

한국심리학회지: 건강  
The Korean Journal of Health Psychology  
2007. Vol. 12, No. 4, 695 - 713

## 한국 여성의 흡연과 금연에 관한 최신지견

서 경 현<sup>†</sup>

삼육대학교 상담학과

본 개관연구에서는 흡연과 관련 변인들의 성차를 조명하고 니코틴에 중독된 여성들에 대한 개입 전략을 모색하려고 하였다. 일반적으로 여성은 남성보다 흡연관련 질환에 더 취약하고, 여성만이 갖는 건강상의 해악도 있다. 한국 여성의 흡연 행동은 여성의 흡연을 부정적으로 보는 사회규범에 영향을 받는데, 그것이 금연할 때 사회지원을 받기 어려운 이유이기도 한다. 여성은 스트레스나 슬픔, 분노, 좌절 등 부적 정동에 대처하기 위해 흡연하는 경향이 있으며 체중 조절을 위해 흡연하기도 한다. 남성은 기분을 좋게 만드는 상황에서 금연에 실패할 가능성이 있는데 반해, 여성은 부적 정동을 경험하는 상황에서 금연에 실패할 가능성이 크다. 니코틴대체요법과 같은 약물요법이 더해져 적절히 구조화된 인지행동치료가 니코틴에 중독된 여성에 도움이 될 수 있다. 항우울제와 같은 정신약물치료가 어떤 여성들에게는 도움이 될 수도 있다. 그런 치료를 임상가는 여성 흡연자의 상태와 부작용을 조심스럽게 고려한 후 선택해야 한다. 여성 흡연자의 생리적·심리적 측면이 모두 고려된 맞춤형 치료 전략을 개발할 필요가 있다.

주요어 : 여성, 성차, 니코틴 중독, 흡연, 금연

한국 여성의 흡연율은 미국 등 선진국 여성의 흡연율보다 낮은 것으로 보고되어 왔다. 2003년 WHO에서 발표한 한국 여성의 흡연율은 5.5%로 미국(21.0%), 영국(26.0%), 노르웨이(32.0%), 일본(11.5%) 등의 여성 흡연율보다 낮은 것처럼 보인

다(WHO, 2003). 한국금연운동협의회(2007a)에서 조사한 바에 따르면 2007년 9월 한국 20대 여성 흡연율은 3.7%로 나타나 2002년 한 때 8.1%로 조사된 이래 감소하고 있는 것처럼 생각할 수 있다. 또한 2000년 10.7%에 이르던 한국 여고생의 흡연

<sup>†</sup> 교신저자(Corresponding author) : 서경현, (139-742) 서울시 노원구 공릉2동 26-21 삼육대학교 상담학과, 전화: 02) 3399-1676, E-mail: khsuh@syu.ac.kr

율이 2007년 5.2%로 감소된 것으로 나타났다(한국금연운동협의회, 2007b). 하지만 조사된 한국 여성들의 흡연율 수치를 그대로 믿을 수 있을까? 아무리 무기명이라도 자기보고식으로 이루어지는 설문에는 사회적 요망도(social desirability)가 응답에 반영된다. 특히 한국 여성인 경우는 더욱 그렇다. 2002년 한국 정부가 『국민건강증진종합계획(Health Plan 2010)』을 발표하고 2010년까지 흡연율을 대폭 낮추려는 의지를 가지고 전 국민을 대상으로 금연 홍보와 교육을 강화한 것은 흡연율 조사에 응답한 여성들의 사회적 요망도를 높였으리라 사료된다.

한국 여성들의 흡연율 조사에서 사회적 요망도가 큰 영향을 미친다는 것은 한 연구에서도 여실히 나타났다. 이선혜와 서경현(2006)이 천안시 7개 고등학교(인문계 3, 실업계 4)에 재학하고 있는 1,119명의 학생들을 대상으로 흡연 실태를 조사한 결과, 여학생(584명)의 경우 무기명 설문을 통한 1차 조사에서는 13.3%가 자신이 흡연하고 있다고 응답했으나 Bogus-pipeline 기법을 사용한 2차 조사에서는 21.4%가 흡연하고 있다고 응답하여 큰 차이를 보였다. Bogus-pipeline은 약물사용과 같이 사회적 요망도에 많은 영향을 받을 수 있는 내용을 조사하는데 사용되는 기법으로 더 신뢰할 수 있는 방법으로 여겨지고 있다(Aguinis, Pierce, & Quigley, 1993). 남학생의 경우 자기보고식 설문에서 22.2%로 보고된 흡연율이 Bogus-pipeline 방식으로 한 2차 조사에서는 26.0%로 증가하였으나 그 차이가 여학생들에서만 극적이지는 않았다. 이는 자기보고식 조사로 얻은 한국 여성의 흡연율을 신뢰하기 어렵다는 것을 시사하는 것이다. 이선혜와 서경현(2006)의 연구에서는 대상자 중에

실업계 고등학생들이 절반 이상을 차지하여 비교적 높은 흡연율을 보였지만, 실제 한국 여고생의 흡연율이 5.2%보다는 높을 것이라는 것이 중론이다. 실제로 10-20년 전보다 10대와 20대의 여성들이 흡연하는 장면을 훨씬 쉽게 목격할 수 있다.

2000년대 초 한국 정부가 그런 것처럼 미국 정부도 훨씬 이전에 금연을 강조하여 1965년부터 남성의 흡연율이 감소하였지만, 20대 여성의 흡연율은 감소하기는커녕 계속해서 증가하는 추세를 보였다(CDC, 1998). 현재 미국 여성들의 흡연율은 감소 추세이지만 남성의 흡연율 감소보다는 더딘 편인데, 이는 20대 초반 여성들이 흡연을 예전보다 더 많이 시작하기 때문이다. 미국의 경우 30년 전만 해도 흡연은 주로 남성이 하는 것으로 인식되었지만, 급기야 남성 흡연율과 여성 흡연율이 거의 비슷한 수준에 이르게 되었다(CDC, 1998). 앞서 언급하였던 것처럼 미국 여성만큼은 아니겠지만 공식적으로 알려진 것보다 한국 젊은 여성들 중에 흡연하는 이들이 많다는데 이견은 거의 없을 것이다. 흡연의 생리적 작용에 있어서 여성은 남성과 차이가 있고(Benowitz & Jacob, 1984), 같은 양을 흡연할지라도 여성이 더 큰 해를 입는다는 것은 여러 연구를 통해 알려져 있다(Langhammer, Johnsen, Holmen, Gulsvik, & Bjerner, 2000). 따라서 본 연구에서는 여성의 흡연 특성을 제대로 이해해야 그들의 금연을 전문적으로 도울 수 있기에 여러 실증 연구들과 문헌들을 개관하고 한국 여성의 흡연 특성들과 그것을 감안하여 어떻게 개입하는 것이 좋을지를 탐색하려고 한다.

## 여성 흡연의 건강상의 문제

여성이 흡연할 경우 남성처럼 폐암, 후두암, 구강암, 식도암, 심장질환 등의 위험이 증가된다. 그러나 여성이 흡연하면 남성이 흡연할 때보다 폐암과 심장병의 위험에 상대적으로 더 노출된다고 한다(Henshke, 1999; Prescott, 1998: 한국금연운동협의회, 2000에서 재인용). 이와 관련해서는 여성의 니코틴 대사가 더 느리기 때문에 건강상의 피해를 더 입는다는 주장도 있고(Hall, 1994), 여성의 폐 크기가 상대적으로 작기 때문이라는 주장도 있다(Langhammer et al., 2000). 게다가 흡연은 심장질환의 다른 위험요소와 함께 공동상승 효과를 발휘하기도 한다. 일례로 경구피임약을 복용하는 여성이 흡연하게 되면 심혈관질환의 위험이 크게 증가한다(Hall, 1994).

흡연이 호흡기와 순환계에 미치는 부정적인 영향에 남성보다 여성이 더 취약한 것 외에도 여성만 가지는 건강상의 추가적 해악이 있다. 무엇보다도 우려되는 것은 여성이 임신 중에 흡연을 하게 되면 자신과 태아에게 심각할 수 있다는 것이다(Windsor, Boyd, & Orleans, 1998). 임신 중에 흡연할 경우 태아가 유산될 수 있고(Tuthill, Stewart, Coles, Andrews, & Cartlidge, 1999), 미숙아를 출산할 가능성이 높아지며 추후 유아의 지적 발달에 부정적인 영향을 준다(Frydman, 1996). 심지어 임신부가 골초일 경우 신생아가 금단증상을 보이기도 하는데, 이를 태아흡연증후군(Fatal Tobacco Syndrome)이라고 부른다(Fingerhut, Kleinmann, & Kendrick, 1990). 물론 이는 몇 주후면 사라지지만 임신부가 흡연을 하면 태아도 니코틴에 신체적으로 의존된다는 것인

데, 태아의 아세틸콜린 수용기, 특히 니코틴성 아세틸콜린 수용기에도 영향을 주었다는 것을 의미한다.

출생 후 임산부가 흡연하게 되면 유아의 호흡기에 치명적인 손상을 줄 수 있다. 또한 간혹 유아들이 유아돌연사증후군(Sudden Infant Death Syndrome)으로 생후 1개월 안에 사망하는데 이는 임산부의 직간접 흡연과 매우 밀접하게 관련이 있는 것으로 보고되고 있다(Lewis & Bosque, 1995). 흡연하는 여성들은 임신하면 금연하겠다고 생각하겠지만 흡연하던 여성 중에 많은 사람들이 임신해도 흡연을 계속한다(The Stationery Office, 1998). 흡연하던 여성이 임신기간 중에 금연을 했다가 출산 후 다시 흡연하게 되었다고 토로하는 경우도 있다. 그들은 흡연이 임신 기간만큼 출산 후에도 유아에게 큰 해가 될 수 있다는 것을 제대로 인식하지 못하고 있다.

임신 중 혹은 출산 전후가 아니라도 여성의 흡연은 불임과 관련이 있으며 폐경기를 앞당긴다(WHO, 1992). 이는 흡연이 에스트로겐(estrogen) 분비의 저하를 유도하기 때문인데, 그 이유로 관상동맥질환이나 뇌졸중에 더 취약하게 만든다. 게다가 여성이 흡연할 경우 유방암과 자궁암에 걸릴 가능성이 높아진다(한국금연운동협의회, 2000). 흡연하는 여성은 골다공증의 위험에 더 노출되어 있으며(Doll, 1999), 주름살이나 흰머리가 더 많아지게 되어 더 늙어 보이게 된다(Mosley & Gibbs, 1996).

흡연하는 여성들의 사망률이 흡연하는 남성들의 사망률보다 낮게 나타난다고 해서 여성이 흡연하는 것이 남성이 흡연하는 것보다 덜 위험하다고 생각해서는 안 된다(Hall, 1994). 이런 사망

률의 차이는 흡연 성향에 성차에 기인한다. 여성이 남성보다 늦은 나이에 흡연을 시작하고 니코틴과 타르의 용량이 적게 함유된 담배를 선호하는 경향이 있으며, 남성 흡연자들보다 흡연량이 적기 때문이다(한국금연운동협의회 2007a; USDHHS, 1989). 요약하면, 흡연에 의한 사망률의 성차가 여성이 흡연하면 남성이 흡연하는 것보다 안전하다는 것을 의미하는 것은 아니고, 여러 실증연구들은 흡연의 해악에 여성이 남성보다 더 취약하고 건강에 있어서 추가적인 피해를 입게 된다는 것을 시사하고 있다.

### 여성 흡연의 생리적 특성

흡연 행동에 가족력이 작용하는지에 관해 여러 연구자들이 관심을 가져왔다(Hall, 1994). 쌍생아 연구와 입양자 연구, 그리고 유전적 행동 간의 연합을 검증한 연구 등을 종합한 메타분석에서 Hughes(1986)는 흡연에 유전적인 요소가 있다는 것을 발견하였다. 그러나 그녀의 메타분석에 포함된 입양자 연구가 적었으며, 포함된 연구들에서 나타난 가족력이 유전이라기보다 흡연하는 가족의 행동이 매개변인으로 역할을 한 것이라는 비판을 피할 수 없다. 그런 매개 효과는 학습에 의한 것일 수 있지만 잠재적인 흡연자인 아동들과 청소년을 향한 담배회사의 마케팅에 의한 것일 수도 있다(Pierce, Choi, & Gilpin, 1996). 담배회사는 흡연하는 부모에게 사은품을 제공하여 그런 물건을 사용하는 청소년의 흡연을 자극한다.

생리적인 측면에서 흡연의 성차를 증명한 연구들은 그리 많지 않다. 남성보다는 여성에게서 니코틴 대사가 느리게 이루어진다는 증거들은 있

다(Hall, 1994). 이는 같은 양의 흡연을 하여도 여성이 남성보다 니코틴을 더 많이 더 오래 몸 안에 지니고 있게 될 가능성이 높다는 것을 의미한다(Benowitz & Jacob, 1984). 이런 논리라면 같은 양의 니코틴을 섭취하여도 여성은 남성보다 약물 효과와 건강상의 부정적인 효과를 더 경험하게 될 수 있다. 하지만 그런 인과관계의 방향을 결론 내리기는 쉽지 않다. 흡연과 관련하여 통제된 실험 연구를 할 수 없기 때문에 그것을 입증하기도 쉬운 것은 아니다. 게다가 남성보다 여성에게서 니코틴 대사가 더 빠르다는 주장도 있다(Perkins, 1999). 그렇다 하더라도 건강상의 흡연의 피해를 여성이 더 입는다는 것은 담배에 포함된 니코틴과 그 외 화학물질의 효과에 성차가 있어서 그럴 수 있기 때문에 이와 관련하여 추후 연구들이 있어야 한다.

여성보다 남성보다 건강상 더 피해를 입는 것은 흡연이 여성 호르몬에 영향을 미치기 때문일 수도 있다. 예를 들어, 에스트로젠과 같은 여성 호르몬은 고밀도 지단백질(HDL: High Density Lipoprotein)의 비율을 높여 심혈관질환으로부터 여성을 보호해 주기 때문에 흡연이 그 대사를 억제한다면 건강상 문제가 될 수 있다. 최근 한 연구(Windham, Mitchell, Anderson, & Lasley, 2005)에서는 흡연이 여성의 내분비계 기능을 교란시키고 성호르몬을 조절하는 뇌하수체 호르몬 방출에 부정적인 영향을 미칠 수 있다는 것을 발견하였다. 매번 일관된 결과를 얻었던 것은 아니지만 Baron, La Vecchia, 및 Levi(1990)의 연구에서도 흡연이 여성의 에스트로젠 대사를 방해하는 것으로 나타났다.

## 사회규범과 한국 여성의 흡연

한국 여성의 흡연 동기와 행동은 남성과 큰 차이가 있다. 다른 국가보다 한국에서 여성의 흡연을 보는 시각이 더 부정적이기 때문이다. 물론 여성 흡연에 비교적 관대한 미국에서도 여성의 흡연을 남성의 흡연보다 더 부정적으로 보는 경향이 있다. 미국에서도 여자 청소년이 흡연할 경우 흡연하는 남자 청소년보다도 더 난잡한 생활을 하고 반항아일 것이라고 평가하는 경향이 있고, 여자 청소년도 자신을 그렇게 평가하기도 한다(Hall, 1994). 흡연하는 여자 청소년이 성적으로 문란할 것이라고 평가하기도 하기 때문에 이런 사회규범이 흡연 억제효과가 있다고 한다(USDHHS, 1980). 남성은 사회적 이득에 의해 흡연을 시작하기도 하지만 여성이 그럴 경우는 거의 없다(Epstein, Griffin, & Botvin, 2000).

서양에도 여성의 흡연을 부정적으로 보는 사회규범이 있어 그것이 흡연 시작에 영향을 미친다. 그런 사회규범이 더 엄격한 한국에서 그런 사회적 불이익을 감수하고 여성이 흡연을 한다면 그것의 다른 유인가에 강하게 이끌렸기 때문일 것이다. 실제로 한국인을 대상으로 한 한종철, 오경자, 이기학(1995)의 연구에서는 여성이 남성보다 흡연욕구를 느끼는 상황이 더 다양하고 흡연에 대한 기대감과 동기 수준도 높은 것으로 나타났는데, 그 이유를 연구자들도 사회적 규범과 관련하여 설명하고 있다. 여성의 흡연에 대한 기대감과 동기 수준이 높다면 금연하기 더 어려울 수 있다.

많이 회색되었다고는 하지만 아직도 여성의 흡연을 부정적으로 보는 한국의 사회적 규범은

여성이 독특한 흡연과 금연 행동을 하게 만든다. 마음 놓고 흡연할 장소가 없기 때문에 한국 여성은 카페, 술집, 집 등에서 짧은 시간동안 한꺼번에 많이 흡연하는 행동(폭연: binge smoking)을 보인다. 이외 관련하여 매우 흥미로운 사실은 여성은 “자신이 혼자 있다는 것을 알았을 때” 갑자기 강한 흡연욕구를 느낀다. 상황에 따라서만 흡연을 하는 사람들(occasional smoker)도 남성보다 여성에게서 더 많은 듯하다.

## 여성의 정서와 흡연 및 금연

여성은 남성보다 스트레스와 고독감, 슬픔, 분노, 좌절 등과 같은 부정적 정동에 대처하기 위해 흡연에 더 의존하는 경향이 있다(Danielsson, Rossner, & Westin, 1999). 다시 말해, 여성은 스트레스가 심한 상황에서 부적 정동을 감소시키기 위해 흡연하는 경향이 더 강하다. 일찍이 Todd(1969)도 여성이 남성보다 스트레스가 심한 상황에서 흡연하고 싶은 욕구를 더 느낀다는 것을 알아냈다. 그렇다면 여성은 부적 정동에 적절히 대처하지 않고서는 금연 성공을 장담할 수 없다는 것을 의미한다.

부적 정동에 대처하는 것이 흡연 이유가 아니라도 금연에 따른 금단증상 중에 두드러진 것은 부적 정동이다(서경현, 이경순, 2002). 여성이 남성보다 금연과 관련하여 정서적 스트레스 혹은 정동장애를 더 많이 호소하는데 이것이 금연 실패의 가장 큰 이유로 여겨지고 있다(Frieze, Parsons, Johnson, Ruble, & Zellman, 1978). 정서적 스트레스를 더 많이 호소하는 사람들이 금연을 유지할 가능성이 낮다는 것은 이미 알려진 사

실이다. 불안, 슬픔, 낮은 자아존중감, 분노, 초조함 등과 같은 심리적 요인은 금연 실패를 예언할 수 있는 변인이다(Schwartz & Dubitsky, 1968; Hall, 1994에서 재인용). Marlatt과 Gordon(1980)이 수행한 역추적(retrospective) 연구에서도 부적 정동이 특정 재발상황들에서 특별한 역할을 하고 있었다. 이 연구에서는 43%의 흡연자가 부적 정동을 금연실패의 결정적 요인으로 꼽았다. 한편, 금연을 시도한 흡연자를 위한 응급전화 서비스 이용자 중에 금연에 실패한 사람들이 보고한 금연실패 위기 상황의 71%에 부적 정동이 선행되었다(Shiffman, 1982).

현재 한국 보건소에서 운영하고 있는 금연상담실에서는 항우울제인 부프로피온(Bupropion)을 사용하기 때문에 우울이 심한 여성의 경우 약물요법을 병행하는 것이 도움이 될 수 있을 것이다. 그러나 우울증이 심하지 않다면 부적 정동을 심리적 개입을 통해 금연 성공을 유도할 수 있다. 대부분의 금연 프로그램에 스트레스 관리가 포함되는데, 특히 여성의 경우 스트레스를 적절히 관리할 수 있도록 도와야 한다.

### 임신부의 흡연과 금연

흡연하는 젊은 여성들은 자신이 임신을 하게 되면 금연할 것이고 그렇게 할 수 있을 것이라고 믿고 있다. 하지만 흡연 여성들이 임신하게 되면 그 중 30% 가량만이 자발적으로 금연을 하는 것으로 조사되었다(The Stationery Office, 1998). 그리고 임신부가 결혼한 상태가 아닌데 임신했다거나 학력 수준이 낮으면 임신 기간 동안 금연에 성공할 가능성이 더 낮다(Monso, Campbell,

Tonnesen, Gustavsson, & Morera, 2001). Lindqvist와 Aberg(2001)의 연구에서는 흡연 여성들 중에 늦은 나이에 흡연을 시작했거나, 초산이거나, 흡연량이 적거나, 학력이 높거나, 배우자의 지원이 있거나 비흡연자인 부모 밑에서 성장했을 경우 임신하면 금연할 가능성이 높았다.

임신부의 금연 과정과 개입 요령(DiClemente, Dolan-Mullen, & Windsor, 2000)에 근거하여 임신부를 유도하는 프로그램이 실시되고 있다. 그런 프로그램(Lawrence, Aveyard, Evans, & Cheng, 2003)에서는 임신 중에 흡연하게 되면 자신과 태아에게 매우 심각하다는 사실을 인식하게 한다. 예를 들어, 흡연하면 유산하거나 미숙아를 출산할 가능성이 크고, 출산 시 고통이 증가한다는 것, 추후 유아의 지적 발달에 부정적인 영향을 미친다는 것, 그리고 태아흡연증후군에 관해서도 자세히 설명한다.

심리사회적 개입으로 임신부가 금연할 수 없을 경우 임상가는 니코틴대체요법이나 약물요법을 고려할 수 있다. 그런데 이 경우 임신부와 임상가는 임신 중 계속 흡연했을 경우의 위험과 약물요법의 알 수 없는 부작용의 위험 사이에서 고민하게 된다. 임신기간 동안 흡연하는 것이 임신부는 물론 태아에게도 위험하지만 여러 종류의 약물요법에도 잠재적인 위험요소들이 있기 때문이다. 구체적으로 설명하면 니코틴대체요법으로 공급되는 니코틴 자체도 태아의 신경계에 좋지 못한 영향을 미칠 수 있다. 만약 임신부나 수유 중인 임산부가 니코틴대체요법을 선택하였다면 임상가는 그 처치를 받는 동안 혈중 니코틴 수준을 모니터해야 한다. 효과를 낼 수 있는 최소량이 투여되어야 하며 지속적으로 니코틴이 공급되는

패치보다 간헐적으로 사용할 수 있는 껌을 선택하는 것이 좋다. 약물요법이 임신부의 금연에 효과적인지 확실히 검증되지 않았기 때문에 선택을 자제할 필요가 있다.

### 여성의 체중조절과 흡연 및 금연

체중 관리를 위해 흡연한다는 여성들이 있다. 체중조절 행동은 남녀 모두의 흡연과 상관이 있음이 증명된 연구도 있었으나(Tomeo, Field, Berkey, Colditz, & Frazier, 1999), 대부분 연구에서는 여성에게서만 체중조절 행동이 흡연과 상관이 있다는 결과를 얻었다(Austin & Gortmaker, 2001). 서양의 경우 여자 청소년들은 남자 청소년들보다 흡연이 체중조절 효과가 있다는 것을 더 잘 알고 있으며, 실제로 흡연을 체중조절의 수단으로 사용한다(USDHHS, 1988). 그러나 한국 여자 청소년의 흡연은 체중조절행동과 별다른 상관이 없었다(김선경, 서경현, 2001).

여성이 남성보다는 체중증가를 더 걱정하는 것이 일반적이기 때문에(Hall, 1994), 체중조절의 의도로 흡연을 하는 것이 아닐지라도 금연하여 체중이 증가한다면 남성보다 여성이 그것을 더 두려워 할 것이다. 흡연자들이 비흡연자들보다 체중이 적게 나가고 금연이 체중의 증가를 야기한다(서경현, 이경순, 2002; USDHHS, 1988). 흡연을 그만두면 체중이 증가하고 흡연을 시작하면 체중이 줄지만, 금연 후 체중 증가와 흡연자와 비흡연자 사이의 체중 차이는 그리 걱정할 수준은 아니다. 미국인들의 경우, 금연 후 체중 증가는 평균 2.79Kg인 것으로 밝혀졌고 흡연자와 비흡연자와의 체중 차이도 3.23Kg정도인 것으로 나타났다

(USDHHS, 1988).

이런 체중의 변화는 니코틴이 신진대사를 촉진하기 때문에 발생하는 것으로 알려져 있지만(Audrain, Klesges, & Klesges, 1995), 아직 그 기제는 정확하게 밝혀지지 않았다. 가장 그럴듯한 설명은 흡연으로 인해 음식이 에너지로 전환되는 비율 혹은 열량 소비를 증가시키는 비율, 즉 신진대사의 감소로 인해 체중이 증가한다는 것이다. 그러나 금연 후에 에너지 소비가 유의하게 감소된다는 것을 발견한 연구들(Dallaso & James, 1984; Hofstetter, Schutz, Jequir, & Wahren, 1986)도 있었지만 그런 점을 발견하지 못한 연구들(Burse et al., 1975; Hall, 1994)도 있었다는 것이 문제이다. 이렇게 일관성 없는 연구 결과는 신진대사의 감소가 금연 후 체중 증가와 관련하여 가장 결정적인 역할을 하는 것이 아니기 때문일 수 있다.

우리가 주목해야 하는 또 다른 점은 금연 후에 열량(calories) 증가를 유도하는 섭식행동을 보인다는 것이다(USDHHS, 1988). 금연 후 열량이 증가하는 주요 원인은 단 음식을 더 많이 섭취하기 때문이다(Rodin & Wack, 1987). 금연을 시도하면 단 음식에 대해 감각적으로 민감해지고 더 선호하게 되는 것인데 실제로 신체가 당분이 필요해서 섭취하는 것은 아니라는 것이 한 연구(Hall, McGee, Tunstall, Duffy, & Benowitz, 1989)를 통해 밝혀졌다. Hall 등(1989)은 락토제(lactose)와 같은 단 맛이 나지 않는 당분의 소비는 금연 전과 금연 후에 차이를 보이지 않는다는 것을 발견하고, 금연에 따르는 체중 변화는 단순히 미각의 민감성이 회복되었기 때문이라고 주장했다. 금연을 시도한 사람들은 사탕과 같은 단 맛

이 나는 균것질거리를 금연 전과 달리 금연 후 계속해서 찾게 된다고 토로한다. 열량의 증가는 체중 증가와 관계가 있고, 여성에게서 그 관계가 더욱 밀접하다. 열량 섭취 양상은 금연 후 6개월이 지나면 그 이전과 같이 회복되지만 체중이 반드시 그 이전으로 돌아가는 것이 아니고 심지어 계속해서 증가하게 된다는 것을 임상가들은 주의할 필요가 있다(Hall, 1994). 금연을 시도하려는 여성들은 금연 후 체중의 변화에 관해 궁금해 하고 체중증가를 극복할 수 있는 방법을 알고 싶어 한다.

체중 증가는 금연 실패와 관계가 있다. 남녀를 불구하고 제대로 관리하지 않으면 금연 후 1년이 지날 때까지도 체중증가가 있기 때문에 체중증가는 1년 이상의 금연 성공을 예언할 수 있는 변인으로 알려져 있다(Gritz, Carr, & Marcus, 1986). 그런데 체중증가를 더 걱정하는 사람들에게서 그런 관계가 더 두드러지게 나타난다. 섭식을 억제하려는 경향이 있는 여성이 금연하면 금연 중에 더 많은 음식을 섭취하고 흡연욕구를 더 강하게 느낀다(Mitchell & Perkins, 1998). 체중증가에 너무 민감한 흡연자는 체중 증가가 가장 현저하게 나타나는 금연 3주째에 금연을 실패하는 경향이 있다(Hall et al., 1986). 체중증가를 감수하면서도 금연하고자 하는 여성은 금연에 성공할 가능성이 있지만, 체중증가 없이 금연할 수 있도록 도울 수 있다면 금연 성공의 가능성은 더 높아진다.

체중조절은 남성과 여성 모두의 금연 중재에 결정적이라고 할 수 있는데, 여성이 체중 증가에 민감하고 다이어트에 더 관심을 갖기 때문에 여성의 금연 성공을 위해서는 적절한 체중조절 전

략이 필요하다. 이런 이유로 금연 열풍이 한국보다 더 먼저 있었던 국가들에서는 체중증가 없이 금연할 수 있는 프로그램이 시중에 소개되어 있다(Katahn, 1994). 금연을 하면서 체중 조절하는 방법은 음식물 섭취를 조절하면서 운동량을 늘리는 것이다. 예를 들면, 금연 후 체중 증가를 두려워하는 여성 흡연자는 최소한 7일 정도는 칼로리 점검을 하고, 처음 이틀 동안은 칼로리를 줄이려는 어떤 노력도 하지 않은 상태에서 먹은 음식들을 기록하고 칼로리를 계산하게 하여 그것을 기준으로 목표를 세운다. 음식 칼로리 계산은 지방과 탄수화물에 집중하여 계산한다. 참여자들이 음식 칼로리를 점검하는 가운데 지방과 탄수화물이 칼로리를 높이는 주범임을 인식하게 한다. 3일 째에 돌입하면서 전체 칼로리 대 지방의 비율을 계산하고, 섭취할 지방의 목표 비율을 20-25% 사이에서 결정한다. 이 때 탄수화물의 비율도 점검해야 한다. 지방 섭취를 줄이면 탄수화물로 그 열량을 대체하려고 하기 때문이다. 계속 흡연하면서 지방 섭취를 줄이면 대부분 체중은 감소하겠지만, 금연을 시도하는 동안은 지방 섭취를 줄여도 체중이 줄지 않기 때문에 운동량을 높이고 탄수화물 섭취를 조정해야 한다. 탄수화물 섭취는 전체 칼로리에 60-65%가 되게 한다.

섭식을 조절하는 것 외에도 운동이 병행되어야 하는데, 금연 후 운동량을 늘리는 것은 체중증가를 방지하는데도 도움이 되지만 자신감을 고취시켜 금연을 시도한 사람의 금연 효능감을 높일 수 있다. 또한 금연을 시도하고 운동을 하지 않는 사람보다 운동을 계속하는 금연자는 비흡연자처럼 주위 사람이 피우는 담배 냄새가 더 역겹다는 느낌을 받을 가능성이 높다(Katahn, 1994).

평균적으로 담배 한 갑은 200칼로리를 소비하게 한다. 그렇다면 금연 후 200-300 칼로리 정도의 음식을 덜 섭취하던지 아니면 그 정도의 칼로리를 운동으로 소비해야 한다. 운동 열량 대조표를 이용해 자신이 어느 정도의 운동을 하고 그것이 어느 정도의 열량을 소비하게 하는지를 인식하면서 체중을 관리하게 해야 한다. 그러나 운동에 대한 내적 동기 없이 운동을 지속할 가능성이 낮은 것을 임상가들은 인식하고 내적 동기 증진에 신경을 쓸 필요가 있다.

### 월경전 증후군과 금연

흡연하는 여성이 그렇지 않은 여성보다 생리통이나 월경전 증상을 더 겪는다는 것은 몇몇 연구에서 증명되었다(Marks, Pomerleu, & Pomerleu, 1999; Mishra, Dobson, & Schofield, 2000). 흡연이 월경전 증상이나 생리통을 유발하는지를 검증하려고 하였지만, 어떤 경로로 생리적 작용이 일어나는지 아직 밝혀지지 않았다. 예를 들어, 생리기간 중에 혈액 상실의 차이 등 생리적 차이가 흡연 집단과 비흡연 집단 사이에서 발견되지 않았다(Jansen, Scholten, & Heintz, 1997). 금연 후 여성이 남성보다 심리적인 금단증상을 더 많이 경험하게 되는 것을 여성의 생리주기와 관계가 있다는 것으로 설명하기도 한다(한국금연운동협의회, 2000). 여성의 생리주기에서 배란기 이후에 강한 금단증상을 느끼고 흡연이 그런 증상을 완화시키는 부적 강화로 작용한다(Eissenberg, 1999; 한국금연운동협의회, 2000에서 재인용). 여러 실증연구들은 월경전 증후군(PMS: premenstrual syndrome)을 겪고 있는 여성들은

그 문제를 해결하지 않고서는 금연에 성공하기 어렵다는 것을 시사하고 있다.

월경전 증후군을 겪는 여성은 그 기간 동안 세로토닌의 변화로 우울을 경험하고 충동성이 강해지기 때문에(정경아, 2007), 금연에 실패할 가능성이 높다. 또한, 심한 통증에 대한 반응으로 흡연할 수 있다. 임상가는 금연을 원하는 여성이 월경전이나 그 기간 동안 흡연량이나 흡연행동 변화가 있는지를 파악해야 한다. 예전에 금연 시도 경험이 있었다면 월경 전후 기분변화와 우울, 혹은 충동성에 의해 금연에 실패했는지도 점검할 필요가 있다. 또한 금연을 하면 없었던 PMS가 생기는지 혹은 그 증상이 심해지는지도 물어야 한다. 왜냐하면 단 음식을 먹으면 PMS 증상이 심해진다고 하는데, 금연을 하면 단 음식을 더 갈구하기 때문이다. PMS가 심하거나 그것 때문에 금연의 실패를 한 경험이 있다면 PMS를 적절히 다룰 수 있는 방법을 제시하고, 그것에 대처할 수 있는 금연 기법도 마련해 주어야 한다. PMS를 다루는 방법은 금연을 위한 행동방법과 일치하는 것들이 있다. 비타민이나 미네랄을 많이 섭취하고 단음식과 짠 음식을 적게 섭취하며 이완연습을 하는 것 등이 그것이다.

### 여성의 금연과 사회지원

금연에 있어서 사회지원이 큰 역할을 한다는 것은 이미 오래 전부터 알려진 사실이다. 주위에 비흡연자들이 있을 때 금연에 성공할 가능성이 크고(Mermelstein, Cohen, Lichtenstein, Baer, & Kamarck, 1986), 사회관계에서 비중 있게 생각하는 사람이 자신의 금연을 지지한다고 지각해도

금연에 성공할 가능성이 커진다(West, Graham, Swanson, & Wilkinson, 1977). 금연에 있어서 사회지원은 남녀 모두에게 공히 작용하지만, 효과는 여성에 더 크게 나타난다. Fisher와 Bishop(1986)의 연구에서는 여성의 경우 남성과는 달리 자기 제어(self-mastery)와 통찰을 강조하는 개입보다 사회지원으로 구성된 개입에서 금연 성공률이 높았다. 여성은 금연을 위한 집단치료에서 남성보다 더 유익을 얻는 것으로 알려져 있다(Ortner, Schindler, Kraigher, Mendelsohn, & Fischer, 2002).

남성이 금연을 위해 주로 개인적인 자기조절이 중요하다고 생각하는 반면에 여성은 사회지원이 더 중요하다고 생각하는 경향이 있다. 한편, 여성의 금연에 있어서 사회지원이 단기적 성공에 큰 역할을 하지만 장기적 효과는 적다는 주장도 있다(Ginsberg, Hall, & Rosinski, 1987; Hall, 1994에서 재인용). 금연에 관여하는 것을 싫어하는 사람이 주위에 있거나 금연한 것이 사회관계를 유지하는데 더 어렵다고 생각할 경우 여성은 금연을 포기하는 경향이 있다. 남성은 그런 사회적 문제를 인식한다고 하더라도 금연을 포기하지는 않는다고 한다. 여러 실증적 연구들을 종합해 볼 때 사회지원은 남성보다 여성의 금연에 있어 더 중요한 역할을 하는 것 같다.

그런데, 여성의 흡연을 부정적으로 보는 한국의 사회규범 때문에 한국의 여성 흡연자들은 금연과 관련하여 사회지원을 받을 가능성이 매우 낮다. 한국의 흡연 여성들에게는 자신이 흡연하고 있다는 것을 아는 사람들이 적기 때문이기도 하다. 자신의 흡연 사실을 모르고 있는 사람들에게 흡연해 온 사실을 알리고 사회지원을 요구한다는

것은 금연 성공이 보장되지도 않은 상황에서 도움이 될 수 있다. 따라서 여성의 금연 시도과정은 고독한 작업이 된다. 금연 프로그램 담당자가 사후관리를 위해 연락할 때 여성들은 반드시 휴대전화로 연락을 취해 줄 것을 당부하곤 한다. 이런 점이 한국 여성의 금연 성공률을 낮추는 요인이 될 수 있다.

한국의 사회규범 때문에 여성들이 면대면으로 하는 금연상담이나 자신을 노출해야 하는 금연 프로그램을 꺼리는 경향이 있다. 또한 온라인으로 여성임이 노출되는 금연 프로그램에 여성들이 참여할 가능성이 적다. 이런 추론은 실제로 나타나 보건복지부에서 성인들을 대상으로 온라인 서비스를 제공하고 있는 금연 프로그램에 여성의 참여율이 저조하였다(송태민 외, 2006). 임상가는 비밀이 보장되는 가운데 함께 금연을 시도하는 사람들 간에 사회지원망을 연결해 주는 것이 여성의 금연에 큰 도움이 될 수 있다.

#### 여성을 위한 금연 프로그램

지금까지 살펴본 것과 같이 여성의 흡연이 남성과 차이가 있다면 금연에 대한 접근 혹은 금연 프로그램의 구성에 있어서도 감안해야 할 것들이 많다. 특히 여성만을 대상으로 한 특화된 프로그램을 구성해야 할 때는 일반 프로그램과는 다를 수밖에 없다. 송태민 등(2006)의 연구에서는 보건복지부에서 일반인들을 대상으로 온라인으로 서비스를 제공하고 있는 금연 프로그램 “도전 담배탈출”을 이용하는 여성들이 비율이 낮고 성공률도 낮아 한국 여성을 대상으로 하는 특화된 금연 프로그램의 개발이 필요하다는 것이 강조되었다.

금연은 그리 쉬운 일이 아니다. 매년 성인 흡연자 중에 30% 이상이 금연을 시도한다. 그들 중 90% 이상이 남의 도움 없이 금연을 시도하는데, 3-5%만이 1년 이상 금연에 성공한다(American Psychiatric Association, 1996). 여성이 남성보다 금연에 동기화가 더 잘 된다는 보고가 있다(Ortner et al., 2002). 동기화 수준이 높다고 하더라도 여성이 남성보다 금연에 더 어려움을 겪는데, 그 이유는 여성이 금연과 관련하여 사회적 지원을 받을 가능성이 적고, 스트레스와 고독감, 슬픔, 분노, 좌절 등과 같은 부정적 정서에 대처하기 위해 흡연에 더 의존하는 경향이 있으며, 금연에 따른 체중 증가를 더 걱정하기 때문이다(Danielsson, Rossner, & Westin, 1999). 그렇다면 이런 문제들을 해결해주면 여성의 금연 성공률을 높일 수 있을 것이다. 앞서 설명하였지만 가장 중요한 것은 여성의 금연 프로그램에 체중관리 전략이 포함되어야 한다는 것이다.

인지행동치료가 금연을 위한 심리치료 중에 가장 효과가 있다고 알려져 있다(Ortner et al., 2002). 금연을 위한 전통적인 행동치료 프로그램에서는 금연시작일 전 대개 4-7주간의 준비기 동안 흡연 자극을 조절(stimulus control)한다. 이 기간 동안 참여자는 흡연량을 줄이고 특정한 시간에 특정 장소에서만 흡연하게 하고 흡연의 질을 떨어뜨리는 여러 행동을 하며, 흡연 시 그 상황과 흡연욕구 수준을 흡연일지(smoking log)에 적는다.

금연 시작 후 적어도 2주 동안은 재발을 방지하기 위하여 집단치료를 계속한다. 그런데, 여성이 남성보다 금연 치료집단에서 서로 의견을 나누고 조언을 하는 방식을 선호하고 더 편안해 하며, 그

효과를 더 많이 보기 때문에 여성을 위한 금연 프로그램에서는 치료 집단을 어떻게 잘 구성하여 치료를 진행하는지가 관건이다(Ortner et al., 2002). 비밀이 보장되지 않거나 여성들만의 집단이 아닌 경우 불편해 할 것이다. 또한 여성들은 좌절 혹은 스트레스 때문에 흡연을 다시 하는 경향이 있기 때문에(Mitchell & Perkins, 1998), 인지적 개입이 여성의 금연에 특히 효과적일 수 있다. 여기에 약물요법은 물론 이완훈련이나 심상훈련을 더한다면 그 효과가 배가될 수도 있다

니코틴 패치 혹은 니코틴 껌과 같은 약물대체요법은 골초인 남녀 모두에게 다 효과적이는데, 이것이 금연을 위한 약물요법의 전부는 아니다. 예를 들어, 고혈압 치료제인 클로니딘(Clonidine)은 여성의 금연에는 효과적이라는 보고가 있다(Glassman et al., 1988). 금연 실패의 주된 원인은 니코틴 금단증상이 심한 시기에 겪는 불안과 우울인 것으로 여겨지기 때문에 심리적 개입 외에도 약물치료가 병행되어야 할 경우가 종종 있다. 우울증의 유병율이 여성에게서 더 높게 나타나기 때문에, 여성의 금연에 개입하려는 전문가들은 우울을 함께 다루어야 하는 경우가 종종 있다. 앞서 언급한 것처럼 월경전 증후군을 가진 여성의 경우는 더욱 그렇다. 니코틴대체요법이나 부프로피온(Bupropion)이 우울이나 불안을 포함한 니코틴 금단증상을 경감시켜 금연의 성공률을 높일 수도 있다.

현재까지 금연을 위해 가장 효과적인 개입 절차는 인지행동치료에 니코틴대체요법이 더해진 것으로 알려져 있다. 니코틴대체요법은 니코틴 금단증상의 불편함을 크게 겪지 않고 금연할 수 있게 도와준다. 다시 말해, 니코틴대체요법은 니코틴

의존증상, 불안, 짜증, 집중력 저하, 피로감, 우울, 불면증, 심박동수 저하, 현기증, 식욕 증가, 체중 증가 등과 같은 금단증상을 완화시켜준다. 특히, 금단증상이 심한 금연 초기에 도움이 된다. 아무 도움 없이 금연을 시도하는 사람들보다 니코틴 대체요법을 사용만 해도 성공의 가능성을 두 배나 증가시킨다는 주장이 있으며(Etter & Perneger, 2001), 금연 동기도 크게 증가시킨다는 보고도 있다(Henningfield, 1995).

여성이 니코틴 대체요법에서 남성보다 더 나쁜 예후를 보이는데, Perkins(1999)는 여성의 경우 남성보다 니코틴 대사가 더 빨라서 그렇다고 주장하고 있다. 여성 중에서도 많은 양의 담배를 흡연하는 사람들에게만 니코틴 대체요법을 실행해야 한다. 하루 10-15개비 혹은 그 이상의 담배를 흡연을 하는 사람들에게만 니코틴 대체요법을 처방하는 것이 좋다. 또한 아무리 골초라고 한 번에 8주 이상 니코틴 패치나 껌을 사용하게 해서는 안 된다. 처음 처방은 4주간 하고, 4주가 지난 후에도 금단증상이 빈번하게 경험하면 4주간 연장할 수 있으나 그 이상 처방해서는 안 된다. 물론, 예외가 있을 수 있는데 그런 경우의 예로는 초기에 너무 과다 혹은 과소 투약되었거나, 가족의 죽음 등 개인이 조절하기 힘든 상황에 의해 다시 흡연하게 되었을 때이다(New Zealand National Health Committee, 2002).

담배를 많이 피우는 골초들에서 정신질환의 평생 유병율이 높다(Keuthen et al., 2000). Covey(1999)의 연구에서는 우울하지 않은 사람들과 비교했을 때 우울증에 걸린 사람들은 흡연자일 가능성이 높고 니코틴에 더 쉽게 중독되며 금연하기 힘들어 하고 금단증상도 심하게 겪는 것

으로 나타났다. 금연 실패의 주된 원인은 니코틴 금단증상이 심한 시기에 겪는 불안과 우울인 것으로 여겨지기 때문에 약물치료가 병행되어야 할 경우가 종종 있다. 특히, 주요 우울증의 유병율은 여성에게서 더 높게 나타나기 때문에(American Psychiatric Association, 1994), 여성의 금연에 개입하려는 전문가들은 우울을 함께 다루어야 하는 경우를 종종 겪게 될 것이다.

금연이 불안과 우울을 야기하는 방식을 확실하게 알 수는 없다. 지금까지 알려진 바로는, 첫째 흡연이 각성과 집중력을 유도하고 정서적 변화를 경험하게 하는데 이는 니코틴이 에피네프린과 엔돌핀의 방출을 증가시키기 때문이다(NIDA, 1998). 둘째, 니코틴이 암페타민이나 코카인과 같은 중독성 약물이 활성화시키는 대뇌 보상체계를 자극하여 도파민 수치를 증가시키기 때문이다(Fowler, 1996). 셋째, 30-40%의 흡연자들의 경우 모노아민 산화제(MAO)의 작용이 감소되어 있다. 따라서 이들의 도파민 수준은 높아지고 쾌감을 느끼게 된다(Epping-Jordan, Watkins, Koob, & Markou, 1998). 부프로피온(Bupropion)과 같은 약물의 금연 효과는 여러 연구들에서 도출되지 않았다. Cinciripini 등(1995)의 연구에서는 불안 수준이 높은 흡연자들에게 부프로피온이 효과가 있지만 불안 수준이 낮은 흡연자들에게는 오히려 금연에 방해가 되는 것으로 나타났다. 한편, 아직 금연 약물요법의 효과에 성차가 있는지는 확실치 않다.

다른 부가적인 문제는 신체적 혹은 정신장애를 가진 여성들을 금연 프로그램에서 어떻게 다루어야 하는지에 관한 것이다. 흡연하면 인간의 몸은 15-20%의 인슐린을 더 필요로 한다(Covington, Berardi, Young, Kendall, & Hickey,

1996). 따라서 금연을 하면 인슐린에 대한 신체적 요구가 줄어들기 때문에 당뇨의 위험이 있는 사람들은 의사로부터 혈당 수치의 변화를 점검받을 필요가 있다. 정신적인 문제를 가진 사람들의 흡연율이 매우 높은 것으로 알려져 있다. 예를 들어, 정신분열증 환자의 70~90%가 흡연하고 있다고 한다(Altchuler, 2001). 흡연이 불안장애의 발병 가능성을 높인다는 주장도 있다(Johnson et al., 2000). 정신장애로 진단될 수준이라면 정신건강전문가들에게 의뢰해야 한다. 정신장애를 가진 사람들은 금연에 성공하기도 힘들 뿐 더러, 이들은 증상의 변화에 따라 극적으로 금연했다가도 정신장애의 증상이 나타나면 다시 재발하는 경우가 많다.

끝으로, 금연에 얼마간 성공했다가 다시 재발하는 양상에도 성차가 있다는 것을 알아야 한다. 남성은 술자리, 파티 등 긍정적인 정서를 유발하는 상황에서 다시 흡연하는 경향이 있는데 반해, 여성은 대인 갈등이나 스트레스와 같은 부정적인 정서를 유발하는 상황에서 다시 흡연할 가능성이 있다(Heatherton, Kozlowski, Frecker, & Fagerström, 1991). 따라서 인지행동치료에서 흡연 재발 상황을 위해 대비하는 절차에서 이를 염두에 둘 필요가 있다.

### 맺음말

본 개관연구에서는 여성의 흡연에 특성과 여성이 금연할 때 고려해야 할 사항을 중심으로 논의하였다. 여성이 흡연할 경우 건강상에 있어서 남성보다 더 치명적이고 추가적인 건강상의 문제를 가질 수 있다는데 심각성이 있다. 여성 흡연이

생리적인 면에서 차이가 있기 때문에 건강상으로도 치명적일 것이다. 여성이 흡연하면 여성 호르몬 대사에 이상을 일으키는 것으로 보고되고 있다. 한국 여성의 흡연 행동이 남성과 크게 다른 가장 큰 이유는 여성의 흡연을 부정적으로 보는 한국의 사회규범 때문이고, 이는 그들의 금연 행동과도 밀접하게 관계되어 있다.

여성이 금연하기 힘든 이유는 여성들은 스트레스나 부적 정서에 대처하기 위해 흡연하기 때문이다. 따라서 이런 부적 정서를 제대로 다루지 못하면 금연에 성공하기 힘들다. 또한, 여성은 체중 증가에 매우 민감하기 때문에 금연 후 생기는 체중 증가를 적절하게 관리해야 금연을 보장할 수 있다. 금연은 힘든 일이고, 여성에게는 더 힘들 수 있어 흡연 여성들이 임신을 해도 그들 중에 30%밖에 담배를 끊지 못한다. 생리 기간을 전후하여 부적 정서나 통증을 경험하고 그것에 대처하는 방식으로 흡연하는 여성들이 있다. 흡연여성이 이런 증상을 제대로 다루지 못하면 금연하기 어렵다. 사회지원은 금연에 성공하는데 결정적인 역할을 하는 것으로 밝혀졌는데, 특히 여성의 경우에는 더욱 그렇다. 임상가들은 사회규범에 의해 남몰래 흡연해 온 한국의 여성에게 사회지원체계를 마련해 주는데 신경을 써야 한다. 금단증상이 심하거나 부적 정동을 경험하는 여성에게는 니코틴대체요법이나 그 외 약물요법을 고려할 필요가 있으나 임신부나 신체적 혹은 정신적 장애가 있는 사람에게는 감안해야 할 것들이 많다.

조사된 한국 여성 흡연율이 다른 나라 여성 흡연율보다 높지 않지만, 그것보다는 흡연하는 여성들이 많을 것으로 생각된다. 여성의 흡연은 사회의 모체가 되는 여성의 건강을 해쳐 사회에 위

협이 된다. 여성이 금연을 시도하거나 여성의 흡연에 개입하려고 한다면 여성의 흡연은 남성의 흡연과 차이가 있다는 사실을 주지해야 하고 지금까지 논의된 점들을 고려해야 할 것이다.

### 참 고 문 헌

- 김선경, 서경현 (2001). 여자 청소년들의 흡연행동과 섭취억제. *여성건강*, 2(2), 51-74.
- 보건복지부. 국민건강증진종합계획(Health Plan 2010). 보건복지부, 2002.
- 서경현, 이경순 (2002). 금연프로그램 참여 후의 금연 경험. *한국심리학회지: 건강*, 7(1), 63-80.
- 송태민, 최지혜, 임소현, 박대순, 이해경, 엄기현 (2006). 2006 금연포탈사이트 운영. 보건사회연구원.
- 이선혜, 서경현 (2006). 성별에 따른 고등학생의 흡연에 대한 지식, 태도 및 자아개념. *보건교육·건강증진학회지*, 22(4), 29-45.
- 정경아 (2007). 월경전증후군: 진단 및 치료에 관한 임상적 접근. *대한산부인과학회지*, 50(3), 416-422.
- 한국금연운동협의회 (2000). 흡연과 건강. 서울: 한국금연운동협의회.
- 한국금연운동협의회 (2007a). 흡연을 조사집계표. 한국금연운동협의회.
- 한국금연운동협의회 (2007b). 2007년 전국 중, 고등학교 학생 흡연 실태조사. 한국금연운동협의회.
- 한종철, 오경자, 이기학 (1995). 한국인의 연령과 사회-심리적 요인에 따른 흡연 행동 분석. *흡연위생연구*, 110-198.
- Aguinis, H., Pierce, C. A., & Quigley, B. M. (1993). Conditions under which a bogus pipeline procedure enhances the validity of self-reported cigarette smoking: A meta-analytic review. *Journal of Applied Social Psychology*, 23, 352-373.
- Altchuler, S. I. (2001). Psychiatric Comorbidity in Smokers. Paper presented at the International Tobacco Control Conference, Chicago, 2001.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual, Fourth Edition (DSM-IV)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1996). Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1-33.
- Audrain, J., Klesges, R., & Klesges, L. (1995). Relationship between obesity and the metabolic effects of smoking in women. *Health Psychology*, 14, 116-123.
- Austin, S. B., & Gortmaker, S. L. (2001). Dieting and smoking initiation in early adolescent girls and boys: a prospective study. *American Journal of Public Health*, 91(3), 446-450.
- Baron, J. A., La Vecchia C, & Levi, F. (1990). The antiestrogenic effect of cigarette smoking in women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 167, 502-514.
- Benowitz, L. J., & Jacob, P. (1984). Daily intake of nicotine during cigarette smoking. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 35, 499-504.
- Burse, R. L., Bynum, G. D., Pandolf, K. B., Goldman, R. F., Simms, E. A. H., & Danforth, E. R. (1975). Increased appetite and unchanged metabolism upon cessation of smoking with diet held constant. *Psychologist*, 18, 157.
- Centers for Disease Control and Prevention (1998). *National Health Interview Surveys, selected years-United States, 1965-1994*. Tobacco Information and Prevention Source.
- Cinciripini, P. M., Lapitsky, L., Seay, S., Wallfisch,

- A., Meyer, W. J., & Vunakis, H. (1995). A placebo-controlled evaluation of the effects of bupirone on smoking cessation: Differences between high- and low-anxiety smokers. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *15*(3), 182-191.
- Covey, L. S. (1999). Tobacco cessation among patients with depression. *Primary Care*, *26*(3), 691-706.
- Covington, T. R., Berardi, R. R., Young, L. L., Kendall, S. C. & Hickey, M. J. (1996). *Handbook of Non-Prescription Medicines*. Washington DC: American Pharmaceutical Association.
- Dallaso, H. M., & James, W. P. T. (1984). The role of smoking in the regulation of energy balances. *International Journal of Addiction*, *71*, 217-224.
- Danielsson, T., Rossner, S., & Westin, A. (1999). Open randomized trial of intermittent very low energy diet together with nicotine gum for stopping smoking in women who gained weight in previous attempts to quit. *British Medical Journal*, *319*, 490-493.
- DiClemente, C. C., Dolan-Mullen, P., & Windsor, R. A. (2000). The process of pregnancy smoking cessation: implications for interventions. *Tobacco Control*, *9*, 16-21.
- Doll, R. (1999). Risk from tobacco and potentials for health gain. *International Journal of Tubercle and Lung Diseases*, *3*(2), 90-99.
- Epping-Jordan, M. P., Watkins, S. S., Koob, G. F., & Markou, A. (1998). Dramatic decreases in brain reward function during nicotine withdrawal. *Nature*, *393*, 76.
- Epstein, J. A., Griffin, K. W., & Botvin, G. J. (2000). A model of smoking among inner-city adolescents: the role of personal competence and perceived social benefits of smoking. *Preventive Medicine*, *31*, 107-114.
- Etter, J. F., & Perneger, T. V. (2001) Attitudes toward nicotine replacement therapy in smokers and ex-smokers in the general public. *Clinical Pharmacology Therapy*, *69*(3), 175-183.
- Fingerhut, L. A., Kleinmann, J. C., & Kendrick, J. S. (1990). Smoking before, during and after pregnancy. *American Journal of Public Health* *80*, 541-544.
- Fisher, E. B., & Bishop, D. B. (1986). Gender, social support, and smoking cessation. Paper presented at the annual meeting of the Society of Behavioral Medicine, San Francisco.
- Fowler, J. S., Volkow, N. D., Wang, G. J., Pappas, N., Logan, J., MacGregor, R., Alexoff, D., Shea, C., Schlyer, D., Wolf, A. P., Warner, D., Zezulkova, I., & Cilento, R. (1996). Inhibition of monoamine oxidase B in the brains of smokers. *Nature*, *379*, 733-736.
- Frieze, I., Parsons, J., Johnson, P., Ruble, D., & Zellman, G. (1978). *Women and sex roles: A social psychological perspective*. New York: W. W. Norton.
- Frydman, M. (1996). The smoking addiction of pregnant women and the consequences on their offspring's intellectual development. *Environmental Pathology, Toxicology and Oncology*, *15*(2), 169-172.
- Glassman, A. H., Stetner, F., Walsh, B. T., Raizman, P. S., Fleiss, J. L., Cooper, T. B., & Covey, L. S. (1988). Heavy smoker, smoking

- cessation, and clonidine. Result of a double-blind, randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 259, 2863-2866.
- Gritz, E. R., Carr, C. R. & Marcus, A. C. (1988). Unaided smoking cessation: Great American smoke out and New York's Day quitters. *Psychological Oncology*, 6, 217-234.
- Hall, S. M. (1994). Women and drugs. In V. J. Adesso, D. M. Reddy, R. Fleming (Eds.), *Psychological perspectives on women's health* (pp. 101-126). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Hall, S. M., McGee, R., Tunstall, C. D., Duffy, J. S., & Benowitz, N. (1989). Changes in food intake and activity after quitting smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(1), 81-86.
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., & Fagerström, K. O. (1991). The Fagerström Test of Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86, 1119-1127.
- Henningfield, J. E. (1995). Nicotine medications for smoking cessation. *New England Journal of Medicine*, 333, 1196-1203.
- Henshke, W. A. (1999). *Globalink Tob-News*, World Press.
- Hofstetter, A., Schutz, Y., Jaquir, E., & Wahren, J. (1986). Increased 24-hour energy expenditures in cigarette smoker. *New England Journal of Medicine*, 314, 79-82.
- Hughes, J. R. (1986). Genetics of smoking: A brief review. *Behavior Therapy*, 17, 335-345.
- Jansen, C. A., Scholten, P. C., & Heintz, A. P. (1997). Menorrhoea: A search for epidemiological risk markers. *Maturitas*, 28, 19-25.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Pine D. S., Klein, D. S., Klein, D. F., Kasen, S., & Brook, J. S. (2000). Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood. *Journal of the American Medical Association*, 284, 2348-2351.
- Katahn, M. (1994). *How To Quit Smoking Without Gaining Weight*. New York, NY: W·W·Norton & Company.
- Keuthen, N. J., Niaura, R. S., Borrelli, B., Goldstein, M., DePue, J., Murphy, C., Gastfriend, D., Reiter, S. R., & Abrams, D. (2000). Comorbidity, smoking behavior and treatment outcome. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69(5), 244-250.
- Langhammer, A., Johnsen, R., Holmen, J., Gulsvik, A., & Bjermer, L. (2000). Cigarette smoking gives more respiratory symptoms among women than among men. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(12), 917 - 922.
- Lawrence, T., Aveyard, P., Evans, O. , & Cheng, K. K. (2003). A cluster randomized controlled trial of smoking cessation in pregnant women comparing interventions based on the transtheoretical (stages of change) model to standard care. *Tobacco Control* 2003, 12, 168-177.
- Lewis, K. W., & Bosque, E. M. (1995). Deficient hypoxia awakening response in infants of smoking mothers: a possible relationship to sudden infant death syndrome. *Journal of Pediatrics* 127(5), 691-699.
- Lindqvist, R., & Aberg, H. (2001). Who stops smoking during pregnancy? *Acts Obstetrics*

- and *Gynecology Scandinavia*, 80(2), 137-141.
- Marks, J. L., Pomerleu, C. S., & Pomerleu O. F. (1999). Effects of menstrual phase on reactivity to nicotine. *Addictive Behavior*, 24, 127.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1980). Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change. In Davidson, P. O. (Ed.), *Behavioral medicine: Changing health lifestyles*. New York: Bruner-Mazel, 410-452.
- Mermelstein, R., Cohen, S., Lichtenstein, E., Baer, J. S., & Kamarck, T. (1986). Social support and smoking cessation and maintenance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 447-453.
- Mishra, G. D., Dobson, A. J., & Schofield, M. J. (2000). Cigarette smoking, menstrual symptoms and miscarriage among young women. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 24(4), 413-420.
- Mitchell, S. L., & Perkins, K. A. (1998). Interaction of stress, smoking, and dietary restraint in women. *Physiology and Behavior*, 64(1), 103-109.
- Monso, E., Campbell, J., Tonnesen, P., Gustavsson, G., & Morera, J. (2001). Sociodemographic predictors of success in smoking intervention. *Tobacco Control*, 10(2), 165-169.
- Mosley, J. G., & Gibbs, A. C. (1996). Premature grey hair and hair loss among smokers: a new opportunity for health education. *British Medical Journal* 313, 1616.
- New Zealand National Health Committee (2002). *Guidelines for Smoking Cessation*. Wellington: National Advisory Committee on Health & Disability.
- NIDA. (1998). NIDA Notes. Vol. 13(3).
- Ortner, R., Schindler, S. D., Kraigher, D., Mendelsohn, A., & Fischer G. (2002). Women addicted to nicotine. *Archives of Womens' Mental Health*, 4, 103-109.
- Perkins K. A. (1999). Nicotine discrimination in men and women. *Pharmacological & Biochemical Behavior*, 64(2), 295-299.
- Pierce, J. P., Choi, W. S., & Gilpin, E. A. (1996). Validation of susceptibility as a predictor of which adolescents take up smoking in the United States. *Health Psychology*, 15, 355-361.
- Rodin, J., & Wack, J. T. (1987). The relationship between cigarette smoking and body weight: A health promotion dilemma. In J. D. Matarazzo, S. M. Weiss, J. A. Herd, N. E. Miller, & S. M. Weiss (Eds.) *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention*, 671-690. New York: Wiley.
- Shiffman, S. (1982). Relapse following smoking cessation: A situation analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 71-86.
- The Stationery Office (1998). *Smoking kills*. A White Paper on tobacco. The Stationary Office, London.
- Tomeo, C. A., Field, A. E., Berkey, C. S., Colditz, G. A., & Frazier, A. L. (1999). Weight concerns, weight control behaviors, and smoking initiation. *Pediatrics*, 104, 918-924.
- Tuthill, D. P., Stewart, J. H., Coles, E. C., Andrews, J., & Cartledge, P. H. (1999). Maternal cigarette smoking and pregnancy outcome. *Paediatrics & Perinatal Epidemiology*, 13(3),

245-253.

- United States Department of Health and Human Services (1980). *The health consequences of smoking for women, A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD: USDHHS.
- United States Department of Health and Human Services (1988). *The health consequences of smoking: Nicotine addiction, A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD: USDHHS.
- United States Department of Health and Human Services (1989). *Reducing the health consequences of smoking: 25 years of progress, A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD: USDHHS.
- West, D. W., Graham, S., Swanson, M., & Wilkinson, G. (1977). Five year follow-up of a smoking withdrawal clinic population. *American Journal of Public Health, 67*, 534-544.
- Windham, G. C., Mitchell, P., Anderson, M., & Lasley, B. L. (2005). Cigarette smoking and effects on Hormone Function in Premenopausal women. *Environmental Health Perspectives, 113*, 1285-1290.
- Windsor, R. A, Boyd, N. R., & Orleans, C. T. (1998). A meta-evaluation of smoking cessation intervention research among pregnant women: improving the science and art. *Health Education Research, 13(3)*, 419-438.
- World Health Organization (1992). Tobacco or health. *In Women and Tobacco*, 31-56.
- World Health Organization (2003). *World smoking rate*. Geneva: WHO Press.

원고접수일: 2007년 11월 27일

게재결정일: 2007년 12월 14일

## Updates in the Smoking and Smoking Cessation of Korean Women

Kyung-Hyun Suh  
Sahmyook University

This review article illuminates gender differences in smoking and its related factors and suggests intervention strategy for women's nicotine dependence. Generally, women are more vulnerable than men to smoking related diseases and they have female-specific harmful effects. Smoking behaviors of Korean women are influenced by social norms which think ill of female smokers and make them difficult to find social support. Women are more reliable on cigarettes to cope with stress and negative affects, such as sadness, anger and frustration and concerns about weight gain than men are. So, they tend to relapse in situations involving negative affects while men in social events with positive emotions. Well structured cognitive behavioral intervention program with pharmacological treatments including nicotine replacement therapy may help to women addicted to nicotine. There are new therapeutic options for female smokers such as psychopharmacological treatment with antidepressants. Clinician should consider its adverse effects and the condition of female smokers. It is needed to develop specific treatment strategies that address both the physiological and psychological aspects of female smokers who want to quit smoking.

*Keywords* : women, gender difference, nicotine dependence, smoking, smoking cessation