.50-0.82)로 낮은 것을 알 수 있었다. 더불어 남성은 7잔 이상, 여성은 5잔 이상의 음주를 주 2회 이상 하는 고위험음주군에 해당하는 이들은 그렇지 않은 이들에 비해 모든 정책을 덜 지지했는데 '공공장소 음주규제' 정책을 지지할 오즈는 0.58배(95% CI: 0.46-0.74), '주류 가격인상' 정책을 지지할 오즈는 0.47배(95% CI: 0.33-0.66), '주류 판매시간 제한' 정책을 지지할 오즈는 0.59배(95% CI: 0.45-0.76), '주류 판매장소 제한' 정책을 지지할 오즈는 0.57배(95% CI: 0.44-0.73)로 나타났다. 각 세부 정책별 지지의 영향요인 분석의 결과는 〈Table 3〉에 제시되어 있다.

Ⅳ. 논의

본 연구는 우리나라 성인남녀 7,000명을 대상으로 음주에 대한 인식과 실천행태를 조사한 결과를 활용하여 음주의 발암성에 대한 인식과 그에 따른 음주규제 정책 지지도에 관하여 살펴본 것이다.

우선 전반적인 음주규제 정책과 세부적인 6가지 음주규제 정책 모두에서 술이 1군 발암물질이라는 사실을 알고 있는 경우 정책을 더욱 지지하는 것을 확인할 수 있었는데, 이것은 기존에 이루어진 외국의 연구 결과와도 맥락을 같이하는 것이다(Seidenberg et al., 2022; Buykx et al., 2015; Bates et al., 2018; Christensen et al., 2019; LoConte et al., 2018). 호주에서 수행된 연구에 의하면, 음주의 발암성을 인지하는 경우 주류 가격정책, 술병 경고문구 기재를 포함한 7가지의 음주 규제 정책을 지지하는 것으로 나타났다(Buykx et al., 2015). 영국에서도 음주의 발암성을 인지하는 경우 다양한 음주규제 정책을 지지하는 결과를 보였고(Bates et al., 2018), 덴마크에서도 음주의 발암성을 알리는 미디어 캠페인을 수행한 뒤 주류 광고금지, 가격인상, 경고문구 기재와 같은 음주규제 정책의 지지도가 높아지는 결과를 확인할 수 있었다(Christensen et al., 2019).

이와 더불어 음주의 발암성뿐 아니라 한 두잔 소량의 음주도 건강에 해롭다고 인식하는 이들은 소량의 음주가 건강에 도움이 되거나, 별 영향이 없다고 생각하는 이들에 비해 음주규제 정책을 더욱 지지하는 것으로 나타났다. 불과 얼마 전까지만 해도 음주가 허혈성 심장질환, 당뇨병 등의 발생과 사망에 보호 효과가 있다고 한 이른바 French Paradox와 소량의 음주는 건강에 좋다는 연구 결과로 인해 적정수준의 음주는 건강에 도움이 된다는 인식이 있었다(Maclure, 1993; Single, Robson, Rehm, Xie, & Xi, 1999). 하지만 점차 연구방법이 정교화 되면서 이것은 과거 음주경력이 있는 금주자를 고려하지 않은 편향적 연구설계로 인한 왜곡된 결과였으며, 과거 오랫동안 음주효과가 과대하게 추정되어 왔다고 밝혀진 바 있다(Fillmore, Kerr, Stockwell, Chikritzhs, & Bostrom, 2006). 본 연구 결과, 한 두잔 소량의 음주도 건강에 해롭다고 음주효과를 정확하게 인식하는 이들이 음주규제를 더욱 지지하는 것으로 나타나, 음주의 발암성 인식 뿐 아니라 심혈관계 질환,

만성질환 등 음주가 전반적인 건강에 미치는 영향에 대한 정확한 인지여부는 정책 지지에 있어 매우 중요한 요인인 것을 확인할 수 있었다.

이어서 음주행태는 음주규제 정책 지지와 관련이 있었는데, 현재 술을 마시지 않는 이들은 음주자보다 모든 정책을 더욱 지지했으며, 스스로 적당히 또는 많이 마신다고 인지하는 이들과 고위험음주군에 해당하는 이들은 모든 정책에 있어 덜 지지하는 경향을 보였다. 이는 문제음주와 같은 음주습관이 음주규제 정책 선호도와 관련이 있다는 기존 연구결과와도 같은 것이다(Kim, Yun, Chun, & Kim, 2013). 다만 스스로 술을 많이 마시는 편이라고 응답한 이들의 경우 '주류 판매장소 제한' 정책에 대해 적게 마신다고 응답한 이들에 비해 2배가량 더 지지하는 결과를 보여 반대의 모습을 보였다.

한편, 남성에 비해 여성이, 연령대가 높은 이들이 낮은 이들에 비해 음주규제 지지도가 더 높았는데, 뉴질랜드, 캐나다, 미국에서 수행된 음주규제 정책 지지도 연구결과에서 모두 여성과 노년층의 지지도가 더 높았으며, 전반적으로 여성과 노년층이 음주규제 정책을 더 선호한다고 나타난 기존 연구와 부합하는 결과이다(Maclennan, Kypri, Langley, & Room, 2012; Weerasinghe et al., 2020; Seidenberg et al., 2022). 다만 본 연구결과에서는 연령대가 높아질수록 다른 5가지 항목의 규제정책과 달리 주류가격 인상정책에 대해서는 덜 지지하는 것으로 나타나 다른 형태의 규제는 지지하더라도 가격인상 정책에는 거부감을 보이는 것을 알 수 있었다. 본 연구에서는 '주류 판매장소 제한' 정책을 제외하고 다른 5가지 항목의 정책에 대해 소득수준은 정책 지지에 큰 영향을 미치지 않는 것으로 나타났는데, 이 결과 역시 선행연구와 부합하는 결과이다(Kim et al., 2013).

정책이 성공적이기 위해서는 이에 대한 대중의 높은 지지도가 중요하다. 특히 규제는 정책이 효과적이라고 알려져 있다 하더라도 대중의 지지도는 낮은 것이 일반적이라 규제 시행에 앞서 대중의 지지도를 높이는 노력은 매우 필수적이라 할 수 있다. 음주 역시 그로 인한 폐해가 광범위하고 이를 예방하기 위한 시도의 필요성에 많은 이들이 공감하는 것과는 별개로 음주규제에 대한 대중의 인식과 개별 음주정책에 따른 반응은 매우 다양하게 나타난다(Li et al., 2020; Banerjee et al., 2010; Wilkinson, Room, & Livingston, 2009). 정부는 정치적 의사결정에 앞서 대중의 지지도를 고려하지 않을 수 없는데 대중의 선호도를 기준으로 우선순위가 높은 정책을 시행하게 되면 정책 시행에 소요되는 비용은 크지 않을 수 있지만, 그만큼 정책의 효과가 적을 수 있다. 반면 효과가 크다는 것이 알려져 있지만 대중의 지지도가 낮다면 해당 정책이 입안되고 시행되기까지는 매우 길고 어려운 시간이 될 수 있으며 정책 소요 비용이 클 수 있다. 어쩌면 정책 시행 이후에라도 철회하게 될 수도 있고, 정책이 시행되는 과정에 복잡한 문제에 봉착하게 될 수도 있다(Kaskutas, 1993). 그렇기 때문에 음주규제정책에 대한 지지는 주요한 고려 대상이며, 이에 영향을 미치는 요인을 규명하고 나아가 지지도를 높일 수 있는 방안을 모색하는 것은 정책을 입안하는 이들에게 매우 중요한 일이다.

이러한 측면에서 국민의 음주의 발암성 인식과 건강영향에 대한 정확한 인식이 정책 지지와 큰 관련이 있다고 나타난 본 연구의 결과는 음주규제 정책에 있어 함의하는 바가 매우 크다고 할 수 있다. 즉, 음주의 발암성 인식과 건강영향 인식 제고는 바로 음주규제 정책 시행의 성공을 위한 발판으로 작용할 수 있음을 의미하는 것이다. 그러한 의미에서 더 많은 이들이 술은 그동안 많은 이들에게 사회적, 문화적으로 다양한 의미를 지닌 도구였으나, 우리 건강에 해를 가하는 엄연한 1군 발암물질이라는 사실과 더불어 아무리 소량일지라도 암과 다양한 질환 발생에 영향을 미친다는 것을 알 수 있도록 여러 노력이 필요하다.

본 연구는 온라인 조사를 바탕으로 설문조사가 이루어져 응답에 편향성이 존재할 가능성이 있다. 그럼에도 불구하고 7,000명을 대상으로 자료를 수집해 대국민 조사를 수행하고 술의 발암성 인식과 음주규제 지지의 관계를 규명하고자 하였다는 데 의의가 있다. 이미 미국의 국립암연구소(National Cancer Institute)나 국제암연구소(International Agency for Research on Cancer)에서는 술의 발암성 인식에 대해 관심을 두고 매우 주요하게 접근하고 있다. 본 연구 결과를 통해 우리나라에서도 음주의 발암성을 인지하는 이들이 음주 규제의 지지도가 높다는 것을 밝힐 수 있었다는 데 연구의 의미가 있다고 할 수 있다.

우리 사회의 음주문화는 전과 달리 빠르게 변화하고 있다. 주류회사의 마케팅은 이러한 변화 속도에 발맞추어 매우 공격적이다. 심지어 코로나19 상황을 지나오면서 주류

회사들은 건강관리 개념과 음주문화를 결합한 주류 신제품을 잇달아 출시하고 있는데. 이는 국민들로 하여금 자칫 '건강한 음주'가 가능할 수 있다는 잘못된 인식을 지니게 할 수 있다. 이러한 상황에서 대중에게 음주의 발암성에 대한 정확한 정보를 제공하고 음주 위해성에 대한 인지도를 높이는 노력이 우선 이루어질 필요가 있다. 이와 동시에 다양한 환경요인에 대해 성공적인 규제를 시행할 수 있도록 정책적 노력이 동반되어야 할 것이다.

Ⅴ. 결론

술은 국제암연구소가 지정한 1군 발암물질이다. 구강암, 식도암을 비롯한 7개의 암종은 음주와 연관이 있다는 것이 많은 연구를 통해 밝혀졌으며, 반면 금주를 하는 경우에는 암 발생위험이 감소하기 때문에 음주의 위해성을 알리고 음주율을 감소시키는 것은 암 예방정책의 핵심 목표 중 하나이다. 그런데 음주는 특히나 이해관계가 사회 여러 분야에 얽혀있는 문제이다. 더구나 우리나라와 같이 허용적인 음주문화를 지닌 사회에서는 음주에 대한 규제를 시행하는데 사회적으로 많은 어려움이 따를 수 있다. 때문에 정책이 성공적으로 입안되고 시행되기 위해서는 대중의 지지가 필수적인 상황이다. 주목할 점은 본 연구 결과와 같이 음주규제 정책에 대한 지지도는 술의 발암성에 대한 인식정도와 밀접한 관계가 있다는 것이다. 추후 우리나라에서 성공적으로 음주규제 정책을 시행하기 위해서는 음주의 발암성에 대한 인지도를 높이는 것이 중요한 선제조건이라 할 수 있다.

References

Alattas, M., Ross, C. S., Henehan, E. R., & Naimi, T. S. (2020). Alcohol policies and alcohol-attributable cancer mortality in US States. *Chemico-Biological Interactions, 315*, 108885. doi: 10.1016/j.cbi.2019.108885.

Babor, T. (2010). *Alcohol: No ordinary commodity: research and public policy*. Oxford, England: Oxford University Press.

Bagnardi, V., Rota, M., Botteri, E., Tramacere, I., Islami, F., Fedirko, V., . . . La Vecchia, C. (2015). Alcohol consumption and site-specific cancer risk: A comprehensive dose-response meta-analysis. *British Journal of Cancer, 112*(3), 580-593. doi: 10.1038/bjc.2014.579.

Banerjee, J., Squires, J., & Parkinson, T. (2010). *Public perceptions of alcohol pricing*. London: home Office.

Bates, S., Holmes, J., Gavens, L., De Matos, E. G., Li, J., Ward, B., . . . Buykx, P. (2018). Awareness of alcohol as a risk factor for cancer is associated with public support for alcohol policies. *BMC Public Health, 18*, 688. doi: 10.1186/s12889-018-5581-8.

Buykx, P., Gilligan, C., Ward, B., Kippen, R., & Chapman, K. (2015). Public support for alcohol policies associated with knowledge of cancer risk. *International Journal of Drug Policy, 26*(4), 371-379. doi: 10.1016/j.drugpo.2014.08.006.

Christensen, A. S. P., Meyer, M. K. H., Dalum, P., & Krarup, A. F. (2019). Can a mass media campaign raise awareness of alcohol as a risk factor for cancer and public support for alcohol related policies? *Preventive Medicine, 126*, 105722. doi: 10.1016/j.ypmed.2019.05.010.

Converse, J. M., & Presser, S. (1986). *Survey questions: Handcrafting the standardized questionnaire* (Vol. 63). Beverly Hills, CA: Sage Publications.

Corrao, G., Rubbiati, L., Bagnardi, V., Zambon, A., & Poikolainen, K. (2000). Alcohol and coronary heart disease: A meta-analysis. *Addiction, 95*(10), 1505-1523. doi: 10.1046/j.1360-0443.2000.951015056.x.

Fillmore, K. M., Kerr, W. C., Stockwell, T., Chikritzhs, T., & Bostrom, A. (2006). Moderate alcohol use and reduced mortality risk: Systematic error in prospective studies. *Addiction Research & Theory, 14*(2), 101-132. doi: 10.1016/j.annepidem.2007.01.005.

Gapstur, S. M., Bandera, E. V., Jernigan, D. H., LoConte, N. K., Southwell, B. G., Vasiliou, V., . . . Shield, K. D. (2022). Alcohol and cancer: Existing knowledge and evidence gaps across the cancer continuum. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention, 31*(1), 5-10. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-21-0934.

Heath, D. B. (1984). *Cross-cultural studies of alcohol use. In Recent Developments in Alcoholism: Volume 2*. Boston, MA: Springer US.

Heo, S. Y., Chang, D. J., & Shin, J. K. (2008). Ordering items from ranking procedures in survey research. *Survey Research, 9*(2), 29-49.

JeKarl, J., Kim, K., Lee, J., & Park, J. (2016, April). *Alcohol availability and its relevance to harm*. Paper presented at the Society for Alcohol and Health Behaviour Conference. (pp. 62-69). Retrieved from https://www.

earticle.net/ASP/Article/299846?Key=7sP7CEv7OMiWeKd%2FhWDyTQ%3D%3D&ReturnUrl=%2FASP%2FArticles%2F428%3FKey%3D7sP7CEv7OMiWeKd%252FhWDyTQ%253D%253D%26Issue%3D22217&Mode=Journal

Kaskutas, L. A. (1993). Changes in public attitudes toward alcohol control policies since the warning label mandate of 1988. *Journal of Public Policy & Marketing, 12*(1), 30-37. doi: 10.1177/074391569501200104.

Kim, H. T., Yun, M. E., Chun, S. S., & Kim, M. K. (2013). Alcohol policy support by socio-demographic characteristics, life satisfaction, and problem drinking. *Health and Social Welfare Review, 33*(3), 86-103. doi: 10.15709/hswr.2013.33.3.86.

Kim, W. Y., Ahn, J., & Choi, Y. J. (2019). A study on priority of aviation safety oversight inspection elements. *Journal of the Korean Society for Aviation and Aeronautics, 27*(3), 90-97. doi: 10.12985/ksaa.2019.27.3.090.

Korea Centers for Disease Control and Prevention Agency. (2023). *Trends in the Prevalence of High-Risk Drinking, During 2012-2021: Public Health Weekly Report 2023*. Cheongju: Author.

Kungu, A., Hamajima, N., & Hirose, K. (2002). Alcohol, tobacco and breast cancer--collaborative reanalysis of individual data from 53 epidemiological studies, including 58,515 women with breast cancer and 95,067 women without the disease. *British Journal of Cancer, 87*(11), 1234-1245. doi: 10.1038/sj.bjc.6600596.

Lamy, L. (1910). Étude de statistique clinique de 134 cas de cancer de l'œsophage et du cardia. *Arch Mal Appar Digest 4,* 451-475.

Li, J., Wang, H., Li, M., Shen, Q., Li, X., Zhang, Y., . . . Peng, Y. (2020). Effect of alcohol use disorders and alcohol intake on the risk of subsequent depressive symptoms: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Addiction, 115*(7), 1224-1243. doi: 10.1111/add.14935.

LoConte, N. K., Brewster, A. M., Kaur, J. S., Merrill, J. K., & Alberg, A. J. (2018). Alcohol and cancer: a statement of the American Society of Clinical Oncology. *Journal of Clinical Oncology, 36*(1), 83-93. doi: 10.1200/JCO.2017.76.1155.

Maclennan, B., Kypri, K., Langley, J., & Room, R. (2012). Non-response bias in a community survey of drinking, alcohol-related experiences and public opinion on alcohol policy. *Drug and Alcohol Dependence, 126*(1-2), 189-194. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2012.05.014.

Maclure, M. (1993). Demonstration of deductive meta-analysis: Ethanol intake and risk of myocardial infarction. *Epidemiologic Reviews, 15*(2), 328-351. doi: 10.1093/oxfordjournals.epirev.a036124.

Marron, M., Boffetta, P., Zhang, Z. F., Zaridze, D., Wünsch-Filho, V., Winn, D. M., . . . Hashibe, M. (2010). Cessation of alcohol drinking, tobacco smoking and the reversal of head and neck cancer risk. *International Journal of Epidemiology, 39*(1), 182-196. doi: 10.1093/ije/dyp291.

McCarty, J. A., & Shrum, L. J. (2000). The measurement of personal values in survey research: A test of alternative rating procedures. *Public Opinion Quarterly, 64*(3), 271-298. doi: 10.1086/317989.

McGuire, S. (2016). *World cancer report 2014.* Geneva, Switzerland: World Health Organization, International Agency for Research on Cancer, WHO Press, 2015. *Advances in Nutrition (Bethesda, Md.), 7*(2), 418-419. doi: 10.3945/an.116.012211.

Korea Cancer Prevention Strategy. (2023). Accessed 2023, October 1. Retrieved from https://www.ncc.re.kr/main.ncc?uri=manage01_3

Rehm, J., Patra, J., & Popova, S. (2007). Alcohol drinking cessation and its effect on esophageal and head and neck cancers: A pooled analysis. *International Journal of Cancer, 121*(5), 1132-1137. doi: 10.1002/ijc.22798.

Richmond, J. B., & Kotelchuck, M. (1991). Co-ordination and development of strategies and policy: The United States example. In W. W. Holland, R. Detels, & G. Knox (Eds.), *Oxford Textbook of Public Health*. Oxford, England: Oxford University Press.

Rumgay, H., Shield, K., Charvat, H., Ferrari, P., Sornpaisarn, B., Obot, I., . . . Soerjomataram, I. (2021). Global burden of cancer in 2020 attributable to alcohol consumption: A population-based study. *The Lancet Oncology, 22*(8), 1071-1080. doi: 10.1016/S1470-2045(21)00279-5.

Scheideler, J. K., & Klein, W. M. (2018). Awareness of the link between alcohol consumption and cancer across the world: A review. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention, 27*(4), 429-437. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-17-0645.

Seidenberg, A. B., Wiseman, K. P., Eck, R. H., Blake, K. D., Platter, H. N., & Klein, W. M. (2022). Awareness of alcohol as a carcinogen and support for alcohol control policies. *American Journal of Preventive Medicine, 62*(2), 174-182. doi: 10.1016/j.amepre.2021.07.005.

Shin, J., Kim, J., Jeong, H., Kang, S., Roh, H., Jang, S., & Chung, W. (2021). An evidence-based literature review and evaluation of alcohol policy in Korea: Policies against alcohol abuse and its harmful consequences. *Alcohol and Health Behaviour Research, 22*(2), 69-84. doi: 10.15524/KSAS.2021.22.2.069.

Single, E., Robson, L., Rehm, J., Xie, X., & Xi, X. (1999). Morbidity and mortality attributable to alcohol, tobacco,

and illicit drug use in Canada. *American Journal of Public Health, 89*(3), 385-390. doi: 10.2105/ajph.89.3.385.

Sohn, A., Shin, J. H., & Kim, Y. (2018). Public drinking restriction in the alcohol accessibility policies: Australia, Canada, USA, Singapore & South Korea. *Korean Journal of Health Education and Promotion, 35*(4), 65-73. doi: 10.14367/kjhep.2018.35.4.65.

Weerasinghe, A., Schoueri-Mychasiw, N., Vallance, K., Stockwell, T., Hammond, D., McGavock, J., . . . Hobin, E. (2020). Improving knowledge that alcohol can cause cancer is associated with consumer support for alcohol policies: Findings from a real-world alcohol labelling study. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(2), 398. doi: 10.3390/ijerph17020398.

Wilkinson, C., Room, R., & Livingston, M. (2009). Mapping Australian public opinion on alcohol policies in the new millennium. *Drug Alcohol Review, 28*, pp.263-274. doi: 10.1111/j.1465-3362.2009.00027.x.

World Cancer Research Fund International. (2018). *Diet, nutrition, physical activity and cancer: A global perspective: A summary of the third expert report.* London, United Kingdom: Author.

World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. (2021). *Continuous update project expert report 2018. Alcoholic drinks and the risk of cancer.* London, United Kingdom: Author.

World Health Organization. (2019). *Health Taxes: Primer WHO.* Geneva: Author.

World Health Organization. (2021). *Making the WHO European Region SAFER: developments in alcohol control policies, 2010-2019.* Geneva: Author.

■ Yoonjoo Choi https://orcid.org/0000-0001-7903-8324
■ Hyo-Seon Kim https://orcid.org/0000-0002-0218-7433
■ Byungmi Kim https://orcid.org/0000-0001-8621-9190
■ Jin-Kyoung Oh https://orcid.org/0000-0001-9331-3054