

# 台湾烟害防制政策推动与修法策略

姚思远<sup>1</sup>、林清丽<sup>2</sup>、陈盈君<sup>3</sup>、黄嵩立<sup>4</sup>、

陈曼丽<sup>5</sup>、游开雄<sup>6</sup>、蔡丽娟<sup>7</sup>

**摘要** 台湾在 2009 年 1 月 11 日开始执行大部分的室内公共及工作场所禁烟、烟品容器印制面积 35% 的警示图文、全面禁止烟品广告促销及赞助。但执法两年后，控烟努力仍然成效不彰，民间团体乃于 2011 年再度提出修法倡议，盼能通过室内公共及工作场所百分百禁烟、扩大警示图文并采素面包装、禁止烟草产业任何形式的广告促销与赞助，以及增加烟税 20 元等，当时虽已完成一读且进入卫环委员会审查，但仍因卫生部门在烟商势力与民间团体的交互压力下，选择沉默，迟迟未提出进一步符合 FCTC 规范的官方版本，终因会期结束及立法委员改选，致使修法停滞，必须卷土重来。

面对 2012 年新的会期，以台湾国际医学联盟、主妇联盟环境保护基金会、消费者文教基金会、台湾癌症基金会、台湾医界烟害防制联盟以及董氏基金会为主的民间团体再次提出四大修法目标：1. 室内公共及工作场所百分百禁烟，同时扩大稽查机制，未依法劝阻吸烟之场所负责人应列入罚则；2. 烟品容器印制大幅警示图文至 80% 并采素面包装，且禁止烟品陈列；3. 禁止烟草产业进行任何形式之广告、促销及赞助，并加重烟草公司违法广告、促销的罚则；4. 每包烟增加 30 元烟税，并取消免税烟品。同时将运用结合认同拒烟的民间团体、不与亲烟商团体正面冲突，以及加强揭露烟商欺骗及违规行径的倡导等策略，以促成修法之落实。

## 壹、背景分析

台湾虽于 1997 年即开始施行「烟害防制法」，但当时仅对部分公共场所进行限制，且亦可设置室内吸烟区或吸烟室，而私人职场也未纳入禁烟范围，以致二手烟害之防范未能有效落实；为此，民间团体董氏基金会 1999 年起再度全面推动烟害防制修法，然因立委改选及会期切割影响，往后六年间烟害防制修法持续停滞不前；直到 2005 年 1 月 14 日成功促请立法院通过批准世界卫生组织的烟害控制框架公约（FCTC），董氏基金会才重新聚集民间团体全力推动修法，且一一突破僵局，终于在 2007 年 6 月 15 日完成台湾烟害防制修法工作，自 2009 年 1 月 11 日开始执行，「大部分的室内公共及室内工作场所禁烟」新制于焉正式上路。

在新法的规范下，台湾虽然已实施多数室内公共及工作场所禁烟、加征烟捐、印制警示图文、

---

<sup>1</sup>董氏基金會執行長、

<sup>2</sup>董氏基金會菸害防制組主任

<sup>3</sup>董氏基金會菸害防制組副主任

<sup>4</sup>台灣國際醫學聯盟秘書長

<sup>5</sup>主婦聯盟環境保護基金會董事長

<sup>6</sup>消費者文教基金會董事

<sup>7</sup>台灣癌症基金會副執行長

禁止烟品品牌广告促销及赞助等烟害防制措施，但相较国际趋势，仍有诸多不足之处。特别是多年来国中与高中职吸烟率分别为 8%及 15%，居高不下且仍无降低趋势。因此，为有效维护国人健康、降低烟品消耗量及预防青少年吸烟，董氏基金会于 2011 年上半年结合 215 个民间团体提出修法四大要求：1.室内公共及工作场所百分百禁烟，未依法劝阻吸烟之场所负责人应同列罚则。2.烟品容器印制大幅警示图文并采素面包装，且禁止烟品陈列。3.禁止烟草产业进行任何形式之广告促销与赞助，烟草公司之违法广告促销加倍罚则。4.增加烟税。

后因 2012 年 1 月，台湾举行大选，法案推动即在 2011 年下半年停摆，面对 2012 年新的立法委员及会期，未通过的法案须重新提案，以台湾国际医学联盟、主妇联盟环境保护基金会、消费者文教基金会、台湾癌症基金会、台湾医界烟害防制联盟以及董氏基金会为主的民间团体将重新调整控烟目标及推动策略，聚焦每包烟品加税 30 元之要求，先让台湾烟税平均达烟价的六成，并期望能够彻底取消机场免税烟品的规定。

## 贰、台湾现况

### 一、无烟环境

台湾 2009 年开始执行的现行法令，仅规定大多数的室内公共及工作场所禁烟，其虽已首度对室内工作场所明订禁烟规范，但餐厅、饭店、商场、老人福利机构等仍可例外设置吸烟室，甚至有「下午九时以后开始营业且十八岁以上始能进入之酒吧、视听歌唱场所，不受禁烟规范」之规定，导致傍晚即开始营业的酒吧娱乐场所、24 小营业的 KTV 及部分餐厅、网咖业者错误解释法令，认为晚上九点以后就可以开放吸烟，造成业者的管理分歧与执法者的困扰，二手烟害当然也就因此不能确实受到控制。

2009 年 1 月新法上路后，当年民众透过董氏基金会申诉转介的案子有 1065 件，初期以「三人以上室内工作场所全面禁烟」的职场烟害申诉及争议最多；但随即网咖烟害申诉数量快速窜升，2010 及 2011 年，具名向董氏申诉者均有近 500 件，而网咖、私人职场及半户外开放空间等餐饮场所违规案件仍是申诉前三名。

事实上，网咖、撞球馆等年轻族群喜欢出入之场所，其违法吸烟状况之所以一直无法改善，往往都是店家纵容的结果，有的提供纸杯甚至湿纸巾当烟灰缸，加上台湾目前约仅有 400 位卫生稽查员，警察未能纳入执行力量，以至于二手烟害防制的情况未能真正获得良好控制。

### 二、烟品容器

台湾的烟品容器依烟害防制法规定仅需印制面积 35%的警示图文，属全球已实施国家中面积最小者，且 6 则警图内容均较为温和，难达警示效果。

因台湾允许烟品陈列，加上烟商善用台湾普及的 24 小时便利超商以及深入街头巷尾的零售商店文化进行营销，2012 年，烟商已从一万家连锁便利商店的布署，更进一步的投入人力、财力，深入到各个大街小巷的零售点进行布点，以突破台湾禁止烟品广告促销的禁令。

### 三、烟草产业的广告促销及赞助

台湾特有的烟品健康福利捐(简称烟捐)自 2002 年起开征，而烟捐收入设有指定用途，一定比例必须专款专用于社会福利工作。2011 年指定使用于社会福利之专款为 10.5 亿，由于烟捐有特定比例专款专用于补助全民健保亏损、社会福利、卫生保健及烟害防制等工作上，故各福利团体皆会极力争取烟捐的补助，烟商更是积极介入这部分的经费使用，例如一面鼓励老人福利机构争取政府补助，另一面也赞助老人福利机构，致使台湾出现某些民间团体一手拿烟捐的补助、一手拿烟商赞助，还间接协助烟商美化形象的畸形现象。

### 四、增加烟税

台湾目前1包卷烟价格约新台币50元~90元(美金1.7元~3元)，其中政府课征31.8元的烟税(税+捐)，平均只占烟品零售价的50%；相较于其他高收入国家，平均一包卷烟烟价为新台币180~360元(即美金6~12元)，且烟税占烟品零售价约70%，台湾显然落后许多，必须急起直追。

此外，台湾一直以来放宽设置入境免税商店，及出境购货入境提货的交易方式，机场免税商店积极鼓吹旅客多购免税烟品，使免税低价烟品大量流入市面。台湾纸烟销售数量从 2009 年的 19 亿包下降至 2011 年的 18.6 亿包，但免税烟的销售量却急速上升，从 2009 的 1.14 亿包上升到 2011 年 1.56 亿包。

## 叁、国际借镜

香港 2007 年起即执行与台湾目前规定相仿的「大部分室内公共及工作场所全面禁烟」，并由控烟办百名控烟督察执行稽查取缔；直至 2009 年 7 月 1 日起正式取消酒吧、俱乐部、浴室、夜总会、按摩院、麻将馆等六类场所可设置吸烟室之特权，且除扩充控烟督察外，再增列警察、食环署督察、康文署督察、房事署督察等一起加入烟害防制稽查取缔工作，才有现在无烟环境的成果。此外，自 2010 年 8 月起，取消免税烟品，入境旅客只可自用烟品 19 支；2011 年亦增加烟税港币 10 元等积极防制烟害政策，让香港控烟 30 年的成效斐然。

而澳洲政府为确保人民健康，不只是推动无烟环境、加烟税、禁止烟品陈列等政策，更不惜与四大跨国烟草公司正面冲突，制定「烟品容器素面包装法案」。而令人振奋的是，当烟商针对该法案对政府提起诉讼后，澳洲最高法院今年做成判决，直指「素面包装立法，并无违宪！」这项判决，除确定澳洲将在今年 12 月 1 日起成为全球第一个执行烟盒素面包装的国家，相信也将促使新西兰、英国、法国等等国家跟进。

## 肆、结论与讨论

### 一、无烟环境

台湾 2009 年开始执行的烟害防制法，目前仅能做到「部分」室内公共及工作场所禁烟，因法案有许多的特例与但书，加上执法人力不足，导致法令落实困难。此外，烟商在台湾的反制活动也益趋公开积极，当民间团体提出「室内公共场所及工作场所全面禁烟」的修法时，已于内政部正式

登记成立的拥烟团体及少数媒体，以要求吸烟者人权为由，提出「吸烟除罪化」及「烟法公平化」的要求。前者主张法规的制定不应歧视吸烟国民为「烟害」制造者，「烟害防制法」要更名；后者则称室内公共场所不应该全面禁烟，要依照比例原则设置吸烟室。

## 二、烟品容器

烟品容器一直都是烟商与消费者直接沟通的有效管道，所以各大烟草公司无不把握台湾烟品容器印制规范宽松的机会，各种包装印刷推陈出新，不但图文并茂、色彩缤纷，连青少年的街舞、DJ、欢唱等图文都出现在烟盒；近年并以滑盖、侧推或礼盒式的烟品包装，使烟品容器面积加大，增加为烟品广告宣传的版面，同时，各大烟草公司更以推出专属个人之品牌文字及图腾，吸引年轻族群。

## 三、烟草产业的广告、促销及赞助

2011 年台湾全年纸烟销售数量为 20.22 亿包，平均多数纸烟价格为新台币 50~90 元/包，烟品制造、输入商全年销售金额估计接近新台币 1,500 亿元。是故烟品制造、输入商之任何违法行为，都将因烟品销售数量庞大而严重危害国人健康，尤其是对下一代的戕害，更是后患无穷；而相对于烟商的营销与获利，现行违法处五百万元以上的罚款金额确实过低，显然不足以收吓阻之效。此外，台湾法令未完全禁止烟草产业的广告营销，更是让烟商可以游走法令灰色地带，极力增取曝光的机会，以美化其贩卖致命产品的形象。

## 四、烟税

虽然台湾烟税占烟价比率相较于先进国家的七成还有很大成长空间，但台湾吸烟者已习惯「享受」便利购置低价烟品的环境，采取渐进及有效的烟税调整方式或许较能兼顾部分吸烟者的成瘾性消费负担，因此目前推动目标在每包烟品增加 30 元烟税，使台湾整体烟税占烟价的比例达到六成左右，勉强接近 WHO 建议 67%~80% 的低标。

## 伍、建议

### 一、结合认同拒烟的民间团体、避开亲善烟商的组织

烟商不断透过赞助民间团体、从事公益活动来建立突显烟商的正面形象，企图模糊淡化烟品致人于死的焦点，部分亲善烟商的团体甚至一边接受政府来自于烟捐的补助、一边又接受烟商的大量赞助，因此，此次结合民间团体推动修法的过程中，应审慎评估各个团体的倾向，若只是为烟商所利用，而非主动亲善烟商者，拟主动拜访说明，使其认清烟草公司本质；又如果是亲善烟商的团体，也会明确保持距离，以免模糊控烟政策倡议的强度及正当性。

### 二、加强揭露烟商欺骗及违规行径的倡导

拥烟团体站在第一线反对烟害防制法修法的情形，近年来在台湾愈益嚣张严重，显示台湾的政府、媒体甚至是拒烟团体，对于烟商恶劣的欺瞒行径、全球禁烟政策的脉动、免于烟品侵害是人民基本权利等观念的认知，严重不足！

政府因此应该负起主导责任，早日提出有效而全面的烟害防制政策，重罚烟商的违法行为，并鼓励媒体揭露烟商恶意营销的事实及国际烟害防制潮流；而民间团体面对烟商近年的强力反扑，亦自当有效结合，义无反顾的继续站在最前线与其对抗。

### 三、烟害名人现身呼吁修法、建置青少年网站吸引年轻族群支持

针对即将展开的进一步烟害防制修法推动，除终身义工孙越、陈淑丽，以及年轻偶像义工们的支持与参与，将主动寻求与规划深受烟害所苦的名人公开呼吁，期能影响 350 万成年瘾君子不受烟商鼓动反对烟害防制法修订，甚至进而愿意尝试戒烟。

同时，规划针对年轻族群的网站建置，未来定期举办青少年的音乐、游戏、运动等竞赛及传播活动，建立青少年拒烟的风潮，争取年轻的网络族群对积极烟害防制政策推动的认同与支持。

#### [附件]历年烟害防制相关法案规定

年代	内容
「烟害防制法」通过与执行-1997 年起	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 部分室内公共场所禁烟，部分场所得划分吸烟区禁烟区；</li> <li>2. 烟盒只需标注面积 10%的警语；</li> <li>3. 贩烟场所内，可以展示烟品、招贴海报或以文字、图画标示或说明其销售之烟品；</li> <li>4. 部分禁止烟品广告促销；</li> <li>5. 烟品专卖，每包烟交公卖利益 16.6 元。</li> </ol>
台湾加入 WTO -2002 年	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 烟税由 16.6 元降为 11.8 元；</li> <li>2. 成功开征烟品健康福利捐每包 5 元；</li> <li>3. 2006 年烟捐调升为每包 10 元。</li> </ol>
「烟害防制法」修正案-2007 年通过、2009 年执行	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 大部分室内公共及工作场所禁烟；</li> <li>2. 烟品容器正反面印制面积 35%的警示图文；</li> <li>3. 烟品陈列以告知消费者烟品品牌及价钱为限；</li> <li>4. 全面禁止烟品广告促销及赞助；</li> <li>5. 包含烟税及烟捐的总烟税为 31.8 元(即烟捐调整为 20 元，烟税维持 11.8 元)。</li> </ol>
2012 年提案	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 室内公共及工作场所全面禁烟，同时扩大稽查机制，未依法劝阻吸烟之场所负责人亦列入违法；</li> <li>2. 烟品容器印制 80%警示图文并采素面包装，且禁止烟品陈列；</li> <li>3. 禁止烟草产业进行任何形式之广告促销及赞助，并加重烟草公司违法广告促销之罚则；</li> <li>4. 每包烟增加烟税 30 元，并取消免税烟品。</li> </ol>

# 澳门新控烟法现状

李兆田医生

**【摘要】** 烟草使用是当今世界八大死因中六个死因的危险因素。随着世界卫生组织《烟草控制框架公约》的适用范围扩展至澳门，推动澳门控烟法律的修订及控烟执法等工作的全面开展。澳门特别行政区第 5/2011 号法律《预防及控制吸烟制度》于 2012 年 1 月 1 日正式生效，特区政府以循序渐进、多管齐下的方式为策略，从多方面着手开展及推动烟草控制的工作，包括：立法、监测、宣传教育、推广戒烟、提高烟草税、执法等。《新控烟法》生效实施后，得到全澳居民及社会各界积极支持，各执法部门前线人员努力不懈，严格执法，不偏不倚，澳门无烟新景象才能初步实现，取得正面的评价，为澳门缔造无烟环境奠定新的里程碑。

**【关键词】** 控烟；新控烟法；澳门

**The Present Situation of New Tobacco Control Law in Macao** Dr. LI Siu Tin, Tobacco Prevention and Control Office, Health Bureau, Macao SAR

**【Abstract】** Tobacco use is a risk factor for six of the eight leading causes of death in the world today. With the scope of the World Health Organization (WHO) Framework Convention on Tobacco Control extended to Macao, amendment of tobacco control law was promoted and related tobacco control work was developed comprehensively. The Macao Special Administrative Region Law No. 5/2011, Regime of Tobacco Prevention and Control came into effect on January 1, 2012. The government uses step-by-step and multi-pronged strategy to initiate and promote tobacco control work in different perspectives, which include: legislation, monitoring, publicity and education, promoting smoking cessation, raising tobacco tax, law enforcement, etc. After the New Tobacco Control Law has come into effect, with the active support of all Macao residents and the community, as well as the strict, impartial law enforcement of the front-line staff of all law enforcement departments, a new era of smoke-free Macao is preliminary achieved. A positive evaluation is obtained. A new milestone for creating a smoke-free environment in Macao is established.

**【Key words】** Tobacco control; New Tobacco Control Law; Macao

作者单位：澳门加思栏马路五号，预防及控制吸烟办公室

通讯作者：李兆田，澳门加思栏马路五号，澳门特别行政区政府，卫生局，预防及控制吸烟办公室，Email: iris@ssm.gov.mo/tc@ssm.gov.mo

烟草是当今世界最大的可预防死亡原因，烟草使用者中的一半都会死于烟草使用。在世界前八大死因中，烟草使用是其中六个死因的危险因素。2003 年世界卫生大会通过了第一个限制烟草的全球性公约《烟草控制框架公约》(下称《公约》)，对缔约国提出了明确的控烟目标。于 2003 年，中国签署《公约》，并于 2006 年 1 月正式生效，而该《公约》的适用范围扩展至澳门，继而推动澳门控烟法律的修订及控烟执法等工作的全面开展。卜

澳门特别行政区第 5/2011 号法律《预防及控制吸烟制度》(下称《新控烟法》)于 2012 年 1 月 1 日正式生效，特区政府以循序渐进、多管齐下的方式为策略，从多方面着手开展及推动烟草控制的工作，包括：立法、监测、宣传教育、推广戒烟、提高烟草税、执法等。

## 一、澳门控烟立法历程

随着《公约》扩展至澳门，澳门控烟法律的研究、咨询及修订等工作继而展开，而预防及控制吸烟办公室亦于 2011 年 11 月 22 日正式成立。

澳门特区政府借鉴葡国、香港、台湾的法律采纳邻近地区的经验做法，并综合澳门地区历史和社会现实因素，遵奉「先易后难、循序渐进」的基本理念做出整体的考虑；此外，在立法过程中，广泛咨询接纳民意，争取主流民意的认同。

立法会分别于 2010 年 1 月 5 日及 2011 年 4 月 18 日一般性及细则性通过《新控烟法》法案，并于 5 月 3 日在澳门特区政府公告该法律。《新控烟法》于 2012 年 1 月 1 日正式生效实施。

## 二、澳门《新控烟法》介绍

《新控烟法》的主要目的是：(一) 防止接触烟草烟雾；(二) 规范烟草制品的成分；(三) 规范关于烟草制品的信息；(四) 宣传及教育公众健康意识；(五) 禁止烟草广告、促销及赞助；以及(六) 订定降低烟草需求及供应的措施。

为保护人们免受烟草烟雾的危害，《新控烟法》扩大了室内禁烟场所的类别，包括：卫生护理设施、为十八岁以下人士而设的地点、教育场所、易燃品场所、体育设施、行人天桥/隧道、扶手电梯等。凡在特定的禁止吸烟地点吸烟，违法者最高罚款澳门币六百元。

至于酒吧、舞厅、蒸汽浴室及按摩院，禁烟规定将在 2015 年 1 月 1 日生效。而娱乐场则可设立须符合相关要求的吸烟区，不超过公众使用区域总面积 50%，有关规定在 2013 年 1 月 1 日生效，娱乐场区域的室内空气质量须遵守相关参数及标准。

《新控烟法》及其相关法规也涵盖了烟草制品的标签与包装、生产配料及其份量的清单提交、吸烟室应符合的要件、《新控烟法》的标志及告示式样、烟草税的修订、携带烟草制品入境的数量，例如：烟草制品的标签与包装规定，至少占有关表面百分之五十的面积必须包括：图案式样、健康警语、卫生局戒烟专科门诊的电话号码以及焦油、尼古丁含量的表述组成；新法亦禁止广告及促销、赞助或捐献，违法者最高罚款澳门币十万元。

### 三、澳门控烟工作简介

从控烟法律的修订、新法草案呈交立法会及获通过至《新控烟法》正式生效的数年时间内，特区政府从多方面着手开展及推动烟草控制的工作，包括：

#### 1.烟草税

为逐步降低烟草制品价格的可承受度，澳门的烟草税分别于 2009 年 5 月及 2011 年 11 月进行了两次调整，烟草税从每支澳门币 0.05 元/单位调升至澳门币 0.50 元/单位，即目前每包香烟的烟草税为澳门币 10 元，烟草税占香烟的零售价格约 38%。

尽管如此，澳门地区的烟草税与其他国家或地区如香港、新加坡、新西兰、澳洲、日本及南韩相比，当地的烟草税一般占烟价的六至七成左右，以及世界卫生组织建议烟草税占香烟零售价的 70%，澳门地区的烟草税仍有上调的空间。

此外，自 2012 年 4 月始，澳门特区政府亦收紧携带烟草制品入境的数量，例如：含烟草的香烟 100 支(即 5 包)等。

#### 2.调查、研究

为监测澳门地区人口的烟草使用情况，以便作为日后制订烟草控制政策的依据，分别于 2000 年、2005 年及 2010 年与 2008 年、2009 年及 2011 年进行针对青少年及 15 岁以上人口烟草使用调查。

#### 3.戒烟门诊

澳门的戒烟服务已纳入初级卫生保健系统中，为澳门居民提供免费的戒烟服务。目前澳门的所有卫生中心及卫生站均设有戒烟服务，包括：专业评估、咨询辅导、提供戒烟药物、个案跟进。

从 2011 年 1 月至 2012 年 6 月，卫生局辖下卫生中心的戒烟门诊之求诊人数为 1,797 人，2011 年 1 月至 6 月的求诊人数为 473 人，与 2012 年 1 月至 6 月的求诊人数 735 人比较，增加了 55.4%；由戒烟门诊开诊至 2012 年 1 月已经有 1,272 人接受戒烟咨询门诊治疗，六个月持续戒烟成功率为 36%。

#### 4.宣传教育推广

为加强广大市民对《新控烟法》的认识，透过各种媒体(电台、电视、报纸及网页)进行广告宣传，还在口岸、机场、建筑物外墙、行人天桥、公共巴士设置大型广告牌及车身广告；其他的宣传推广方式则包括：单张、小册子、海报、针对特定群体及业界的指引等。

除上述的宣传媒介外，还透过动员小区的民间团体及社团，组织控烟大联盟义工参与及协助宣传《新控烟法》，从而使无烟文化渗入社区的每个角落。

#### 5.培训及辅助支持

借鉴邻近地区香港的控烟执法经验，卫生局派员前往香港卫生署控烟办公室及澳门保安部队高等学校进行控烟督察培训。



## 6.控烟执法

控烟执法的监察实体包括澳门特区政府辖下的四个部门：卫生局、民政总署、治安警察局及博彩监察协调局。控烟执法人员秉持「依法办事、严格执法、不偏不倚、安全至上」为原则，持续严格执法、绝不松懈。

控烟执法的策略包括：以常规的巡查行动，针对包括餐厅的所有禁烟场所；以夜间特别巡查，重点针对网吧、游戏机中心、夜场食肆及卡拉 OK 等投诉重点/热点场所；与治安警察局及民政总署进行非常态化的突击控烟联合行动。执法人员采取常规巡查、突击巡查、黑点巡查、特别巡查及联合巡查等方式，务求在不断巡查、重复巡查，不定时巡查的过程中，提醒烟民自觉守法，鼓励烟民戒烟。

总结首半年的控烟执法情况，平均每日巡查约 770 间场所及检控个案约 22 宗，累计检控个案 4,039 宗，六成的违法者为澳门居民，九成为男性，主要的检控场所性质分别是公园/花园及休憩区、网吧及游戏机中心，受袭击事件有 1 宗，八成的违法者已缴交罚款。

## 7.处罚及收费

违法者自接获控诉书之日起十五日内可选择自愿缴付罚款或提交书面辩护。倘在上述期限内自愿缴付罚款，则仅须缴付罚款金额的一半。如违法者对控诉有异议，可于上述期限内向卫生局提交书面辩护。澳门特别行政区居民的违法者逾期未缴付罚款，由财政局进行强制征收，而非澳门特别行政区居民的违法者在未缴付罚款前，不得再次进入澳门。

在缴付罚款方面，违法者可在卫生局各附属部门(医院司库科、各卫生中心及预防及控制吸烟办公室)或中国银行澳门分行缴付，还可透过邮寄支票或网上缴付。

## 8.举报及查询热线

卫生局设置举报及查询热线，每日接听市民来电，包括：投诉、查询及意见。首半年，接获电话共 3,168 个，包括：1,545 宗查询、1,520 宗投诉及 358 宗意见。

## 四、评估禁烟措施的成效

在《新控烟法》实施前，93%的食肆内有人吸烟，新法实施后，食肆内遵守禁烟规定比率则为 96%。《新控烟法》实施至今已超过半年的时间，按照目前的策略，澳门无烟新景象已初步取得成效，得到正面的评价。

按照世界卫生组织西太平洋地区无烟行动工作计划 2010-2014，为成员国/地区于五年内实现烟草使用盛行率减少 10% 订定目标。依照目前澳门的烟草使用情况，特区政府订定相关指标，并采取综合的控烟措施，以迈向五年内减少烟草使用盛行率 10% 的目标。

## 五、总结

无烟是一种新的生活方式，要建立一种新的生活方式，必须坚持不懈。

根据世界卫生组织于 2008 年在《全球烟草流行报告》中提出的 MPOWER 烟草控制系列政策，当中包括了六项已被证实可有效降低吸烟率的控烟措施：**M**：监测烟草使用和预防政策；**P**：保护人们免受烟草烟雾危害；**O**：提供戒烟帮助；**W**：警示烟草危害；**E**：禁止烟草广告、促销和赞助；**R**：提高烟税。

未来，我们会持续加强执法、公众健康教育、推广戒烟及提供戒烟服务，以期减少香烟消耗量。我们亦会继续密切留意包括监察立法、执法及征税等其他各方面的控烟措施，并考虑采取所需行动，进一步加强控烟工作，以保障市民健康。

# 香港控烟立法经验介绍

左伟国医生

烟草的使用每年夺去超过500万人的生命。每10个成人死亡者中就有1人由使用烟草造成，也是导致癌症及心血管系统疾病等各类致命及慢性疾病的最重要及单一可预防风险因素。吸烟（包括接触二手烟）的祸害已广为科研成果所证实，并获国际社会广泛认同。世界卫生组织（世卫）《国际控烟框架公约》（公约）反映了国际在应付烟草成瘾导致公众健康流行病的问题上所作的努力。随着公约在2006年1月于中国生效，和进一步保障市民免受二手烟的祸害，香港特区政府加快落实收紧控烟法例方面的工作。

特区政府的控烟政策是以多管齐下的方式，从多方面着手，包括立法、执行法例、宣传教育、推广戒烟及征税，以鼓励市民不要吸烟、抑制烟草。立法方面，《吸烟（公众卫生）条例》为香港主要的控烟法例，自1982年实施开始经历多次修订，而最近一次修订则于2006年10月通过，由2007年1月1日起法定禁烟区扩大至所有室内工作间和公众地方，及部分室外公众地方；此外，条例修定亦赋予由卫生福利及食物局（现为食物及卫生局）局长授权卫生署控烟办公室的控烟督察采取执法行动的权力，以处理条例的部分罪行。

随着条例修定扩大法定禁烟区及赋予控烟督察法定权力条例采取执法行动，控烟办公室的执法人员已有所增加；另一方面，为了令控烟督察能有效地监察法例的遵守情况、进行调查和采取执法行动，香港警务处提供协助，为控烟督察提供执法技巧训练；警务人员更借调卫生署，以协助和训练控烟督察根据法例采取执法行动。

为提高执法效率及增加违例吸烟罚款的阻吓性，卫生署于2009年9月引入定额罚款制度，划一对违例吸烟者罚款港币1,500元。对比以往以法庭传票检控违例吸烟者，定额罚款制度更能善用资源。控烟办公室采取突击巡查和实时票控的策略，以收阻吓作用，同时亦重点处理吸烟黑点。为加强执法力度，控烟办公室亦会联同其他政府部门进行巡查工作。

尽管现时已成功立法争取更多的无烟场所，并在执法的层面上建立机制及团队，然而控烟工作在未来仍面对不同的挑战。我们必须继续努力，凝聚社会各界的力量，提高公众对吸烟及二手烟祸害的意识，携手共创无烟香港。

# 聚焦重点 多策并重 积极推进上海市公共场所依法控烟实践

上海市健康促进委员会副主任 李忠阳

根据会议主办方的要求，下面，我向大家简要汇报 2011 年以来我市推进《上海市公共场所控制吸烟条例》贯彻实施工作的进展情况，期待各位专家和同行给予指导，帮助我们改进下一步工作。

## 一、持续加强控烟日常管理，全力营造社会支持环境

2011 年以来，上海市健康促进委员会（简称健促委）依托《条例》实施之初已经建立的控烟工作组织体系，协调 12 个控烟监管执法部门进一步加强公共场所依法控烟的组织领导、技术指导和日常管理。我们坚持每季度组织召开 1 次以上的控烟工作联络员会议，交流工作、研究方案、提出问题、商讨对策，深入推进《上海市公共场所控制吸烟条例》（简称《控烟条例》）的贯彻和实施。两年来，市健促委办公室（简称健促办）把统一规范全市公共场所的禁烟标识和监管电话始终纳入全年控烟推进工作中，利用重点场所控烟专项活动和各类控烟节点活动等，陆续进行了医院、学校、机关、文化娱乐、餐饮、网吧、港口、车站和各类交通工具等公共场所禁烟标识的查漏补缺，共更新各类禁烟标识（含监管电话）150 余万张。

市和区县健促委会同各控烟监管部门，结合控烟日常宣传与重要节点宣传，利用新闻媒体和各类大众传媒广泛开展控烟普法和烟草与吸烟危害知识的普及。我们连续两年利用 3 月 1 日《条例》实施周年之际发布上年度《上海市公共场所控烟状况》白皮书，告诸公众本市公共场所依法控烟情况和各级政府在各控烟方面的努力及成效。2011 年 3 月 1 日前，我们会同市人大组织执法部门、专家学者、人大代表和控烟志愿者等召开依法控烟工作研讨会；2012 年 3 月 1 日前夕，我们又积极争取市政府新闻办支持，以市政府名义召开专题新闻发布会，公布控烟监测状况。

每年 5 月 31 日世界无烟日期间，我们提前聚焦当年主题，精心做好活动方案的策划和各项准备工作，陆续开展了各类主题鲜明、发动面广大、形式新颖的宣传活动。2011 年第 24 个世界无烟日前后举办医学专家咨询、无烟健康教育市民大讲堂、健康公益热线无烟专题在线访谈等系列活动；我们和市教委、市卫生局等联合主办以“烟草致命如水火无情、控烟履约可挽救生命”为主题世界无烟日活动，市中小学校校长代表郑重签名、承诺禁烟，市健康单位、社区代表郑重承诺、争创无烟。2012 年无烟日，我们积极响应国内公共卫生专家呼吁烟草警示图案上烟包的理念，统一设计制作了每套包含 22 块“烟草警示图案和烟草危害核心知识”展板 20 套，提供给全市所有区县和健康促进示范系统、市级机关展出。在我们的积极协调下，5 月下旬市政府机管局率先在市政府机关大院主要通道设置该展板进行持续展出；无烟日活动当天，全市 17 个区县同步设点、启动展板巡展活动；整个巡展在全市重点公共场所、社区、单位等 600 个点位持续展出半年。为掌握巡展效果，我们还要求每区在巡展过程中完成 1500 份市民调查，以随机调查问卷的方式了解公众对相关知识

的认知改变。无烟日活动当天，我们还启动了“被吸烟、我不干”控烟蓝丝带行动，200名志愿者在人民公园宣誓倡议、签名承诺，做“控烟蓝丝带”的倡导者、传播者和实践者。我办还委托专业创意公司精心设计了为3类控烟重灾区“量身定做”的控烟公益海报3万份，针对全市共1.3万家重灾区实现“全覆盖”发放。

从2011年起，每月9月第一周是上海市“健康生活方式活动周”，也成为各级健康促进部门加强控烟健康科普的重要节点。在首个活动周内，我们精心策划并提供切实保障，组织复旦大学志愿者在市区大型商圈开展以“禁绝烟害、迈向无烟”为主题的禁烟骑行活动，直接展示印有烟害导致相关疾病的警示图案，引起公众关注，获得国内控烟专家和相关组织的好评，这项活动已经成为我们和复旦大学控烟协会合作开展控烟社会宣传的“保留”节目。在今年的活动周内，我们又在全市主要轮渡站点开展控烟宣传活动，通过设立警示展板、发放实物宣传品和控烟宣传折页、开展志愿者劝阻活动等，对这一控烟难点领域加大宣传力度。

我们还针对新媒体时代的传播特点，注重探索创新控烟健康传播方法。2012年以来每季度联手东方网开展1次在线控烟舆情专项调查。我们在专家指导下精心设计问卷，巧妙地把重点场所的控烟状况、阶段性控烟工作要求、需要公众掌握的控烟核心知识点、尚待强化的控烟监管执法措施、以及完善控烟法规的方向等列入调查内容，引导公众全面掌握烟草烟雾之害、积极参与控烟决策和社会监督，推进本市公共场所控烟状况得到进一步改善。迄今为止参加历次控烟舆情调查的网民人数接近4万，舆情调查成为一种非常特殊和有效的控烟宣传形式，而通过调查我们也掌握了重要的数据：半数以上网名知晓低焦油卷烟不会降低健康危害，及二手烟是室内PM2.5污染的最主要来源；六成网民认为国内烟草制品包装应与国际接轨、加入吸烟导致疾病的警示图案；更有八成网民表示应在餐饮、娱乐及各类工作场所实行全面禁烟政策，这些信息都将帮助我们完善控烟法规，改进依法控烟工作，努力营造无烟环境。

据统计，两年来各级健促委等部门共制作发放控烟宣传资料300多万份，范围覆盖全市所有村居委；开展控烟展板巡展3000多次、大型主题宣传800多场，参与人数超过百万。依托宣传部门支持，在电视、电台、报纸等大众媒体投放控烟公益广告5000余次，市级以上媒体报道400余次；2012年初开设的“@上海健康促进”官方政务微博，对于多例网民控烟投诉进行了积极回应和跟踪处理，受到公众认可。

## **二、着力构建场所自律、社会监督、行政监管、人大督导与专业监测相结合的控烟工作机制**

我们还紧紧依托上海市人大于2010年下半年启动开展的控烟执法检查活动，以此为契机，每一季度按要求聚焦推进若干重点场所的依法控烟工作，对上一季度已经开展专项执法的领域抓好以“回头看”的方式抓好跟踪管理。2011年至今，市和区县各级健促委先后组织实施医疗卫生机构控烟“回头看”和学校、机关、娱乐、餐饮及旅馆、网吧、轮渡、公交和交通工具等场所的控烟专项推进

活动，促使相关行业系统进一步完善控烟管理机制，强化内部自查自纠。

2011 年的学校控烟专项推进活动，在各级健促委的积极协调和教育部门的着力推进下，措施有力，成效明显，体现了部门联手、条块联合、家校联动的特点。市健促委与市教委联合发文，要求所有中小学校长亲笔签名承诺带头在校区内禁烟，学校控烟工作动态上网公开、接受社会监督；市健促委还筹集资金，为全市 1680 余所中小学校统一定制人造大理石材质、中英文对照的“校区内全面禁烟”警示铭牌；这些措施的落实，为本市中小学校全面禁烟创造了条件。机关控烟专项推进活动，则体现了启动早、重视程度高、发动面广的特点。市健促委与市政府机管局联合制定了进一步推进各级各类机关控烟的要求，由市政府办公厅正式转发到各区县政府和各委办局。卫生监督部门持续加强对各级各类政府机关特别是政府公共服务窗口的控烟执法检查，对市政府办公地（人民大道 200 号和大沽路 100 号）的控烟执法检查也保持每月 1 次的频度。目前，各级各类政府办公场所都按要求建立和完善了控烟劝阻、督导等内部管理制度；规范张贴了材质坚固、设计美观、与场所环境相匹配的禁烟标识；切实加强了对机关干部特别是党政领导的控烟教育，提高了广大机关工作人员遵守《条例》、自觉控烟的法制意识；做到不在共用办公室以及机关会议室、餐厅及其它室内公共活动区域吸烟，机关控烟状况和重视程度正在逐步好转。

2011 年下半年的娱乐和餐饮控烟专项推进中，分别由市健促委与市文广局、市文化行政执法总队及市食药监局联合发文的形式，对娱乐和餐饮场所的控烟工作提出具体要求。如特别针对娱乐控烟“重灾区”（歌舞厅、游戏房等）制定了重点推进措施，要求各类娱乐场所进一步明确除指定吸烟区（室）外，其它区域禁止吸烟的控烟范围；建立并完善控烟管理制度，明确控烟负责人，开展控烟自查、自律教育，培养由一线工作人员组成的控烟督导队伍；张贴统一禁烟标识、公示监管电话、撤除烟具烟缸以及替代性用品，有条件的利用场所电子屏幕和开机屏幕下载播放由市健促办设计制作并发布在官方网站上的“吸烟有害健康”多媒体宣传画，积极营造拒吸二手烟的宣传氛围；进而逐步建立起娱乐场所依法控烟长效机制。又如，重点规范中型以上餐饮场所的控烟工作，要求其明确划分无烟区和吸烟区，不做划分的视为场所内全面禁烟；无烟区张贴禁烟标识、统一监管电话（962727），撤销烟缸、烟具；吸烟区张贴“吸烟有害健康”提示；一线从业人员成立控烟督导员队伍。12 月上旬，市健促办部署控烟志愿者对前期曾因违反《控烟条例》受到行政处罚的 89 家餐饮单位进行逐个巡访。年末，与市食药监局、市食药监所组成联合督查组，兵分六路再次针对这些单位开展专项控烟督查。

2012 年起，市健促委先后开展了旅馆、网吧以及公交站点、轮渡、交通工具等各类场所的控烟推进工作。与旅游、食药监和文化执法部门，以 4 部门联合发文的形式要求各类旅馆进一步提高控烟履责意识、在旅馆内各类业态建立完善控烟制度、执行控烟措施，加强行业自律和内部监管。将旅馆公共区域的监管电话统一为文化执法的“12318”；制作 2000 份此类禁烟标识，张贴至全市 300 余家星级旅馆。与文广影视、公安治安部门联合开展网吧禁烟专项整治，充分利用各种技术手段（如与网吧业主签订禁烟责任书、对吸烟网民采取锁定会员卡功能强制劝离网吧、调取监控视频进行执

法取证等), 加大对网吧禁烟的监管力度和宣传教育。特别是在开展轮渡专项执法活动的过程中, 我们探索协调水上公安等部门配合航务部门开展控烟联合执法, 对拒绝劝阻、阻挠执法的烟民按照治安法处以行政拘留, 并通过新闻媒体进行跟踪报道, 起到一定的威慑作用。

在推进依法控烟的过程中, 市和区县健促委充分社会监督作用, 在广泛招募控烟志愿者近 3.9 万人的基础上, 着力建设以重点控烟场所一线从业人员和社区热心市民共 1170 人组成的市级控烟志愿者队伍。2012 年该实名制队伍扩容至 1855 名, 并根据依法取证等任务需要对这支队伍开展了全面系统的控烟技能培训。两年来, 志愿者共巡查 26 类公共场所 6.5 万余家。

而针对控烟重灾区领域监管力度有待加强、以及各区县之间控烟监管力度不均衡等问题, 我们反复协调文化执法、食药监、公安和卫监等 4 个主要执法部门对网吧、娱乐、餐饮等控烟“重灾区”场所的日常执法以区县为单位, 持续提高检查频度和执法力度、消除监管漏洞, 逐步实现量化考核, 使基层执法部门的控烟监管投入更多、发展更均衡。从《条例》实施至今年上半年, 控烟执法部门共立案处罚并罚款 223 家、个人 76 名, 罚金共计 41 万余元。此外, 市交管局执法总队对违反行业控烟规范的公共交通工具从业人员(主要是出租车驾驶员)予以立案处罚 207 次, 罚金共计 14950 元。

### **三、坚持不懈, 务实推进大型活动成功营造无烟环境**

近两年来, 我们还借鉴无烟世博的成功经验, 会同相关部门积极推动本市重大活动期间实施室内全面无烟政策, 使《控烟条例》第 11 条发挥了应有的法律效力。连续两年的市两会召开期间, 我们都积极协调市人大、市政协办公厅与市政府机管局加大两会会场的控烟力度; 由市健促办主动为会场提供“室内场所全面禁止吸烟”宣传立牌, 设置在大厅、走道、自动扶梯、电梯等候区等处; 根据需要提供禁烟标识, 张贴在会场、餐厅、厕所和休息区等处。在世博中心的人代会会场, 相关部门在江景平台和顶楼露台设置有明显指示牌的室外吸烟区 2 个, 并提供桌椅和烟灰缸等, 为有吸烟需求者提供便利环境。特别是我们协调市人大、市政协办公厅把两会所有室内场所的全面禁烟作为会议纪律, 较好地营造了无烟会议环境; 会议期间代表委员自觉遵守《控烟条例》的行为, 为推进全市依法控烟工作当好了表率。

2011 年第 14 届国际泳联世界锦标赛(简称世游赛)在沪举办期间, 我们全力做好无烟赛事保障。保障工作由我办总牵头, 市体育局、旅游局、文化综合执法总队、食药监局、卫生局和浦东、徐汇、金山、静安、长宁等 5 区健促办共同组成。依据本市《控烟条例》、《WHO 烟草控制框架公约》和国际泳联相关规则的规定, 制定了专项控烟保障方案, 要求赛事所涉各训练及比赛场馆室内外观众座席和泳池区域、接待酒店室内公共场所及工作场所、定点医院室内场所全面禁烟, 所有禁烟区域及场馆出入口设置禁烟标识, 严禁各类烟草广告和变相烟草广告及促销赞助活动。我们会同市体育局、市旅游局在赛事举办前 3 个月即对所有场馆、接待宾馆(酒店)负责人开展控烟专题培训, 并部署相关区健促办组织辖区控烟志愿者上门开展控烟宣教、志愿劝阻和巡查暗访活动, 帮助

场馆、宾馆培训控烟督导队伍。当年6月，我们统一设计制作了各类禁烟标识2万个、控烟督导员胸牌1200个、控烟海报1000份、控烟易拉宝300个、宣传折页1万份，制作赛事控烟宣传片2套，下发到赛事所涉场馆、宾馆及定点医院，并指导设置和张贴到位。从当年3月至赛事举办前的近4个月时间内，我们多次组织力量对所有场馆、宾馆及医院的控烟宣传氛围营造和控烟措施到位情况开展调研、督查和复查，就发现问题逐一提出书面整改意见，并跟踪改进情况，从而确保了赛事期间训练及比赛场馆、接待宾馆和定点医院的各项控烟措施到位，室内工作场所和公共场所禁烟以及禁售烟草并禁绝任何形式的烟草广告及促销活动等要求都得到了落实，圆满完成了世游赛控烟保障任务。值得一提的是，期间我们积极协调浦东新区相关部门，以打造无烟世游赛为契机，撤除了杨浦大桥浦东段下匝道的“爱我中华”变相烟草广告。两年来，我们以各类重大活动在沪举办为契机，会同各控烟监管部门积极推动活动期间无烟环境创建，逐步培育公众的无烟理念。令人欣喜的是，在今年的上海市首届市民运动会期间，体育部门主动协调各类赛事承办场所落实室内无烟措施，加大控烟宣传力度，促使法定禁烟区域的控烟管理措施落到实处。

应该说，两年来上海的控烟工作在社会各方的共同推动下有了持续的进展，但是，公共场所控烟任重道远，我们将在世界卫生组织、国家卫生部以及中国控烟协会等控烟组织的指导下，本着“正视现实，循序渐进”的原则，学习借鉴两岸四地各个控烟先行城市的经验做法，深化依法控烟工作，拓展无烟创建范围，努力提升我市控烟水平。



# 广州控烟立法及执法情况简述

姚蓉宾

广州市控制吸烟协会

广州市控烟立法自 2009 年起至今已有 3 年，3 年中，我们有幸参与了这一工作，目睹了广州市首个控烟法规的出台，也目睹了广州市工作人员为落实这一法规所做的努力。

## 立法及执法情况

### 一、群策群力、积极推动控烟立法

协会成立于 1995 年，作为政府控烟工作的参谋助手，一直长期开展控烟宣传，积极倡导推进广州控烟法制建设等工作。

根据我国法律规定，地方性法规的制定，有两种途径：一是由政府提出议案送市人大常委会审定；二是由具备法定数量的地方人大代表，在地方人大会议举行期间提出立法议案。第一条途径需要较长时间，我们采用后者启动广州市控烟立法工作。2009 年 2 月，协会高级顾问、原广州市人大副主任苏晋中女士联络了十三位知名度较高的代表，提出了控烟立法议案，并进行积极倡导。市人大常委会高度重视并进行广泛征求意见，作出论证、分析后决定将出台《控烟条例》正式纳入市立法计划。

立法前期：协会组织市人大、市政府等立法相关部门赴香港考察控烟立法情况，然后举办“广州市促进公共场所控烟立法高层论坛”等系列活动；并结合“创健国家卫生城市”“创建全国文明城市”、“世界无烟日”等活动有针对性的进行履约、立法、控烟的宣传，统一思想，加深政府部门对《公约》的理解和支持。为了解市民对控烟立法的支持情况，协会还组织开展了全市常住居民对控烟立法支持度的基线调查（约 5000 人）。调查结果显示，89%的调查对象赞成广州市出台公共场所禁止吸烟的法规，为控烟立法提供了科学的民意数据支持。

立法中期：协会举办了“广州地区专家《广州市控制吸烟条例（草案）》座谈会”、“《广州市控制吸烟条例（草案）》修改研讨会”、宣传《公约》及 100%无烟法规等活动；并通过媒体向社会公开征询《草案》修改意见，及时将征询意见、讨论结果汇总整理成文，提交市立法机构参考。协会积极参与市立法机构组织的《草案》修改工作，对《草案》逐条进行讨论和研究并反复学习《公约》，明确了广州市控烟立法方向（制定一部最大限度保护全体市民免受“二手烟雾”危害的控烟法规）。

立法后期：协会紧扣立法目标，努力推进《草案》修改和完善。针对“二审”将“办公室”等场所删除出禁烟范围的情况，协会积极同市人大和市政府高层沟通，并组织立法部门赴北京考察，通过同北京市爱卫会、中国控烟协会、卫生部深入交换意见，统一了认识。同时通过举办“羊城

论坛-控烟专题”研讨会、开展宣传《公约》及 100%室内无烟的媒体宣传报道、专家提案及提交建议等，最终扭转局面将办公室列为禁烟场所，我市控烟立法获得了重大突破。

在我们所做的一系列工作中社会影响较大的是《羊城论坛》。《羊城论坛》是由广大市民参与的，并可自由发表意见的电视专题节目。在控烟专题论坛上，我们邀请了在广州市政府有很大影响力的原市长黎子流等领导、医学专家及法律专家发表了很有针对性的意见。并且在电视台做了多次播放，影响较大。我们同时向立法机构决策人士提交了相关资料和建议，并取得了他们的理解与支持。

法规特点：我们认为，《控烟条例》具有以下三个特点：

（一）先进性。是指从内容上看，《控烟条例》将办公场所纳入了立法内容，当时在国内控烟立法中是处于领先地位的。在国内大城市中，北京、上海、杭州、银川等市都就控烟作了地方性立法，但都未将办公室等室内工作场所纳入控烟范围，我市是第一个。当时广州市的《控烟条例》是最接近世界卫生组织《烟草控制框架公约》及国家卫生部颁布的《公共场所卫生管理条例实施细则》中提出的“公共场所禁烟要求”的规定。

（二）过渡性。《控烟条例》参考了香港、新加坡等控烟先进城市的做法，在实施期限上予以宽限，让市民、场所经营者管理者、控烟执法部门都有一个缓冲和熟悉的时间，便于《条例》的实际施行。

（三）可操作性。《控烟条例》初步建立了“市爱卫办统筹，15 个控烟执法部门具体执法”的多部门联合执法，便于形成合力。

## 二、配合政府、积极参与控烟执法

《控烟条例》出台后，我市初步建立控烟执法工作体系和群众投诉处理体系，形成了“政府领导、爱卫会统筹协调、部门分工负责、公共场所经营管理人员协同”的控烟工作格局。协会通过项目工作参与制定了《广州市控制吸烟工作指引》，引导落实公共场所控烟设施和规范管理要求。

同时协会积极参与组织控烟培训工作。一是进行市级层面的指导培训。协会联合市爱卫办邀请市人大机关领导和国际控烟专家授课，对市爱卫会成员单位、各区（县级市）爱卫办、涉亚单位 300 多名控烟负责人进行专项培训。二是联合相关控烟部门对管辖场所进行专门培训。协会联合市卫生局举办的“全市创建无烟医疗机构培训班”，对全市 300 多名医疗机构干部进行培训，并发出机关创建无烟单位的号召；联合市旅游局召集 200 多名涉亚接待酒店控烟负责人作了专门培训，加强迎亚运控烟保障工作；联合市食品药品监督管理局对全市 50 家大型餐饮企业的 100 多名负责人进行“实施控烟条例培训”。通过开展条例促进及培训的工作，配合推动了我市控烟条例的执行

此外，协会还按照爱卫会统一部署，积极参与各项控烟检查，督促各公共场所落实控烟措施。通过参加市爱卫办组织相关部门开展的控烟联合执法行动，协会从非政府组织角度出发，大力宣传倡导控烟法规，呼吁市民及控烟场所严格遵守控烟法规。

### 三、协助宣传、取得显著效果

控烟是一项涉及全体市民健康权益的公益工作，争取广大市民的支持和参与，是《控烟条例》得以贯彻落实的坚实基础。协会通过开展项目工作，建立了“无烟广州”网站，制作发放和提交了控烟知识读本，控烟条例修改建议，控烟执法相关文件，控烟执法指南等（共计约2万多份）。同时，协会和世界肺健基金会合作，在立法初期开展了“送烟就是送危害”公益视频广告项目，和在立法成功后，开展了“二手烟无形杀手”公益视频广告项目（宣传推广控烟条例）。和美国无烟草青少年合作，在控烟立法中期、后期通过广州各主流媒体进行了控烟立法的系列报导，，在我市引起极大反响。同时，在大洋网开展“控烟立法征求意见”网民互动活动，积极参加市人大主办的《羊城论坛》、广州日报主办的“民意圆桌会，控烟大家谈”等活动呼吁市民遵守控烟法规，倡导完善控烟法规。这些宣传活动的开展为推动控烟条例出台所需的大众宣传工作提供了必要的补充。

### 四、协助调研，开展全市综合评估

2011年，人大常委会组织开展了对《控烟条例》实施情况的执法检查。结果显示，条例实施一年多以来取得了较好成效，主要表现在：

#### （一）《控烟条例》至今在国内控烟立法中处于领先地位

广州市是第一个将办公室等室内工作场所纳入控烟范围的。广州市的《控烟条例》最接近世界卫生组织《烟草控制框架公约》中提出的“所有室内公共场所、室内工作场所、公共交通工具和其他可能的室外公共场所完全禁止吸烟”及国家卫生部今年颁布的《公共场所卫生管理条例实施细则》作出的“室内公共场所禁止吸烟”的规定。

#### （二）初步建立控烟管理和执法的工作体系

《控烟条例》赋予管理、执法职责的15个部门，均有负责控烟的分管领导、处（室）领导和联络员，形成了全市控烟的工作网络；建立了广州市控制吸烟检查考评专家库；制定了相关行政管理和执法文件，统一了投诉24小时热线电话；建立了控烟执法督导月报制度。目前初步形成“市爱卫会统筹协调、15个部门分工负责、经营者和管理者协同管理”的控烟管理工作体系。

#### （三）控烟宣传教育扎实有效，社会知法面和市民控烟意识逐步提高

《控烟条例》颁布一年以来，市政府筹划了多种形式的宣传教育活动，共印发控烟标志264.5万份，海报7.46万份，张贴工地围墙广告327幅7126平方米，向社会组织、各位市民印发了《控制吸烟倡议书》，在健康知识咨询热线96813增加戒烟宣传咨询内容，在大洋网举办了“我为广州控烟献计策”网民互动活动，在“世界无烟日”举办了全市性的控烟宣传咨询。

#### （四）违法吸烟现象逐步减少，无烟单位逐步增多

从暗访的结果看，控烟综合评价为“好”的场所占60%，其中医院、学校、公交、地铁等控烟落实最好。公共场所禁烟区域吸烟现象明显减少，根据广东药学院公共卫生学院开展的《广州市公共场所禁烟立法评估调查报告》显示，我市“吸烟者在各种场所吸烟情况”呈现指数全面下降的良好

好态势。创建无烟单位活动制度化、规范化、常态化，创建质量不断提高，到 2011 年底，全市命名“广州市无烟单位”累计 2077 个。

## **存在的问题**

相比控烟工作的成绩，我市控烟工作依然存在以下不足：

一是执法力量不足，包括执法人员、资金不足，现场取证困难等影响控烟执法深入。

二是重点场所如餐饮行业、宾馆酒店、企事业单位的管理人员的控烟意识不足，场所工作人员控烟技能欠缺。

三是控烟宣传不足。

## **下一步打算**

针对上述不足，协会接下来拟加强四个方面的工作：

一是呼吁政府部门加强领导力量。

二是主管部门合作，继续开展重点场所的控烟培训，将控烟自律与他律相结合。

三是加快配合条例实施细则的制定工作，为控烟执法提供法律支持。

四是继续加强无烟单位创建工作。

希望籍此形成更好的控烟合力，共同促进我市控烟工作发展。

# 哈尔滨市防止二手烟危害条例策略研究

张敬东<sup>1</sup> 杨超<sup>1</sup> 张伟晶<sup>2</sup> 王忠民<sup>3</sup> 张振峰<sup>1</sup> 傅悦<sup>1</sup>

1 哈尔滨市疾病预防控制中心, 150056

2 哈尔滨市卫生局, 150028

3 哈尔滨市政府法制办; 150028

**摘要:** 《哈尔滨市防止二手烟草烟雾危害条例》于2012年5月31日正式实施,这是目前我国最符合《世界卫生组织烟草控制框架公约(FCTC)》的地方性控烟法规,在全国和其他城市控烟立法中起到示范和推动作用。本文从多部门合作和社会动员探讨了此条例立法成功的实践经验。条例题目从防止二手烟草烟雾危害切入,以全面保护为原则,强调公众的健康权,有效地避免了控烟和禁烟带来的直接冲突和抵触。文中从执法原则、执法理念、执法模式和执法方法的设计着重介绍了条例先进性,并论述了执法前准备和执法检查实践。

**关键词:** 防止 二手烟 立法 研究

吸烟作为城市的一种普遍的不健康的习惯,在哈尔滨市长久地存在着。由于哈尔滨市位于高寒地区,冬季近6个月漫长且寒冷,各室内场所门窗紧闭,因此,吸烟和被动吸烟对全市人民群众的身心健康产生严重危害,呼吸系统疾病高发。又由于烟草烟雾危害长达三十年的严重滞后性,此危害不为人所关注。科学证明二手烟不存在所谓的“安全暴露”水平,采取自愿的政策是不能达到室内全面无烟保障健康的目的。控烟立法被公认为是控制吸烟最有效、最直接的措施。然而我国目前还没有全国性的统一控烟立法,已有的地方性控烟立法在内容上与FCTC相比也存在较大的差距<sup>[1]</sup>。相应的控烟法律分散、不成体系,地方性的控烟法律缺乏权威。为全面保护哈尔滨市民健康,免受二手烟危害,我们依据FCTC要求,制定并出台了《哈尔滨市防止二手烟草烟雾危害条例》(以下简称《条例》),这对今后我国其他城市乃至全国的控烟立法进程,是一个有益的实践。

## 1. 控烟立法进程

《哈尔滨市防止二手烟草烟雾危害条例》于2011年2月18日通过市政府常务会议,并报市人大提请审议,3月14日经市第十三届人民代表大会常务委员会第28次会议第一次审议通过,5月26日经市第十三届人民代表大会常务委员会第29次会议第二次审议通过,8月12日经黑龙江省第十一届人民代表大会常务委员会第26次会议批准。9月5日哈尔滨市人民代表大会常务委员会予以公布,自2012年5月31日起施行。

## 2. 《条例》通过的意义

一是保护市民的健康是政府义不容辞的责任，保护市民免受二手烟草烟雾危害同样是政府的责任。哈尔滨市在全国各省会城市率先出台符合 FCTC 要求的地方性控烟法规，为全国和其他城市相关法规的出台起良好的示范和推动作用。二是哈尔滨市作为冬季漫长的城市，呼吸道疾病一直困扰着市民健康，立法创建公共场所、工作场所和公共交通工作内全面无烟环境，能有效地减轻吸烟和二手烟危害对人体健康的损害，和由此带来的巨大的经济负担和社会负担。三是为实现我市“十二五”规划中人均寿命提高一岁奠定了基础和法律的保障。

## 3. 立法成功的经验

**3.1 本《条例》的制定得到哈尔滨市政府高度重视**，形成“一个核心，两个外围”的工作模式。一个核心是由“市人大、市政府法制办和市卫生局”组成的“三位一体”的核心立法工作团队，且市人大一开始即介入到立法工作程序。一个外围是市委宣传部组织媒体形成强有力的媒体宣传屏障，充分地进行社会宣传动员；另一个外围是市政府各委办局积极推进自身和所辖各场所室内无烟环境创建，为《条例》的制定提供有力的支撑。本《条例》的立法成功，是立法工作组、媒体工作组和无烟环境创建工作组“三驾马车”并驾齐驱的成功，三者缺一不可。

**3.2 社会动员：**通过媒体持续不断地广泛宣传二手烟草烟雾危害。在电视台、公交车车载电视和场所播放控烟宣传片；广播、电视温馨提示二手烟草烟雾危害；电视、报刊专家访谈，详细解读，为百姓释疑；媒体实时报道 PM2.5 室内空气质量现场监测，形象地宣传室内二手烟残余现状；深入市人大、市政府、学校和社区等场所广泛宣讲二手烟草烟雾危害。指导各相关行政管理部门出台创建方案，在政府、学校、医疗卫生机构、公共交通工具（含等候厅）等场所广泛宣讲二手烟草烟雾危害，开展室内无烟环境创建，做到场所内有禁烟制度、张贴有禁烟标识、有禁烟监督员，并有效劝阻；室内无吸烟室、无吸烟区域、无人吸烟、无烟头、无烟味；室内所属区域无烟草销售、烟草广告和烟草赞助。

## 4、《条例》的先进性

**4.1 本《条例》是迄今为止国内首例最符合 FCTC 及其第 8 条要求的地方控烟法规。**《条例》的题目与其他城市相关法规截然不同，其核心不是控烟，不是禁烟，而是防止二手烟草烟雾危害。采取全面保护的原则，以此很好地避免吸烟者的抵触情绪，并得到多数人的支持。《条例》规定的防止二手烟危害区域为公共场所、工作场所和公共交通工具内全面禁烟，体育健身场所、儿童和青少年集中活动的室内外区域全面禁烟。《条例》在全国首次实现立法突破，规定国家机关室内场所全面禁烟。

**4.2 《条例》从实际出发，控烟工作不搞一刀切**，按哈尔滨实际情况逐步完善。在宾馆、餐饮设立缓冲期，具体范围、时间由卫生部门提出，政府决定。由于哈尔滨冬季特点，《条例》充分尊

重吸烟者的权利，规定场所设置室外吸烟区，有条件的单位可以设立室外吸烟室。

4.3 《条例》规定的**执法原则是防止二手烟危害工作实行分类管理、各负其责、公众监督、有效保护的原则**。执法主体为市、区人民政府；市、区卫生行政管理部门负责防止二手烟危害的日常工作；市、区相关行政管理部门负责防止二手烟危害工作。执法理念是以环境建设、文明建设为主，不以处罚为主。以形成全社会无烟氛围为目标，最终达到所有吸烟和不吸烟者都能积极劝阻室内吸烟者。

4.4 《条例》规定的**执法模式是一个重点，两个结合**。即以场所管理为重点；部门执法与公共参与相结合，行政处罚与其他管理手段相结合。采取媒体监督，监测公告，文明创建，绩效考核等多种管理手段。对室内二手烟残余检测不合格的单位，由卫生行政管理部门责令其整改，经整改仍不达标的，不得申请参加文明单位评比；已经被评为文明单位的，由人民政府建议有关部门取消该单位的文明单位称号。

4.5 《条例》规定的**执法方法是以尊重人权，和谐防烟为原则**，避免吸烟者与非吸烟者的对立。设计了“五堵墙”执法，一是主要靠吸烟人自律，二是靠场所经营才或管理者制止和劝阻，三是靠非吸烟人制止和劝阻，四是靠社会义务监督员和志愿者劝阻，五是最后处罚。

4.6 《条例》规定对在禁止吸烟场所吸烟且不听禁止吸烟场所经营者或者管理者劝阻的，由场所的责任行政管理部门对吸烟者处以二百元罚款，并责令其停止吸烟或者离开禁止吸烟场所。禁止吸烟场所的经营者或者管理者违反本条例规定的，由场所的责任行政管理部门予以警告，并责令限期改正；逾期不改正的，处以二千元以上一万元以下罚款；情节严重的，处以一万元以上三万元以下罚款。

## 5. 《条例》的执行

**5.1 机构准备：**为有效地执行《条例》，2012年5月4日哈尔滨市防止二手烟草烟雾危害工作领导小组正式成立，并下发《条例》启动实施阶段工作方案。防烟领导小组组长由市政府主管副市长担任，副组长由政府副秘书长和卫生局局长担任，各相关行政管理部门防烟负责人为成员，分级承担防烟工作的组织协调、督促检查、日常管理等工作。在各相关行政管理部门均成立防烟机构，专人负责。

**5.2 队伍准备：**按照“横向到边，纵向到底”的要求对各区、各行政管理部门防烟队伍负责人、师资、执法人员、媒体从业人员等五类防烟工作人员组织开展了无烟环境创建的三级培训。在5月31日《条例》正式实施前，市级受训人数达647人次，区级达1000余人次。为防烟执法工作的开展奠定了基础，有力地推进了室内无烟环境的创建。

**5.3 环境准备：**组织市政府各相关行政管理部门广泛开展所辖场所创建室内无烟环境。张贴分发了防烟条例海报、监督举报投诉电话海报各10万份，防烟条例宣传社区版海报5万份，防烟巡查员臂章和袖标各1万份，劝阻吸烟温馨提示卡20万份，宣传折页20万份，出租车不干胶标识2

万 2 千份，同时在市区繁华地带设置防烟条例宣传广告栏 10 块。全市 5020 辆公交车，全部张贴防烟条例宣传海报和举报电话，其中载有“巴士在线”车载移动传媒的 900 辆公交车，每日滚动播放两位防烟大使宣传条例的宣传片；1 万 5 千余辆出租车车载 LED 屏亦滚动播出防烟条例核心内容的字幕提示。

**5.4 媒体准备：**通过媒体全方位立体循环宣传二手烟草烟雾危害知识、条例名称、条例核心内容和条例实施时间，强调公共场所和工作场所室内不吸烟。在条例实施百日倒计时和实施首日均举行了盛大的宣传活动，组织 20 余家新闻媒体连续报道。在东北网、哈尔滨新闻网制作防烟专题页、开展防烟知识竞赛。引领市民了解《条例》，掌握《条例》，遵守《条例》。在国家统计局城调队的调查中，七成市民知道并支持《条例》。

**5.5 热线准备：**5 月 31 日，市政府各相关防烟执法部门、机场和铁路共设立防烟举报电话 11 部，市防烟监督电话 1 部（12320）同步开通。防烟举报电话开通三个月来，共受理各类服务事项 279 话次，其中咨询类 120 次（43.01%），投诉类 159 次（56.99%）。其中 101 次的投诉类事项转介给各相关行政管理部门，余者由市防烟办受理，受理结果，令投诉人满意。

**5.6 出口准备：**为有效引导吸烟者遵守《条例》，在指导各场所开展室内无烟环境分设时，积极引导其设置室外吸烟区。同时，为帮助有意愿的烟民戒烟，指导全市区级以上综合医院均开设戒烟门诊，并设立培训指导基地 6 个。

**5.7 联合检查：**《条例》重在执法，自《条例》执行首日，共组织各相关行政管理部门执法人员开展行业、区域和执法三轮大检查，共检查场所 5242 家，其中有制度 2385 家（占 45%），张贴有标识 3815 家（占 73%），张贴有防烟举报电话 3071 家（占 59%），有防烟监督人员 4059 人（93 人/100 家）。检查现场发现吸烟器具 570 个（10 个/100 家），室内吸烟人 191 人（4 人/100 家）。开具限期整改通知单 32 份，复检均合格。通过执法检查，宣传了《条例》，指导了创建。三轮检查结果说明各场依法创建无烟环境状况和场所人员认知率和依从度逐步提高，尽管没有罚单，但烟民听劝，基本实现《条例》设计理念。

吸烟是一种不良的生活习惯，防止二手烟危害工作相当复杂，世界各国经验表明，防止二手烟危害工作不可能一蹴而就，需要一个漫长的渐进过程<sup>[2]</sup>。哈尔滨市防止二手烟危害立法，是我国控烟工作的一个新起点。针对目前存在的不足，尚需不断宣传，持续管理，严格执法。哈尔滨市依法实现室内公共场所、工作场所和公共交通工具内空气的清新而健康，尚需强有力的防烟执法，全社会的关注、努力和坚持。能不能控烟，关键还在于能不能守住这个底线，而这个底线就是保护公众的生命健康，这应该是所有的政府和所有的社会团体的基本底线。

## 参考文献

[1] 王建新. 我国地方性控烟立法研究, 行政法学研究, 2011, 4: 54-59

[2] 陆轶, 张进. 上海市控烟立法背景与内容综述, 中国卫生法制, 2010, 3(2): 20-22



# 天津市控烟立法工作介绍

江国虹

天津市疾病预防控制中心副主任

随着烟草、烟雾危害的日益凸显，控烟工作得到国际和国内社会的高度重视。多年来，天津市的控烟工作在市委、市政府的领导下，从提升城市形象，提高市民文明程度，保证居民健康的角度，不断强化工作网络，加强能力培训，夯实工作基础，并将控烟作为慢性病防治的重要抓手，推动工作不断进步。

## 一、在人大、政府领导下，卫生机构积极推动控烟立法工作

2010年1月17日，天津市疾病预防控制中心委托33名市人大代表向第十五届人民代表大会第三次会议提交了“关于将《天津市公共场所禁止吸烟条例》修改为《天津市公共场所与工作场所禁止吸烟条例》的议案”。由此，天津市启动了《条例》的立法调研和起草工作。2010年1月到2010年5月，天津市疾病预防控制中心以世界卫生组织《烟草控制框架公约》及第8条实施准则为基础，参考上海、杭州、广州、北京等地的控烟法律，撰写了《天津市公共场所禁止吸烟条例》修订草案。并先后组织来自人大、政府、大学院校、医疗机构和媒体等部门的数十位领导和专家进行了5次论证和修改。

2010年5月10日，天津市卫生局第5次局长办公会专题研究了《天津市公共场所禁止吸烟条例（讨论稿）》。2010年5月27日，按照地方性法规立法程序，天津市卫生局组织征求了31个委局和18个区县卫生局意见并对各委局意见进行了梳理和吸纳。2010年7月-8月，市人大教科文卫委、法工委、市政府法制办多次召开座谈会，沟通、协调关于健康促进委员会的设立、执法主体、禁烟范围确定等问题，并对条例进行了逐条研究，几易其稿，形成《天津市禁止吸烟条例（送审稿）》。2010年10月11日，《天津市禁止吸烟条例（送审稿）》报送市政府。

2010年11月到2011年4月，市政府法制办共计召开6次立法座谈会、协调会以及研讨会，覆盖21个行业和34个委办局，13类禁烟场所的代表及市民代表，征求其对条例草案的意见和建议；对向相关委办局征求意见过程中有问题的部门进行逐个协调；根据座谈、协调结果进一步完善条例内容。2011年4月6日至21日，《天津市控制吸烟条例（征求意见稿）》由天津市人民政府法制办公室通过天津日报向全社会公开征求意见，并根据来自各方面的意见和建议，对《天津市控制吸烟条例（征求意见稿）》进行了进一步讨论和修订。2011年6月16日，第72次市长常务会审批通过了《天津市控制吸烟条例（草案）》。2011年6月20日，市政府向市人大提交了关于提请审议《天津市控制吸烟条例（草案）》的议案。2011年7月22日，天津市政府专门为控烟工作成立了由主管市长牵头的“天津市健康促进委员会”。

市人大自2010年以来先后召开10余次座谈会和控烟调研工作，并提前介入对《天津市控制吸烟条例（草案）》的修改和讨论。2011年6月，市人大先后组织开展对行政机关、写字楼、医院等单位

和哈尔滨、沈阳、广州和香港等城市开展控烟工作调研。2011年7月5日，天津市人大常委会对《天津市控制吸烟条例（草案）》进行第一次审议。此后，市人大法工委先后组织召开5次立法座谈会，根据人大一审意见，对《天津市控制吸烟条例（草案）》进行进一步修改。2011年10月8日，天津市人大常委会对《天津市控制吸烟条例（草案）》进行第二次审议。在两次审议中，常委对《天津市控制吸烟条例（草案）》均给予了高度肯定，未提出反对意见。2012年2月天津市健促会召开会议要求执法机构按照条例草案制定执法细则，并与3月15日向市人大汇报体力执法筹备情况。2012年3月28日，市人大于天津市第十五届人民代表大会常务委员会第三十一次会议上对《天津市控制吸烟条例》进行第三次审议，《天津市控制吸烟条例》以全票审议通过，并规定于2012年5月31日起正式实施。

## **二、《天津市控制吸烟条例》的主要特点**

### **（一）扩大禁烟和控烟的场所覆盖面**

《天津市控制吸烟条例》（以下简称《条例》）转变了立法理念，扩大了控烟的空间范围，区分不同的区域，确立疏堵结合的机制。一是，继续坚持公共场所禁止吸烟的理念，比照烟草控制框架公约的要求，扩大禁烟的范围，将公共场所、工作场所和公共交通工具全部纳入到控制吸烟的范围。二是，把一些人员流动大、短时间内全面禁止吸烟有难度的场所，如餐饮场所、歌(舞)厅、公共浴室等，明确要求其设置吸烟室的条件，通过疏导的方式逐步推进无烟环境建设。

### **（二）增加执法力量**

由公安、卫生、文化、体育、城管等 10 个执法部门分块管理 13 类场所的控烟工作，特别是由执法力量强和经验丰富的公安部门负责超市、商店、网吧、宾馆和酒店等难点场所的控烟工作。担负控烟执法的领军职责。

### **（三）成立健康促进委员会统抓控烟工作，建立多部门执法、社会广泛监督的工作机制**

为确保《条例》得以有效落实，《条例》规定，市和区、县人民政府成立的由市长或区长负责的健康促进委员会，负责组织、协调、监督本行政区域内的控制吸烟工作，并对其具体职责在《条例》中做了明确的规定。公安、文化、教育、城市综合执法等 9 个部门分别对其所管辖的场所进行控烟监督执法。并定期向健促会汇报、向社会公布控烟执法监督情况。

### **（三）强化行业自律，注重发挥禁烟场所及其负责人的作用**

控制吸烟工作的有效开展与禁烟场所密不可分，而禁烟场所履行职责的效果往往取决于场所负责人的态度。因此，《条例》第十一条对场所及其负责人的职责做了明确的规定：“禁止吸烟场所所在单位的主要负责人是本单位控制吸烟工作的第一责任人，全面负责本单位控制吸烟工作。

在处罚方面，也体现了场所、场所负责人和吸烟者三方面的职责，并且更加强调场所和场所负责人的职责。对违反《条例》的场所及其负责人分别处以 5000 元和 500 元的罚款，对于吸烟者处以 50 元到 200 元的罚款。

### **（四）动员全社会支持和参与控烟**

《条例》力求通过各种倡导性规定，机关、团体、学校、医院等单位，应当开展控制吸烟的宣传教育活动，宣传吸烟和被动吸烟的有关危害。报刊、广播、电视、通信、网络等传播媒体和有关单位应当定期免费积极开展吸烟和被动吸烟有害健康的公益宣传活动，适时发布禁止吸烟的公益广告。三是，提倡和鼓励创建无烟单位。鼓励单位制定内部控制吸烟奖惩制度。鼓励行业协会、商会制定和组织实施控制吸烟准则。控制吸烟工作应当作为文明单位评比的内容之一。

### **三、加强监督执法，《条例》初现效果**

#### **（一）健康促进委员会发挥主导作用，建立控烟执法监督机制**

天津市健康促进委员会通过定期召开联席会议的形式，统筹领导、协调全市的控烟工作。《条例》颁布实施之后，市健促委指导各监督执法部门制定执法实施细则，开展控烟执法培训，并统一向社会公布了各监督执法部门的监督举报电话。建立了监督执法工作信息上报制度，要求各执法部门每月上报执法工作的开展情况，并定期将执法工作信息向社会公布。通过健促委积极协调和各执法委办局的全力配合，建立起了良好的政府主导、监督执法部门各负其责的控烟监督工作机制。

#### **（二）开展执法培训**

在条例实施之前有健促会组织完成了三次全市控烟执法人员的培训，由市人大、市政府法制办领导解读条例，由公安、卫生的执法人员授课，并作模拟执法的现场教学。

#### **（三）明察暗访，多管齐下，大力推动监督执法**

为有效推动各控烟监督执法部门和相关场所贯彻落实《条例》相关内容，更好地保障群众身体健康，市健促委积极协调、组织各委办局成员单位开展《条例》实施情况联合督导检查。同时，健促委组织市、区县两级疾病预防控制机构组成暗访督导组，对各类场所《条例》实施和控烟效果进行暗访调查。联合督导检查 and 暗访工作顺利开展，共先后对一百一十余家公共场所和办公场所《条例》落实情况进行了明察和暗访工作，并通过联席会议向各委办局通报结果，找出控烟监督执法中的薄弱环节和重点场所，督促各执法单位加强监督和执法。

#### **（四）针对控烟薄弱环节，开展专项监督整顿**

市健促委根据各类公共场所《条例》实施情况和明察暗访调查结果，针对控烟履行薄弱环节，联合相关负责管辖的委办局，组织开展专项整治工作。主要开展专项整治检查的公共场所类别为：餐厅、宾馆和酒店、网吧、游艺厅和歌舞厅以及医院等。

截至目前，全市各执法机构共接到控烟举报投诉电话 88 个，进行现场处置 78 次；开展常规检查公共场所、单位法人及个人 19600 余次，发放整改通知文书 242 次，口头责令整改 5746 次，行政处罚个人 2 次，单位及单位法人各 1 次，罚款金额 5900 元。

#### **（五）开展效果评估和监测**

开展覆盖全人群的烟草相关疾病发病和死亡监测，分析其疾病负担的改变，在 13 类禁烟场所开展二手烟暴露和 PM2.5 水平监测，评估控烟条例的健康效益和经济效益。

# 北京市无烟医疗卫生机构创建工作汇报

## 北京市爱国卫生运动委员会办公室

北京市委、市政府高度重视控烟工作。1995年12月21日北京市第十届人民代表大会常务委员会第二十三次会议通过了《北京市公共场所禁止吸烟的规定》（以下简称《规定》），1996年5月15日起施行。《规定》中明确“医疗机构的候诊区、诊疗区和病房区”为禁止吸烟的公共场所。2008年3月24日北京市人民政府第2次常务会议审议通过了《北京市公共场所禁止吸烟范围若干规定》（北京市人民政府令第204号）（以下简称204号政府令），自2008年5月1日起施行。204号政府令将医疗机构的禁烟范围扩大，明确规定“医疗机构的室内区域”为禁止吸烟的公共场所。2012年4月，市人大、市政府法制办、市爱卫会正式将《北京市控制吸烟条例（专家建议稿）》公开征求社会意见，预计2013年进入一审。新的控烟条例将进一步扩大禁烟场所，加大监督管理和处罚力度。

北京市无烟医院的创建工作自2005年开始，截止2011年5月全市共有219家医疗机构获得“北京市无烟医院”称号，并有20家医疗机构获得“全国无烟医院”称号。自卫生部、国家中医药管理局、总后勤部卫生部、武警部队后勤部联合下发《关于2011年起全国医疗卫生系统全面禁烟的决定》（卫妇社发[2009]48号，以下简称《决定》）后，北京市进一步加强了无烟医疗卫生机构的创建工作。现就2011年以来的无烟医疗卫生机构建设无烟环境工作汇报如下：

### 一、加强管理，为无烟医疗卫生机构创建工作提供保障

#### （一）组织领导

为认真贯彻执行卫生部等四部委联合下发的《决定》，北京市结合本市控烟工作的实际情况和《健康北京人——全民健康促进十年行动规划》（京政发[2011]35号）要求，北京市卫生局和北京市爱国卫生运动委员会于2009年7月15日联合下发《关于全面开展医疗卫生机构建设无烟环境工作的通知》（京卫办字[2009]55号，以下简称《通知》），决定在全市医疗卫生系统开展全面禁烟工作，并提出“2010年底，全市医疗卫生机构要全部达到无烟单位的标准”的目标。为保证此目标的顺利实现，医疗卫生机构无烟环境创建工作被确定为2010年和2011年全市控烟工作的重点内容之一。目前，此项工作已经成为全市常规卫生工作，纳入年度工作要点，并有相应的实施方案。

北京市卫生系统全面控烟工作领导小组组长由北京市卫生局方来英局长担任组长，领导小组下设办公室（办公室设在市爱卫办），负责各项工作的具体落实；各区县卫生局、爱卫会及有关医疗卫生机构也成立了相应的控烟机构。

为进一步明确各区县卫生行政部门对辖区无烟医疗卫生系统创建工作的领导职责，市卫生局与各区县卫生局签订了《北京市无烟医疗卫生机构目标责任书》，强化了各区县卫生局对“辖区内各

医疗卫生机构室内全面禁止吸烟”的责任目标。

## **(二) 人力资源**

北京市参与控烟工作的市级机构主要包括北京市爱卫会、北京市卫生局、北京市疾病预防控制中心和北京市吸烟与健康协会。作为控烟主要技术支持单位，北京市疾病预防控制中心的健康教育中心、学校卫生所和慢性病防治所 3 个科所中的 13 名工作人员主要从事控烟工作，其中硕士 6 人，本科 6 人，中专 1 人；高级职称 5 人，中级职称 4 人，初级职称 4 人。

## **(三) 工作经费**

2011 年中央补助地方烟草控制项目经费 16 万元，按照卫生部项目工作的要求，北京市确定西城区和通州区为项目区。拨付两个项目区各 6 万元，市疾控中心 4 万元用于项目工作的开展。经费均按照项目计划专款专用。

北京市控烟经费充足时控烟工作顺利开展的保障。市爱卫会 2011 年控烟专项经费 377.2 万元，2012 年首笔控烟专项经费 241.22 万元，经费主要用于控烟宣传、医疗机构控烟、制作标志等。此外，市疾控中心每年也有控烟经费投入，主要用于大众宣传、专业技术队伍建设及控烟监测等，其中 2011 年 38 万余元，2012 年 53 万余元。全部控烟经费投入是央补项目经费的 26 倍。

# **二、措施得力，无烟医疗卫生机构创建工作顺利开展**

## **(一) 加大培训力度，加强人员能力建设**

### **1、培训戒烟技术，提高医生戒烟服务能力**

2011 年 6 月 28 日-30 日举办简短戒烟干预技术推广培训班（国家级继续医学教育学分项目，项目编号 2011-12-07-017(国)）。全市 16 个区县共有 156 人参加了培训，包括 64 家医疗机构的 136 名临床医务人员和 19 家公共卫生机构的 20 名公共卫生医师。此次培训为进一步推广简短戒烟干预技术，提高医务人员参与控烟戒烟的意识和能力提供了技术支持。

2012 年 4 月 25 日-26 日举办戒烟医生培训班（北京市市级继续医学教育学分项目，项目编号 2012-12-07-023(京)）。18 个区县疾控中心和 64 家医疗机构的 125 名专业技术人员参加了培训。培训班的成功举办又为北京市增加了一批专业的戒烟医生。

### **2、培训法律法规，提高控烟执法能力**

市爱卫办组织市、区县（地区）执法人员培训班两期，请市政府法制办法律专业人员，对专业法律和公共法律进行了系统培训，并进行考核，参加培训人员均取得优异成绩，并取得市政府统一制发的“行政执法”证书。

## **(二) 开发控烟材料，传播烟害知识**

2011 年 6 月-2012 年 7 月北京市设计制作了大量的控烟宣传材料，包括 8 类 10 种 69 万余件，具体如下：

### **1、2012 年控烟台历 3000 本；**

- 2、无烟日主题宣传海报-烟草业干扰控烟 2 万张，宣传折页 40 万份；
- 3、《烟草危害图形说》宣传手册 4.44 万册；
- 4、制作各种“禁止吸烟”标志 11 万件；
- 5、“烟草危害图形说”主题控烟健康教育易拉宝/展板 34 套（20 块/套）；
- 6、控烟腰围尺 4500 个；
- 7、“卫生系统齐禁烟 无烟环境保安全”和“室内无烟百分百 人人参与享健康”各 3 万张；
- 8、《法制晚报》吸烟危害健康有奖知识竞赛加印 5 万份。

### （三）开展大众宣传，传播控烟理念

#### 1、大众传媒：

据不完全统计，2011 年 6 月-2012 年 7 月，《北京日报》、《北京晚报》、《法制晚报》、《北京青年报》、《北京晨报》、《新京报》等北京市主流平面媒体及网络媒体发布控烟相关新闻报道及科普文章共计 170 篇。北京电视台共报道控烟相关内容 15 次。北京广播电台报道控烟相关内容至少 3 期/次。另外，还将控烟公益广告覆盖到 100 个公交候车亭、20 个地铁站台及 100 台公交车辆。

利用北京市爱国卫生、北京卫生信息网等控烟网站或者网站控烟专栏，以及北京市疾控中心主任博客、微博、北京健康教育微博，进行控烟宣传，其中发布原创微博 40 条。

#### 2、大型活动：

##### （1）烟草危害图形说——图形警示上烟包倡导活动

为了加强市民对烟草危害的认识，共创首都和谐、文明、健康的良好社会氛围，北京市疾病预防控制中心和北京健康教育协会于 2011 年 10 月 29 日在朝阳公园共同举行了“烟草危害图形说——图形警示上烟包倡导活动”。朝阳区的 300 多名社区居民和朝阳公园的游客参加了活动。活动展示了国外 40 多个国家和地区正在烟包上使用的生动、形象的健康警示图片，并通过图形警示烟包 T 台秀、说唱艺术、小品剧等多种形式，向人们充分而深刻地揭示了烟草给人们带来的各种健康危害，使人们清醒地意识到，通过烟草包装印上大而明确的图片警示，能有效阻止民众使用烟草，降低烟草对尚未成瘾者的诱惑力；是对吸烟所致健康风险进行宣传的具有成本效益且强有力的手段。活动得到在京 20 余家媒体的报道。通过举办此次活动，让人们意识到图形警示上烟包的必要性和迫切性，倡导人们支持我国尽早实现图形警示上烟包。此次活动获得 2011 年度全国图形警示上烟包控烟倡导活动优秀倡导奖。

##### （2）“烟草危害图形说”主题健康教育

2012 年世界无烟日主题是“烟草业干扰控烟”，口号是“生命与烟草的对抗”，为揭露烟草业阻挠控烟的策略和行径，呼吁决策者和普通公众清醒认识烟草业以公众健康为代价的获利本质，坚定控烟意志，加大控烟力度，北京市疾控中心在全市范围内开展了“烟草危害图形说”主题健康教育，通过市级主会场和区县分会场联动的形式，以境外烟包上烟草危害图形警示为主要元素，开展控烟主题宣传。

主会场设在东城区图书馆，于5月29日上午成功举办。通过健康大课堂、观众答题、图片展览、专家咨询等形式吸引了300余名社区居民的积极参与。主会场活动得到3家媒体报道，大课堂讲稿《戒烟有方法》刊登在6月3日《法制晚报》上，《法制晚报》的日发行量30万份，估计受众约100万人。

分会场由18个区县疾控中心承办，按照市疾控中心统一提供的宣传程序，活动现场通过烟包走秀、控烟小品、知识问答、宣传展板、现场咨询、健康教育官方微博互动、媒体报道等多种形式开展广泛的宣传活动。全市共制作展板34套（20块/套），先后在68家医疗机构、268所学校、56家政府机关、企事业单位、公共场所中进行宣传展板的巡回展出，每个场所巡展一周，直接受众达80万人次。

另外，为扩大媒体宣传，还召开媒体通气会1次，在京15家主流媒体参加，并在世界无烟日前后报道了控烟活动新闻或是开展了科普宣传。

本次无烟日主题宣传活动全市健康教育专业机构上下联动，形成合力，各种媒体齐动员，积极报道，据统计，本次活动各级各类新闻报道共计637篇，电视网络视频播放6984次，发放控烟宣传材料约31万份，有效提高了公众预防和控制烟草危害的认识营造了良好的全民控烟氛围，进一步推动了北京市控烟工作的广泛开展。（全市共拦截调查5709人，观看控烟展板前后，吸烟引起心脏病和中风、皮肤衰老、口腔疾病、慢性阻塞性肺疾病、失明、阳痿的知晓率分别提高22.5%、25.9%、21.5%、14.6%、43.9%和41.8%。二手烟烟雾能够引起成人心脏疾病、成人肺癌、新生儿猝死综合症、儿童肺部疾病、儿童中耳疾病、低出生体重等方面的知晓率分别提高22.5%、13.6%、33.6%、24.2%、41.1%和38.5%。85.5%的人支持国内烟盒上放置图形健康警示。）

### （3）吸烟危害健康有奖知识竞赛

为传播烟草危害健康认识，鼓励广大群众拒绝吸烟、远离二手烟，呼吁市民积极参加由卫生部妇幼保健和社区卫生司主办的《吸烟危害健康有奖知识竞赛》活动，北京市疾控中心于2012年6月8日在《法制晚报》刊登“吸烟危害健康有奖知识竞赛试题”，并加印5万份通过健康教育网络组织下发。经统计，北京市知识竞赛试题答题卡的回收数量超过4.5万，占全国参赛人数的75%。

### （四）开展督导检查，巩固无烟环境

2011年，全市共对130797个公共场所禁止吸烟单位进行了监督检查，其中129096个单位能较好地贯彻公共场所禁止吸烟有关规定，合格或基本合格的占98.6%；674个单位受到行政处罚；交叉督导医疗卫生机构165个，达到85分以上的单位占96.2%。

### （五）重视交叉督导，积极部署工作

北京市高度重视本次卫生部组织的全国无烟医疗卫生系统创建交叉督导评估工作，并以此为契机，进一步推动全市无烟医疗卫生机构的创建工作。接到卫生部办公厅2012年6月27日下发的《关于开展全国创建无烟医疗卫生系统督导检查工作的通知》后，北京市爱卫会、北京市卫生局立即进行了联合转发，并提出四点要求：

1、自接到本通知后，各区县爱卫会要认真组织一次督导和暗访评估活动。各区县卫生监督机构要积极配合做好日常监督检查。

2、各区县卫生局要组织辖区内各类医疗卫生机构开展自查自评工作，全面落实好各项控烟工作的措施。卫生局机关要率先实现无烟机关。

3、各级各类医疗卫生机构要继续完善无烟单位的各项措施，对照卫生部制定的《无烟医疗卫生机构评分表（2012 版）》做好自查自评工作，建立长效工作机制，确保本单位无烟环境建设达到标准。

4、市卫生局、市爱卫办将组织有关专家择机抽查部分卫生行政机关和医疗卫生机构，检查工作落实情况，迎接卫生部下半年的明察暗访，全面推进我市医疗卫生机构无烟环境建设。

#### **（六）科学监测，掌握医疗卫生系统控烟情况**

为了解我市医疗卫生系统控烟现状，建立医疗卫生系统控烟监测体系，北京市于 2011 年 11 月在全市范围首次开展医疗卫生系统控烟监测工作。监测采用两阶段分层系统抽样的方法确定了 69 家监测单位，其中卫生行政机构 7 个、公共卫生机构 14 个、医疗机构 48 个。监测对象 5568 人，收回有效问卷 5550 份，有效率 99.7%。监测结果显示：医疗卫生机构在职人员现在吸烟率为 12.8%，其中男性 36.2%，女性 0.3%。

#### **（七）各级卫生行政机关以身作则，带头创建无烟环境**

2010 年 11 月 25 日，市卫生局下发《无烟机关管理规定》明确卫生局、药监局、中医局机关室内区域全面禁止吸烟，要求每位职工应当树立从我做起的意识，争当控烟表率，自觉不在禁烟区域吸烟，不给他人递烟，不给领导敬烟，不接受他人敬烟。对在一年内发现处室摆放烟具或在办公区域吸烟超过 3 次的，取消当年优秀处室的评选资格。方来英局长多次在局长办公会议上强调机关应带头开展控烟工作，为全行业树立无烟的榜样；局中心组学习班还专门请控烟专家作专题讲座，以提高职工的控烟意识。通过一年多的广泛宣传教育和广大职工的共同努力，基本实现了无烟机关的目标。

### **三、多方努力，无烟医疗卫生机构创建效果显著**

在全市各部门共同努力下，2011 年各医疗卫生机构无烟环境建设取得了积极进展，在全市年终督导检查中有 95% 的单位达到了卫生部提出的“无烟医疗卫生机构”标准，并获得 2011 年度全国创建无烟医疗卫生系统一等奖。

无烟医疗卫生机构创建工作是医疗卫生系统履约的一项重要行动，也是医疗卫生机构保护和促进职工健康，促进全社会控烟工作广泛开展的一个有力措施，更是卫生系统改善和提高人群健康水平应该也是必须要做的事，不可逾越。为此，我们将继续努力，积极响应卫生部的号召，加强和兄弟省市间的合作交流，努力创新、不断进取，在无烟医疗卫生系统创建工作中取得更大的成绩。

2012 年 8 月 29 日



# 我国控制吸烟地方立法评论

杨 寅

**摘 要：**以 2005 年批准《烟草控制框架公约》为界，我国地方控烟立法分为两个阶段。目前，我国 54 个拥有地方立法权的城市中，有 47 个已进行了控烟立法。但是，同《公约》要求相比，这些立法中的大部分都存在不足与差距，应在诸多方面加以完善。

**关键词：**控烟 公约 地方 立法

## 一、我国地方控烟立法概况

### 1、数据统计

我国控烟地方立法始于 20 世纪 90 年代，其因是 1987 年国务院颁布的《公共场所卫生管理条例》，1991 年卫生部颁布了实施细则。为在本地区贯彻实施中央立法，各地纷纷出台细化的地方法律规范。2003 年 11 月 10 日，中国正式签署《烟草控制框架公约》（简称《公约》或 FCTC），2005 年 8 月 28 日，经十届全国人大常委会第十七次会议批准。至此，我国控烟立法进入了新阶段。具体情况见下表 1 至表 4（O 代表地方政府规章；√代表地方性法规）。<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> 本文对地方立法统计截止时间为 2012 年 5 月。

表 1 直辖市立法

2005 年 8 月前立法		2005 年 8 月后立法或修法		通过时间	效力级别	效力级别
直辖市						
北京	北京市公共场所禁止吸烟的规定	北京市公共场所禁止吸烟范围若干规定		1999.12	○	2008.3
上海	上海市公共场所禁止吸烟暂行规定	上海市公共场所控制吸烟条例		1994.9	○	2009.12
天津	天津市公共场所禁止吸烟条例	天津市控制吸烟条例		1996.7	√	
重庆	重庆市公共场所禁止吸烟的规定	无		1998.6	○	

表 2 经济特区立法

经济特区						
深圳	深圳经济特区控制吸烟条例			1998.8	√	
珠海	珠海市公共场所禁止吸烟暂行规定			1995.3	√	
厦门	厦门市公共场所禁止吸烟规定			1996.9	○	
汕头	汕头经济特区城市公共场所禁止吸烟暂行规定			1996.6	○	
喀什	无					

表 3 较大的市立法

国务院批准的较大的市		国务院批准的较大的市		通过时间	效力级别	效力级别
唐山	无					
大同	大同市公共场所禁止吸烟的规定			1997.3	○	
大连	大连市公共场所禁止吸烟暂行规定 旧	大连市公共场所禁止吸烟暂行规定 新		1995.8	○	2008.3
鞍山	鞍山市公共场所禁止吸烟暂行规定			1997.7	○	
抚顺	抚顺市公共场所禁止吸烟暂行规定			1999.5	○	
吉林	无					
齐齐哈尔	无					
无锡	无锡市公共场所禁止吸烟暂行规定			1995.2	○	
淮南	淮南市公共场所禁止吸烟暂行规定			1996.1	○	
青岛	青岛市市区公共场所禁止吸烟规定			1995.11	√	
洛阳	洛阳市公共场所禁止吸烟规定			1996.9	○	
宁波	宁波市公共场所禁止吸烟暂行规定			1996.4	○	
淄博	淄博市公共场所禁止吸烟的规定			1995.5	√	2006.9
邯郸	无					
本溪	本溪市公共场所禁止吸烟规定			1997.3	√	
徐州	徐州市爱国卫生管理条例 旧 (16、17、29条)			1996.6	√	
苏州	苏州市公共场所禁止吸烟管理办法			1997.4	○	
包头	无					

省会城市											
哈尔滨	哈尔滨市公共场所禁止吸烟规定	1996.12	√						哈尔滨市防止二手烟草烟雾危害条例	2011.5	√
长春	长春市公共场所禁止吸烟暂行规定	1996.8	○						无		
沈阳	沈阳市公共场所禁止吸烟暂行规定	1995.7	○						无		
呼和浩特	呼和浩特市公共场所禁止吸烟规定 旧	1998.5	○						呼和浩特市公共场所禁止吸烟规定 新	2008.11	○
石家庄	石家庄市市区公共场所禁止吸烟的规定	1996.12	√						石家庄市公共场所禁止吸烟的规定	2010.8	√
乌鲁木齐	乌鲁木齐市公共场所禁止吸烟规定	1997.11	√						无		
兰州	兰州市公共场所禁止吸烟实施办法	1996.3	○						无		
西宁	西宁市公共场所禁止吸烟规定	1998.7	○						无		
西安	西安市公共场所禁止吸烟暂行规定	1998.9	○						无		
银川	银川市公共场所禁止吸烟暂行规定	1998.3	○						银川市公共场所控制吸烟条例	2008.12	√
郑州	郑州市公共场所禁止吸烟条例	1997.8	√						无		
济南	济南市公共场所禁止吸烟的规定 旧	1996.3	√						无		
太原	太原市公共场所禁止吸烟规定	1995.8	○						无		
合肥	合肥市公共场所禁止吸烟规定	1995.12	○						无		
长沙	无								无		
武汉	武汉市公共场所禁止吸烟暂行规定	1995.1	○						武汉市公共场所禁止吸烟规定	2005.11	○
南京	南京市公共场所禁止吸烟暂行规定 旧	1995.9	○						南京市公共场所禁止吸烟暂行规定 新	2010.12	○
成都	成都市公共场所禁止吸烟规定	1996.1	√						无		
贵阳	贵阳市公共场所禁止吸烟暂行规定	1998.6	○						无		
昆明	昆明市公共场所禁止吸烟管理办法	2002.8	○						无		
南宁	南宁市公共场所禁止吸烟暂行规定	1995.9	○						无		
拉萨	拉萨市爱国卫生管理条例（15条）	2003.11	√						拉萨市爱国卫生条例实施办法(12、13、17条)	2009.1	○
杭州	杭州市公共场所禁止吸烟暂行规定	1995.9	○						杭州市公共场所控制吸烟条例	2009.8	√
南昌	南昌市公共场所禁止吸烟暂行规定	1995.8	○						无		
广州	无								广州市控制吸烟条例	2010.4	√
福州	无								无		
海口	海口市关于禁止在公共场所吸烟的暂行规定	1995.1	○						无		

表4 省会城市立法

## 2、地方控烟立法的形式特点

(1) 多数地方控烟立法制定于批准 FCTC 前。通过表 1 至表 4 可发现，多数地方立法制定于批准公约前。总的来说，现行 47 部地方控烟立法中，33 部出台于 2005 年 8 月前，占总数的 2/3。

(2) 控烟立法以市域为主，在城市层面覆盖率较高。现阶段，我国地方对控烟主要是城市立法，在 54 个拥有地方立法权的城市中，46 个制定了控烟立法。

(3) 省域控烟立法少。我国省级层面（包括省、自治区）的控烟立法仅有吉林省制定的《吉林省城市公共场所禁止吸烟规定》。除吉林省外，其余省、自治区无专门、独立的控烟法规或规章。

9

(4) 立法从过去的以政府规章为主，转变为以地方性法规为主。在 2005 年 8 月前，地方控烟立法主要是对中央立法中涉及禁止吸烟规定内容进行细化，大多采取的是规章形式。2005 年 8 月后，14 个地方立法主体对原有控烟立法进行修订或重新制定，原立法是政府规章形式的大多以地方性法规形式代替。

## 二、代表性城市控烟立法比较<sup>10</sup>

### 1、立法形式

立法名称	立法主体	规范效力级别	批准时间	原有立法
《北京市公共场所禁止吸烟范围若干规定》	北京市人民政府	地方政府规章	2008年3月24日	《北京市公共场所禁止吸烟的规定》（有效）
《银川市公共场所控制吸烟条例》	银川市人大常委会	地方性法规	2009年4月2日	《银川市公共场所禁止吸烟暂行规定》（失效）
《杭州市公共场所控制吸烟条例》	杭州市人大常委会	地方性法规	2009年11月27日	《杭州市公共场所禁止吸烟暂行规定》（失效）
《上海市公共场所控制吸烟条例》	上海市人大常委会	地方性法规	2009年12月10日	《上海市公共场所禁止吸烟暂行规定》（失效）
《广州市控制吸烟条例》	广州市人大常委会	地方性法规	2010年6月2日	《广州市人民政府关于禁止在公共场所吸烟的通告》（失效）
《哈尔滨市防止二手烟草烟雾危害条例》	哈尔滨市人大常委会	地方性法规	2011年8月12日	《哈尔滨市公共场所禁止吸烟规定》（失效）
《天津市控制吸烟条例》	天津市人大常委会	地方性法规	2012年3月28日	《天津市公共场所禁止吸烟条例》（失效）

表 5 立法形式

从立法模式比较，存在两种模式。其一是北京市采取的地方性法规与规章相结合的模式。北京市于 1995 年制定《北京市公共场所禁止吸烟的规定》，同时授权市政府可以规定禁止吸烟的场所范围。这一保留条款为 2008 年《北京市公共场所禁止吸烟范围若干规定》预留了制度空间。第二种模式是其他六座城市采取地方性法规的模式替代原有立法。

### 2、禁止吸烟（不得设置吸烟区、室）<sup>11</sup>

#### (1) 禁止吸烟的场所范围

A: 教育场所的范围包括托儿所、幼儿园、小学、中学、中等技术学校、高等学校、教育机构、

<sup>9</sup> 2011 年 1 月四川省人民政府颁布的《四川省公共场所卫生管理办法》为政府规章，其中第三章（专章）为公共场所控制吸烟。本文未将其视为专门的省域控烟立法。

<sup>10</sup> 本文以北京市、上海市、天津市、银川市、杭州市、广州市和哈尔滨市为样本。从时间上看，七城市都是在 2005 年批准《公约》后重新立法或修法；同以前相比，立法内容有实质性发展。

<sup>11</sup> 我国地方立法对禁止吸烟范围的规定采取的都是列举方式。

培训机构和青少年活动场所等。对不同类型的教育场所，根据其职能不同，对学生的保护程度应区别对待。七城市对教育场所禁止吸烟范围的规定总体上遵循了这一思路。

**B:** 七城市立法对医疗场所的禁烟范围大致有两种类型。第一种（北京、银川、杭州）区分医疗场所的室内与室外区域，室内区域包括医疗场所一切非室外的区域。第二种根据场所内的人员性质，区分不同类型的医疗场所（上海、广州、哈尔滨、天津），即对妇幼保健院、儿童医院采取室内外区域全面禁烟；对其他医疗机构室内区域禁烟。此外，上海市、哈尔滨市和天津市的立法还涉及对福利机构场所的禁烟。

**C:** 对科教、文化、艺术场所，北京市和银川市未明确其禁烟的具体范围，其他城市则明确为室内区域禁烟。对体育场所，总体上看，室外体育场所的禁烟范围是坐席区与比赛区，而室内体育场所为禁烟的室内区域。北京市、银川市、杭州市和天津市还涉及文物保护单位的禁烟，哈尔滨市涉及旅游景区的室内场所。

**D:** 各地对室内办公场所禁烟范围规定不同。哈尔滨市室内办公场所禁止吸烟的范围最广。天津市区分机关、团体与非机关、团体的单位，对于机关、团体在室内区域内禁止吸烟，而非机关、团体则范围较窄。北京市、上海市、广州市大致区分了室内工作场所和食堂、通道等室内公共场所两类场所，范围比哈尔滨市窄，上海市的规定没有涵盖室内单人办公室。银川市的规定更窄，仅限于会议室、食堂、通道和电梯。杭州市规定的范围最窄。

**E:** 对室内营业场所禁烟范围的规定各地（除杭州市未规定外）均采用列举方式加以明确，但对室内营业场所的规定并不一致。范围大致包括金融业、邮政业、电信业的室内营业场所；商场、超市等室内商业营业场所；舞厅、网吧、游艺厅等娱乐业室内营业场所。

**F:** 对交通工具，七城市的立法均明确在其范围内禁止吸烟。对公共交通工具的界定，排除了私人汽车等“非公共”交通工具。对公共交通工具的相关场所，如售票厅、室内站台、等候室，北京市、上海市、广州市和天津市将其纳入禁烟范围。

(2) 禁止吸烟区域的管理要求

	禁止吸烟管理制度	设置禁止吸烟标识	不得设置烟具	不得设置烟草广告
北京	√	√	√	×
银川	√	√	√	√
杭州	√	√	√	√
上海	√	√	√	×
广州	√	√	√	√
哈尔滨	√	√	√	×
天津	√	√	√	×

表 6 禁烟区域的管理要求

### 3、控制吸烟（允许设置吸烟区、室）

#### （1）过渡缓冲期条款

北京	未规定			
银川	未规定			
杭州	未规定			
上海	未规定			
广州	未规定			
哈尔滨	旅馆、餐饮的室内场所在一定期限内可划定控制吸烟区域，期满后全面禁止吸烟			
天津	未规定			

表 7 过渡缓冲性规定

#### （2）控制吸烟的场所范围

北京	①餐饮、互联网上网服务营业场所等经营场所的服务区域；②公园、游乐场等公共场所； ③飞机、火车、长途汽车等公共交通工具的等候室④经营性住宿场所，应当设置无烟客房或者无烟楼层
银川	①飞机、火车、长途汽车等公共交通工具的等候室；②机关、团体、企业、事业单位内； ③互联网上网服务营业场所的服务区域；④风景名胜区⑤经营性住宿场所，应当设置无烟客房或者无烟楼层 ⑥餐饮、娱乐等经营场所的服务区域应当设置非吸烟室或者划定非吸烟区域
杭州	①经营性洗浴中心（含浴室）、足浴、按摩保健、美容美发场所的服务区域；②歌舞、游艺娱乐场所的服务区域 ③商店（场）、超市、商品交易市场的营业区域；④录像厅、互联网上网服务营业场所的营业区域 ⑤体育场馆及非经营性运动健身场所除观众区、比赛区或运动区以外的其他区域； ⑥公共汽（电）车、出租车、轨道交通、船舶、飞机、火车等公共交通工具的等候区或售票区域 ⑦机关、社会团体、事业单位的办公室；禁止吸烟场所之外的单位办事大厅、营业厅、礼堂、食堂等场所 ⑧经营性住宿场所应当设置无烟楼层或者无烟客房⑨五十以上餐位的餐饮场所和棋牌房应当设置无烟包厢
上海	①歌舞厅、游艺厅等娱乐场所；②经营场所使用面积在150平方米以上或者餐位在75座以上的餐饮场所 ③星级旅馆的室内公共活动区域④经营性住宿场所应当设置非吸烟住宿楼层或者客房
广州	①歌舞娱乐、游戏休闲场所②经营场所使用面积在150平方米以上或者餐位在75位以上的餐饮场所 ③公共汽车电车、出租车、长途客运汽车、城市轨道交通列车、客渡轮、火车、飞机等公共交通工具的等候区域 ④住宿性经营场所，应当设置无烟客房或者无烟楼层
哈尔滨	①条例施行后，旅馆、餐饮的室内场所可以在一定期限内划定吸烟的楼层、包房，期满后全面禁止吸烟
天津	①餐饮场所②歌舞厅③公共浴室

表 8 允许设置吸烟区范围

#### （3）吸烟区域（区、室）的管理要求

	符合消防安全要求	设置明显标识	与非吸烟区域隔离	远离人员密集区或主要通道
北京	√	√	√	√
银川	√	√	√	√
杭州	×	√	√	√
上海	×	√	×	×
广州	√	√	√	√
哈尔滨	√	√	√	√
天津	×	√	√	×

表 9 吸烟区域的管理要求

#### 4、监督与管理

##### (1) 监管主体与监管原则

	监管类型	监管机构	监管原则
北京	统一监管	爱国卫生运动委员会负责监管	限定场所、单位负责、加强引导、严格管理
银川	统一监管	爱国卫生运动委员会协调；卫生行政部门负责监管	限定场所、单位负责、加强引导、严格管理
杭州	统一监管	卫生行政部门负责监管；其他相关行政部门协助	加强引导、限定场所、单位负责、严格管理
上海	分类监管	健康促进委员会组织协调；相关行政部门负责各自领域监管	限定场所、分类管理、单位负责、公众参与
广州	分类监管	爱国卫生运动委员会组织协调；相关行政部门负责各自领域内监管	未规定
哈尔滨	分类监管	卫生行政部门负责日常工作；相关行政部门负责各自领域内监管	分类管理、各负其责、公众监督、有效保护
天津	分类监管	健康促进委员会组织协调；相关行政部门负责各自领域监管	积极引导、公众参与、单位负责、依法监管

表 10 监管类型、机构与原则

##### (2) 对禁烟场所内吸烟者的处理与处罚

	处理		检查员	行政处罚 监管机构
	经营管理者	场所内自然人		
北京	劝阻、制止吸烟行为	要求停止吸烟行为； 要求经营管理者制止	处十元罚款	未规定
银川	劝阻、制止吸烟行为	要求停止吸烟行为； 要求经营管理者制止	无处罚权	处五十元罚款
杭州	劝阻制止吸烟行为；报监管机构处理	要求停止吸烟行为； 要求经营管理者制止	未规定	处五十元罚款
上海	劝阻、制止吸烟行为	要求停止吸烟行为； 要求经营管理者制止	未规定	处五十元以上两百元以下罚款
广州	劝阻停止吸烟行为；报监管部门处理	要求停止吸烟行为； 要求经营管理者制止	未规定	处五十元罚款
哈尔滨	劝阻吸烟行为；要求其离开；报监管 机构处理；不听劝阻影响秩序报公安机关	要求停止吸烟行为； 要求经营管理者制止	未规定	处两百元罚款
天津	劝阻制止吸烟行为；报监管部门处理； 要求其离开或拒绝提供服务	要求停止吸烟行为； 要求经营管理者制止	未规定	处五十元以上两百元以下罚款

表 11 对违规吸烟者的处理与处罚

##### (3) 对禁烟场所经营管理者的行政处罚

	处罚理由	处罚类型	罚款数额	加重处罚情形
北京	禁烟区域经营管理者不履行职责	警告、罚款	一千以上五千以下	未规定
银川	禁烟区域经营管理者不履行职责	警告、罚款	一千以上五千以下	未规定
杭州	吸烟区域不合规定和经营管理者不履行职责	警告、罚款	五百以上两千以下	未规定
	吸烟区域不合规定和经营管理者不履行职责	警告、罚款	五百	未规定
	禁烟区域经营管理者未履行劝阻吸烟行为职责	警告、罚款	五百以上两千以下	未规定
上海	禁烟区域经营管理者不履行职责	警告、罚款	两千以上一万以下	情节严重处一万以上三万以下
广州	应设置吸烟区域而未设置的	罚款	一万以上三万以下	未规定
	禁烟区域经营管理者不履行职责	警告、罚款	三千以上五千以下	未规定
哈尔滨	禁烟区域管理者不履行职责	警告、罚款	两千以上一万以下	情节严重处一万以上三万以下
天津	禁烟区域经营管理者不履行职责	罚款	单位五千，负责人五百	未规定
	禁烟区域经营管理者未履行劝阻吸烟行为职责	罚款	单位五千，负责人五百	未规定
	禁烟区域不设置吸烟室又不禁止吸烟	罚款	单位五千，负责人五百	未规定

表 12 对场所经营管理者的处罚

## 5、烟草广告、赞助促销与包装警示语

	烟草广告	烟草赞助与促销	烟草产品包装警示语
北京	未规定	未规定	未规定
银川	禁烟区域内禁止烟草广告及其标志、物品； 禁止烟草广告	未规定	未规定
杭州	禁烟区域内禁止烟草广告及其标志、物品； 禁止烟草广告	未规定	未规定
上海	未规定	未规定	未规定
广州	禁烟区域内禁止烟草广告及其标志、物品； 禁止烟草广告	禁止生产者、 经营者派赠烟草制品	未规定
哈尔滨	未规定	未规定	未规定
天津	未规定	未规定	未规定

表 13 烟草广告、赞助、促销与警示语

## 6、倡导性条款

	鼓励创建无烟单位	鼓励公众及组织参与	鼓励医疗机构戒烟帮助	公共活动中的禁止	鼓励行业控烟准则
北京	√	×	×	×	×
银川	√	×	×	×	×
杭州	√	×	×	×	×
上海	×	√	√	×	×
广州	√	√	√	√	×
哈尔滨	√	√	√	×	×
天津	√	√	√	√	√

表 14 倡导性内容

## 7、执法配套机制

	检测评估机制	宣传教育机制	行为干预机制	经费保障机制
北京	×	√	×	×
银川	×	√	×	×
杭州	×	√	×	×
上海	√	√	√	√
广州	×	√	√	×
哈尔滨	√	√	√	√
天津	×	√	√	√

表 15 执法配套机制

## 8、政府保留条款

北京	其他禁止吸烟的公共场所范围，由市政府确定
银川	未规定
杭州	未规定
上海	根据举办大型活动等的需要，临时设置的禁止吸烟场所范围，由市政府确定
广州	根据实际需要，逐步增设的禁止吸烟场所范围，由市政府确定； 行政管理部門控烟工作的具体职责分工，由市政府确定；控烟工作表彰与奖励的办法由市政府确定
哈尔滨	旅馆、餐饮的室内场所允许吸烟的楼层、包房的期限与范围，由市政府确定
天津	根据实际情况需要，临时设置的禁止吸烟场所范围，由市政府确定

表 16 政府保留条款



### 三、代表性城市控烟立法的特点

#### 1、对部分特殊场所的禁烟规定较为严格

7城市对教育场所的禁烟规定都比较严格，室内区域普遍实行禁烟；未成年人接受教育的学习场所不仅对室内做出规制，室外公共场所也在禁烟范围中。高等教育机构等成年人教育场所的禁止吸烟标准较宽松，但室内区域普遍禁烟。7城市均对医疗机构实行室内全面禁烟。

#### 2、对公共交通工具及相关场所的禁烟规定较为严格

7地控烟立法对公共交通工具的禁烟规制范围基本符合FCTC要求，除指定可设吸烟区的区域外，公共交通工具、等候区域禁止吸烟，且对经营管理单位职责、检查员的设定、监管过程规范、违法责任都有明确规定。对与公共交通工具密切联系的延伸场所，如售票厅、等候室、室内站台等也纳入禁烟范畴。

#### 3、均规定了控制吸烟场所

各地控烟立法大多对一部分应该禁止吸烟的场所放松规定，允许设立吸烟区、室。

#### 4、对控烟监管执法的规定不统一

各地立法中对控烟执法的设置既有原则上的相似性，也有具体制度的差异性。从监管主体来看，是采取统一监管还是分类监管模式，由哪个机构领导，是否设立检查员均存在差异。

#### 5、个别地方的立法达到了FCTC的基本要求

例如，《哈尔滨市防止二手烟草烟雾危害条例》在立法名称、目的、禁烟场所范围、过渡性规定、执法配套机制规定等方面。

### 四、地方控烟立法的现存问题

#### 1、立法形式上的不足影响了控烟的有效性

- (1) 地方控烟立法效力层级偏低。(2) 规制地域范围以城市为主，对县级以上地区覆盖较少。
- (3) 部分地方立法名称难以准确体现立法目的。

#### 2、立法内容与FCTC的标准有较大差距

(1) 全面无烟场所范围过窄。目前，我国地方立法对禁止吸烟范围的规定，较严格的是对公共交通工具及医疗、教育、文化的室内公共场所；对室内营业场所，各地规定的范围不同；对室内工作场所的规定虽有进步，但仍是范围最小，力度最弱的一类。室外公共场所大致包括两种情况：一是特殊职能场所，如医院、学校、妇幼保健所等；二是人员密集的室外公共场所，例如风景名胜、游乐场等。对第一种场所各地普遍采取禁止吸烟的规定，而对旅游景点等，仅有部分城市规定室内公共场所部分禁烟，对室外并无规定。

(2) 对控制吸烟场所缺乏（过渡性）限制。控制吸烟场所只有作为过渡性措施才是符合FCTC要求的，地方控烟立法中控制吸烟场所的范围比较普遍，很多室内公共场所，尤其是经营、娱乐性室内公共场所都被归入其中。除《哈尔滨市防止二手烟草烟雾危害条例》对控制吸烟场所实行过渡

性规定外，其他地方控烟立法都没有提到控制吸烟场所的转化，不符合 FCTC 的标准。

(3) 没有严格的吸烟区（室）设立标准和审批程序。对吸烟区（室）的设立要求非常宽松，大多是概括性的，无实质性标准；也无有关审批程序的规定。

(4) 对警示标识的要求过于笼统。对禁止吸烟警语和标识的设置，各地控烟立法都有规定，但对于警语和标识如何设置，数量与形式标准都没有具体规定。部分地区的立法中虽规定要有举报电话号码标牌，却没有对其位置，形式，如何与禁烟标识结合等作出明确要求。

(5) 对烟草广告、促销和赞助缺乏规制。7 城市立法中，银川市、杭州市、广州市禁止了烟草广告及隐性广告的发布与设置，其中，只有广州市对烟草赞助与促销这种变相宣传行为进行禁止；其他 4 城市立法都没有对烟草广告及变相烟草广告进行规制。

### 3、地方控烟立法监管制度不完善

(1) 监管模式（主体）不明确。各地控烟立法中规定的监管模式不统一，主要分为统一监管和分类监管。统一监管通常由爱卫会或卫生行政部门负责；分类监管通常由一家行政单位协调监督，各相关行政部门负责各自领域内的监管。统一监管虽主体明确，但仅仅依靠单一的行政部门往往力量有限，难以有效规制普遍的吸烟行为。分类监管尽管减轻了各部门的监管工作负担，由于对主体之间责任分配的不明确，容易导致相互推卸责任、重复处理等情况。

(2) 执法制度缺乏可操作性。地方控烟立法对违反控烟法律规范的相对人规定了处罚制度，但处罚执行往往难以落实。控烟执法程序一般要经过警告、责令整改环节，拒不改正的，才可以实施处罚，执法人员在办案中，每一环节中还须现场检查、做调查笔录等；而多次的警告、责令整改，往返循环，即花费大量时间，也起不到震慑作用。实际中，由于执法人员缺乏，能直接发现违法情形的通常是场所经营者和自然人，有处罚权的则是一般不在现场的监管机构。<sup>12</sup>

(3) 违法责任单一，处罚力度不足。地方控烟立法的处罚主要针对违法吸烟者及没有履行规定义务的场所经营管理者；其中，最主要的处罚方式是款。有些地方还规定，对场所经营者违法较轻的行为进行警告。总体来看，处罚方式单一，力度不足，尤其是对场所经营管理者，采取的只是最轻的两种处罚方式。<sup>13</sup>

### 4、缺乏保障执法辅助机制

(1) 缺乏经费保障和医疗资源的辅助。(2) 倡导性机制不足。尽管 7 城市立法都规定了倡导性条款，但并不全面，没有规定系统、有效的制度调动各种资源促进控烟立法实施。

### 5、缺乏对已有立法的修订和完善

(1) 立法修订比例不高，缺乏立法后评估制度。2005 年后，根据 FCTC 标准对原有立法进行修订及制定新法代替的只有 13 部。立法修订比例不高，作出实质性改变的更少。同时，目前地方

<sup>12</sup> 7 城市中仅北京市规定了有处罚权的检查员制度。

<sup>13</sup> 就罚款而言，从 7 城市规定看，数额较过去有提升；其中最严厉的为广州市，对应设置吸烟区域而未设置的处以 1 万以上 3 万以下罚款。但除上海市和广州市以外，其他 5 个城市的处罚上限都维持在 5000。而对吸烟者的处罚一般是 50 元。上海市、天津市将处罚额提升至 50 元以上 200 元以下，哈尔滨市为 200 元。

控烟立法规定或实施立法后评估制度的只有上海市与哈尔滨市。(2) 保留条款没有被充分、有效利用。7 城市中, 只有银川市和杭州市没有作出保留条款的规定, 其他城市均有规定。但其中仅北京市依据本地立法中的保留条款, 于 2008 年制定了《北京市公共场所禁止吸烟范围若干规定》, 对原有立法进行了补充完善。

## 五、促进地方无烟立法的建议

### 1、提高立法技术, 采用更有效的立法形式

加快立法步伐, 提高地方立法效力层级, 促进省域控烟立法。注重立法名称的准确性, 采用更突出立法目的的名称。

### 2、以 FCTC 的要求为准, 完善立法内容

(1) 无烟场所的范围应扩大; (2) 缩小控制吸烟场所范围; (3) 加入过渡性的时间控制; (4) 严格限制吸烟区、室的设立; (5) 对警示标识的设置作出具体要求; (6) 全面禁止烟草广告、促销与赞助;<sup>14</sup> (7) 在公共活动和公务活动中“禁烟”。

### 3、完善监管制度, 保障立法有效落实

(1) 采用责任明确、利于执行的监管模式。(2) 完善处罚机制, 加强对违法责任的追究。<sup>15</sup> (3) 加强处罚力度, 设置多元化的违法责任。

### 4、完善执法辅助机制

加强经费保障, 建立医疗辅助机制; 注重公众参与; 加强“柔性”治理。

### 5、促进地方控烟立法的修订与完善

落实监测评估机制, 建立立法后评估制度; 有效利用政府保留条款。

本文作者为: 上海政法学院教授、上海司法研究所所长、中国控烟法律专家工作组成员

---

<sup>14</sup> 烟草产品的标准和商品流通的市场准入, 涉及中央与地方立法的权限划分, 零售与陈列、包装警示语、烟草广告内容等, 宜由国家层面的立法来规制。

<sup>15</sup> 例如,《广州市控制吸烟条例修正案(草案稿)》中就删除“违法吸烟者予以警告, 责令立即改正; 拒不改正的, 并处以五十元的罚款”, 修改为“违反规定的, 相关行政管理部门或单位对违法吸烟者责令立即改正, 并处以五十元的罚款”。

# 创建“澳门无烟新景象”

## - 2012 年新控烟法带来的机遇与挑战

- 罗奕龙，白琪文，李少平，黄健龙，陈洪涛，莫天浩，任立峰，

- Maria Teresa Pinto，张德洪

澳门仁伯爵综合医院，澳门，中国

### 一、2012 年 1 月 1 日，澳门实施新控烟法

全面禁烟，如医院、中小学、立法机关、2012 年 1 月 1 日，标志着澳门控烟工作的里程碑，这天，《预防及控制吸烟制度》法案（以下简称新控烟法）正式生效<sup>[1]</sup>。订立此法案的目的是：1）防止居民接触烟草烟雾；2）规范烟草制品成份、信息；3）禁止烟草广告、促销及赞助；4）订定降低烟草需求及供应的措施。对广大澳门居民来说，是期待以久的一天。

法案实施后，澳门绝大部分公众场所工作场所、酒店、食肆、商场、设上盖的集体客运车辆总站等。对于违反禁烟规定者，视乎不同的禁止吸烟地点，处以定额罚款 400 至 600 澳门元。然而，控烟法亦规定一些例外场所可以设立吸烟区，例如娱乐场、公园和高等院校等。

除了即时生效的控烟规定外，新控烟法亦规范了特殊场所的控烟时间表。例如，娱乐场在法律生效后的 1 年内（即 2013 年前），须设立面积不大于总博彩区百分之五十的吸烟区；同时，建议博企须为娱乐场员工提供定期身体检查、购买医疗保险及设立吸烟区轮班制度；另外，要求澳门卫生局每 3 年检讨行政法规一次，以便提出适当的修订建议。法律生效后 3 年（即 2015 年 1 月 1 日后），例外场所如酒吧、舞厅、蒸气浴室及按摩院将全面禁烟（见表 1）。

### 二、控烟工作多管齐下，共创“澳门无烟新景象”

为配合澳门新控烟法的实施，澳门卫生局联合多个民间团体推动澳门的控烟工作，共同创建“澳门无烟新景象”。

#### 1、宣传教育 - 成立控烟大联盟

为配合新控烟法的实施，澳门卫生局一直致力宣传烟草的危害，自 2011 年 8 月份开始，卫生局与多个民间团体筹建“控烟大联盟”，由卫生局局长李展润医生担任召集人，藉此推动新法案的宣传推广工作。2011 年 10 月 29 日，举行了控烟大联盟启动礼，约 50 个团体共 2500 人出席，李展润医生在启动礼致辞中指出，成立控烟大联盟的目的是通过共同参与，凝聚社会共识，团结力量，为控烟工作注入不同元素，加深社会大众对新控烟法的了解。

#### 2、严格执法 - 成立预防及控制吸烟办公室

为确保新控烟法能有效执行，澳门卫生局成立预防及控制吸烟办公室（简称控烟办）。由七十余名人员组成控烟队伍，对所有控烟场所进行严格巡查。根据卫生局最新公布的资料<sup>[2]</sup>，截至2012年7月31日，执法人员已巡查场所超过15万次，平均每天巡查700次以上；共票控4722人，检控个案最多的场所分别为网吧（876宗，占18.6%）、公园（864宗，占18.3%）及游戏机中心（560宗，占11.9%），当中超过八成违法者已缴付罚款。

### **3、戒烟服务 – 提供戒烟咨询门诊服务**

借着新控烟法的推行，一方面令非吸烟人士得到法律的保护；另一方面，吸烟者亦获得戒烟辅助。澳门卫生局与民间团体一直都有为吸烟者提供有效的戒烟治疗服务，透过适当的辅导和药物治疗，帮助吸烟者戒烟。

澳门卫生局率先于2006年在黑沙环卫生中心成立「戒烟咨询门诊」，其后，各区卫生中心均增设有关服务，所有想戒烟的澳门市民都可以免费接受戒烟门诊服务。戒烟咨询门诊会为戒烟者提供疗程前评估和疗程中辅导，协助戒烟者克服吸烟的心瘾及烟瘾，并进行药物评估及在疗程完结后作出跟进辅导，以达到成功戒烟的目的。

### **4、加重烟税 - 紧急通过法案调升烟草税 1.5 倍**

2008年世界卫生组织《全球烟草流行报告》指出，通过提高烟草税率，从而提高烟草价格，是减少烟草消费，鼓励吸烟者戒烟最有效的手段，对于年青人及低收入阶层尤其有效。据估计，烟草售价每增加7成，将可预防全球四分之一由吸烟引致的死亡。为加强控烟效果，澳门立法会于2011年12月15日以紧急程序通过《修改〈消费税规章〉的附表》法案，自公布翌日起调升烟草税一点五倍，每包二十支装香烟的烟草税由四元（澳门元，下同）增至十元。澳门目前香烟市场的销售，超过三分一是八元以下的低价烟；加税后，烟税占其零售价百分之七十一。超过二十元的高价烟中，烟税占零售价三成八。平均而言，澳门烟税占香烟零售价超过百分之五十，虽然此比例高于中国和台湾等地，但仍低于香港和世界卫生组织建议的水平，故未来仍有调升的空间。此外，由于调升烟草税有可能刺激私烟和携带入境免税烟的活动，故政府亦承诺致力打击走私烟和研究降低携带入境免税香烟限额。

### **5、规范烟草包装 - 准备就绪**

特区政府已核准印有由图案、健康警句、卫生局戒烟门诊热线及烟草成份表述组成的烟草包装式样，有关行政法规将于2013年1月1日正式生效。

## **三、未来的展望**

澳门新控烟法的顺利通过和实施，无疑是澳门控烟工作的里程碑，为控烟工作带来法律基础。澳门卫生局的有力执法和全方位宣传教育，配合民间团体的共同参与，成功在社会上营造无烟文化的环境和气氛。但是，澳门的控烟工作仍然有相当大的改进空间。例如，目前允许在机场及公园等禁烟区域中设立吸烟区，这样无疑仍然会影响非吸烟者的健康；因此，我们应该争取全面取消吸烟区，同时，继续扩大禁烟的室内外范围，达到真正的‘无烟新澳门’。

此外，推动娱乐场禁烟的工作亦为未来的重点努力方向。由于博彩旅游业为澳门的龙头产业，

娱乐场禁烟未免会对经济带来冲击，新控烟法对娱乐场控烟采取循序渐进的策略，并未有落实娱乐场全面禁烟的时间表。控烟法规定，娱乐场须于 2013 年前，设立面积不大于总博彩区 50%的吸烟区。尽管澳门政府已邀请国家重点实验室，就娱乐场的空气质素开展调查，根据专家意见制订了相关法案，订立娱乐场吸烟区的分隔和通风系统要求，制定空气质素标准指引，要求娱乐场实时及定期监测空气污染物，以减低对娱乐场员工的健康构成影响。但是，目前并未有数据证实，通风系统和空气质素检测对接触二手烟员工的健康有确切的保护作用。2006 年香港发表一份针对饮食从业员的研究报告指出<sup>[3]</sup>，工作时接触二手烟的员工，在其 40 年的工作生涯中，患上心脏病和肺癌的综合额外风险为 3%。假设本澳娱乐场从业员与香港饮食从业员工作时接触二手烟的程度相若，以澳门约 5 万名娱乐场员工计算，将有 1500 人因在工作场所接触二手烟而死亡。新控烟法规定，每三年检讨娱乐场控烟的行政法规一次，因此，我们未来应该把握机会，继续争取娱乐场全面禁烟。

## 结语

2012 年新控烟法的顺利通过和实施，为澳门的控烟工作带来良好的局面。政府的严格执法，配合民间团体的积极参与和市民的支持，使澳门的控烟工作能顺利进行；但是，我们不应满足现状，应该继续争取百份百的室内公共及工作场所全面禁烟；取消所有禁烟区域的吸烟区；透过坚持不懈的教育和执法，迈向真正的“无烟新澳门”。

**表 1 –新控烟法规定的控烟时间表**

<b>2012 年 1 月 1 日起</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 增加禁止吸烟地点</li> <li>• 广泛禁止烟草广告、促销和赞助</li> <li>• 加强规范烟草制品销售</li> </ul>
<b>2013 年 1 月 1 日起</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 实施娱乐场 50%禁烟</li> <li>• 实施烟草产品包装和卷标新规范</li> </ul>
<b>2015 年 1 月 1 日起</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 实施酒吧、舞厅、蒸汽浴室和按摩院禁烟</li> </ul>

## 参考文献

- [1] 第 5/2011 号法律 - 预防及控制吸烟制度。Accessed online at [http://bo.io.gov.mo/bo/i/2011/18/lei05\\_cn.asp](http://bo.io.gov.mo/bo/i/2011/18/lei05_cn.asp) on 31 Aug 2012.
- [2] 澳门卫生局烟草控制信息网。Accessed online at <http://www.ssm.gov.mo/News/smokefree/ch/main.aspx> on 31 Aug 2012.
- [3] Hedley AJ, et al. Risks for Heart Disease and Lung Cancer from Passive Smoking by Workers in the Catering Industry. *Toxicol. Sci* 2006; 90 (2): 539-548.

# 控烟框架公约签署后国际烟税改革近况

胡德伟

(美国加州大学柏克莱分校)

世界卫生组织于 2003 年通过了《烟草控制框架公约》。这是一项全球公认最重要的控烟法规。其中《公约》第六条：“以价格和税收减少烟草使用”是控烟最有效的条约之一。自从 2005 年以来，许多国家（及地区）包括日本、新加坡、厄瓜多尔、法国、美国、埃及和土耳其等国都增加了烟税，以履行第六条公约的承诺。本报告将介绍近年来这些国家的加税实例。另外亦将介绍两岸四地近年来的烟税改革近况。根据这些实例及世界卫生组织发表的烟税管理手册的建议有以下几条结论：

- (1) 提高烟税可以减少烟草使用，增加税收，并减少因使用烟草所致的死亡；
- (2) 设定烟税水平占零售价的百分之七十以上；
- (3) 烟税的方式越简单越好：从量消费税比从价消费税更为简便。多收税，不易避税，不易转买低价烟；
- (4) 一次大额加税比多次小额加税对控烟更有效；
- (5) 部分烟税收入作为健康服务及控烟的经费。
- (6)

# 控烟框架公约签署后国际烟税改革近况

第六届两岸四地烟害防制交流研讨会

中国 南京

2012 年 11 月 5-6 日

本研究由美国国家卫生研究院 Fogarty International Center 资助，(R01 TW05938)

## 概要

烟税在控烟中的作用

《烟草控制框架公约》签署后国际烟税增加近况

两岸四地烟税现状

吸取的经验教训

## 烟税在控烟中的作用：公约第六条

以价格和税收减少烟草使用

提高烟税及其价格是减少烟草使用的一项有效政策工具，对青少年尤为有效

提高烟税将极大地增加政府收入

### 公约签署后（2005 年）国际烟税增加近况

已有十多个国家提高了烟税，在亚洲、东南亚、北美洲、南美洲、中东和欧洲地区。例如：日本、新加坡、厄瓜多尔、德国、土耳其、埃及和美国。

#### 日本

2010 年—每包卷烟烟税从 300 日元（3.60 美元）增加到 410 日元（4.90 美元）

最受欢迎的品牌加税 40%

用于社会保障费用和重建

增加税收 2000 亿日元（25 亿美元）

新税率占零售价的 62%

#### 新加坡

2005 年和 2010 年期间-每包卷烟消费税的增加使得卷烟零售价从 5.86 新元（4.69 美元）增加至 7.04 新元（5.63 美元）

2005 年和 2010 年期间增加了 20%

烟税占零售价的 61%

#### 厄瓜多尔

2011 年-从量消费税每包增加 1.60 美元，税率占零售价的 64% 增至 77%

厄瓜多尔成为拉丁美洲烟税最高的国家

法律规定每 6 个月按照居民消费价格指数调整税率

#### 德国

2011 年—能源类公司减税

未来五年每年每包烟税增加 0.04—0.08 欧元

新的烟草税率占零售价的 63%

增加的税收用于政府的一般用途



## 土耳其

2009 年—将零售价的消费税和从价税从 63% 增加到 69%

增加的收入用于社会福利计划

连同增加的增值税（15%），总税率为 84%

## 埃及

2010 年—从价税增加 10%，从而总平均税率占零售价的 70%

增加的税收用于公共医疗服务

## 美国

2009 年—联邦消费税税率从每包 39 美分提高到每包 1.00 美元（增加 61 美分），以资助低收入儿童的健康保险计划

已有 1000 万儿童享受到医疗保险保障

总体上，卷烟税率占零售价的 40%

## 两岸四地烟税改革近况

### 中国（大陆）

2009 年—在生产价/批发价环节上增加从价消费税 11.7%

从量消费税没有变化

卷烟零售价没有变化

中国的烟税约占零售价的 40%

### 香港

2009 年—每包卷烟增税 8 港元

2011 年—每包卷烟增税 10 港元（从 39 港元/包增加到 49 港元/包）

香港的烟税占零售价的 68%

部分所增加的税收将用于医疗服务，控烟和医疗研究

### 澳门

2009 年—每包烟税增加 4 澳门元

2011 年—每包烟税增加 10 澳门元

2011 年澳门烟税为零售价的 55%

## 台湾

2006 年—每包卷烟增税新台币 10 元

2009 年—每包卷烟增税新台币 10 元

所增加税收的 70% 用于健康福利捐

所增加税收的 30% 用于癌症治疗和控烟

2011 年烟税税率为零售价的 52.6%

### 吸取的经验教训

利用烟草税收来实现公共卫生目标—减少卷烟消费、戒烟

随着烟税占零售价比例的增加，从量消费税比从价消费税更为可靠—增加政府税收

烟草消费税税率至少达到国际烟税中位数，即 70%

一次大额加税比多次小额加税对控烟更有效

将部分烟税收入作为健康服务及控烟的专项经费

# 中国烟草消费税改革的经济影响分析

胡德伟 石坚 毛正中

**内容提要:** 本文系统分析了中国烟草消费税改革后烟草消费税税率及税负的实际水平; 烟草税改革对卷烟消费的影响和对政府财政收入的影响; 并结合国际经验, 建议把提高的烟草消费税转移到零售价格, 进一步提高烟草税税赋, 以达到国际上实际税赋的平均水平。

**关键词:** 烟草税 改革 经济影响

## 一、改革背景

税赋作为一种经济手段, 在烟草控制的工具中是被国际社会公认的最有效果而成本又是最低廉的政策; 同时提高烟草税赋, 达到控制烟草消费之目标也是《烟草控制框架公约》缔约国应该承担义务。以卷烟为例, 与国际社会比较, 中国的烟草税赋水平一直偏低。因此, 可以说, 提高烟草税赋成了摆在我国政府面前一项不可回避的责任。

2009年5月23日财政部和国家税务总局联合下发《关于调整烟产品消费税政策的通知》(财税[2009]84号<sup>[1]</sup>), 宣布对烟草产品的税收结构和税率做出调整。这是在全球金融危机的背景下、主要从经济角度考虑而制定的政策。事实上, 这项政策出台之前, 我国的财政收入连续7个月同比负增长, 而财政支出又快速增长。据统计, 2009年1—4月累计, 全国财政收入20539.2亿元, 完成预算的31%, 同比减少2257.02亿元, 下降9.9%。2009年1—4月累计, 全国财政支出17888.97亿元, 完成预算的23.5%, 同比增加4303.79亿元, 增长31.7% (数据来自财政部官方网站<http://www.mof.gov.cn/><sup>[2]</sup>)。为了舒缓这种财政压力, 政府选择了可能争论最小、并且许多人一直在呼吁的烟草产品作为提高税赋的对象。在方案实施中, 《通知》明确指出, 这次烟草消费税的调整, 是“为了适当增加财政收入, 完善烟产品消费税制度”。至于履行《烟草控制框架公约》的义务、控制烟草消费的社会目标却如付阙如。烟草管理部门明确规定烟草企业要内部消化增加的税赋, “提税不涨价”, 即烟草产品的零售价不变。显然, 这次税收政策调整并没有兼顾控制烟草消费的社会目标。

## 二、烟草消费税改革后实际消费税税率的分析

国际社会在确定烟草产品的税率时, 均采用零售价做基数。一般称这种税率为实际(消费税)税率, 此种计算方法与中国的官方统计有所不同。

对2009年的这次烟草产品消费税调整的主要内容, 可以归结如下几个要点:

第一, 在结构上的调整, 即首次在批发环节增加了(批发价的)5%的从价消费税。

第二, 税率有一定的提高, 甲类卷烟的消费税从(调拨价的)45%提高到56%, 乙类则从(调拨价的)30%提高到36%, 甲类卷烟的增幅较大。但是, 国家烟草专卖局相应调整了卷烟分类的标

准, 将原来 50~100 元/条的二类烟, 调整为 70~100 元/条, 而二类以下卷烟均为乙类烟。于是 50-70 元/条的从价税率实际上下降了 9 个百分点, 即从 45% 下降为 36%。

第三, 卷烟的从量税没有变化, 仍保持 0.60 元/条的低水平。

据此, 我们可按下述方法估计出我国卷烟的实际税率。这时需要借助一些假设。

根据中央财经大学高松和郑蓉教授以及我们研究的推算<sup>[3, 4]</sup>, 假定甲类卷烟的批发价与调拨价的价差为调拨价的 40%, 乙类为 30%。设  $P_{PA}$  表示甲类卷烟的调拨价,  $P_{WA}$  表示甲类卷烟的批发价。于是, 批发价  $P_{WA}$  为:

$$P_{WA} = P_{PA} (1+56%) (1+40%) = 2.184P_{PA}。$$

同理, 可以得到乙类卷烟批发价与调拨价的关系:

$$P_{WB} = P_{PB} (1+36%) (1+30%) = 1.768P_{PB}。$$

再把按批发价新征收的 5% 的消费税转换为以调拨价计算的税率。对甲类卷烟而言, 应为  $P_{PA}$  的 10.9% ( $2.184 \times 5%$ ); 对乙类卷烟则为  $P_{PB}$  的 8.8% ( $1.768 \times 5%$ )。

因此, 新的消费税综合从价税税率, 按调拨价计算, 应分别为: 甲类卷烟 66.9% ( $56% + 10.9%$ ); 乙类卷烟 44.8% ( $36% + 8.8%$ )。换言之, 分别比 2009 年 5 月前的从价税税率分别提高了 21.9 个百分点 ( $66.9 - 45.0$ ) 和 14.8 个百分点 ( $44.8 - 30.0$ )。

但是, 价格在每条 50.00~70.00 元的卷烟, 从价税税率调整前为调拨价的 45%, 现属乙类烟, 只有 44.8%。因此, 价位在这个范围内的卷烟, 从价税税率实际上是下降了 0.2 个百分点。

既然从价税是以卷烟的价值而不是卷烟的数量来课税, 那么就应该以销售值作为权重来衡量政府来自各种不同卷烟的财政收入。按“烟草在线” (<http://www.tobaccochina.com><sup>[5]</sup>) 提供的信息, 我国卷烟品牌繁多, 价格从大约 20.00 元/条到超过 2000.00 元/条不等; 2008 年生产商销售收入, 70.00 元/条及其以上的卷烟所占份额为 20%, 50.00~70.00/条的卷烟销售收入所占份额为 30%, 其余 50% 的收入份额由 50.00 元/条以下的卷烟占有。于是, 按调整后按调拨价计算的新从价消费税税率, 较 2009 年 5 月前的税率净增的水平为:

$$((21.9\% \times 0.2) + (-0.2\% \times 0.3) + (14.8\% \times 0.5)) = 11.7\%,$$

即增加了 11.7 个百分点。权威部门曾报告过卷烟的总消费税水平为调拨价的 65%<sup>[6]</sup>, 再加上新净增的 11.7 个百分点, 即为调拨价的 76.7%。在“提税不涨价”的前提下, 卷烟销售不受影响, 从这个综合税率, 可以粗估政府的烟税收入。假若把新增的税赋全部转移到零售价上的话, 则可按如下方式把这个新的按调拨价计算的税率转换为新的按零售价计算的实际税率。设  $T_R$  为按零售价计算的实际税率,  $T_P$  为按调拨价计算的税率, 则可按通常用的公式

$$T_R = T_P / (T_P + 1)$$

把按调拨价计算的税率转行为按调零售价计算的实际税率。容易算得: 2009 年 5 月前的实际税率为 40%, 而其后的新实际税率 43.4%, 提高了 3.4 个百分点。

### 三、税率调整对卷烟消费和政府财政收入的影响

烟草产品消费税税率的变化对烟草消费和政府财政收入带来了哪些影响？这是社会各方面十分关注的问题。

中国疾控中心控烟办公室姜垣教授等的一项专题调查的结果，调查了这个问题<sup>[7]</sup>。他们在北京、上海、广州、银川、沈阳和长沙，采用到随机选择的零售烟点询问价格的方式，在不同的时间点（从2009年5月前一直到2010年），抄记当地几种销售最多的代表品牌（各次的品牌相同）的价格；并且随机选择800名吸烟者面对面地询问他们的吸烟行为，包括所吸卷烟的价格；最后，2010年用电话追踪卷烟价格的变化。他们得到的结果是：在卷烟零售店未用消费者物价指数调整的卷烟（各品牌的平均）名义价格，在2009年5月为6.4元/包，2010年7月为6.3元/包，与他们在2007年调查的结果6.3元/包相比；吸烟者自报的经常吸食的卷烟的名义价格，分别是2006年为7.80元/包，2008年为7.78元/包，2010年为7.83元/包。显然，从销售和消费两方面看，调税前后卷烟的价格确实没有变化。并且，吸烟者每日需要量也几乎没有变化：2008年为16.9支，2010年为16.3支。因此，可以得出结论：2009年5月的烟草产品消费税调整确实没有产生抑制烟草消费的作用。

但另一方面，这次消费税的调整确实起到了增加政府财政收入明显作用。我们根据国家税务局提供的全国烟草消费税收入数据制作了表1<sup>[8]</sup>。从表1可以看出，烟草消费税在2009年6月有显著增加，比同年5月份增长了42亿元，同比增长12.59%；环比增长22.78%。因为5、6月份的其他经济和政策环境并无改变，卷烟消费状况也没有改变，故我们有理由认为这主要就是由于税率调整在“提税不涨价”的状况下所直接带来的影响。2009年7—12月份烟草消费税收入仍保持稳步增长趋势（表1），其中在2009年11月和2010年4月到达了一个非常高的增长幅度，同比分别增长29.08%和58.22%。正如，在国家烟草专卖局2010年1月14日举办的新闻发布会上国家局新闻发言人张修连所说，“烟草行业面对市场环境的重大变化和卷烟税收政策的重大调整，……2009年全年实现工商税利5131.1亿元，同比增加559.3亿元，增长12.2%；其中实现税费（含国有资本经营收入）4163.4亿元，同比增加864.6亿元，增长26.2%<sup>[9]</sup>。

表1：中国烟草消费税统计表 单位：百万元

2008年 各月合计		2009年 各月合计		比上年同比 增长率(%)	2010年 各月合计		比上年同比 增长率(%)
01月	13, 522	01月	12, 379	-8.45%	01月	18, 451	49.05%
02月	37, 444	02月	3,9173	4.62%	02月	61, 961	58.17%
03月	47, 807	03月	51, 293	7.29%	03月	81, 046	58.01%
04月	59, 964	04月	63, 906	6.57%	04月	101, 115	58.22%

05 月	71, 697	05 月	77, 332	7.86%	05 月	122, 355	58.22%
06 月	84, 337	06 月	94, 952	12.59%	06 月	142, 233	49.79%
07 月	96, 275	07 月	113, 465	17.86%	07 月	162, 534	43.25%
08 月	109, 900	08 月	133, 114	21.12%	08 月	186, 800	40.33%
09 月	124, 422	09 月	153, 265	23.18%	09 月	210, 723	37.49%
10 月	138, 316	10 月	176, 968	27.94%	10	237.009	33.92%
11 月	149, 506	11 月	192, 986	29.08%	11	256.516	32.92%
12 月	161, 869	12 月	208, 671	28.91%	12	274.472	31.53%

资料来源：根据国家税务总局收入核算司《税收月报》有关资料整理。

#### 四、模拟将提高的税率转移到烟草零售价上的影响

世界卫生组织的《烟草控制框架公约》第 6 款要求缔约国提高烟草产品的税率、从而增加价格已达到抑制烟草需求（控烟）的目的。但是，我国这次调整了烟草产品税率，却又由烟草管理部门明令“不准涨价”，失去了一次向国际社会宣示我们履行《公约》第 6 款义务的机会，令人扼腕叹息。这可能反映了对烟草经济的一种担忧，以为要高烟草税赋从而增加零售价格抑制了烟草需求，这会使政府来自烟草产品的财政收入减少。我们可以通过模拟将提高的税赋转移到零售价的影响，来澄清这种误解。

2008 年政府来自烟草的利税为 4500 亿元<sup>[10]</sup>。据有关部门预测，在不改变价格、从而不影响消费的条件下，烟草产品税率调整会增加政府 500 亿元的税收<sup>[11]</sup>。我们前面已经估计，按调拨价计，调整后的消费税增加了 11.7 个百分点，而  $4500 \times 11.7\% = 526.5$  亿元，和预测的数字很靠近，这也佐证我们估计的消费税增加幅度有很大的可信度。

我们用 2009 年的数据作基线来进行模拟。假设：按零售价作基础的消费税实际税率增加了 3.4 个百分点；卷烟综合平均价为 6.64 元/包；价格弹性按保守的估计为 -0.15；全国卷烟消费为 1069.8 亿包。于是，当把增加的税赋转移到零售价上时，综合平均价增加为 6.87 元/包，从而卷烟消费减少 5.456 亿包（ $1069.8 \times 0.034 \times 0.15 = 5.456$  亿包）。

根据国际上的经验<sup>[12]</sup>，总价格弹性的大约 40%来自参与吸烟行为的变化（放弃吸烟或不参与吸烟），60%来自条件需求（减少吸烟数量）。故参与弹性为  $-0.15 \times 0.40 = -0.06$ ，按现吸烟者为 3.08 亿来估计，可减少吸烟者 640000 人，从而可以避免 210000 人（即其中的三分之一）因吸烟引起的早逝。与此同时，政府将可多获得额外的 225.8 亿元的财政收入。在市场上就表现为吸烟者付更多的钱（多出部分其实就是税赋），但买到（消费）更少的烟草产品。

若将需求弹性假设为-0.5，则可按同样的方式计算出：把提高的税赋转移到零售价上，将会使吸烟人数减少 209 万，从而使其中 700000 人避免吸烟引起的早逝，并使政府获得额外 196.3 亿元的财政收入。

另一个令人关注的问题可能是提高零售价对低收入吸烟者的影响。有必要澄清“烟草税是累退的”的误解。

据调查，大多数低收入吸烟者购买 2.50~4.00 元/包的卷烟。假设按零售价计的实际税率由 40%提高到 44% (为简化，代替 43.4%)，并转移到零售价上，则低收入吸烟者每包可能要额外支付 0.10 元 (对每包 2.50 元的卷烟，要付每包 2.60 元)或 0.16 元 (对每包 4.00 元的卷烟，要付每包 4.16 元)。假设低收入吸烟者每天吸 1 包卷烟 (统计显示他们平均每天吸 15-16 支)，于是，他们每月将多支出 3~4.8 元。若低收入家庭的月收入是 500 元左右，那么，这项增加的支出占低收入吸烟者家庭收入的 0.60%~0.96%。并且，低收入者对烟草的价格需求弹性远高于中、高收入者；中、高收入者消费的卷烟的价格又比低收入者高出许多，故增加的税赋重要落在了中、高收入吸烟者身上。此外，低收入吸烟者因 (加税) 价格增加而减少的烟草支出，可以用于他们家庭的其他日常生活项目。

另据我们测算，若把提高的税赋转移到零售价上、从而导致需求减少，但价格弹性为-0.5 时，烟草工业将要失去 290 个工作岗位 (每年烟草工业退休和因合并而下岗的人数大约为 60,000)；若烟农不转产，应对烟叶需求减少而使烟农减少 4600 万元的收入。可见，若把提高的税赋转移到零售价上，对烟草行业的影响是微乎其微的。只要简单地比较一下把税赋转移到零售价上的这种代价和它可能带来的好处，就有利于决策者把这项措施付诸实行。

## 五、基本结论和深化烟草消费税的政策建议

从上面的叙述可以得出以下几个基本结论。

第一、2009 年 5 月中央政府调整了烟草产品的税收政策，在税制结构和税率方面都做了比较大的调整，特别是在批发环节新增加了 5%的从价税、总体税率也提高了。这是在烟税调整上的一次引人瞩目的进展。但是，另一方面，在调整结构时，实际上降低了 5~7 元/包的卷烟税率。这显然是没有把“控制卷烟消费”的健康或社会目标考虑进来的一个表征。

第二、这次烟草产品税赋调整，使按调拨价计算的消费税大约提高了 11.7 个百分点，按零售价计算的实际税率大约提高了 3.4 个百分点，达到 43.4%。但是，这个税赋水平与国际上其他国家比较，仍然是相当低的。根据世界卫生组织的 Dr. Yurekli 最近的报告<sup>[13]</sup>，最近一年内埃及、孟加拉、巴基斯坦、乌克兰、土耳其、墨西哥和哈萨克斯坦等国都相继通过提高税赋提高了烟草产品的价格。例如，2010 年埃及通过提高税赋将卷烟价格提高了 44%，使税赋占零售价的 65%。土耳其 2010 年提高税赋，使税赋占卷烟零售价的 80%。这些国家不仅减少了烟草消费，政府还增加了财政收入。显然，我国还有很大的提高烟草税赋的空间。

第三、这次烟草税赋的调整，仅限于税赋的调整，没有转移到零售价上，因此不可能产生抑制

烟草消费的作用。这是忽略健康或社会发展目标的又一个表征。

第四、这次消费税的调整完全没有触动从量税，从量税仍保持 0.06 元/包的低水平。但国际上的经验却一再表明，从量税的征收管理最为便捷、烟草企业又无法避税，并且还缩小了吸烟者转移品牌（从高价烟转向低价烟）的空间，是控烟最为有效的方式。

烟草消费的危害的严重性日益明显。杨练博士等利用 2008 年“国家卫生服务调查”的数据估计了吸烟引起的 35 岁以上的人群癌症（ICD-10: C00-C97）、心血管疾病（ICD-10: I00-I99）和呼吸系统疾病（ICD-10: J00-J99）的经济负担<sup>[14]</sup>，发现：该年总负担为 288.5 亿元，是 2000 年 301%。世界银行的专家警告，目前的烟草流行势头得不到控制，到 2030 年，烟草消费引起的疾病负担将使中国经济不堪重负<sup>[15]</sup>。这不是危言耸听，是现实的威胁。中国共产党和政府的执政理念是以人为本、科学发展、协调发展。在这种观念的指导下，“赚钱”与“人的健康和生命”比较（在两者有冲突的时候），孰重孰轻应该是非常明显的。若在实践中所有的人都秉持这样的价值取向，千方百计地控制烟草应该是一致的共识。实际上，温家宝总理在处理三聚氰胺奶粉事件时，一再强调企业的发展不能以牺牲群众的健康为代价，就非常具体地体现了人本理念。我们也正是以此为基础，提出以下政策建议：

第一、把提高的消费税尽快转移到零售价上，以达到增进健康和增加政府财政的双赢，体现调税不仅是要增收，也是要达到健康的社会目标。同时，也是我们履行《公约》采取的一个具体行动。2011 年 1 月 14 日在北京召开的 2011 年全国烟草工作会议上，新上任的工信部部长苗圩强调了要做好履行《公约》的七项相关工作，其中第四项就是“开展价格税收政策研究，减少烟草消费需求”<sup>[16]</sup>。把提高的税赋转移到零售价上完全符合工信部的这项要求

第二、进一步提高烟草税赋，以达到国际上实际税赋水平的平均水平，即税收占零售价的 65% 左右。为此可分别考虑（1）把目前的两级从价税率合并成单一的税率；（2）较大幅度地提高从量消费税，可分步走，例如，先从 0.06 元/包，提到 0.50 元/包，再提到 1.00 元/包，等等。这样做有利于缩小不同品牌间的价差，用经济杠杆把低价烟逐出市场，从而有利于控制烟草消费。

烟草控制是一项艰巨的工作，也是一项大有益于人民和国家的工作，只要国家从长远的根本利益着眼，高瞻远瞩地制定控烟政策，大家积极开展控烟工作，必会取得显著的成效。

作者简介：

胡德伟，美国加州理工大学伯克利分校教授；

石坚，国家税务总局税科所理论政策研究室主任、研究员，100038；

毛正中，四川大学公共卫生学院教授，100044；



## 参考文献

- [1][http://www.chinaacc.com/new/63\\_67\\_/2009\\_6\\_4\\_wa522377441469002441.shtml](http://www.chinaacc.com/new/63_67_/2009_6_4_wa522377441469002441.shtml)
- [2] <http://www.mof.gov.cn>
- [3] Song Gao and Rose Zheng :Cigarette Pricing in China:Myths and Truth. Working paper
- [4] 石坚 等:《中国烟草实际税赋分析—甲类卷烟消费税案例研究》,中国税务出版社 2009 年
- [5] <http://www.tobaccochina.com/>
- [6] 刘铁男、熊必林:烟草经济与烟草控制。北京,经济科学出版社,2004
- [7] 姜垣 等:中国六城市烟草零售价格变化。北京,2010年11月16日在《烟草经济与税收国际研讨会》上的发言
- [8] 石坚 等:中国烟草消费税改革对政府收入的影响分析。北京,2010年11月16日在《烟草经济与税收国际研讨会》上的发言
- [9] 2009年烟草行业改革和发展成效明显 <http://www.gongxuanwang.com/View.asp?19403.html>
- [10] [http://www.bjreview.com.cn/business/txt/2009-07/04/content\\_205363.htm](http://www.bjreview.com.cn/business/txt/2009-07/04/content_205363.htm)
- [11] <http://www.chinatobacc.com/20090812>
- [12] Shafey o,et al. The Tobacco Atlas. 3<sup>rd</sup> ed. Atlanta, GA; American Cancer Society, 2009
- [13] Ayda A. Yurekli :Tobacco Tax &WHO Framework Convention on Tobacco Control. 北京,2010年11月16日在《烟草经济与税收国际研讨会》上的发言
- [14] Lian Yang at el: Economic Cost Attributable to Smoking in China: Update and an Eight-year Comparison. Tobacco Control, February,2011 online )
- [15] Jack Langenbrunner: The New “Epidemic” in China of Non-Communicable Diseases And the Role of Smoking — What Can be Done? And What will be the Costs if Nothing is Done? World Bank,北京,2010年11月16日在《烟草经济与税收国际研讨会》上的发言
- [16] 2011年全国烟草工作会议在京召开 苗圩出席并讲话:  
<http://www.miit.gov.cn/n11293472/n11293832/n11293907/n11368223/13571611.html>

# 香港增加烟草税的成效及长远策略—强弱机危 综合分析法 (SWOT Analysis)

林大庆 黎慧贤

香港大学公共卫生学院

香港吸烟与健康委员会

**摘要** 根据世界卫生组织(世卫)建议, 增加烟草税能够有效鼓励吸烟人士戒烟及预防儿童及青少年染上烟瘾。为了落实全面的控烟政策, 香港吸烟与健康委员会(委员会)联同关注控烟的团体及学者, 除了争取扩大禁烟范围及禁止直接或间接烟草广告外, 多年来积极向政府建议调高烟草税。政府于2009年及2011年响应委员会和社会各界的要求, 分别增加烟草税50%及41.5%。增加烟税后, 烟税占卷烟零售价的比率提高至68%, 但这个比率比世卫及世界银行的建议仍有距离。为配合未来继续倡议增加烟税, 本文就香港最近两次成功增加烟税的经验, 分析及探讨增加烟税的成效及长远策略, 期望从香港的优势(Strengths)、劣势(Weaknesses)、机会(Opportunities)和威胁(Threats), 剖析未来争取增加烟税的策略, 订立日后宣传推广的方向, 以及为争取政府及公众支持增加烟税提供更充分的理据。

## 背景与目的

世界银行的报告指出, 烟草价格每提高10%, 高收入国家及地区如香港, 烟草需求量随之下降4%, 而中至低收入国家及地区的需求量更下降8%。世界银行亦建议, 烟税应该占烟草零售价的百分之六十七至八十, 而世卫建议烟税应占零售价七成以上。世卫《烟草控制框架公约》第六条列明, 各国政府应以价格及税收措施降低烟草需求, 特别是儿童及青少年对烟草价格最为敏感, 成效更为显著。

香港自六七十年代开始征收烟税, 以间接税形式增加政府收入。自2001年后, 政府连续八年没有增加烟税, 令烟草售价持续维持在低水平, 但烟税收入却逐年递增。2009年财政司司长以保障公众健康建议增加烟税, 虽然有吸烟人士、烟草公司及烟草零售业反对, 但凭着我们的努力和广大市民的支持, 立法会最后以大比数通过增加烟税百分之五十, 令卷烟平均零售价由港币29元增至39元, 当中烟税占百分之六十一左右。

2011年财政司司长再次为保障公众健康, 建议增加烟税百分之四十一.5, 部分吸烟人士、烟草公司及烟草零售业大力反对, 更有议员表示对加烟税建议不表支持。委员会联同关注控烟团体、学者及社会各界多次表达支持增加烟草税, 并在立法会和其他平台分析增加烟税的理据及重要性, 以争取广大市民支持。经过多次立法会会议及激烈辩论, 最后以33票赞成、8票反对及12

票弃权，增加烟税获得通过。

本文分析香港最近两次成功增加烟税的经验，探讨增加烟税的成效及长远策略，期望从香港的优势、劣势、面对的机会及威胁，以计划未来争取增加烟税的方向。

## 研究及分析

**1.优势** — 由于八成以上香港市民都是非吸烟人士，他们在两次增加烟税时均表示支持，希望藉此鼓励更多吸烟人士戒烟，更可减少二手烟。此外，无论是 2009 或 2011 年，增加烟税后戒烟热线的求助数字均大幅度飙升，可见加烟税对推动戒烟甚为有效。以增加烟税作为控烟政策的重点有助长远降低香港吸烟人口，并可进一步保障全民健康。

**2.劣势** — 过往两次政府建议增加烟草税，均被烟草业及烟草零售商，尤其是报贩们的大力反对，表示影响他们的生计，更指出增加烟税只会有短期成效，会令走私烟增加和令吸烟人士流向走私或未完税烟市场，对此「成效不彰」的政策大表反对。有吸烟人士亦反对增加烟税，认为影响低收入人士，使他们无法享受吸烟。亦有指 2009 年加税后，2011 年再加太快，应该分期和逐步少量增加。更有反对者以「税债票偿」，促使市民将来不投票给支持加税的议员，令推动增加烟税倍添阻力。立法会在 2012 年增加了十个议席及新当选的议员，他们对加烟税的支持度仍有待探讨，亦增加了将来争取加烟税的难度。

**3.机会** — 世卫近年推动全球控烟，176 个国家及地区已成为《烟草控制框架公约》缔约方，各国政府订立相应措施以推动控烟。世卫 2008 年提出 MPOWER 六项成效显著的控烟措施中，「R」正是增加烟草税。许多国家已采用增加烟税作为主要的控烟措施，藉增加烟税提升烟草零售价预防吸烟及鼓励戒烟。在全球一体化及信息非常流通的年代，世界各国积极以税收提高烟价可造成连漪效应，有效推动一些物价稍低的地区或国家增加烟税，以避免烟价落后而无法推动控烟。

**4.威胁** — 香港的卷烟零售价比许多欧美国家都要低，然而，相比邻近地区及城市，以及一些近年开始积极加强控烟的地区及国家中，香港的烟草零售价略高，部分吸烟人士可能藉海外旅游购买及使用外地较便宜的卷烟。由于香港只容许入境人士携带十九支卷烟作个人使用，对加烟税推动戒烟的效力影响不大。除此之外，作为一个自由贸易港口，香港位处东南亚的地理环境有利工商贸的发展，同时亦吸引一些不法份子大量走私烟草至香港，大大减少加烟税的效力，亦成为反对增加烟税人士的主要借口，他们认为加烟税只会让走私烟的人得益。

## 讨论及总结

为鼓励吸烟人士戒烟及预防青少年吸烟，增加烟税是必要的，尤其是现时香港的烟税率仍未及世卫建议的最低水平，要有效持续以烟税作为香港控烟措施之一，必须细心分析劣势及威胁及作出适当行动，以配合未来倡议增加烟税。

加烟税成效显著：根据卫生署数字显示，卫生署戒烟热线于 2008 年全年共收到 4,300 个电话，但于 2009 年 2 月政府宣布调高烟税后 10 个月内，共收到 12,000 个查询电话，较 2008 年同期大幅

上升二 倍多，但之后逐步下降。2011 年度再次增加烟草税后，卫生署控烟办公室戒烟热线求助 电话即时飙升，由平均每天 40 个查询电话，增加至 200 多个电话，2011 年全年共收到 20,000 多个查询电话，可见增加烟税对推动吸烟人士戒烟是不容置疑的。

另一方面，香港大学李嘉诚医学院公共卫生学院调查发现，2007 年实施全面禁烟后，将 2006 年青少年现行吸烟率 9.5%，急剧下降至 2008 年的 6.9%，2009 年增加烟税 50%，令青少年吸烟率下降至 2010 年初的 4.8%，到 2010 年底更减至 3.4%，跌幅达 51%，为 提高烟草税以保护青少年、减少他们吸烟及鼓励他们戒烟提供有力的证据。

## 烟草税与走私烟

无论是否增加烟税，走私烟草在边境出入口管制上都需要长期执法及打击。即使政府没有增加烟税，不法份子都不会停止这些有利可图的犯罪行为。事实上，烟税加幅太少或多年才加一些，会减弱戒烟效果，政府仍然应该藉增加烟税以推动控烟和戒烟。烟草业界的策略是高调宣传加烟税会助长私烟活动，藉以降低政府烟税政策的力度，这是烟草商一直沿用的策略，多年来在其他国家及城市皆可见。其实，增加烟税及加强打击走私和刑罚，才是彻底解决走私烟的有效方法，不加烟税绝不会减少走私烟。如果不增加烟 税，吸烟人士失去戒烟的动力，青少年吸烟增加，会导致烟草需求增加，不法分子及走私集团自然更猖獗，令走私烟草问题更严重。根据许多国家过去的经验反映，只要加强 打击烟草走私的执法力度，以及加重参与及使用走私烟的刑罚，即可有效打击烟草走私 问题。在香港，政府一方面实行高烟草税政策，同时应大量增加资源给予相关执法部门，指定用于加强打击走私烟，大力宣传无论贩卖及购买走私烟均属违法，透过刑罚去杜绝走私问题方为有效。香港在 2009 年及 2011 年增加烟税后，令烟税收入均有明显增长，由 2008 年的港币 30 亿，加至 2009 年的 31 亿，2010 年的 38 亿，2011 年更升至 43 亿。加烟税增加的 收入，应全部用于加强打击走私烟和控烟工作，特别是鼓励和帮助吸烟人士戒烟。加税和戒烟工作同时进行，效果更为显著。

近年多个邻近地区及国家均开始以增加烟税推动戒烟，但力度仍可加强。在未来，委员会联同控烟团体及学者会继续透过宣传及教育，向社会大众宣扬增加烟草税的重要性，并邀请市民支持及参与倡议加烟税的行动，令烟草税可以持续增加至零售价百分之七十 五以上，从而推动近七十万吸烟人士尽快戒烟，将香港的吸烟率降至单位数，成为全球 首个无烟城市。

# 控烟与反控烟的博弈：中国控烟形势分析之一

杨功焕

警惕烟草业阻碍或破坏烟草控制工作的任何努力，并需掌握烟草业采取的对烟草控制工作产生负面影响的活动。

WHO《烟草控制框架公约》序言

“在制定和实施烟草控制方面的公共卫生政策时，各缔约方应根据国家法律采取行动，防止这些政策受烟草业的商业和其他既得利益的影响。”

WHO《烟草控制框架公约》第 5.3 条

烟草控制在全球范围内取得了很大的胜利，2005《世界卫生组织烟草控制框架公约》（简称《公约》）签订生效，现今已有 175 个缔约方。2011 关于非传染性疾病 (NCD) 预防和控制的联合国高级别会议，将烟草控制认定为降低非传染性疾病增长率的关键因素。公约履行方面，以其中最关键的和最具成本效益的控烟措施——*MPOWER* 系列政策履行的评估国显示，受到至少一项新执行措施保护的人数最高达到了 11 亿人。

2011 年 1 月 6 日，在《控烟与中国未来》<sup>i</sup>一书中，对中国的控烟形势做了分析，指出：从 2006 年至 2011 年，《公约》生效 5 年中，1) 控烟效果微弱，吸烟率居高不下；2) 烟草流行后果严重，成为中国人群健康的“第一大杀手”；3) 控烟履约绩效得分很低，与《公约》要求差距巨大；4) 烟草业阻挠控烟工作是导致控烟效果不佳的根本原因。从那之后，“全面推行公共场所禁烟”写入《十二.五 国家社会经济发展规划》中，卫生部、教育部等部委在烟草控制中都有不俗的表现，尤其是哈尔滨、天津的接近《公约》8 条精神的无烟环境立法的出台和实施，都表明中国的控烟有长足的进展。但是正如 WHO 总干事指出的：我们的敌人——烟草行业已经变换面孔和策略，……旨在颠覆《世界卫生组织烟草控制框架公约》。在中国，烟草行业更是肆无忌惮的抵制《公约》的履行，攻击控烟组织和人员。本文回顾这两年中国控烟与反控烟的博弈，剖析中国控烟的根本症结和难点，为发展有效的控烟策略提供依据。

## 一、 中国烟草企业抵制和干扰烟草控制的八宗罪

今年5.31，新探健康发展研究中心、中国控制吸烟协会和中华预防医学会联合发布的《2012年世界无烟日主题报告—— 揭露并抵制中国烟草业对控烟的干扰》全面揭露了中国烟草业对中国控烟的全面干扰<sup>ii</sup>。阻挠控烟的八宗罪列在下面，他们是：

- ◇ 制造“低焦油、低危害、和“中式卷烟”的骗局；
- ◇ 阻碍在烟草制品包装上提供清晰的健康警示，特别反对使用图形警示的立法；
- ◇ 阻挠提高烟草税和价格的立法；

- ◇ 利用中国的社会弊病，推销高价烟（疯狂的高价烟）；
- ◇ 阻碍全面禁止烟草广告、促销和赞助立法，利用变相广告、促销和赞助，改善烟草在人们心中的形象；
- ◇ 拉拢青少年亲近烟草，引诱青少年吸烟；
- ◇ 否定烟草危害的科学证据；
- ◇ 淡化《公约》的法律约束力，使政府的“政治承诺”流于空谈。

## 二、控烟与反控烟的博弈

“降焦减害”早就被国际科学界否定，很多国家的研究证明这是烟草企业的欺骗术；但中国烟草业和管理者（烟草专卖局）围绕发展“高香气、低焦油、低危害”的“中式卷烟”，正在联合导演这场骗局，还把科技部、中国工程院等拖入到这场骗局中。

以本年度两件事为例：1，“烟草院士”；2，“中式卷烟特征理论体系构建及应用”入围国家科学技术进步奖。

### 事件1 烟草院士

12月8日上午9点，中国工程院<sup>iii</sup>正式对外发布54名新增院士名单。仅一小时后，一名网友就指出新晋院士谢剑平的主要贡献是研究“降焦减害”，实质上“研究更高效杀人，却当选院士？”并将该院士冠名为“杀人院士”“烟草院士”。

从12月8日到12月18日，针对所谓的烟草院士，在中国引发了一场热议。多个控烟组织、多名专家纷纷发表评论，指出，降焦减害是一个伪命题，是烟草界的营销术<sup>iv v vi</sup>。问题的根本是“降焦减害”不可能降低烟草的危害，反而误导烟草消费，阻碍控烟活动。这早已是全球公共卫生学界和世界卫生组织等专业机构的共识。近千篇文章详细报道了这个争议。中国工程院院士中也有为之辩护者，中国医学科学院肿瘤研究所的一名院士<sup>vii</sup>认为控制烟草对人类的危害，应走降低香烟中有害物质含量之路。还有院士认为<sup>viii</sup>，“1，降焦减害”研究对控烟作用很大，获得了国家发明奖、国家科技进步二等奖3次、申报发明专利多项，其研究成果被认可，并已经推广；2、烟草行业是我国的纳税大户，烟草税收对国家建设有重要作用。这一点看，国家还是需要烟草行业的，控烟是个逐步的过程，降焦减害是解决吸烟问题一个必经的阶段。”

1月国际杂志《Science》以“烟草科研人员当选使工程院蒙羞”报道了中国的烟草院士事件，该事件使中国科学界的科学水准、科学操守收到质疑。<sup>ix</sup>

从2011年12月15日至今年8月，中国控烟协会曾先后五次致函中国工程院，据理要求撤销谢建平的院士资格，并应工程院要求为其提供了大量的科学证据和法律文书。

5月，中华预防医学会、中华医学会、中国医师协会、中国医院协会、中国健康促进与教育协会、中国防痨协会、新探健康发展研究中心等7家科学社团与民间组织近日致函工程院，恳请重新审议“烟草院士”谢剑平的院士资格<sup>x</sup>。

5,31 日, 近百位院士联名致函中国工程院, 请求重审谢剑平当选工程院院士的资格。作为中国烟草总公司郑州烟草研究院副院长, 谢剑平的主攻方向是卷烟“减害降焦”研究<sup>xi</sup>。

但是到 8 月 16 日, 中国工程院给中国控烟协会的回函表示, 此事还在调查中。

## **事件2: “中式卷烟特征理论体系构建及应用”入围国家科学技术进步奖。**

2012 年 3 月 23 日, 《国家科学技术奖励工作办公室公告第 67 号》, 公布经过形式审查合格的国家科学技术进步奖的 543 项项目中, 由国家烟草专卖局(中国烟草总公司)推荐的“中式卷烟特征理论体系构建及应用”名列其中。公示材料称, 项目创造性地提出“中式卷烟系统调香”理论。项目研究成果用于红云红河、湖南中烟等近 10 个烟草工业企业, 以及华宝、华旭升等香料企业的烟草加工、香精香料加工、卷烟调香等。材料中称, 研究成果的应用, “提升了产品质量和市场适应性, 近三年累计实现新增销售收入 1735.74 亿元, 新增利税 1421.8043 亿元”。

2012 年 4 月 2 日, 中国控烟协会、新探健康发展研究中心等单位先后致函科技部, 反对这一技术入围国家科技奖。<sup>xii</sup> 以及控烟专家致信科技部万钢部长, 指出“国家科技部通过评奖来弘扬的科学精神, 最终应该转化为促进人民健康、促进社会和谐发展, 而不是协助一个给人民健康带来巨大危害的产业赢得高利润”。国家卫生部、中国疾病预防控制中心均公开表示, 该奖项有违我国的禁烟原则<sup>xiii</sup>。钟南山、秦佰益等 30 名院士联名抵制烟草技术参评科技奖。<sup>xiv</sup>

科技部 4 月 14 日回复: 关于各方面反映较集中的对“中式卷烟特征理论体系构建及应用”成果被推荐国家科技进步奖所提出的异议, 负责国家科学技术奖励具体工作的国家科学技术奖励工作办公室已经与项目推荐部门主动沟通和反馈, 并按照异议处理程序将有关异议材料转请推荐部门研究提出意见。5 月 8 日, 科技部作出说明<sup>xv</sup>, “鉴于中式卷烟”项目的异议情况较为复杂, 国家烟草专卖局提出了不继续参加评审的申请”。至此, 该争议告一段落。

控烟杂志(tobacco control)在 9 月号的新闻述评中指出, <sup>xvi</sup> 过去烟草业的活动在中国很少受到批评, 而这次对烟草业科研入围国家奖在科技界和卫生界展开了广泛批评。这意味着烟草控制的意识在增强, 人民更多的意识到公众健康应高于烟草业的利益。

2011 年 12 月 7 日, 中国疾病预防控制中心发布了全球成人吸烟流行病学调查(GATS)报告<sup>xvii</sup>。GATS 调查发现 86%的人都不知道“低焦油不等于低危害”, 其中 有 50%的人不知道, 有 36%的人相信低焦油卷烟确实是一种低危害的卷烟, 这种错误认识随着教育程度的提高, 反而有增加之势; 在医生和教师中这种错误的认识比例更高。我国公众对吸烟和二手烟暴露危害的认识严重不足。

卫生部 2012 年 5 月 30 日发布的《中国吸烟危害健康报告》<sup>xviii</sup>已经明确指出, 不存在无害的烟草制品, 吸“低焦油卷烟”并不会降低吸烟带来的危害, 中草药卷烟一样会对健康造成危害。

不仅这件事, 最近我们看到被命名为“烟草学校”, 校园内的标语写着“烟草助你成才”的四川两所以烟草命名的希望小学日前更名, “充满烟味”的校园宣传将被取消<sup>xix</sup>。

### 三、 中国式控烟僵局如何来解

虽然全面控烟意识在增强，但距离有效控烟还有很大的差距。如果我们仔细回顾一下中国目前的控烟现状：烟草价格依然是最低的，烟盒警句完全不符合公约的精神，各类烟草广告促销和赞助还比比皆是，烟草博物馆依然还作为爱国教育基地在传播各类烟草的错误信息，还没有全国性的无烟环境立法，……。6年多了，还没有出台国家烟草控制规划。中国的吸烟率、二手烟暴露率几乎没有变化。之所以这样，其中关键的症结是：控烟领导权还在烟草企业手里，如果控烟履约机制不改组，这些有效的控烟策略最后依然不会出台，控烟效果自然还不会出现。

另一方面，很多关于垄断企业的研究，也已经表明，烟草业虽然貌似强大，但是烟草业的巨额利润来源于垄断和政府定价，不是真正的盈利，更与公款消费和腐败有千丝万缕的联系。中国社会科学院工业经济研究所研究员、中国经济体制改革研究会公共政策研究中心主任余晖在会上作的《中国烟草业经济和财政效益再评估》得出上述结论。该研究显示，烟草对国民健康和经济贡献值都是负数，但中央政府和某些地方政府“烟瘾”极强。从长远看，烟草行业和区域经济其实有足够的时间转型。

上述事例已经表明，控烟已经越来越得到民众的支持，中国式控烟僵局就等政府下决心来解。我们相信中国政府对于自己已经签署的公约，对于民众的健康，对于日益增长的医疗费用，最终会给出满意的答案。

#### 参考文献

- <sup>1</sup> 杨功焕 胡鞍钢 主编 控烟与中国未来，中国经济出版社，2011 1 月 北京
- <sup>1</sup> 中国新探健康发展研究中心、中国控烟协会、中国预防医学会，《2012年世界无烟日主题报告——揭露并抵制中国烟草业对控烟的干扰》，<http://www.docin.com/p-425696427.html>
- <sup>1</sup> 科学网，中国工程院新增选 54 名院士，<http://news.sciencenet.cn/htmlnews/2011/12/256686.shtml>
- <sup>2</sup> sciencenet.cn, China Academy of Engineering adds 54 new academicians, <http://news.sciencenet.cn/htmlnews/2011/12/256686.shtml>
- <sup>1</sup> 人民网，陈君石评价“烟草院士”：销售死亡怎能成院士？<http://scitech.people.com.cn/GB/16612856.html>
- <sup>1</sup> 中国新闻网 烟草院士”当选遭质疑 方舟子称降焦减害是欺骗，<http://www.chinanews.com/gn/2011/12-13/3529086.shtml>
- <sup>4</sup> chinanews.com, Election of Tobacco Academician questioned, low tar and harm reduction is a lie, says Fang Zhouzi, <http://www.chinanews.com/gn/2011/12-13/3529086.shtml>
- <sup>1</sup> 凤凰网 烟草院士被指研究高效杀人 [http://news.ifeng.com/mainland/detail\\_2011\\_12/12/11251477\\_0.shtml](http://news.ifeng.com/mainland/detail_2011_12/12/11251477_0.shtml)
- <sup>1</sup> 中国烟草在线：发展中式卷烟要注重烟医接合 <http://act.tobaccochina.com/news/news.asp?id=3438827>
- <sup>6</sup> tobaccochina.com, Combination of tobacco and medicine should be stressed in developing cigarettes of Chinese style, <http://act.tobaccochina.com/news/news.asp?id=3438827>
- <sup>1</sup> 中国科技网 魏复盛院士回应烟草院士质疑：研究对控烟作用大 [http://www.stdaily.com/stdaily/content/2011-12/12/content\\_398379.htm](http://www.stdaily.com/stdaily/content/2011-12/12/content_398379.htm)
- <sup>1</sup> Mara Hvistendahl Tobacco Scientist's Election Tars Academy's Image. Science. 335, 13 Jan, 2012. 153-154
- <sup>1</sup> 东方早报，7 家科学社团与民间组织函请工程院重审“烟草院士” <http://news.sina.com.cn/c/2012-05-11/091824401178.shtml>
- <sup>1</sup> 新京报：近百名院士联名请求重审“烟草院士”资格，<http://news.163.com/12/0530/02/82NHNTV000014AED.html>
- <sup>1</sup> 搜狐健康：中国控烟协会第五次致函要求撤销“烟草院士”<http://health.sohu.com/20120910/n352752036.shtml>
- <sup>1</sup> 新闻会客厅 中国控烟协会上书反对烟草技术参选科技奖 <http://economy.enorth.com.cn/system/2012/04/06/008994480.shtml>
- <sup>1</sup> 财经网科技部称中式卷烟有权申奖 目前公示尚未入围，[http://www.ce.cn/cysc/sp/info/201204/24/t20120424\\_21153106.shtml](http://www.ce.cn/cysc/sp/info/201204/24/t20120424_21153106.shtml)
- <sup>1</sup> 科学网 新闻：院士联名反对卷烟入围科技奖 烟草专卖局等沉默，<http://news.sciencenet.cn/htmlnews/2012/4/262563.shtml>
- <sup>1</sup> 人民网，烟草成果获提名国家科技奖项遭质疑：将不参评，<http://politics.people.com.cn/GB/17815278.html>
- <sup>1</sup> Worldwide news and comment: CHINA: TOBACCO RESEARCH PRIZE NOMINATION SPARKS PROTESTS, tobaccocontrol.bmj.com on September 22, 2012
- <sup>1</sup> 中国疾病预防控制中心，2010 全球成人烟草调查——中国报告，中国三峡出版社，2010，12 月，北京
- <sup>1</sup> Chinese Center for Disease Control and Prevention, Global Adult Tobacco Survey 2010: China Report, Three Gorges Publishing House of China, Dec. 2010, Beijing
- <sup>1</sup> 中华人民共和国卫生部，中国吸烟危害健康报告，人民卫生出版社，2012,6 月 北京
- <sup>1</sup> 新京报 四川两所希望小学更名去掉涉烟草字样，<http://news.sina.com.cn/c/2012-09-21/023925219473.shtml>



# 中国无烟医疗卫生系统创建工作过程和效果

姜垣 杨焱 夏晶 李强 王继江 石琦

烟草使用是当今世界最大的可预防的死亡原因，烟草使用者的一半都会死于烟草使用。中国是世界上最大的烟草消费国，吸烟人数超过三亿，目前每年烟草使用导致的死亡已经超过 100 万，如果这个趋势继续下去，到 2030 年其归因于烟草使用的死亡将超过 200 万，到 2050 年超过 300 万。

中国政府签署和生效了世界卫生组织《烟草控制框架公约》，承诺了为了保护人民健康，要实现室内全面无烟的目标。为了树立典范，达到这个目标，从 2005 年开始，卫生部门制定了系列政策，开展相关活动。本文介绍全国开展无烟医疗卫生系统的做法，并利用暗访结果对无烟卫生系统创建的结果进行了评估。

## 一、制定政策、开展相关创建活动

为做好控烟履约工作，发挥卫生部门示范带头作用，2008 年 3 月，卫生部和全国爱卫办联合印发了《无烟医疗卫生机构标准（试行）》（以下简称《标准》）（卫妇社发[2008]15 号），卫生部、国家中医药管理局、总后勤部卫生部和武警部队卫生部四部门于 2009 年 5 月联合印发了《关于 2011 年起全国医疗卫生系统全面禁烟的决定》（以下简称《决定》），要求军地所有卫生行政部门和至少 50% 的医疗卫生机构到 2010 年应建成无烟单位，确保 2011 年实现全国医疗卫生系统全面禁烟目标。打开了控烟的全国性局面，推进了无烟医疗卫生系统创建工作的顺利开展。工作重点如下：

### 1.1 卫生部重视，起到了很好的带头作用

对于《标准》的制定，卫生部聘请了大量的控烟领域专家参与讨论与修订，形成了严谨、规范的《无烟医疗卫生机构标准（试行）》，并在全国适用。

为了深入贯彻落实《决定》，2010 年卫生部以身作则，率先开展了无烟卫生部机关创建活动，把“创建无烟”作为重要工作内容之一，纳入年度计划和考核中，并请社会各界进行监督，确保了控烟工作行之有效的开展。

### 1.2 覆盖全国，以点带面

为了到达目标，从 2006 年开始，利用中央支持地方的控烟项目，开展了覆盖全国 31 个省市自治区和新疆生产建设兵团的项目，并在各省选取一定数量的试点开展无烟环境创建活动，通过这种点面结合的方式，项目达到了最大的覆盖面，并以点带面，推动全国医疗卫生系统的创建活动。项目在执行过程中得到了各试点城市的高度配合，为项目创造了良好的支持性环境，为项目的可持续发展奠定了基础。

### 1.3 开展监测，了解烟草流行情况

为了了解医疗机构的烟草流行现状，更好的开展无烟医疗卫生机构创建活动，2009 年控烟办公室在各试点城市开展了医生吸烟行为监测，通过问卷调查的方式了解医生的吸烟行为、对控烟的

态度以及提供戒烟服务等方面情况，为接下来开展的 2009-2011 中央补助地方烟草控制工作打下了良好的基础。

#### **1.4 聘请多方专家参与，形成强大的技术支持**

项目在实施过程中，邀请多方国内外专家参与标准的制定、实施方案的讨论、督导、以及培训等工作，为项目的实施提供了强大的技术支持和师资力量。此举加强了地方结构人员的控烟能力水平，并保证了项目在设计、实施和评价方面的严谨性。

#### **1.5 开展大众媒体宣传**

为了扩大项目的影响力，项目鼓励和支持媒体开展烟草控制大众传播活动，并对无烟医疗卫生机构创建工作进行监督和追踪报道。通过借助媒体的宣传，一方面对公众开展公共场所严禁吸烟的目的和意义进行深入教育，另一方面号召公众建立起自我保护意识，形成不在公共场所吸烟的社会认知。同时，媒体的宣传报道对医疗卫生机构也是一种约束，能够有效的监督并促进创建活动的开展，形成一种良性氛围。

#### **1.6 推广戒烟服务试点**

为了促进无烟环境的建设，提高我国的戒烟服务能力，帮助有需要的吸烟者戒烟，项目要求各试点城市设立戒烟门诊，为吸烟者提供专业的戒烟咨询服务。此外，为了能够满足吸烟者的需求，项目还组织对戒烟门诊医生开展简短戒烟干预服务培训，提高医生的戒烟咨询服务能力；并编纂戒烟门诊操作指南，指导医院开设戒烟门诊。

#### **1.7 持续暗访，促进项目的持续效果**

为评估无烟医疗卫生系统创建工作进展，2010-11 年开展了年全国创建无烟

## **二、医疗卫生系统的无烟现状**

2011 年卫生部委托独立的调查机构，对全国创建活动进行评估，现以暗访的结果作为评估的依据。

### **2.1 评估方法**

对医疗卫生系统采用的统一的方式，进行了暗访，暗访评估范围为全国所有地级及以上城市以及每个城市下辖的部分县（市、区）、新疆生产建设兵团的医疗卫生系统，调查当地的卫生行政部门、公共卫生机构和医疗机构。因交通不便等原因，其中 4 个市的医疗卫生系统没有纳入暗访范围，共计划暗访 3359 家机构，实际完成 3340 家机构。其中卫生行政部门 750 家，公共卫生机构（疾病预防控制中心）755 家、医疗机构 1835 家。按照行政区划级别划分，省级（含省会城市）、地（市、州）级、县（市、区）级暗访机构数分别为 552 个、1508 和 1280。调查公司深入到每家无烟医疗卫生机构进行观察，了解机构内吸烟情况、烟头情况、控烟宣传情况、吸烟区设置情况等，并保存有录像材料。在暗访实施的各个环节，采取有针对性的质量控制措施。暗访结果通过卫生部下发到各省卫生行政部门。这样的举措极大的提高了各省对无烟医疗卫生系统创建的重视程度，促进了无

烟医疗卫生创建工作的进展和效果。

## 2.2 暗访的结果

在暗访过程中，观察了机构内 5 类场所“禁烟标识”设置情况，82.2%机构在等候厅设置禁烟标识，比例最高；在男厕所和入口处禁烟标识设置比例相对较低，仅为等候厅的 1/2 左右。

在 46.1%的被访机构观察到固定控烟宣传栏，仅在 36.7%的机构观察到控烟海报、折页等控烟传播材料。

设置“室外吸烟区”机构的比例为 46%，33.9%的机构设置清晰明显的引导标识。

在一个机构内，只要在“发现烟头”、“发现非工作人员吸烟”、“发现工作人员吸烟”三项指标中发现三者任何一例，即视为该机构存在室内吸烟现象，由此得到暗访期间室内区域观察到吸烟现象机构的比例。本次暗访在 53.2%的机构内发现吸烟现象。各类型机构中，医疗机构发生吸烟现象的比例高于公共卫生机构和卫生行政部门。各级机构发生吸烟现象的比例呈现从省级（含省会城市）、地（市、州）级到县（市、区）级递增的趋势，以县（市、区）级医疗机构的比例最高，为 73.4%。男厕所、楼梯和等候厅发现吸烟现象的机构比例均较高，分别为 32.6%、26.7%和 25.6%。

426 个机构的所属区域内发现销售烟草制品，占调查机构的 12.8%，其中医疗机构 406 个，占所有医疗机构的 22.1%。

## 三、建议

通过全国创建无烟医疗卫生系统暗访评估，一定程度上了解了全国创建无烟医疗卫生系统工作现状。2011 年全国创建无烟医疗卫生系统工作尽管取得一定进步，也仍然存在一些问题。全国医疗卫生系统应当进一步加大控烟履约工作力度，认真贯彻落实《国民经济和社会发展第十二个五年规划纲要》和《决定》要求，巩固已经取得的成果，全面推进无烟医疗卫生系统建设。具体建议如下：

### （一）加强领导，进一步加大控烟工作力度。

各地各单位要充分认识医疗卫生系统控烟工作的长期性、艰巨性和复杂性，扎实落实各项工作要求。各级卫生行政部门要充分发挥示范带头作用，加强组织领导，实行“一把手负责制”和“目标责任制，推动各级各类医疗卫生机构加大控烟工作力度。

### （二）整合资源，部门联动推进控烟工作。

防止吸烟和二手烟危害，是倡导健康文明生活方式的重要内容。公共场所禁烟已被列入《公共场所卫生管理条例实施细则》、《全国文明城市测评体系（2011 版）》等规范和标准。各地应充分结合创建卫生城市、文明城市、健康城市等活动，抓住有利时机，与相关部门密切配合，整合资源，分工合作，形成合力，统筹推进创建无烟医疗卫生系统工作。

### （三）巩固成果，总结推广创建无烟机构经验。

暗访评估结果显示，一些地区创建无烟医疗卫生机构工作滞后，尤其是县（区、市）和地级市

级机构相比省级机构差距明显。建议各地参考《创建无烟医疗卫生机构指南》，总结和推广前期创建工作的经验和成果，严格按照《无烟医疗卫生机构标准》，积极开展创建无烟医疗卫生机构培训。在完善省级机构创建水平的基础上，重点提高县级和地市级机构建设无烟环境能力，全面提升各级医疗卫生系统创建水平。

#### **（四）深入宣传，加强社会监督和舆论监督。**

各地应充分利用电视、广播、报纸、网络等各种媒体广泛开展控烟大众传播活动，提高公众对烟草危害的正确认识。同时，加大对创建无烟医疗卫生系统工作的社会监督和舆论监督力度，督促医疗卫生系统扎实开展控烟工作。

#### **（五）加强督导，努力实现持久控烟。**

目前创建无烟医疗卫生系统工作尚未在卫生系统和公众中达成广泛共识，稍有松懈就有可能造成停滞和反弹。各级卫生行政部门在进一步动员医疗卫生机构积极开展控烟工作的同时，尚需综合采取明查、暗访、社会监督等各种手段，重点监督医疗卫生机构吸烟现象、销售烟草制品现象以及无烟环境布置情况，敦促医疗卫生机构巩固和扩大创建成果，保持无烟环境，实现持久控烟。

#### **（六）突出重点，加强无烟医疗卫生机构建设。**

进一步完善无烟环境布置，营造禁烟氛围；积极劝阻吸烟行为，创建无烟环境；坚决杜绝销售烟草制品行为，打造无烟净土。

# 中国烟草业干扰控烟 ——与控烟非政府组织的博弈

倪菁华

中国控制吸烟协会

中国早在 2005 年就签署了世界卫生组织《烟草控制框架公约》，承诺将公民健康放在首位。然而，在 2011 年 WHO 公布的《公约》缔约国控烟效果调查报告中，我国控烟履约绩效得分仅为 37.3 分，各项得分均为“倒数”。我国仍是全球最大的烟草生产、消费国，在全世界卷烟销量普遍下降的大环境下，中国卷烟反而异军突起，产销量一直在稳定地持续地增加，从 2005 年到 2010 年，中国卷烟产量增加了 4215.7 亿支，销量增加了 3943.4 亿支。与此相对的是占全世界吸烟总人数的三分之一的 3 亿烟民和 7.4 亿人遭受二手烟的危害，每年死于吸烟相关疾病的人数高达 120 万。

控烟的国际呼声和国内诉求不断高涨，但控烟工作却步履艰难，进展缓慢。究其根本，我们不难发现烟草公司在其中采取着各种手段，全力阻挠和干扰着国家实施有力的控烟政策。相比世界其他大型烟草公司，中国烟草业因其特殊的背景和地位，表现出极其强劲的势力。

**一、中国烟草业干扰控烟，这是其性质决定的。**作为一个企业，烟草公司要寻求利益的最大化，必然不允许伤害行业发展的异端存在。早在 2006 年，中国政府签署《公约》之时，国家烟草专卖局便组织烟草公司的课题组编写了《〈WHO 烟草控制框架公约〉对案及对中国烟草影响对策研究》一书。书中强调烟草是中国重要的支柱产业，淡化烟草危害的致命性，回避烟草每年致百万人死亡的事实，而以发展经济和为吸烟者基本权利为借口，反对控烟立法，继续为扩大烟草生产制造舆论；同时，针对《公约》的每一条款，研究应对对策，竭尽全力钻空子，找法子，维护烟草企业的形象，保持烟草的品牌与销量。

**二、中国烟草业干扰控烟，是有政府机构为其后盾的。**中国烟草总公司与政府主管部门国家烟草专卖局是两块牌子同一个机构，烟草业的行业利益正在吞噬政府部门的监管职能，形成了一个政企合一的行业利益共同体。中国烟草业一直企图主导控烟。早在参加《公约》谈判时，国家烟草专卖局的一位官员就曾大放厥词：“你们要控烟？我告诉你们，这是在卖国，你们是公务员，工资的 1/10 都是拿我们的钱！”如此的飞扬跋扈，这已不是简单的道德标尺能够评判的了。他们干扰中国控烟的言行，一点也不逊于其他国家的烟草企业。

**三、中国烟草业干扰控烟，是全方位多手段的，是与控烟非政府组织的正面较量与博弈。**

中国的控烟行动最早是由民间非政府组织和专家开始的。控烟非政府组织在中国的控烟历程中发挥着重要的作用：扩大群众控烟舆论基础、推动国家加速多项控烟政策、引导社会健康无烟新风气。烟草业对控烟的干扰，往往对于控烟非政府组织来说是最敏感的，其各种花招和手段都会遭到控烟组织理性的揭露与批判。这是一场势力悬殊的较量，但也是生命与健康危害的博弈。归纳起来

体现在三方面：

（一）烟草业利用变相广告、促销和赞助，促进烟草消费。

烟草公司为维持烟草销量及催生新烟民，千方百计规避国家法律，利用变相广告、赞助文体赛事、资助教育、扶贫慈善活动等，企图塑造负责任的企业形象，吸引新烟民，尤其青少年加入烟民队伍。控烟组织在严密的监测着其动向，不断揭露其所谓正面社会形象下欲求营销的企图。

2008年奥运会火炬传递期间，广西的“真龙”烟草品牌就被印在奥运火炬上。中国控烟协会立即致函奥组委，指出火炬传递当中出现烟企名称属变相广告，与北京奥运会提出的无烟奥运的承诺相悖，奥组委接受了意见，并承诺不再发生类似事件。

2008年，民政部拟授予188家企业“中华慈善奖”，其中有6家烟草企业。协会获悉后立即致函民政部，强烈要求不授予烟草企业“中华慈善奖”。成功促进了民政部最终取消了烟草企业的获奖资格。

2010年5月，媒体报道上海烟草企业捐赠上海世博会2亿元，协会于5月9日立即致函上海世博局，阐明上海世博会接受烟草企业捐款违反公约精神，有悖于上海的“无烟世博”的理念，强烈要求上海世博会退还全部款额，许桂华副会长又三次赴上海，与世博局法律部部长交涉。在交涉无果的情况下，举办了国内外媒体发布会。多家媒体广泛报导，两天时间里网络检索到相关报道123万多条，网民跟贴评论560余条。在强大舆论压力下，上海世博会最终取消了两亿捐赠，为中国国内禁止烟草企业的捐赠起到了示范作用，并最终获得了“无烟世博”的称号。2010年的山东全运会接受了烟草企业的2000万捐款，由于上海世博的例子，他们很快的退回了所有捐款，形成了“世博效应”。

2012年，据《法制日报》报道，地处南昌市的江西中烟工业责任有限公司(下简称江西中烟公司)，为大力推介“黑老虎”牌卷烟上市，竟然在报纸、电视上公然打起卷烟广告。与此同时，该公司巡回全省的百场“黑老虎”体验主题公园活动也已拉开序幕，涉嫌在公共场所做变相烟草广告和促销。中国控烟协会分别向国家工商管理总局和江西省工商行政管理局致函，指出江西中烟公司作为国有企业，在电视、报纸上做烟草广告和变相烟草广告，已经违犯了现行《广告法》第十八条，是公然藐视国家法律的违法行为，损害了国家控烟履约的国际信誉。建议其立即制止其活动，依照《广告法》第四十二条和《烟草广告管理暂行办法》之相关规定，严肃查处负有责任的广告主、广告经营者和广告发布者，并向媒体公开处理结果。江西省工商行政管理局立即回应将按照法律程序处理此事，并即刻令其停止了广告及其营销活动。

烟草业营销无所不用其极，中国控烟协会仅在2009年的4个月的监测中，就披露了烟草企业赞助公益活动 and 文体赛事的活动达79起，覆盖15个省份的40个市县，其中8家烟草企业还因其行为受到了当地政府的表彰，尤其值得引起愤慨的是烟草企业捐赠贫困地区的中小学校，冠名烟草学校，如“四川烟草希望小学”，甚至在学校屋顶上悬挂明显的“中国烟草”标识，学校门前还写着“立志奉献社会，烟草助你成才”的标语，以此来松懈青少年拒绝烟草的决心，拉近青少年与烟草业的

距离。烟草业还编造所谓“烟文化”，通过建造“博物馆”，成为青少年爱国主义教育基地，在“文化”与“趣味”的潜移默化中，诱使青少年亲近烟草。

## （二）烟草业在烟草税和价格上大作文章。

我国烟草业的利税特别是利润在很大程度上依赖只占总量一成左右的高档卷烟，而低价烟市场巨大，主要用于维持烟民数量、保证烟草销售量，也是烟草公司决不放弃的阵地，因此烟草业在烟草税和价格上动足了脑筋。

一方面，烟草业竭力阻止烟草税收和价格上涨。中国的烟草产品价格和税收偏低，消费税平均仅占 26%，远远低于世卫组织主张的 70%烟草消费税比率；而 50%的中国吸烟者购买 20 只装的卷烟花费仅为 5 元（0.7 美元），甚至更少。和其他国家比起来，马来西亚和韩国的平均一包烟约为 2.5 美元；日本为 5 美元；香港为 6 美元；新加坡为 9 美元；澳大利亚最近通过立法，将每包 30 只的卷烟价格增至 19 美元。面对对中国烟草提税提价的呼声，烟草公司往往打出维护低收入者利益的旗号反对烟草提税提价，又采取高价烟提价以补贴低价烟等多项对策，只提税不提价，消解提税提价的控烟效果，阻扰实现减少烟草销量的目的。

另一方面，烟草公司竭力推销高价烟。尤其瞄准公务接待烟、礼品烟、特供烟，编造所谓“烟草文化”，渲染消费“厅局级的享受”，推动高档卷烟价格飞涨，谋取最大的利润。2009 年 5 月，媒体就曾爆出山西忻州市、湖北洪湖市等政府发红头文件，分配公务买烟指标。中国控烟协会致函中央纪委和国家监察部建议禁止用公款消费烟草制品，杜绝因烟草消费滋生的腐败现象，减少烟草销量。媒体对此大量报道，引起社会强烈反应。在短短的时间内，网络检索到十四万条相关报道和评论。中纪委顺应民众诉求，及时回应协会并表示，“协会提出的问题很及时，很重要，重视公款消费烟草制品问题，希望以后能加强与协会的沟通，对公款买烟行为实行监管”。此事件引发了南京房管局长因吸高价烟而受记者追问，政府查处有受贿行为，最终被判刑 11 年的事件，在社会上形成很大的反响。但随后便出现了招待用烟的“裸烟”现象（没有任何包装的散装烟），也是变相地在对抗着控烟的力量。

## （三）烟草业制造骗局，蒙蔽消费者。

面对全国 3 亿烟民与 5.4 亿二手烟受害者，中国烟草业弱化或者无视世界卫生组织《烟草控制框架公约》的要求，不断制造骗局，在烟盒包装和所谓烟草业新科技上不断蒙蔽消费者。

烟包是烟草业“烟文化”的广告前线，不但各种名胜古迹、大好河山用来命名烟草品牌，在包装上也做足精美，看不到警示图形的影子。早在德班会议上，以烟草业为主导的中国代表团就因“宁要漂亮烟包，不要公众健康”被授予了“脏烟灰缸奖”。在各种国内的调查中发现有 85~95%的接受调查者都竭力赞同警示图形上烟包，但国家烟草专卖局 2008 年和 2011 年两次修订烟盒包装，仅是将“吸烟有害健康”、“尽早戒烟有益健康”两句含糊的警示用语放在烟盒正面，一再阻挠警示图形在烟包上出现，还在烟盒正面，用中英文强调低焦油和“纳米技术”等不断提高卷烟吸引力。据滑铁卢大学对 14 个国家的烟民进行的关于“低焦油、低危害”的调查显示：中国烟民对低焦油、低危

害的认同度最高，为 60%，医生的认同度为 54%。

同时，中国的烟草业围绕发展所谓“高香气、低焦油、低危害”的“中式卷烟”，形成了精心策划的系列策略，包括烟草业以政府的名义，制定“降焦减害”战略、谎言申报国家科学进步奖，并将虚假“减害”的研究者送入工程院院士行列，消费者在这样虚假的舆论和信息之前，往往不能正确的认识烟草的危害，从而落入烟草业的陷阱之中。

针对郑州烟草研究院副院长谢剑平因“降焦减害”研究成果而获院士称号一事，控烟组织和社会大众反映强烈，中国控烟协会组织专家多次致信中国工程院要求就“降焦减害”科技成果重新评估，呼吁撤销新当选的“烟草院士”谢建平的院士资格，建议将资金用于研究如何控制烟草流行和全面履行《公约》方面。但从第一次致函后，中国控烟协会前后给工程院致电14次，仅6次接通，每次均以领导出国在外、其它工作人员不了解情况为由拒绝说明处理情况及拖延会面，目前仍未作出重新评估烟草院士的决定。

#### **四、中国烟草业干扰控烟，是毋庸置疑的，呼吁政府全方位履行控烟承诺。**

《公约》在序言中特别指出，必须“认识到需警惕烟草业阻碍或破坏烟草控制工作的任何努力，并需掌握烟草业采取的对烟草控制工作产生负面影响的活动。”在多年的控烟工作中，这一点得到了充分的证明，干扰控烟是烟草业的必然行为，需要得到政府的高度重视和警惕。今年世界无烟日，世界卫生组织确定的主题是“警惕烟草业干扰控烟”！口号是：生命与烟草的对抗。世卫组织总干事陈冯富珍在第 15 届世界“烟草与健康”大会上说：“烟草行业已经变换面孔和策略。这匹狼不再披着羊皮，它已张开血盆大口。旨在破坏控烟活动、颠覆 WHO《烟草控制框架公约》的伎俩不再遮遮掩掩，也不再披上所谓‘企业社会责任’的外衣。”

在这场生命与健康危害的博弈中，控烟民间组织是先锋，而政府则应承担起主导的作用，也只有政府有力的政策才能从根本上阻绝烟草业的干扰的影响，最大限度地保护人民生命安全。因此呼吁政府全方位履行控烟承诺。

（一）调整中国控烟履约机制，实行烟草专卖局与烟草公司政企分开，脱掉烟草业的保护外衣，从根本上将控烟主导权交给卫生部门和控烟组织。

（二）修改《烟草专卖法》、《广告法》、《慈善法》等国家相关法律：在烟盒包装上印刷明确、清晰的图形式健康警句，以有效警示公众烟草危害；管制烟草制品成分，禁止烟草企业擅自使用添加剂、中草药；提高卷烟税价；禁止使用公款消费一切烟草制品；全面禁止烟草广告、促销和赞助活动。

（三）出台符合《烟草控制框架公约》要求的国家烟草控制规划，加强政府各部门职责，监督管理烟草业，停止误导公众的所谓提高卷烟健康性能的研究、开发和奖励。

（四）加大对控烟投入，积极引导烟草业转产。烟草业对政府财政有一定的贡献，但是对整个社会经济的发展是负影响的，并且还带来巨大医疗经济负担。虽然在短时间内不可能取缔烟草行业，但对烟草行业的科学疏导是可以实现的，应以长远的眼光来引导烟草企业进行转型尝试。



# 国外烟草控制规划制定和实施对中国控烟的借鉴

洪颖<sup>1,2</sup> 杨杰<sup>2\*</sup> 钮文异<sup>1</sup>

(<sup>1</sup>北京大学公共卫生学院 <sup>2</sup>中国疾病预防控制中心控烟办公室 北京) \*通讯作者

**摘要** 为有效遏制烟草流行, WHO 制定了《烟草控制框架公约》, 为各国控烟工作指明了方向。为更好的履行公约, 大部分公约缔约方制定了国家或地区烟草控制规划并有效实施, 降低了人群吸烟率、减少了因烟草引起的疾病和死亡, 保护了人民的健康。中国目前尚未制定国家控烟规划, 控烟工作没有明确的目标, 最终导致控烟效果不明显。本文通过对六个国家的烟草控制规划制定和实施进行探讨和分析, 为中国制定相关政策提供依据。

**关键词** 目标 措施 控烟规划

烟草是唯一合法但使用可致命的产品<sup>[1,2]</sup>。目前全球约有 8 亿成年男性、2 亿成年女性吸烟<sup>[3]</sup>, 2011 年, 吸烟导致全球近 600 万人死亡, 造成的直接和间接的损失难以估计。为有效遏制烟草流行, WHO 制定了《烟草控制框架公约》(简称《公约》), 为各国控烟工作指明了方向。《公约》第 5 条第一款明确指出, 每一缔约方应根据公约制定、实施、定期更新和审查国家多部门综合烟草控制战略、计划和规划。纵观全球控烟先进国家, 都制定了国家烟草控制中长期规划并保证有效实施, 以此为控烟工作指明方向。

## 1 烟草控制规划的现状及其作用

许多国家在上世纪已开始创建烟草控制规划(简称“控烟规划”), 用于指导国家的控烟行动, 以降低人群吸烟率, 减少因烟草引起的疾病和死亡, 降低因烟草引起的直接或间接经济损失。美国、澳大利亚、挪威等国家在控制烟草使用方面的成绩较为突出, 共同点之一为制定国家健康规划, 纳入较突出的健康问题, 而烟草使用一直备受关注。

相关资料显示, 制定合理的控烟规划并有效实施, 对相应国家的控烟工作产生了积极的作用。美国加利福尼亚州自 1989 年建立控烟规划以来, 吸烟率显著降低<sup>[4,5]</sup>, 心脏病、肺癌发生率也有了明显的减少<sup>[6]</sup>。对规划产生的经济效应进行评估表明, 该地区人民的寿命延长、疾病的发生减少, 同时节省了医疗经费, 并且这种影响将持续几十年<sup>[7]</sup>。巴西控烟规划的有效实施, 使成年人吸烟率降低了 35%, 同时由于全面禁止烟草广告、促销和赞助, 青少年吸烟人数明显减少, 使巴西的控烟工作一直走在世界的前列<sup>[8]</sup>, 为发展中国家做了很好的榜样。

各国规划内容一般分为现状描述、目标、措施、责任单位等, 制定年限为 5 年至 15 年不等。

## 2 控烟规划指标情况分析

本文选取美国、澳大利亚、英国、新西兰、印度、挪威六国进行探讨和分析。

### 2.1 控烟规划的目标

#### 2.1.1 目标对比

六个国家控烟规划目标的关注点主要集中于烟草使用、社会和环境的改变以及卫生系统的改变，但仅有美国制定了较明确的目标的改变计划。

烟草使用主要通过吸烟率、戒烟率来衡量。成年人、青少年吸烟率是各国较为关注的目标。美国在制定吸烟率时，将烟草的种类进行了划分，健康美国人（Healthy People）2010 规划的控烟领域将目标细分为卷烟（Cigarettes）、咀嚼烟（Spit tobacco）、雪茄，而在 2020 规划中则分为卷烟、无烟烟草制品（Smokeless tobacco products）、雪茄。但除印度外，其他各国均只考虑了卷烟的使用。表 1 描述了六国控烟规划中吸烟率的目标制定情况，英国、新西兰、印度均未明确提出目标，仅表示希望通过措施的执行使之下降。

表 1 各国控烟规划中吸烟率的目标制定情况

吸烟率%	美国		澳大利亚		英国		新西兰		印度		挪威	
	基线	目标	基线	目标	基线	目标	基线	目标	基线	目标	基线	目标
成年人	20.6*	12.0	21.0(18.0)#	9.0^	—	—	—	—	—	—	25.0	20.0
青少年	26.0*	21.0	—	—	—	—	—	—	—	—	24.0	12.0
规划年限	10 年		10 年		5 年		10 年		15 年		5 年	

注：\*前一轮规划未达到目标，并将其设为新一轮规划的目标。#澳大利亚在最近规划中。控制吸烟率的目标人群不再根据性别划分，而之前基线的吸烟率则分不同性别进行统计。^澳大利亚将控制吸烟率的目标人群在最新规划中重新定义为 14 岁以上。

#### 2.1.2 目标制定的变迁

控烟规划所设立的目标并非一成不变，而是随着实际情况有所调整。以美国为例，Healthy People 2000 规划在延续 2000 规划同类控烟目标时做了归纳，目标的数量从 26 类变为 49 个，产生变化的原因有：（1）重新归类；（2）目标细分；（3）增加了加强烟草销售管理的相关目标。而 2020 规划则保留了 2010 版的大部分控烟目标，并在其基础上对无法评价的目标删除，改良原先不易评价或细分不够的目标，已达标的进行归档，同时增加了 31 个目标，数目最后确定为 20 类，总数为 70 个。

### 2.2 控烟规划的措施

#### 2.2.1 措施的比较

半数以上的国家采用了提供戒烟支持、提高烟草税、降低二手烟暴露、有效的控烟健康传播、管理烟草生产和销售、禁止烟草广告和促销、禁止向成年人销售烟草七条措施，与国际公认控烟有效的措施基本一致。

以提供戒烟支持为例，所有国家均提出此项措施。美国、英国、印度、澳大利亚主要采用设立戒烟机构或开通戒烟咨询方法<sup>[2, 9-11]</sup>，使想要戒烟的人们能通过咨询获得帮助。印度基于社区，对非专业人士进行培训。新西兰、挪威采用的方法是开展大众健康教育活动，唤醒大众对戒烟的意识，营造无烟环境，并相应的对基层卫生人员进行培训。而提高烟草税方面，除挪威外，其他五国均提出通过提高烟草税来降低吸烟率。美国希望在 51 个州将每包烟的税提高 1.5 美元<sup>[9]</sup>。印度则希望将税率提高 4-5 倍<sup>[11]</sup>。

### 2.2.2 《公约》和 MPOWER 系列政策对控烟措施制定的影响

《公约》于 2005 年生效，为了更好的实施公约，WHO 制定了 MPOWER 策略，它包含了 6 个最有效的控烟措施：监测烟草使用和预防政策（M）、保护人们免受二手烟侵害（P）、为人们提供戒烟帮助（O）、警示烟草的危害（W）、禁止烟草广告的促销和赞助（E）、提高烟草税（R）。截止到 2012 年 5 月 31 日，《公约》已在 175 个国家生效，WHO 也定期对全球 MPOWER 系列政策执行情况进行评估。

### 2.3 参与控烟规划创建和执行的部门

控烟涉及政治、经济、法律、卫生等多个领域，需要多部门的协作。各国参与规划的部门及其分工、合作机制不尽相同。

英国控烟规划的执行主要由中央和地方政府直接部署。美国则除 CDC 外，主要根据所制定指标的评价和监测系统执行。澳大利亚、新西兰和挪威参与部门主要为地方政府和各控烟场所，同时强调其他多部门和社会机构配合参与。印度提出希望通过中央政府、地方政府、健康专业人员、国际组织、研究学者、社会作用及多部门配合共同完成。

## 3 对中国控烟规划制定的指导和借鉴意义

中国目前尚未制定国家控烟规划，因此，国外控烟规划制定和执行的经验对中国有重要的借鉴意义。

### 3.1 目标合理性

由于中国的烟草监测系统很不完善，目前还没有系统有关控烟的基础资料和数据，因此应在借鉴国外控烟先进经验的基础上结合本国的实际选取合理的控烟目标。根据对美国 2000 及 2010 规划目标制定和执行情况的分析发现，两部规划所制定的控烟目标在终末评价时达标率分别为 26.9%<sup>[12]</sup>和 12.2%<sup>[13]</sup>。多数目标仅是有所进步，甚至有些目标出现倒退。这样的情况提醒规划制定者在制定目标时应充分考虑其合理性，防止眼高手低。

### 3.2 多部门配合是有效实施的保证

MPOWER 六大策略制定措施对控烟能起到较好效果<sup>[10]</sup>，六个国家所采用的措施与 MPOWER 政策较为符合。因此，中国的控烟规划措施亦可因循前进。根据中国目前情况，中央与地方合作共同履行控烟行动的措施也可借鉴。卫生部门应作为实施规划的主导部门，建立多部门合作和协调的

机制。同时，各国均明确指出与烟草有利益相关的部门不能参与其中，因此国家烟草专卖局不应参与规划的制定和实施。此外，应与非政府组织应通力合作。

### 3.3 社会的行动

控烟是全社会的行为，需要多方配合才能完成。但研究显示，中国公众对烟草的具体危害不了解<sup>[14]</sup>，对于控烟的益处也没有切身感受。因此，大众传媒就显示了重要的引导作用。澳大利亚作为控烟较为成功的国家之一，全国控烟运动的作用不可小觑。通过媒体向吸烟者传播烟草的危害，并将其列入国家控烟规划中，此举加强了国民对戒烟的认同感，也能对预防青少年吸烟起到一定的作用<sup>[15]</sup>。

### 3.4 抵制烟草业的干扰

借鉴国际先进控烟国家和地区的经验，在制定国家控烟规划时，应将烟草企业及相关的利益方排除在外，避免烟草业的干扰，即烟草专卖局不应参与国家规划及相应的控烟履约工作。

## 参考文献

- [1] Eriksen M, Mackay J, Ross H. Tobacco Atlas 4 entire[Z]. Atlanta: American Cancer Society, 2012.
- [2] Al-Delaimy W D, Mm W, Gilmer T E A. The California tobacco control program: can we maintain the progress?[R]. California: La Jolla,CA, 2008.
- [3] Wj M, Bj D, C D, et al. Evaluation of the In-school tobacco use prevention education program, 2005-2006[R]. California: California Department of Public Health, 2009.
- [4] J B, Sa G. Association of the California Tobacco Control Program with declines in lung cancer incidence[J]. Cancer Causes Control. 2004(15): 689-695.
- [5] Jm L, A D, Sa G. Effect of the California Tobacco Control Program on personal healthcare expenditures[J]. PloS Med. 2008(5): e178.
- [6] Monteiro C A, Cavalcante T M, Moura E C, et al. Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989-2003)[J]. Bull World Health Organ. 2007, 85(7): 527-534.
- [7] Promotion U S D O. Healthy people 2020[G].
- [8] Taskforce N P H. Australia The healthiest country by 2020[G]. 2008.
- [9] K. Srinath Reddy P C G. Report on Tobacco Control in India. [G]. New Delhi: Ministry of Health & Family Welfare, 2004.
- [10] Services D O H A, Prevention C F D C, Statistics N C F H. Healthy People 2000 Final Review[G]. Maryland: DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2001.
- [11] Services D O H A, Prevention C F D C, Statistics N C F H. Healthy People 2010 Final Review[G]. Maryland: DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2010.
- [12] Y Y, Al E. Awareness of Tobacco-Related Health Hazards among Adults in China[J]. Biomedical and Environmental Sciences., 6(23): 437-444.
- [13] D Hill T C. Australia's National Tobacco Campaign[J]. Tobacco Control. 2003(12): i9-i14.

# 控烟立法认识误区分析

杨杰 杨功焕

(中国疾病预防控制中心控烟办公室)

2011年3月14日,中华人民共和国十一届全国人大四次会议审议通过了“中华人民共和国国民经济和社会发展第十二个五年规划纲要”,提出了在未来五年要“全面推行公共场所禁烟”。控制烟草的内容首次写入“十二五”规划纲要。这是中国烟草控制的一个里程碑,体现了政府对控烟工作的重视。但如何落实“全面推行公共场所禁烟”?国家级全面无烟环境立法已是势在必行,刻不容缓。

但目前中国还没有国家级的全面无烟环境的法律,虽有一定数量的地方公共场所控制吸烟的法律,但与《公约》要求还存在很大的差距且执行不力,主要表现在:涉及的禁烟范围较小,未体现全面保护;缺乏有效和可操作性的执法机制。

在推进全面无烟环境立法过程中,各界积极参与,但由于对《公约》的错误理解、或是执行问题、特权问题等,在立法过程中产生了错误认识,有的错误认识还主导了立法进程,出台的法律与《公约》的要求差距巨大。这些错误认识或问题也是中国在进行全面无烟环境立法过程中需要面对和解决的。本文作者根据近几年主持和参与推进创建国家和地方无烟环境法律的实践,对目前中国全面无烟环境立法的几个错误认识进行分析,希望对中国及其他国家的相关控烟立法工作提供借鉴。

## 误区一: 时机还不成熟

根据《2010年全球成人烟草调查-中国部分(GATS-CHINA)》(以下简称“GATS-CHINA2010”)的调查显示,中国有5.6亿成人、1.8亿儿童青少年共7.4亿人受到二手烟暴露危害,每年有10万人死于二手烟暴露的相关疾病。二手烟暴露在中国十分严重,立法预防二手烟危害是维护公众健康权的有力措施,也是以人为本施政理念的要求。

世界卫生组织《烟草控制框架公约》在我国生效已经6年多,按照《公约》要求,在2009年1月前就应该有相应的法规出台,以实现在室内公共场所、室内工作场所、公共交通工具及其等候室全面无烟。我国目前有165个城市制定了公共场所禁止吸烟的地方性法规、地方政府规章、规定或通告。其中有立法权的较大城市,大部分都制定了关于公共场所禁止吸烟的地方性法规或地方政府规章,其中有16个城市是由地方人大批准制定的地方性法规。

2008年3月,北京市政府出台了《北京市公共场所禁止吸烟范围若干规定》,之后上海、杭州、广州等先后出台了《公共场所控制吸烟条例》。济南、呼和浩特、银川市也修订了原有的规定,部分城市制定了关于公共场所禁止吸烟的政府规章。2012年5月31日,《哈尔滨市防止二手烟草

烟雾危害条例》和《天津市控制吸烟条例》正式生效，这是我国最接近《公约》第8条及其实施准则要求的无烟环境法规。

2009年5月，卫生部、国家中医药管理局、总后勤部卫生部、武警部队后勤部共同发布了《关于2011年起全国医疗卫生系统全面禁烟的决定》，要求医疗卫生系统2011年实现全面无烟，各级医疗卫生工作者应切实起到带头表率作用。2010年7月，教育部和卫生部共同发布了《关于进一步加强学校控烟工作的意见》，要求中小校园全面禁烟，对教师的吸烟行为也作了明确的规定。

全国和地方两会委员和代表代表民意，积极提交提案和议案，建议尽快制定全国公共场所禁止吸烟的法律。仅2010年，就有二百多位代表联名提案，要求出台全国性的公共场所无烟环境立法的提案。2011年有五百多位代表联名提案，建议国家立法控烟，成为2011年两会期间联名人数最多的提案之一。90%以上的民众也支持无烟环境立法。

根据以上分析，无论从二手烟暴露的严重性和对健康威胁，还是对《公约》的承诺，以及立法实践和民众的支持，都表明出台国家级公共场所禁止吸烟法律的时机已经成熟。

## **误区二：立了法执行不了还不如不立**

在生活中，人们站在禁止吸烟标记下吸烟的场面，司空见惯。GATS-CHINA2010显示，过去30天室内工作场所所有人吸烟的比例为63.3%，过去30天室内公共场所所有人吸烟的比例高达72.7%。因此有人认为，制定法规后如果大家都不遵守，反而会影响政府的公信力。

但事实并非如此。GATS-CHINA2010显示，在没有禁止吸烟规定的场所中，有89.2%的人看见有人在场所内吸烟；有部分禁止吸烟规定的场所中，有69.3%的人看见有人在场所内吸烟；有室内全面禁烟规定的场所，有25.5%的人看见有人吸烟。虽然全面禁止吸烟的场所仍有四分之一的人不遵守规定，但与没有规定和有部分规定的场所相比，吸烟的现象明显减少。

例如：我国刑法制定了严格的对相关犯罪的惩罚措施，包括死刑，2010年我国各类刑事犯罪判刑的人超过一百万，不能因此就说刑法不好。更重要的是，立法本身就是政府通过法律手段进行的一种正确的导向。改变根深蒂固的风俗习惯，更需要法律的支持。同时立法需要一定的前瞻性和超前性。在立法初期，执法可能有一定难度，在短时间内会不尽如人意，但是法律作为弘扬、倡导先进的文化，以及社会所认同的价值观都有举足轻重的作用。

## **误区三：限制了吸烟者的吸烟自由**

有人认为，在公共场所禁止吸烟，限制了吸烟者的吸烟自由。实际上在关于自由的论断中，本质的观念是一个人的自由不能建立在影响他人自由的基础上。就吸烟行为来说，当吸烟者在室内吸烟，带来的二手烟烟雾严重地影响了人们呼吸清新空气的自由，由此影响了他人的健康权。建立在剥夺他人呼吸清新空气自由，危害他人健康权的“吸烟者的自由”不符合自由的原则。吸烟者如果不能戒烟，至少应该到室外吸烟，以不影响他人的健康和呼吸清新空气的自由为准。

立法时，法规题目值得推敲。在我国的地方立法中，南昌、哈尔滨的地方法规已经采取了《防

止二手烟烟草烟雾危害条例》这样的题目，可以更好地突出保护不吸烟者生命权和健康权的立法宗旨。而《公共场所禁止（控制）吸烟条例》这样的题目，容易扭曲公众对立法宗旨的理解，使人们的关注度都集中在吸烟者身上，容易产生误解。

#### **误区四：单间办公室不属于公共场所，不应禁止吸烟**

“公共场所”是指供公众进行工作、学习、经济、文化、社交、娱乐、体育、参观、医疗、卫生、休息、旅游和满足部分生活需求的各种社会生活的场所。不仅包括医院、学校、办公场所、公共交通工具，还包括饭店、餐厅等各类公共场所。单间办公室是指政府、企事业单位的办公楼里平时归一个人使用的办公室，但是依然符合公共场所的定义。之所以讨论“单间办公室是否是公共场所”，主要原因还在于使用单间办公室的人具有某种权力或地位，因此希望得到豁免，希望不纳入公共场所的管理范畴。

其实，在单间办公室吸烟不能做到二手烟雾完全隔离，会通过多种途径，如：密闭不严、开门、空调系统等，烟雾会在大楼里飘散。在单间办公室工作的人的办公活动不是独立的，其他人会到这里办事，如果吸烟，就会影响来办事的人，可能还会有怀孕的女性。作为领导干部，如果自己不带头控烟，让执法者犯难，岂不成了“只许州官放火，不许百姓点灯”？与我们执政为民、执政为公的理念不相符合。单间办公室应首先不吸烟，才体现了领导干部立法、执法的决心，也为有效执法树立起好的榜样。

#### **误区五：餐厅等场所应设立吸烟区**

很多人认为，餐厅虽然是公共场所，应该禁止吸烟，但是由于来的人很多、很杂，如果不让吸烟，会影响客源。因此提出，只要吸烟室或吸烟区的通风条件足够好，就可以将二手烟的危害降至最低，甚至可以完全消除二手烟的危害，因此建议设立室内吸烟室或吸烟区。

但这种观点是错误的。科学证明，如果有人在室内吸烟，即使使用通风、空气过滤等装置，或在室内设置任何形式的吸烟区（无论是否有专门的通风系统），都达不到全面无烟的要求。吸烟室中的二手烟会不可避免地通过吸烟室的门、中央空调系统、通风系统等散布到楼内的其它角落。而毫无隔离的吸烟区由于二手烟雾的流动会扩散到房间的任何角落。

就像在在一个游泳池里，分设了小便区和非小便区，其结果是当有人在游泳池的小便区小便时，整个游泳池都会受到污染。在吸烟区吸烟将使整个区域都会漂浮二手烟草烟雾。

国外的经验证明，只要是通过立法，对所有的餐厅（一开始时可在一定规模的餐厅执行）都禁止吸烟，吸烟区设在远离人群的露天环境，就不会影响客源。

# 我国未成年人烟害防制立法研究

闫海 沈阳\*

(辽宁大学 法学院, 辽宁 沈阳 110136)

**摘要:** 健康权是人人应当享有的一项基本人权。未成年人健康权优先于吸烟自由, 因此国家有义务以立法方式加强未成年人的烟害防制。我国关于向未成年人销售烟草的禁限规范位阶较低、缺失较多, 应借鉴《烟草控制框架公约》及其他国家、地区的立法经验予以改革。除学校等公共场所外, 我国立法应当将未成年人的家庭纳入禁烟场所。我国立法应明确禁止未成年人吸烟, 并对其未尽教育、制止义务的父母予以劝诫或行政处罚。

**关键词:** 未成年人; 健康权; 烟害防制; 公共场所

“吸烟与健康”一直倍受关注, 在第四次全球控烟浪潮的推动下, 2003年《世界卫生组织烟草控制框架公约》(以下简称《公约》)通过, 并于2005年生效, 这是世界卫生组织主持达成的第一个具有法律效力的国际公共卫生条约, 也是针对烟草的第一个世界范围多边协议。《公约》否定了烟草对于国民经济整体的积极作用, 突出地强调公共健康利益优先的原则, 并将未成年人的健康权益置于社会公共利益范畴, 予以优先保护。很多国家的研究表明, 未成年时期是形成吸烟习惯最关键的阶段, 经常接触烟草的未成年人在其成年后更有可能成为吸烟者, 同时目前吸烟低龄化问题愈加严重, 各国采取降低未成年人尝试吸烟率的各种策略, 不断加强对未成年人烟害防制立法。2003年, 我国成为《公约》的第77个签约国, 2005年全国人大常委会表决批准《公约》, 并于2006年1月生效。但是, 迄今为止我国并未出台全国性控烟法律、法规及与之相关的监督评价系统, 北京、上海、厦门、武汉等城市的地方性控烟法规基本上针对的是公共场所控烟, 关于未成年人烟害防制的规范较为匮乏。我们拟探讨未成年烟害防制的人权基础, 借鉴《公约》及其他国家、地区的立法经验, 对我国的相关立法予以分析, 并提出完善建议。

## 一、未成年人烟害防制的人权基础

在现代, 人类把健康视作人权的基本内容之一, 是人类发展自己、完善自己的重要目标。<sup>[1]</sup>1966年联合国大会通过的《经济、社会、文化权利国际公约》第12条第1款规定, “……缔约各国承认人人有权享有能达到的最高的体质和心理健康的标准。”作为特殊的群体, 儿童的健康权受到特别照顾。1989年联合国大会通过的《儿童权利公约》第24条第1款规定: “缔约国确认儿童享有可达到的最高标准的健康, 并享有医疗和康复设施, 缔约国应努力确保没有任何儿童被剥夺获得这种保健服务的权利。”因此, 健康权作为未成年人的一项重要基本人权更应予以优先保护。人权对应的是国家义务, 为保障未成年人的健康权, 国家首先要尊重未成年人的健康权。国际人权公约和我国宪法关于人权的条文都使用了“尊重”一词, 这无论对于一般意义上的人权还是对于健康权都是极

---

**作者简介:** 闫海(1976—), 男, 辽宁本溪人, 辽宁大学法学院副教授, 法学博士生, 研究方向经济法学。  
沈阳(1987—), 女, 辽宁本溪人, 辽宁大学经济法硕士研究生, 研究方向经济法学。



其重要的。“尊重”一词反映了国家的民主本质，国家与公民的平等关系。国家履行保障未成年人健康权的义务，更需要重视对未成年人进行关于健康和健康权的教育。所谓健康和健康权的教育，是指通过学校、媒体和其他行为方式对个人和群体掌握卫生保健知识，树立健康观念，自愿采取有利于健康的行为和生活方式，并使之了解其中应享有的权利为目的的教育。通过教育，有利于提高未成年人的健康和健康权的意识，提高他们参与保健活动，参与关于健康立法和政策制定，参与关于健康法律政策实施的监督。国家履行保障未成年人健康权的义务，还应该保证健康促进。所谓健康促进，是指促进人们维护和提高他们自身健康的过程，是协调人类与他们环境之间的战略，规定人与社会各自所负的责任，这需要国家通过法律、政策、财政支持和社会动员。国家履行保障未成年人健康权的义务，还要采取相应措施防止他人对健康权的危害，并对危害健康权的行为依法惩治。这里之所以强调“他人”是因为，尽管个人本身的不良嗜好和不良生活习惯也危害健康，国家对此也有义务通过宣传教育加以防止，然而，国家的义务重点应该是防止他人的行为对健康权的危害。这种行为常常对己、对人和对社会都会造成直接或间接的、明显的或潜在的危害。<sup>[2]</sup>虽然因烟草而致疾病死亡者大多数为成年人，但吸烟这种嗜好通常开始于青少年时期。<sup>[3]</sup>很多国家的研究表明，未成年时期是形成吸烟习惯最关键的阶段，经常接触烟草的未成年人在其成年后更有可能成为吸烟者，同时目前吸烟低龄化问题愈加严重，各国采取降低未成年人尝试吸烟率的各种策略，不断加强未成年人烟害防制立法。

广义的“人身权利”是指除了政治、宗教、和社会经济权利之外的和个人直接相关的其他权利，包括生命权、人身活动自由权、迁徙自由、隐私权、名誉权、住宅权、信息自决权、刑事正当程序等权利。<sup>[4]</sup>吸烟自由属于人身活动自由权的类型，同时也属于个人自决权利的一部分，但是这种自由应受到其他公民身体健康权的制约。未成年人由于不具备完全行使权利的能力，而其身体健康权既是作为公民个人的基本人权，又是社会延续发展的需要，属于社会公共利益的重要组成部分，对于未成年人健康权益的保障有赖于国家、社会和家庭力量的介入，因此未成年人权利的保护较之于一般公民权利之保护具有相对的特殊性和优先性，当然较之于吸烟自由亦具有权利行使之优先地位。

我国宪法没有关于健康权的独立的明文宣示，只规定相关的保障措施，健康权只是一种隐含权利，是从其他条文中推导出来的权利，但这并不代表其在事实上就不是公民的一项基本权利。将健康权载入宪法，首先，是健康权内涵的本质要求，其应是一种可以主张实践的公法权利，具有直接的、强行的效力；其次，是道德权利到宪法权利再到实有权利的逐步实现的保障。最后，是人权保障的宪法原则的体现，为未成年人烟害防制立法提供宪法依据。

## 二、向未成年人销售烟草的禁限措施

《公约》第 16 条对向未成年人销售和由未成年人销售予以较为具体的规定，“每一缔约方应在适当的政府级别采取和实行有效的立法、实施、行政或其他措施禁止向低于国内法律、国家法律规定的年龄或 18 岁以下者出售烟草制品。这些措施可包括：(a) 要求所有烟草制品销售者在其销售点内设置关于禁止向未成年人出售烟草的清晰醒目告示，并且当有怀疑时，要求每一购买烟草者提

供适当证据证明已达到法定年龄；(b) 禁止以可直接选取烟草制品的任何方式，例如售货架等出售此类产品；(c) 禁止生产和销售对未成年人具有吸引力的烟草制品形状的糖果、点心、玩具或任何其他实物；以及(d) 确保其管辖范围内的自动售烟机不能被未成年人所使用，且不向未成年人促销烟草制品。2.每一缔约方应禁止或促使禁止向公众尤其是未成年人免费分发烟草制品。3.每一缔约方应努力禁止分支或小包装销售卷烟，因这种销售会提高未成年人对此类制品的购买能力。4.各缔约方认识到，防止向未成年人销售烟草制品的措施宜酌情与本公约中所包含的其他规定一并实施，以提高其有效性。5.当签署、批准、接受、核准或加入本公约时，或在其后的任何时候，缔约方可通过有约束力的书面声明表明承诺在其管辖范围内禁止使用自动售烟机，或在适宜时完全禁止自动售烟机。依据本条所作的声明应由保存人周知本公约所有缔约方。6.每一缔约方应采取和实行有效的立法、实施、行政或其他措施，包括对销售商和批发商实行处罚，以确保遵守本条第1-5款中包含的义务。7.每一缔约方宜酌情采取和实行有效的立法、实施、行政或其他措施，禁止由低于国内法律、国家法律规定的年龄或18岁以下者销售烟草制品。”台湾“立法院”于1994年制订《烟害防制法》并多次修改，其中第5条规定禁止贩卖烟品的方式包括：自动贩卖、邮购、电子购物或其他无法辨识消费者年龄之方式；开放式货架等可由消费者直接取得且无法辨识年龄之方式。第13条规定，“任何人不得供应烟品予未满十八岁者，违反该条规定者，处新台币一万元以上五万元以下罚鍰。”第14条规定，“任何人不得制造、输入或贩卖烟品形状之糖果、点心、玩具或其他任何物品。制造或输入业者违反该条规定者，处新台币一万元以上五万元以下罚鍰，并令限期回收；届期未回收者，按次连续处罚。贩卖业者违反该条规定，处新台币一千元以上三千元以下罚鍰。”

在我国，2006年修正《未成年人保护法》第37条第1款规定，“禁止向未成年人出售烟酒，经营者应当在显著位置设置不向未成年人出售烟酒的标志；对难以判明是否已成年的，应当要求其出示身份证件”，同时第67条规定，“向未成年人出售烟酒，或者没有在显著位置设置不向未成年人出售烟酒标志的，由主管部门责令改正，依法给予行政处罚。”1999年《预防未成年人犯罪法》第15条规定，“任何经营场所不得向未成年人出售烟酒。”上述规定虽然对向未成年人销售烟草予以禁限规定，并设定罚则，但是较为笼统，缺乏可执行性。2001年烟草专卖局下发《关于自动售烟机有关问题的通知》（国烟法[2001]431号），禁止各级烟草公司设置自动售烟机，要求各级烟草专卖管理部门加强对卷烟零售商户的监督管理，采取切实措施防止未成年人，尤其是中小学生学习购买卷烟、雪茄烟。2003年国家烟草专卖局专卖司《关于稳妥进行卷烟零售市场合理化布局的通知》规定，中小学校周边100米范围内不予办理卷烟零售许可证。国家烟草专卖局还要求卷烟零售客户都在柜台的醒目位置摆放“禁止中小学生吸烟、不向未成年人售烟”的警示牌，并自觉做到不向未成年人出售卷烟。上述规定虽然较为具体，但是存在内在缺陷，一是作为部门规章或规范性文件，效力较低，二是由于我国烟草行业实行统一领导、垂直管理、专营专卖的管理体制，由国家烟草专卖局负责控烟执法，难以保障效果。我们建议，应当提升有关规定的法律位阶，并借鉴《公约》及其他国家、地区立法经验对烟草销售行为予以更为严格地规范。

### 三、未成年人活动场所的禁烟规范

《公约》第8条第2款关于防止接触烟草烟雾的规定，要求每一缔约方应在国家法律规定的现有国家管辖范围内采取和实行，并在其他司法管辖权限内积极促进采取和实行有效的立法、实施、行政和/或其他措施，以防止在室内工作场所、公共交通工具、室内公共场所，适当时，包括其他公共场所接触烟草烟雾。而各国关于公共场所的禁烟规定，基本上都将未成年人活动的主要场所列为首要。芬兰则禁止任何人在幼儿园、中小学和大学校园内吸烟，青少年活动和聚会的场所也被列入禁烟范围。台湾地区《烟害防制法》第15条将“高级中等学校以下学校及其它供儿童及少年教育或活动为主要目的之场所”列为全面禁止吸烟的第一位。而且违反该规定，处新台币二千元以上一万元以下罚鍰。2011年卫生部颁布的《公共场所卫生管理条例实施细则》第18条虽然规定：“公共场所禁止吸烟”，但是关于公共场所的界定，依据该细则的上位法1987年《公共场所卫生管理条例》不包括学校等未成年活动的场所。一些地方性控烟立法则将学校纳入，例如2011年《哈尔滨市防止二手烟草烟雾危害条例》第7条第1款第1项就列明，“学前教育机构、中小学和其他未成年人集中的室内外场所”，禁止吸烟或者携带点燃的卷烟、雪茄、烟斗。《2007年中国控制吸烟年度报告》的调查数据表明，学校在公众支持禁烟的比例中位居最高，学校等未成年人集中活动的场所创建无烟环境具备较为稳定的民意基础。目前已有许多学校被命名为“无烟学校”，基本上所有学校的校规校纪中都有关于禁止未成年学生吸烟的规定，学校的控烟教育已经成为多数学校教育的必备内容之一。我们认为，我国控烟立法将中小学校、幼儿园等未成年人集中活动的场所设置为无烟场所是必要而有效的措施，确保未成年人在学校彻底远离烟草危害。

除学校等公共场所外，家庭也是未成年人的主要活动场所。维护家庭和谐对于家庭成员来说既是权利又是义务，影响家庭和谐的因素之一就是吸烟。吸烟影响家庭内部成员的权益，一般而言，家庭成员之间更加相互包容，即使有矛盾也更大程度依赖于家庭自治，如果家庭内部的吸烟只是涉及成年家庭成员之间，我们认为无必要采取立法手段进行干预。但是，如果家庭中涉及未成年人在场，基于未成年人健康权具有优先性，这种优先性又涉及社会公共利益的保障，即使是家庭自治和包容也不能超越此种权益的保障。国家在该种情形下有干预家庭自治的必要，不仅要消极保障不侵犯公民的私权利，也要积极作为保护未成年人的特别权益。

### 四、未成年人吸烟的自己及其父母责任

由于《公约》面向的各缔约国，因此没有关于未成年人吸烟及其父母责任的规范，但是第4条关于指导原则的规定，要求各缔约方为实现本公约及其议定书的目标和实施其各项规定，需采取措施防止初吸。俄罗斯立法禁止少年吸烟，一些地方立法部门强化父母在教育子女方面的责任，规定如发现未成年人携带卷烟，其父母将被罚款500卢布。台湾地区《烟害防制法》第12条规定，“不满十八岁者，不得吸烟。孕妇亦不得吸烟。父母、监护人或其它实际为照顾之人应禁止未满十八岁者吸烟。违本条第一项规定者，应令其接受戒烟教育；行为人未满十八岁且未结婚者，并应令其父母或监护人使其到场。无正当理由未依通知接受戒烟教育者，处新台币二千元以上一万元以下罚鍰，并按次连续处罚；行为人未满十八岁且未结婚者，处罚其父母或监护人。第一项戒烟教育之实

施办法，由中央主管机关定之。”台湾地区一个调查问卷情况也表明，有 90.9%的受访者支持在家里有婴幼儿时禁止在屋里吸烟，82.9%的受访者赞成政府立法对此规定，对吸烟之父母停止亲权处分的支持率只有三分之一。<sup>[5]</sup>

2004 年教育部下发的《中学生日常行为规范（修订）》第 37 条规定，“珍爱生命，不吸烟，不喝酒，不滥用药物，拒绝毒品。不参加各种名目的非法组织，不参加非法活动”，《小学生日常行为规范（修订）》第 20 条规定，“不吸烟、不喝酒、不赌博，远离毒品，不参加封建迷信活动，不进入网吧等未成年人不宜入内的场所。敢于斗争，遇到坏人坏事主动报告。”1991 年《烟草专卖法》第 5 条规定，“国家和社会加强吸烟危害健康的宣传教育，禁止或者限制在公共交通工具和公共场所吸烟，劝阻青少年吸烟，禁止中小学生吸烟。”两个行为守则不属于法律规范，不具有法律效力，《烟草专卖法》虽然是法律，但是缺乏配套的罚则规范，因此上述规定属于倡导性规范。同时，由于未成年人不具有行为能力，也不适宜成为责任主体。《未成年人保护法》第 11 条规定，“父母或者其他监护人应当关注未成年人的生理、心理状况和行为习惯，以健康的思想、良好的品行和适当的方法教育和影响未成年人，引导未成年人进行有益身心健康的活动，预防和制止未成年人吸烟、酗酒、流浪、沉迷网络以及赌博、吸毒、卖淫等行为。”《预防未成年人犯罪法》第 15 条也规定，“未成年人的父母或者其他监护人和学校应当教育未成年人不得吸烟、酗酒。”上述规定虽然要求父母承担教育、预防、制止未成年人吸烟的义务，但是缺乏必要的追责机制，难免流于形式。因此，我们认为，应当借鉴台湾地区的立法经验，应当设定一定罚则，即区分不同的行为分别设置劝诫、行政罚款等手段，赋予未成年人以参与权，训诫机构可以设在社区、街道或村民自治小组，无故不接受劝诫或者劝诫多次未果的情形下，由相关行政部门予以行政罚款。

## 五、结语

健康权是未成年人的一项基本人权，如果缺乏相应地法律规范，仅是一种“裸体”的权利，只能流于宣言式效果，无法产生实际人权保障作用。综上所述，为全面履行我国对《公约》的承诺，应当加快我国烟害防制立法，可以考虑对未成年的烟害防制予以专章规定，对关于向未成年人销售烟草、未成年人活动场所禁烟及未成年人吸烟的责任机制予以规范。当然，正如，《公约》第 6 条指出的，价格和税收措施也是减少各阶层人群特别是青少年烟草消费的有效和重要手段。而且未成年人烟害防制任重道远，还需要社会的广泛宣传与支持，以及社区和家庭的努力配合，共同创建保护未成年人健康权的无烟环境。

## 参考文献

- [1]杨松才、秦莉、龚向和等著：《<经济、社会和文化权利国际公约>若干问题研究》，长沙：湖南人民出版社 2009 年版，第 213 页。
- [2]刘海年：《维护健康权：政府的义务》，载网络指导委员会编：《中国人权年刊（第三卷 2005）》，北京：社会科学文献出版社 2007 年版，第 3-8 页。
- [3]赵山明：《公民健康素质研究》，郑州：郑州大学出版社 2005 年版，第 137 页。
- [4]张千帆：《宪法学导论》，北京：法律出版社 2008 年版，第 629 页。
- [5]施慧玲：“我国烟害防治法规对胎儿及婴幼儿应有之特别保护”，载《家庭法律社会学论文集》，台北：元照出版公司 2004 年版，第 123-163 页。

# 民间团体推动烟害防制工作之营销策略

## —以董氏基金会为例

陈紫郎<sup>16</sup>、姚思远<sup>17</sup>、陈淑丽<sup>18</sup>、林清丽<sup>19</sup>

**摘要** 董氏基金会为华人地区最早全心投入推动烟害防制的非营利组织，致力于烟害防制的社会倡议，政策推动、媒体传播、教育倡导、鼓励戒烟及国际合作等议题，并促成相关法案之立法、修订与执行之监督。

近三十年烟害防制的实际经验，董氏基金会发展出六大营销策略：(1)善用名人代言、请托媒体公益协助；(2)勇于国际联结，积极相互交流；(3)取得产官学界支持，推展社会倡议及法案政策；(4)搜集各国烟害防制信息转换并跟进；(5)设置「华文戒烟网」、举办「戒烟就赢」比赛；(6)维护民众免于烟害，提供申诉及解决烟害的重要管道。

透过多样化的烟害防制营销策略，持续专业深耕、坚持公益原则、强化沟通方式、珍惜有限资源等，将台湾烟害防制向前推进。

### 壹、背景说明

董氏基金会是台湾最积极推动烟害防制工作的民间团体，既不是从事传统社会服务工作，也非援助弱势族群，且拥烟团体持续制造吸烟者与非吸烟者的对立，刻意扭曲烟害的事实；另外，媒体上出现的公益广告，让多数人误以为基金会出钱购买媒体广告，因此鲜少能获得一般民众或企业的青睐，给予捐款援助。加上长期促请与监督政府的积极形象，虽台湾政府每年有十多亿的烟害防制的预算，但董氏基金会能获得的补助却仅占约百分之一，除非有政府或特定企业的经费支持，否则难投入大量人力财力，且常有经费匮乏的问题。相较于美国癌症协会（American Cancer Society 简称 ACS），其于 1913 年成立，在全美有超过五千个据点，其经费来源，主要是来自政府部门、企业捐款、癌症病友们的捐款及遗产捐赠等，是一个极具规模与名气的民间团体。有鉴于 1/3 的癌症与吸烟有关，且预防癌症产生的基本且有效的方法就是不吸烟也没有二手烟，因此在早期，当美国成年人吸烟率还超过一半时，ACS 就率先反对美国烟草公司向全球营销、促 WHO 制订 FCTC、要求先进国家做得更好并帮助开发中国家提升烟害防制工作。2000 年起，ACS 开始协助亚太地区的烟害防制工作，培训更多烟害防制专业人才。

台湾财团法人董氏基金会于 1984 年由董之英先生与严道博士共同创立，并带领同仁及义工们义无反顾、从无到有的投入台湾烟害防制工作，为华人地区最早全心投入推动烟害防制的非营利组织。近年来善用政治人物的支持、公众艺人的参与，还有卡通造型「徐则林」的文宣设计；另外，

---

<sup>16</sup>美国杜兰大学教授

<sup>17</sup>董氏基金会执行长

<sup>18</sup>董氏基金会终身义工

<sup>19</sup>董氏基金会菸害防制组主任

影帝孙越及名模陈淑丽都是基金会的终身义工，每一个烟害防制的阶段都有其具体且令人印象深刻的地方。董氏基金会将台湾的软实力发挥的淋漓尽致，在 1987 年成功促成台湾首部「烟害防制法」的立法与执行。在 2009 年让台湾成为一个大部分室内公共场所及工作场所全面禁烟的地方；目前更加紧脚步推动百分百的无烟室内环境、全面禁止烟草产业的广告促销及赞助、提高烟税、烟品容器印制大幅警示图文并采素面包装、禁止烟品陈列等修法。

董氏基金会以民间团体的身份在烟害防制领域深耕，在历任董事长与执行长出钱出力之下，董氏基金会在烟害防制的工作上已占有一席之地。尤其在现任董事长谢孟雄先生充分授权下属、适时给予同仁正面指导的带领模式加上现任执行长姚思远先生专业及勇敢果决的执行力之下，使得专业团队持续积极有效的营销策略，获得无数义工们无私的投入及社会大众的支持与爱戴，董氏基金会已成为台湾民众高度信任的公益团体，且获得世界华人社会的肯定。

## **贰、董氏基金会烟害防制营销策略**

以董氏基金会在烟害防制上的经验，分析民间团体于推动烟害防制工作上所采之营销策略。

### **一、董氏基金會菸害防制行銷策略**

#### **1. 善用名人代言、请托媒体公益协助**

1984 年正值演艺事业高峰的孙越公开宣布加入董氏基金会，并公开呼吁「人人有权拒吸二手烟」，不仅服务吸烟者，也维护不吸烟者的权利，提醒 3/4 不吸烟者勇于拒绝二手烟。孙越在媒体的见证下放弃所有演艺工作，成为「终身义工」。尔后，名模陈淑丽小姐亦加入「终身义工」的服务行列。1990 年音乐创作者薛岳罹病逝前，在董氏基金会的安排下，公开倡导国人「尊重生命」的理念，为民间团体的公益广告可于电视台免费播出之先例。1996 年邀请艺人庾澄庆、陶晶莹、王伟忠等六位名人同台拍摄「拒烟之星对话集」，为台湾第一部寓教于乐的公益拒烟倡导影片，并分送至各级学校与各大医疗院所。影视歌明星代言也趋向国际化，2001 年成龙担任国际拒烟大使，在台湾、香港、日本、澳洲及美国同步公开呼吁「不吸烟大自由」。

在 2008、2010 年这两届戒烟就赢比赛，由亚洲天后蔡依林登高一呼，分别以不同形象号召全民一起来参与戒烟嘉年华会。且 2012 年由甜美可人的林依晨代言。2010 年则由 CNN 票选出的「亚洲最具影响力的人物」周杰伦，带领全台 460 万青年学子一起「不吸烟、作自己」。

董氏基金会竭力请托媒体公益协助、善用影视歌明星代言，增加烟害防制能见度，并让更多人关注烟害防制议题。

#### **2. 勇于国际联结，积极相互交流**

董氏基金会是一个小小的民间自发性烟害防制健康组织，在三十年前没有烟害防制概念的年代，1984 年严道董董事长出钱出力成立。1989 年，严道博士在美国陈紫郎教授合作下，在台北创立「亚太地区拒烟协会」(APACT, Asian Pacific Association for the Control of Tobacco)，每 3 年举行会员大会暨研讨会，结合亚太各国拒烟领袖共同对抗国际烟草商之侵害，并吸取国际烟害防制成功经

验；早年即以实际的行动协助泰国政府抵挡美国烟草公司的压力与侵害。

1999年在台北举办「亚太地区拒烟协会」十周年大会，共有来自19个国家的代表们齐聚，针对亚太各国赴美进行跨国烟害诉讼求偿的方式及可行性，做深入的探讨。让董氏基金会得以促请政府在台湾引起媒体大幅探讨「健康人权」其报导。2007年在台北召开「第八届亚太地区拒烟大会」。董氏基金会再挑起亚太地区的烟害防制工作大梁、荣任 APACT 主席国；由陈紫郎教授担任主席，共有超过40个国家、560人参与。

2007年，在台北举办「第一届两岸四地烟害防制交流研讨会」，尔后由大陆、香港、澳门每年轮流主办，建立起两岸四地烟害防制的稳定学习平台，使大中华地区有更多的交流机会与帮助。

### **3.取得产官学界支持，推展社会倡议及法案政策**

基金会成立初期，已积极收集及翻译国内外相关烟害防制资料，并邀集国内医界、学界及环保人士等共同参与，汇整集结烟害防制力量。早期台湾开放洋烟进口、同时开放烟品广告及促销。董氏结合21个民间团体成立「台湾拒烟联盟」，在「中美烟酒谈判」期间持续进行抗议行动，历经六年共十次的抗议与陈情后，终于成功的让美国贸易谈判代表答应：不再以301法案要求台湾政府开放更多的烟品广告及促销。

2005年促成立法院通过批准国际「烟草控制框架公约(简称FCTC)」，台湾成为全球第41个批准FCTC的政府，随后在2005年结合上百个民间团体筹组「台湾拒烟联盟」，共同推动烟品容器印制警示图文、室内公共及工作场所全面禁烟等符合国际公约规范之烟害防制修法，全力推动将台湾烟害防制与国际接轨。

同年，为配合WHO世界禁烟日主题，与台湾所有医学中心及教学医院合作，超过十万名医疗行政人员佩带劝人戒烟标章，并结合国内十一家电视新闻台主播，在禁烟日当天佩带标章并倡导防制烟害。基金会争取医疗界产官学领导人士、各大团体之支持与指导，在烟害防制上继续向前迈进。

### **4.搜集各国烟害防制信息转换并跟进**

90年代，烟害意识抬头，国际民航组织建议各国航空公司应全面禁烟。董氏基金会发动各航空公司负责人公开宣示及签署禁烟协议，让台湾九大航空公司比国际民航组织之建议还早一年就先全面禁烟。

有鉴于美国境内接二连三成功的烟害诉讼，1999年，在台北召开的 APACT 十周年大会，特邀美国律师团针对亚太各国赴美进行跨国烟害诉讼求偿的方式及可行性。2001年力促并主动协助台湾25县市政府(现已改为22县市政府)，当积极赴美向跨国草烟公司进行烟害求偿。最后，虽未如愿促成赴美控告跨国烟草公司，但整体已透过媒体大幅传播及探讨「健康人权」、「烟商真相」、「吸烟成瘾」打破过去烟害防制局限在「吸烟有害」的范畴。

### **5.设置「华文戒烟网」、举办「戒烟就赢」比赛**

台湾在2002年首度加入国际Quit & Win「戒烟就赢」比赛，吸引台湾两万三千组，每两年举

办一次，营造全台戒烟嘉年华会，有超过 14 万组民众报名参与、帮助超过 7 万人尝试在一整个月内戒烟。另外，在 2010 年由亚洲小天后蔡依林代言「戒烟就赢」比赛，制作并广发超过 100 万份的报名表、传单、海报、大型布条、LOGO 贴纸、活动 T 恤等大量制作物，透过至少 6,000 个通路据点全面倡导。

2007 年的「六三禁烟节」，基金会建置推出「华文戒烟网」，提供全球 15 亿华人最完善的烟害信息与戒烟服务，同年亦推出简体版网站，期盼透过网络无远弗届的优势，帮助全球 4 亿吸烟华人成功戒烟。基金会举办大型活动，开创「华文戒烟网站」，在各类倡导、倡议、活动期间，经由影视歌明星义工协助，制作相关拒烟文宣品，并透过发送及出售，适时有效传达拒烟概念。

#### **6. 维护民众免于烟害，提供申诉及解决烟害的重要管道**

在 2002 年，台湾政府正式开始征收烟品健康福利捐并专款全面推动烟害防制工作之际，董氏基金会结合学者专家、接受卫生署国民健康局的委托，拟订首部台湾五年烟害防制建议书，其中建议当设置的「戒烟门诊」、「0800-63-63-63 戒烟专线」及「烟害申诉服务中心」均以实现。

董氏基金会时时注意并关心所有与烟害防制有关的言论及报导，只要有为吸烟者或烟商张目之媒体报导出现，基金会一定第一个跳出来批驳。如网络盛传电子烟可戒烟又清肺胃，在接获检举后马上发布新闻稿，驳斥此则夸张不实的广告，并呼吁民众善用专业且有效的戒烟服务。

## **二、未来展望**

董氏基金会以民间团体之姿在烟害防制工作上耕耘近三十年，透过各种不同营销策略，创造无数烟害防制工作上亮眼的成绩。现阶段除透过国际发达的信息、亚太地区拒烟协会、两岸四地交流与参与，加入与串联各国力量、共同支持和相互扶持对抗烟害；更依循 FCTC 规范，进一步在台湾力促修正「烟害防制」相关法令，持续倡导百分百的无烟室内环境、全面禁止烟草产业的广告促销及赞助、提高烟税、烟品容器印制大幅警示图文并采素面包装、禁止烟品陈列等。为达成目标，董氏基金会虽仅几位专职工作人员的小小组织，但持续以小博大，运用现代营销知识、发展适当营销组合，与国际接轨，向前迈进。



# 非政府组织推动香港控烟三十年

刘文文 黎慧贤

香港吸烟与健康委员会

**摘要** 《吸烟(公共卫生)条例》自 1982 年生效至今，香港政府透过扩大禁烟区，管制烟草销售及广告逐步加强控烟力度。委员会自 1987 年成立以来，一直配合法例的进展，致力透过宣传及教育、烟害研究及政策倡议三方面推动香港控烟工作，务求早日建构无烟香港。经过多年的努力，香港的吸烟率由八十年代的 23% 开始逐步下降，现时吸烟人口占全港人口 11.1%，是全亚洲以至全球最低的吸烟率地区之一。本文将回顾委员会作为非政府组织，在过去三十年，如何在法例修订的各个阶段，透过四个层面推动控烟工作，当中包括「以科研为基础，建立控烟理据以制定策略」、「结合媒体倡议争取市民支持」、「积极向下一代宣传无烟教育」，以「团结社会各界，拓展无烟网络」，务求多面向地落实及推动控烟政策，按不同范畴的规划及演变，一同推动香港控烟进程。

## 背景及目的

三十年前的香港，近四分之一人口为吸烟人士，公众场所未设有禁烟区，室内吸烟情况普遍，工作间、酒楼及公共交通工具上均弥漫着二手烟雾。报章杂志及街上到处可见巨型烟草广告，烟草商更透过赞助体育运动及文化活动，企图建立吸烟行为是健康的形象。当时普遍市民都不大了解吸烟危害健康，烟包上更未有展示任何健康警示。

香港于 1982 年正式实施《吸烟(公共卫生)条例》，并进行首次吸烟人口比率调查。香港吸烟与健康委员会于 1987 年根据香港法例成立，为专责控烟工作的非政府组织，透过宣传、教育、研究及政策倡议，提高公众对烟草祸害之认识以保障市民健康。香港政府于 1990 至 2006 年间多次修订条例，包括扩大法定禁烟区、限制烟草广告及管制烟草售卖等。2001 年，卫生署辖下的控烟办公室成立，负责执行法例、宣传健康教育及协调戒烟服务。2006 年，政府对《吸烟(公共卫生)条例》提出多项修订，扩大禁烟范围至更多室内及室外公众场所，2007 年全面落实全面禁烟政策。为鼓励吸烟人士戒烟及预防青少年吸烟，政府于 2009 及 2011 年两度增加烟税，并增拨资源协助戒烟。

自法例生效至今，随着各项控烟措施奏效，香港的吸烟率由八十年代初 23% 下降至现时 11.1%，是本港有纪录以来的最低数字，亦跻身亚太地区以至全球最低吸烟率地区之一。

香港三十年来成功降低吸烟人口，实在有赖政府对控烟工作的决心，加上社会各界持份者对控烟工作的积极参与，令香港得以大幅降低吸烟率，改变市民由以往默默接受吸烟，以至近年拒绝二手烟，除了大力鼓励吸烟人士戒烟，更积极争取政府展开相关法例保障他们健康。

香港吸烟与健康委员会自成立以来，作为一个专责控烟工作的非政府组织，一直透过宣传、教育、科研及倡议法例，联同社会各界透过以下三个层面，一起推动香港控烟工作：

1. 向领导控烟工作的政府相关部门争取修订控烟法例、增加烟税及增拨戒烟资源，以加强控烟

力度及保障公众健康；

2.链接一众控烟组织、医学及护理组织、学校、学术团体、社福机构、地区团体、传播媒界、工商各界等携手开展适切的宣传、推广、教育、科研、戒烟计划，增加社会各界认识烟草祸害及控烟工作的重要，以及团结更大的控烟力量；

3.争取市民大众支持及参与控烟，对象包括吸烟人士及社会大众，令控烟法例得到广泛支持及全面执行。

本文将回顾委员会在法例修订各个阶段中，如何透过不同范畴的规划及演变，以「科研为基础，增强控烟理据以制定策略」、「结合媒体倡议争取市民支持」、「积极向下一代宣传无烟教育」，及「团结社会各界，拓展无烟网络」，务求推动香港控烟进程。

## 分析及讨论

### 1.以科研为基础 建立控烟理据以制定策略

吸烟影响健康是一个不争的事实，透过科研收集资料，有助进一步确立有关的理据及争取市民的支持。早于成立初期，委员会已联同学者对控烟政策作民意调查，以瞭解市民

对政策的支持度及检视法例的未及之处。

九十年代，委员会与公共卫生学学者对烟草祸害进行系统性的研究，包括青少年吸烟与健康调查以及儿童接触二手烟的调查，结果显示他们患上呼吸系统疾病的额外风险增加，并须加强管制烟草广告吸引青少年尝试吸烟。为了证明修订控烟法例的迫切性，控烟学者研究吸烟引致的经济损失、非吸烟人士死于二手烟的情况、无烟食肆政策对顾客的影响，以及针对饮食业界的二手烟与健康风险等等。

近年研究的项目包括检讨法例、戒烟计划的成效检讨、控烟政策民意调查、未来控烟方向及政策发展等。这些科研计划令政府及控烟组织能够掌握社会的最新状况以及市民对控烟政策的支持及接受程度，有助政府加强控烟措施保障市民健康。

### 2.媒体倡议 动员全民支持

委员会多年来一直积极开拓不同的宣传平台，透过与媒体合作倡议政策，以新颖手法吸引公众支持，历来拍摄了多条脍炙人口的宣传短片，当中的内容及手法均配合立法进程及社会状况而有所转变。

委员会早期的宣传片较多以惊吓手法宣扬烟草对健康的祸害，把烟草祸害写实地暴露于公众眼前。其后更结合科研基础，以创意及较感性的手法唤起公众对二手烟祸害的认识，争取市民对法例修改的支持，如《叉烧包篇》、《牙签篇》、《香口胶篇》，以二手牙签及香口胶显示二手烟在工作间及食肆的影响。

近年控烟短片加入本地文化，利用幽默手法宣传戒烟及无烟生活的重要性，例如琅琅上口的戒烟歌、结合香港普罗大众生活境况的《赢上门篇》、《好男人篇》，《戒烟—轰轰烈烈戒一次篇》、

《戒烟—集体戒烟篇》均令市民留下深刻的印象。

### **3. 培育下一代 撒播无烟种籽**

社福团体与委员会都深明预防胜于治疗，十分重视向下一代灌输控烟教育，以免被烟草广告宣传的误导他们尝试吸烟。委员会早期以无烟教育活动为宣传的重要方向，逐步透过学校举办健康讲座，及后更以互动及「信息娱乐并重」的教育剧场强化烟害教育，将紧贴社会步伐的内容，提醒小学生不要吸烟，动员他们身体力行支持控烟及鼓励家人及亲友戒烟。

近年委员会推出多项推广计划，动员儿童及青少年成为控烟大使，把无烟信息带入家庭及社会，藉此扩大控烟力量。2008年「无烟家庭 我做得到」及2011年的「无烟少年奖励计划」，以学校及家庭为切入点，表现下一代对家人开展无烟生活的愿望，两项活动均得到热烈的反响，推动近八万多家庭成员，承诺建构无烟家庭。

### **4. 团结社会各界 拓展控烟网络**

控烟工作对维护社会整体健康及经济利益十分重要，政策得以推行，有赖各界的支持。委员会多年来一直希望团结来自社会上更多界别的力量，建设社会合作平台，以增强控烟网络。

医护界人员在控烟工作上担当着不可或缺的角色，委员会一直与医护界的专业人员紧密合作，历年来举行多项合作计划及活动，凝聚医护界专业力量，一起开展戒烟计划、倡议加烟税及控烟政策。

委员会早于1992年已开始争取工商机构支持无烟工作间，透过举办「工作间不吸烟日/月」，及邀请专家及学者探讨工作间二手烟问题，鼓励雇主及雇员以实际行动支持政策。

2004年、2006年及2011年举行多次大奖活动，表扬企业肩负社会责任，在推动无烟工作间以至鼓励员工戒烟的贡献，与社会各界共同为控烟踏出一大步。

地区团体组织亦是委员会重要的合作伙伴，配合各区特色举办不同类型的活动。近年更联同地区领袖，地区组织在各区开展「无烟地区计划」，使无烟信息得以持续植根于全港各区，强化及巩固无烟网络。

## **结论**

经过三十年，市民对吸烟及二手烟祸害的认识大大提升，社会整体吸烟率下降，更重要的是市民大众对吸烟行为的态度，由以往被动面对二手烟，发展至积极拒绝二手及三手烟，

甚至身体力行推动控烟政策。这三十年来的改变，绝非一朝一夕而成，乃是有赖于社会各界、包括政府、学术机构、控烟团体及来自不同界别的组织共同努力的成果。

展望未来，委员会将继续以多管齐下的方式，联系社会各界控烟团体及学者，以适切的宣传策略，透过更多平台，开展成效显著的控烟工作，促进市民认识更多控烟信息，并继续向政府争取修订控烟法例，以保障市民健康。香港吸烟与健康委员会期望香港的控烟工作能够继续向前迈进。在各界协力下，吸烟率在未来数年下降至单位数字，并在2022年能实现无烟香港的目标。

# 烟草作物替代在中国的试点工作

弗吉尼亚 C. 李 (李湏)<sup>1</sup>、王琼丽<sup>2</sup>、夏宁<sup>2</sup> 唐松源<sup>3</sup>  
卡罗琳 C. 王 (王承乐)<sup>4</sup>

1 美国加州大学洛杉矶分校公共卫生学院:

2 中国云南省玉溪市农业局

3 昆明医科大学

4 顾问、作家。

**摘要** 在中国，约两千万农民生产了占全球总产量最大份额的烟草。种植替代作物所获得的利润能够超过种植烟草所获利润。充分展现这一点有助于劝服在云南大面积种植烟草的农户停止种植烟草。在玉溪市，来自玉溪农业局以及美国加利福尼亚大学洛杉矶分校公共卫生学院的合作人发起了一项烟草替代作物种植项目。三个试验点共有 458 户农户志愿参与了这个全新的以营利为目的的合作模型中。该项目成功地为农户指出了一条参与合作种植烟草替代作物的道路，并由此提高农民年收入每公顷 21%到 110%不等。

## 主要发现:

- 中国玉溪市的烟草替代作物及作物多样化试点项目获得成功，从中可以看到，虽然农民中的大多数没有接受过正规教育，但是他们同样能够学会必要的知识及技能以参与项目运营，从而使他们获得比种植烟草更高的利润。
- 三个试验点的农民参与到烟草替代作物种植项目中，并由此年收入每公顷提高 21%到 110%不等。
- 这个试点项目体现了地方政府和农民的开创性努力，共同推动了控烟活动更上一层楼。

## 引言

2003 年，世界卫生组织 (WHO) 的《烟草控制框架公约》(FCTC) 提出了为烟草工人，种植者和销售者需要提供“经济上可行的替代支持”的活动。中国作为 192 个世卫组织成员国之一签署了这个具有里程碑意义的《烟草控制框架公约》的条约，并且宣布将致力于从源头开始控制烟草。这对一个大约有 2000 万农民种植烟草，占有世界上最大市场份额的中国来说，具有里程碑的意义。以目前中国农民的生存劳动能力，要改变他们的农耕生活和劳动方式是很困难的。我们将以中国的玉溪这个试点为例来阐述在共同努力下让当地农民种植可以营利的农作物来代替种植烟草，以此来解决农民收入方面的问题的。

下面将以一段重要的历史来说明之前的努力。烟叶生产已越来越多的集中在发展中国家，在 1971 年到 1997 年之间，中国占世界上烟草生产中的份额从 17%提高到了 47%。在中国烟草是被

国家垄断的，并且其价格被人为的压低，农民的收入与这有很大的联系。在这种背景下，让农民转去种植利润更大的作物，对减少中国烟草产量与提高农民生活水平是至关重要的。

中国现在需要进口谷类，玉米，豆类，使农民通过种植烟草向种植粮食作物转化，这样，中国的很多农作物都可以自给自足，也能更保证中国的食品安全。此外，减少烟草的使用也可以减少用于烟叶烘烤薪柴消耗从而保护森林，保护环境。

亚洲最大的卷烟制造商红塔集团，位于中国西南部云南省的一个烟草种植区——玉溪。因为烟草的生产，玉溪的经济在云南省排名第一，其中 600 多万亩的（1 亩约等于 0.23 英亩）农田被用来种植烟草。烟草产业的收入显著地改善了当地居民的生活水平，也为当地、云南省和国家各级提供了税收来源。中国农民平均拥有约一亩土地，一个家庭可能拥有 3 到 7 亩土地。这表明从种子选择和作物替代可以产生同等或者更大的收入，这对劝说农民停止种植烟草是十分必要的。

## 玉溪烟草替代试点

这项试验的主要目标选择从事种植烟草替代作物的那些农民，并建立一个可营利的农民合作社作为试点，并评估其对农民经营收入的影响。

在 2007 年一个小的试点研究收到鼓舞的结果后，从 2008 年开始，玉溪市农业局与研究人员合作，在加州大学洛杉矶分校（UCLA）公共卫生学院发起烟草作物替代的研究。当地农业局和三个地点的村长合作，通过村民会议和访谈公开招募了 458 户农民家庭。其中包括红塔区的 68 个家庭，澄江县的 156 个家庭和峨山县的 234 个家庭，他们都是自愿参加的。以上选出的三个地点的农民家庭的耕地面积分别为 356 亩，330 亩，和 509 亩。

在当地农业局的协助下，农民们建立了一个新的合作模式（图 1）它们通过获得必要的技能去测算、生产尽可能高的作物产量，并进行市场调研，储存和销售他们的产品。他们选出了一些有领导才能的人去领导每个合作社。加入了合作社的农民制定了章程和细则。合作社的职责是通过尽可能以最低的价格采购大批量的种子，农药和所需要的材料提供给农民。

当地的农业专家到田间地头和大棚里给农民们提供农业培训和技术支持。核心是培养他们在指定的市场里集中销售他们的产品，如何选择种子，如何使用更少的有毒杀虫剂生产出“绿色”食品，如何储藏，如何分配，和如何销售。

合作社帮助给农民创建了一个保证农作物丰收，储藏，运输，分配和销售的系统渠道。农民们通过合作来鉴别土壤的质量、气候、水质是否合适的粮食作物生长。例如，在红塔区种植葡萄和白蘑菇；尤其是蘑菇更为适合，因为它的生长只需要极少的水资源和土地。在澄江种植很受欢迎的非本地小黄瓜、白花菜、西兰花、豌豆。峨山县，有一个大坝，种植适宜在潮湿环境生长的长春藤、铁线菊、黄金葛等。在所有的三个点中农村合作社是一个作为被注册的商业化的实体产业机构。影响农民收入基础的资料来源于玉溪市当地农业局每年进行收集的数据的综述(表 1)。

表 1: 2010 年在中国云南省玉溪市的三个试点种植非烟草作物与烟草作物的产量, 成本以及收益比较

	农户数	每英亩地平均产量 (Kg)	每英亩总成本 (US\$)	每英亩平均收入 (US\$)	平均纯利润 (US\$)	每英亩收入差异
<b>澄江县</b>						
小黄瓜	47	27316	6708	14846	8138	+77.4%
花椰菜	43	19425	1340	6890	5550	+21.0%
西兰花	37	9713	1295	6849	5554	+21.1%
豌豆	29	4614	1073	7764	6691	+45.9%
<b>烟草</b>	<b>57<sup>1</sup></b>	<b>1311</b>	<b>5500</b>	<b>10086</b>	<b>4586</b>	<b>0.0%</b>
<b>红塔区</b>						
白蘑菇	21	21854	4173	12877	8704	+80.1%
葡萄	47	16997	5080	15255	10174	+110.5%
<b>烟草</b>	<b>69<sup>1</sup></b>	<b>1190</b>	<b>5106</b>	<b>9940</b>	<b>4833</b>	<b>0.0%</b>
<b>峨山县</b>						
茨菇	234	16779	959	6998	6040	+26.6%
<b>烟草</b>	<b>156<sup>1</sup></b>	<b>1129</b>	<b>4031</b>	<b>8801</b>	<b>4770</b>	<b>0.0%</b>

## 讨论和评估

这个项目在中国开展时, 一些国家已经在从事烟草替代作物种植, 如巴西、加拿大、印尼、和美国<sup>4-8</sup>。在玉溪的烟草替代作物种植试点项目的成功表明, 许多没有接受过正式教育的农民能学到必要的知识和技能, 去经营一个组织, 使他们的收入比种植烟草的收入更加优越。

在玉溪是农业局的领导下, 项目团队联同其乡/镇分支机构为参加试点的地区的农民创造了种植多种多样的烟草替代农作物的条件。除了 3%~5% 的操作成本, 其余的销售收入将返给农民作为他们的收入。到 2010 年, 作为这项项目的成果, 农民们每年的收入将比他们种植烟草时提高 21%~110%。葡萄将是最赚钱的农作物。

中国幅员辽阔并且地形多样, 新型农民合作社模式是可以推广开来的, 因为当地的农业局可以在其他地方提供对农民必要的培训。玉溪市的农业局和当地农民的成功合作为我们提供了一个可行的有益的代替烟草种植的做法, 中国在烟草控制方面可能会迎来一个新的时代。

以在玉溪进行的这个非常有远见的实验为基础而开展的广泛替代烟草农作物的种植将有益于中国的公共卫生, 食品供应, 环境和森林。玉溪的农民合作社将为增加农民的收入提供一个很好的模板, 在其他种植烟草的发展中国家也许也可以适用。

# 台北市推动户外无烟环境经验-以无烟人行道为例

林莉茹<sup>1</sup>、刘仁滔<sup>2</sup>、纪玉秋<sup>3</sup>、姜郁美<sup>4</sup>、王如凤<sup>5</sup>、林秀亮<sup>6</sup>

<sup>1</sup>: 台北市政府卫生局局长，台北，台湾

<sup>2</sup>: 台北市政府卫生局局长，台北，台湾

<sup>3</sup>: 台北市政府卫生局视察，台北，台湾

<sup>4</sup>: 台北市政府卫生局主任秘书，台北，台湾

<sup>5</sup>: 台北市政府卫生局项目企划师，台北，台湾

<sup>6</sup>: 台北市政府卫生局副局长，台北，台湾

## 壹、前言

近年台湾成人吸烟率呈下降趋势，惟青少年吸烟比率仍偏高。行政院卫生署国民健康局 2011 年「青少年吸烟行为调查」结果显示，台湾高中职学生整体吸烟率 14.7%，台北市 13.6%；国中学生整体吸烟率 7.3%，台北市 6.0%。台北市国中及高中职学生吸烟率，低于全国平均值。

行政院卫生署国民健康局 2011 年「成人吸烟行为调查」结果显示，69.56%吸烟者开始吸第 1 支烟的年龄是在 18 岁以前，且其中有 56.15%在 18 岁以后养成吸烟习惯。故青少年时期开始吸烟，易于成年后养成吸烟习惯。

为保障青少年健康，防制青少年吸烟，并营造清新无烟害的健康就学环境，台湾现行之烟害防制法，已明定未满 18 岁青少年不得吸烟，及高中职以下校园为禁烟场所。惟因校园周边人行道非为该法明定之禁烟场所，若民众于人行道吸烟，烟烟将直接飘进教室，严重影响师生健康。台北市政府卫生局依据渥太华宪章五大行动纲领，结合教育局、环保局、警察局、工务局、交通局、健康小学、学生家长及小区资源，以校舍紧临人行道的健康小学，首创全国推动无烟人行道计划，作为推动校园周边无烟人行道的示范点，未来将以健康小学推动模式，优先推广至本市其他校舍紧临人行道之学校，以展现台北市建置无烟校园及防制户外开放场所二手烟害的积极作为，打造清新健康的无烟台北。

## 贰、目的

营造学校周边人行道清新无烟环境，降低校园户外二手烟害，保障师生健康权益。

## 叁、方法：

台北市政府卫生局依据世界卫生组织（WHO）1986 年所提出渥太华宪章五大行动纲领，规划推动健康小学无烟人行道计划，方法如下：

## 一、建立健康的公共政策

考虑二手烟危害学校师生健康，特别是校舍紧临人行道之学校更为严重，因此，台北市创全国之先建立无烟人行道之公共政策。健康小学无烟人行道计划获得市长、议员、家长及学校之重视与支持，台北市政府卫生局并依据烟害防制法第 15 条第 1 项第 13 款规定，首创全国公告「台北市松山区健康国民小学周边人行道」自 101 年 4 月 30 日起为全面禁止吸烟场所。违反规定之吸烟行为人，将依烟害防制法第 31 条第 1 项规定，处新台币 2 千元以上 1 万元以下罚款。

## 二、建置健康小学无烟人行道支持性环境

(一)结合新建工程处、健康小学、自强里办公处等单位，召开跨部门协调会议，针对工作小组成员之权管及性质，予以功能性分工，并于执行过程前、中、后期间透过沟通、协调及实地会勘之互动过程，持续调整、修正合作推动机制，并共同会勘人行道禁烟范围及确认禁烟告示牌设立位置。

「健康小学无烟人行道」工作小组分工表

办理单位	工作项目
卫生局	1. 统筹规划、协调整合相关资源、掌握各小组成员执行进度
	2. 禁烟线划设、增加设置其他禁烟告示
	3. 办理公告程序
	4. 办理无烟人行道启用记者会
	5. 结合多元管道倡导无烟人行道
	6. 裁处违规吸烟者
教育局	1. 协助卫生局统筹规划、协调整合相关资源、掌握各小组成员执行进度
	2. 追踪及辅导健康小学推动各项工作进度
	3. 评估规划未来推广至其他学校事宜
健康小学	1. 筹组拒烟志工队及办理教育训练，以劝阻违规吸烟者
	2. 加强向学校教职员工及学生家长倡导，如制作家长通知单、会议倡导等
	3. 禁烟线及其他禁烟告示后续管理维护
环境保护局	1. 确认健康小学周边人行道是否设置公有垃圾箱，如有设置，应移除附挂之烟蒂盒，以避免因提供与吸烟有关器物，致违反烟害防制法情事
	2. 依据废弃物清理法第27条规定，加强取缔健康小学周边人行道任意丢弃烟蒂者
警察局 松山分局	1. 加强取缔健康小学周边人行道违规停车者，以减少目前民众于人行道吸烟情事
	2. 依据社会秩序维护法第79条规定，协助取缔违规吸烟者
工务局 新建工程处	协助确认位于退缩无遮檐人行道范围
交通局	协助确认禁烟线划设及设置其他禁烟告示之适法性



松山区 健康服务中心	1. 协助健康小学筹组拒烟志工队及办理教育训练
	2. 协助倡导无烟人行道
	3. 依据烟害防制法第15条规定，取缔违规吸烟者
自强里办公处	1. 协助健康小学筹组拒烟志工队
	2. 协助倡导无烟人行道

(二)健康小学四周人行道划设绿色禁烟线，宽度为10公分，线内以8公分白色字体标示「人行道禁止吸烟 NO SMOKING ON THE

(三)健康小学四周设置10面倡导告示牌

(四)结合环境保护局、健康小学、自强里办公处等单位，撤除人行道上附挂烟蒂盒之公有垃圾箱，以避免因提供与吸烟有关器物，致违反烟害防制法情事。

(五)为扩大倡导效益，于2012年4月30日健康小学周边人行道开始禁烟之首日办理记者会，并有多家电子平面媒体采访报导（如：联合报、联合晚报、中国时报、自由时报、苹果日报及TVBS等），另结合本府教育局、健康小学、邻里长及小区资源等多元管道加强倡导周知民众，以强化民众对无烟环境之支持。

(六)为确保师生免于二手烟害，强化落实维护无烟健康环境，台北市政府卫生局所属松山区健康服务中心稽查人员，自2012年4月30日至7月31日共实地稽查计48次，并无取缔违规吸烟行为。

(七)健康小学透过学校朝会及教师晨会向全校计1,090名师生倡导，以持续维护校园无烟人行道支持性环境。

### 三、强化小区行动力

(一)强化学校师生、家长会及小区共同参与营造无烟人行道行动力及凝聚共识，邀请师生、家长及小区领袖共同参与规划决议禁烟线之颜色及设计无烟人行道 logo。

(二)辅导学生家长及里民组成拒烟志工队，共同倡导及劝导吸烟民众勿于人行道上吸烟，以落实营造学校周边无烟人行道环境，每日拒烟志工队会巡逻健康小学无烟人行道，自2012年4月30日至7月31日巡逻次数共106次，计劝导12位吸烟民众。

(三)自强里办公处结合松山区健康服务中心制作健康小学无烟人行道之公告及戒烟资源倡导单张，透过巡守小区时发送6,000张予民众。

### 四、发展个人技巧

(一)办理志工培训课程，提升家长及里民于倡导及劝导吸烟民众勿于人行道上吸烟之口语技巧。

(二)结合健康小学安排参观无烟人行道课程，以强化学生拒烟反烟及营造无烟环境认知。

## 五、调整健康服务取向

本计划于健康小学推动无烟人行道，因有效降低校园周边人行道二手烟害问题，获得师生、小区民众高度肯定，故应纳入台北市政府卫生局调整健康服务方向之依据；日后于建置无烟环境时，除持续落实推动烟害防制法规范之禁烟场所外，另为保障民众免于烟害防制法未规范之户外开放场所遭受二手烟害，亦应加速营造户外禁烟场所或推动户外定点吸烟政策，以营造更多无烟环境，打造清新健康的无烟台北。

## 肆、结果：

### 一、落实无烟人行道环境：

台北市政府卫生局所属松山区健康服务中心稽查人员自 2012 年 4 月 30 日至 7 月 31 日共实地稽查计 48 次，无违规吸烟行为人，显示推动成效良好，且获得民众支持。

### 二、树立新的公共政策：

推动健康小学无烟人行道为全国首创之举，行政院卫生署国民健康局并于 101 年 5 月 14 日行文请各县市卫生局考虑将教室紧邻人行道之高级中等以下学校周边人行道纳入禁烟范围，以保障师生健康权益。

### 三、获得市民共识与好评：

本计划推动后，市民朋友透过 1999 市民当家热线及市长信箱等管道，表示对于推动无烟人行道政策的肯定，并建议推广至其他学校周边人行道及户外开放场所。

## 伍、结论：

一、结合公私部门并应用渥太华五大行动纲领及小区参与，推动健康政策的户外公共场所无烟支持环境。

二、成功建置全国首创「校园无烟人行道」环境，除本市民众透过 1999 市民当家热线及市长信箱等管道表示肯定外，也获行政院卫生署国民健康局肯定及建议全国各县市能考虑效仿推动。

三、预定于 2012 年年底，以健康小学推动为示范模式，持续结合跨局处单位及小区资源推广至台北市其他 18 所校舍紧临人行道且有意愿推动之学校。

# 桃園縣烟害防制整合推广经验及成果

## 一、前言

国家卫生研究院温启邦等之研究发现，台湾因吸烟疾病死亡之人数一年超过 18,800 人，约占年度死亡人数的 15% 以上，每半小时即有 1 位国人死于烟害。李玉春等运用吸烟者罹患与吸烟有关疾病之相对危险性及 1996 年 18 岁以上者吸烟率，推估 2007 年可归因于吸烟之死亡人数，死亡原因以肺癌 2,494 人最多，每年约有超过 15,353 位吸烟者与 2,396 位曾吸烟者死于吸烟相关疾病，1,054 人死于二手烟害相关疾病。

不论是桃园县或台湾，肺癌均高居主要癌症死亡原因第一位，年龄标准化死亡率又以男性最高，达到每十万人人口死亡率 36.4 人（如图 1），且历年因肺癌死亡人数占所有癌症死亡人数 1/5，均略较台湾偏高（如图 2）。

年齡標準化死亡率(每十萬分之一)

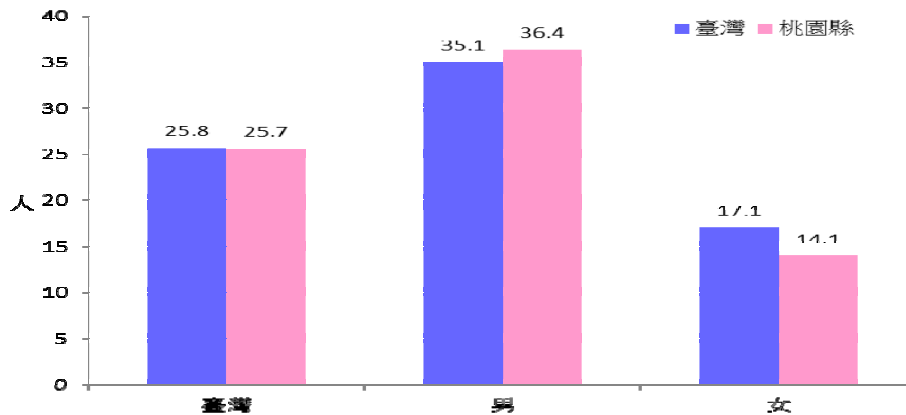


圖 1. 2010 年臺灣與桃園縣之氣管、支氣管和肺癌年齡標準化死亡率



圖 2. 歷年臺灣與桃園縣肺癌佔十大癌症死亡人數百分率

## 二、现况分析

### (一) 人口学概况

2012年7月底桃园县总人口数为2,021,677人，其中男1,017,101人，女1,004,576人，为台湾人口数第5大县市，且本县每年人口呈现成长趋势。人口分布情形以壮年年龄层（25至49岁）比例较高占41.47%，平均年龄37.11岁，为台湾最年轻的县市。依行政院卫生署国民健康局18岁以上成人吸烟行为健康调查研究指出，各年龄层中以31-40岁的吸烟率最高，该年龄层男性吸烟比率甚至达近5成的比率，是以过去本县成年男性吸烟率一直较各县市偏高。

### (二) 相关机关、单位、学校分布情形：

桃园县境内共有学校、托儿所、幼儿园、安亲班、少年育乐中心等供儿童及少年教育或活动场所等2,158家（其中国小189家、国中57家、高中职32家、大专院校16家），医事机构2,065家，公务及警政机关200家、其它烟害防制推动相关场所如车站、大众运输工具、餐饮、旅馆、金融机构、商场等近8,000家；本县亦为国内重要工业大县，职场100人以上近千家，截至2012年7月底15岁以上就业人口高达1,645,000人、工商业场所单位为44,347家、生产中的工厂有10,582家、劳动力人口数为974,000人，劳动参与率59.2%，显示本县工商业生产营运热络，对台湾地区及北部地区整体工商业之发展，具有相当之贡献及影响力。

## 三、计划目的

(一) 落实校园烟害教育并透过辅导及执法配套，降低青少年吸烟率。

(二) 透过增加提供戒烟服务之医疗院所据点，提供成年吸烟者可近的戒烟资源，并进行资源整合及服务转介，透过增加整体服务利用率，降低成年吸烟人口。

(三) 透过多元媒体营销管道，传递烟品对健康危害的讯息，配合执法稽查，营造无烟氛围及支持环境。

## 四、执行策略

### (一) 落实校园烟害防制

#### 1. 国小学童方面：

(1) 连结烟品对健康及生长发育影响为卫教重点，同时鼓励学童劝戒吸烟之家庭成员戒烟或利用戒烟资源。

(2) 提升学童烟害媒体识读能力，养成主动、积极的思辨能力，提升他们正确判断烟品营销，如卡通、电影、漫画等烟品营销置入之辨识，深植烟品危害健康的观念。

#### 2. 国中学生方面：

(1) 连结烟品对外表、个人形象、学业表现、健康等影响为卫教重点，鼓励学童劝戒吸烟之家庭成员或同侪，利用戒烟资源，尝试戒烟。

(2)强化国中生烟害媒体识读能力，正确判断烟品营销手法，如小说、时尚杂志、电影、电视、卡通、漫画等烟品营销置入之辨识。

(3)加强咨商辅导，对于可能吸烟者，提供行为矫正之预防措施；对于现在吸烟者，于确保个人隐私前提，提供戒烟教育课程，辅导或转介学生接受戒烟治疗。

(4)于校园内或校际间，透过相关反烟或烟害防制竞赛，营造校园内无烟氛围。

### 3. 高中职学生方面：

(1)连结烟品对外表、个人形象、健康等影响为卫教重点，鼓励学童劝戒吸烟同侪，利用戒烟资源，尝试戒烟。

(2)强化高中职学生害媒体识读能力，正确判断烟品营销手法，如小说、时尚杂志、电影、电视、卡通、漫画等烟品营销置入之辨识。

(3)加强咨商辅导，对于可能吸烟者，提供行为矫正之预防措施；对于现在吸烟者，于确保个人隐私前提，提供戒烟教育课程，辅导或转介学生接收戒烟治疗。

(4)于校园内或校际间，透过相关反烟或烟害防制竞赛，营造校园内无烟氛围。

(5)特别是职业学校，宜慎选建教合作对象，避免学生于实习过程，于职场养成吸烟行为。

### 4. 大专院校学生方面

(1)加强咨商辅导，对于可能吸烟者，提供行为矫正之预防措施；对于现在吸烟者，提供戒烟教育课程，辅导或转介学生接收戒烟治疗。

(2)于校园内或校际间，透过相关反烟或烟害防制竞赛，型塑校园内无烟氛围。

(3)减少校园内吸烟区数量，透过增加吸烟的不便利性，提供戒烟的支持环境。

### 5. 落实执法稽查

(1)加强对于学校附近之烟品贩卖场所主动稽查频率，避免业者贩卖烟品予未买 18 岁之青少年。

(2)与警察局合作，加强对于未成年吸烟者之取缔。

6. 其他：将各校烟害防制工作办理情形纳入校长年度考核项目参考等。

## (二) 扩大戒烟服务

### 1. 服务提供商方面：

(1)目前桃园县境内提供戒烟服务的医疗院所仅 124 家，鼓励县内健保特约西医医疗院所积极参与 2012 年 3 月 1 日起实施之二代戒烟试办计划。

(2)目前桃园县境内参与「医院戒烟服务小区整合试办计划」仅坌新医院 1 家，鼓励县内其他医院比照建立吸烟状态之主动提示系统、于门诊提供戒烟服务、落实无烟政策帮助病患、病患家属、员工及员工家属戒烟或远离烟害。

(3)卫生局所透过整合辖区内资源，于职场、学校等场域，团队出击，提供戒烟卫生教育指导、咨询、戒烟教育服务。

### 2. 服务利用者方面：

(1)鼓励民众主动利用医疗院所戒烟服务或各医疗院所及卫生局所开办之戒烟班等。

(2)与职场合作，透过雇主鼓励吸烟员工利用戒烟服务并采取相关作为，增加参与戒烟之吸烟者人数，并透过强化戒烟意愿及无烟职场之支持环境，帮助吸烟的员工戒烟。

### (三) 多元营销并辅以执法稽查，营造无烟支持环境

#### 1. 多元营销方面：

(1)利用电台、网络、App、平面媒体等，营销戒烟及拒烟概念。

(2)配合 2012 戒烟就赢活动，营造桃园县境内积极戒烟氛围。

(3)结合桃园县内优势的交通运输及特色观光景点，营造无烟的旅游环境。

#### 2. 执法稽查方面：

(1)落实各类禁烟场所执法稽查，增强对于违法贩卖烟品行为稽查强度。

(2)增加指定公告之禁烟场所数量，如无烟公园、无烟市场、无烟夜市等，透过增加吸烟不便利性，增强吸烟者戒烟的意愿。

## 五、结果

### (一) 成人吸烟率

由行政院卫生署国民健康局 2011 年 18 岁以上成人吸烟暨健康行为调查的调查结果可知，桃园县 18 岁以上成年吸烟率降幅高达 4.19%居于台湾各县市第一，由 2010 年的 22.8%降至 2011 年的 18.6% (如图 3)；另看出桃园县成年男性吸烟率 31.2%，首度低于台湾平均值 33.5% (如图 4)；然成年女性吸烟率仍维持在约 5%左右，未有明显下降趋势。

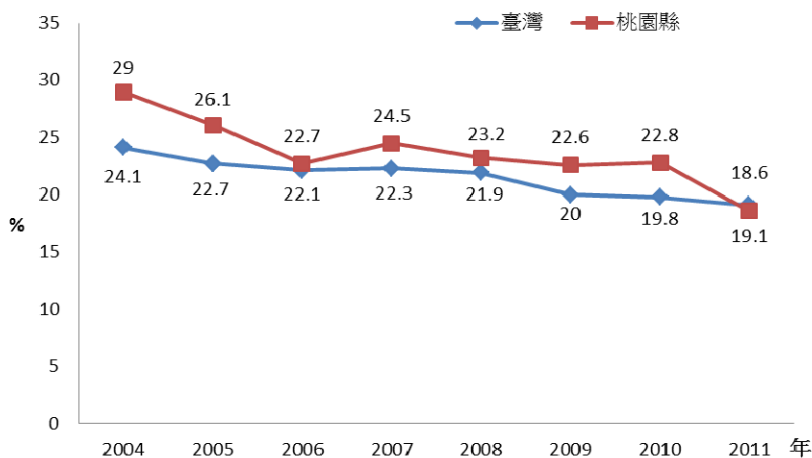


圖 3. 歷年臺灣與桃園縣成人吸菸率

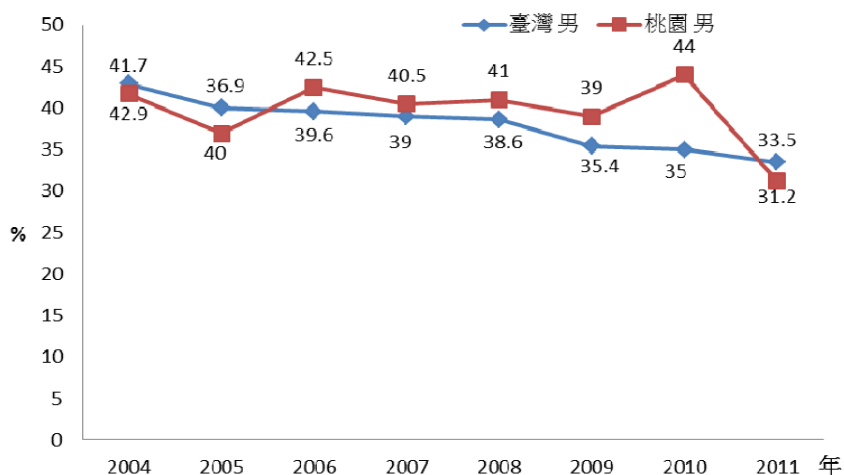


圖 4.歷年臺灣與桃園縣成人男性吸菸率

## (二) 青少年吸菸率

由行政院衛生署國民健康局 2011 年青少年吸菸暨健康行為調查的調查結果可知，本縣國中生吸菸率由 2010 年 8.2% 降至 2011 年 6.1% (如圖 5)，低於台灣平均值 7.3%；對於高中職生吸菸的比率由 2009 年 19.1% 降至 2011 年 18.9% (如圖 6)，雖有些許下降幅度，但仍高於台灣平均值 14.7%。

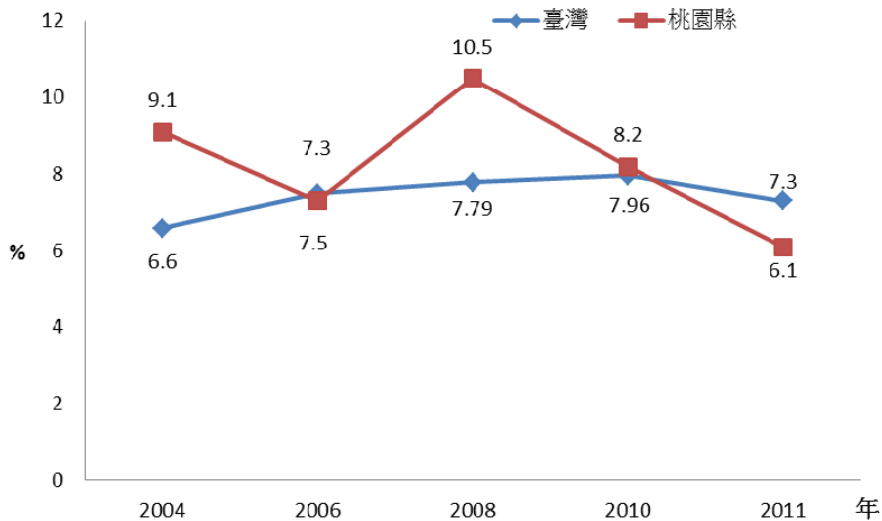


圖 5.歷年臺灣與桃園縣國中生吸菸率

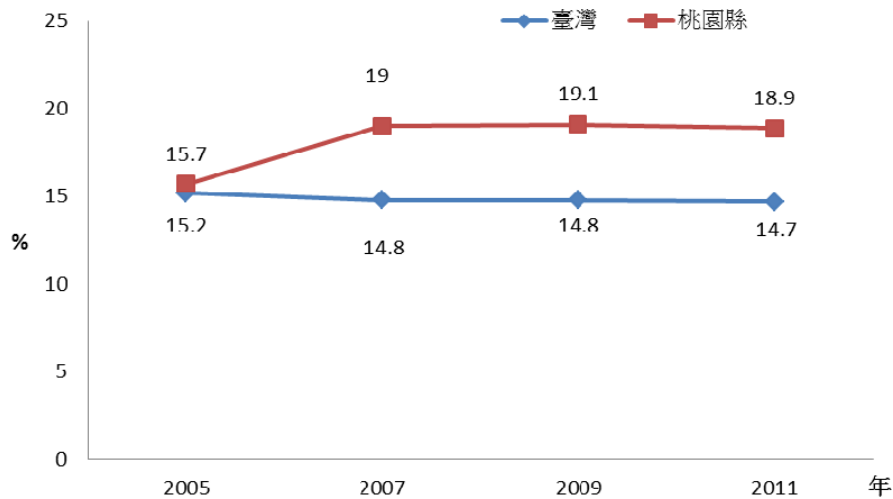


圖 6 歷年臺灣與桃園縣高中職生吸菸率

### (三) 二手烟暴露情形

本县积极推动民众于小区休闲空间，营造全面无烟环境如结合县内特色观光景点、无烟健走步道、扩大公告小区无烟公园等；由行政院卫生署国民健康局 2011 年 18 岁以上成人吸烟暨健康行为调查的调查结果可知，家庭二手烟暴露率由 2010 年 20.1% 至 2011 年降至 18.9% (如图 7)，低于台湾平均值 19.9%；县内为工业大县，辅导职场重视员工身心健康之余，营造无烟的工作场域，推动职场参与健康无烟职场自主认证，截至 2011 年底 300 人以上职场共有 78 家参与认证，另职场二手烟暴露率由 2010 年 20% 至 2011 年降至 14.4%，低于台湾平均值 21.8% (如图 8)。

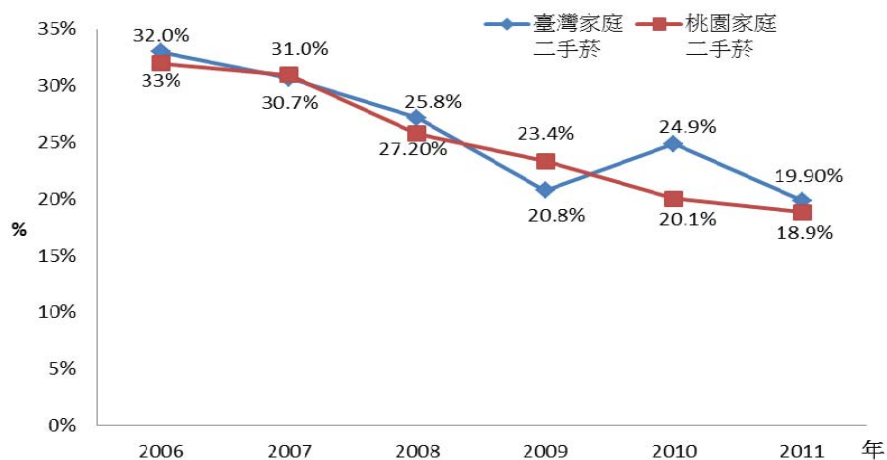


圖 7 歷年臺灣與桃園縣家庭二手菸暴露率



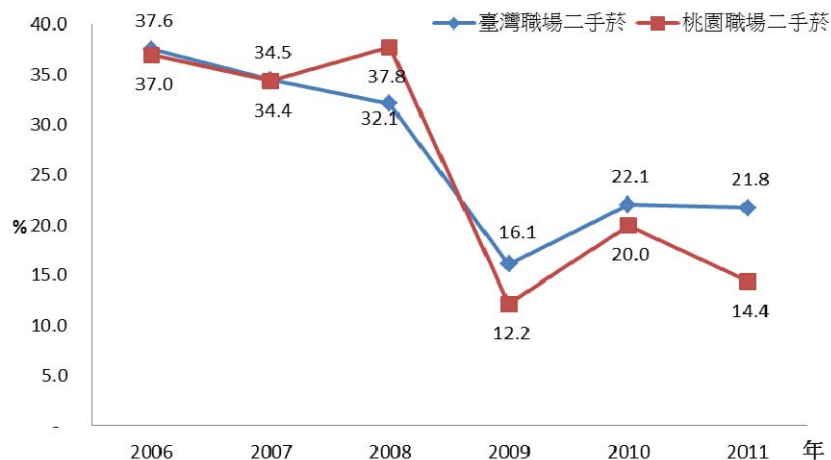


圖 8.歷年臺灣與桃園縣職場二手菸暴露率

## 六、未来展望

自 1997 年开始实施烟害防制法以来已迈入第 15 年，但国人成年吸烟率仅下降 3 分之 1，特别是比较烟害防制法新制施行 2 年的成果，成人吸烟率仅下降 1%，少少的 1%却代表着减少约 10 万名吸烟人口，也让这 10 万名吸烟者的家庭远离二手烟危害。

在未成年吸烟率方面，国中生吸烟率有逐年下降趋势，特别是 2011 年国中生男性吸烟率降至 9.6%，首次低于台湾平均值，或许是因为国小中高年级的烟害防制教育发挥作用；然，高中职男性吸烟率却大幅增加，由 2010 年的 20.3%快速增加至 2011 年 27.1%，高出台湾高中职男性吸烟率 20.3% 超过 3 成以上。

近一步分析，未成年吸烟者是否曾因年龄不足遭拒售：对国中生而言，因烟害防制法新制实施及加强稽查取缔作业，未因年龄不足遭拒售烟品的比率已降至 5 成以下；高中职学生吸烟行为调查结果，2009 年烟害防制法新制实施该年度，未因年龄不足遭拒售烟品的比率确实有明显的下降至 60.3%，然或许因为执法强度及社会拒绝违法贩卖烟品与未成年人的氛围较 2009 年薄弱，2011 年高中职吸烟者，未因年龄不足遭拒售烟品的比率反弹回升至 68.7%，此现象值得学校及卫生稽查执法单位特别关注。

桃园县在 2011 年成人吸烟率降幅，是历年最大的一年，由 22.8%降至 18.6%，如何维持这样的低吸烟率且持续缓慢的下降，让桃园县超过 200 万人口、68 万个家庭，远离烟品及二手烟对于健康的危害，将会是桃园县在烟害防制工作上的下一个的重要挑战。

## 参考文献

1. 行政院卫生署国民健康局：2010台湾烟害防制年报。行政院卫生署国民健康局，2010。
2. 蔡文正、龚佩珍、胡晓云：烟害防制教育活动对青少年烟害防制知识与态度之影响。*Mid-Taiwan Journal of Medicine*, 2005; 10: 171-180。
3. 陈富莉、李兰、潘怜燕、陆玗玲：民国九十一年台湾地区国民健康行为调查—烟害相关议题资料分析研究计划。行政院卫生署国民健康局，2005。
4. Anonymous.Guidelines for school health programs to prevent tobacco use and addiction.*Journal of School Health*,2005; 64 (9) : 353-360.
5. Gervais, A., O'Loughlin, J., Meshefedjian, G., Bancej, C., Tremblay, M.Milestones in the natural course of onset of cigarette use among adolescents.*Canadian Medical Association Journal*,2006; 175(3): 255-261.
6. Eliasson, B., Cigarette smoking and diabetes. *Pro Cardiovasc Dis*, 2003. 45(5):405-13.
7. Etzel, C.J., Cl. Amos, and M.R.Spitz for smoking-related cancer among relatives of lung cancer patients. *Cancer Res*,2003; 63(23):8531-5.
8. Liaw, K.M. and C.J. Chen, Mortality attributable to cigarette smoking in Taiwan: a 12-year follow-up study. *Tob Control*, 1998; 7(2):141-8.
9. Samet, J.M.,M.C. Marbury, and J.D.Spengler, Health effects and sources of indoor air pollution. Part I. *Am Rev Respir Dis*,1987; 136(6):1486-1508.
10. Wen CP, Tsai SP, Chen CJ et al. Smoking attributable mortality for Taiwan and its projection to 2020 under different smoking scenarios.*Tobacco Control*,2005; 14:76-80.

# 中澳两国吸烟者对烟草广告促销和控烟警示信息暴露情况的比较研究

李林<sup>1\*</sup>, Ron Borland<sup>1</sup>, 姜垣<sup>2</sup>

1. 澳大利亚维多利亚州癌症研究所烟草控制中心

2. 中国疾病预防控制中心控烟办公室

## 中文摘要

**关键词:** 烟草广告, 健康警示, 戒烟, 跨国研究

**研究背景和目的:** “禁止烟草广告、促销、赞助”和“警示烟草危害”是全面落实世界卫生组织《烟草控制框架公约》及 MPOWER 战略的重要内容。从 2006 年 1 月 9 日《公约》在中国正式生效以来中国政府和各界围绕控烟履约开展了大量的工作。按照《公约》的要求, 中国应于 2011 年全面禁止烟草广告、促销和赞助。及时监测吸烟者对烟草广告和促销的暴露水平, 并将相关指标与控烟领域较为先进的国家相比较, 可以帮助我们找到存在的差距, 有利于进一步提高相关控烟举措的针对性和有效性。本课题选取的对照国澳大利亚在上世纪七十年代禁止了通过电视和广播打直接烟草广告, 到九十年代末已禁止了报纸、杂志等印刷媒体的烟草广告和户外烟草广告, 体育和艺术烟草赞助等也基本上被禁止。近年来其很多州还陆续出台法规禁止烟草销售点的烟草广告和烟草制品展示; 并引入醒目的健康警示信息。本课题旨在比较中国和澳大利亚两国成人吸烟者对烟草广告促销和控烟警示信息暴露水平的差异, 为促进中国的控烟履约工作提供借鉴。

**方法:** 本课题使用的是来自“国际烟草控制政策评估问卷调查”(International Tobacco Control Policy Evaluation Survey, 简称 ITC 项目) 2007 年中国和澳大利亚的数据。2007 年底 ITC 项目在中国开展了第二轮的问卷调查(调查员入户面对面调查), 共计有 4574 名来自北京、沈阳、上海、长沙、广州和银川的成人吸烟者(调查时确认为吸烟者)完成此轮 ITC 中国问卷; 同期 ITC 项目在澳大利亚第六次(轮)通过电话调查的方式从全国性的抽样框架中调查了 1791 名成人吸烟者。我们通过卡方检验、Logistic 回归模型等方法分析比较中澳两国被调查者对烟草广告及促销的暴露情况和对控烟警示信息暴露情况的异同。

**主要结果:** 对人口社会学信息、吸烟量等相关变量进行控制处理后结果显示, 在过去 6 个月里中国吸烟者中暴露于烟草广告、促销的比例明显高于澳大利亚吸烟者。具体地说, 在过去 6 个月中, 高达 40.8% 的中国被调查者回答他们经常(或偶尔)看到使他们想吸烟的事物, 而在澳大利亚吸烟者中此比例仅为 19.6% (以澳大利亚为参照组(reference), 调整的比值比(adjusted Odds Ratio)即 AOR=3.09, 95% CI 2.61~3.68,  $p<0.001$ ); 同样地, 较高比例的中国吸烟者在广告牌上看到过烟草制品的广告(中国为 27.5% : 澳大利亚 6.7%, AOR=5.77,  $p<0.001$ )。较高比例的中国吸烟者(与

澳相比)看到/听说过以下类型的烟草促销活动:买卷烟时赠送礼品或提供其他商品的特别折扣(中国 13.2% : 澳大利亚 4.8%, AOR=2.63);商家赠送卷烟样品(9.7% : 2.1%, AOR=5.14);烟草公司赞助的竞赛(9.0% : 1.6%, AOR=4.80)(以上烟草促销暴露水平两国比较都有统计学差异,  $p < 0.001$ )。

相反地,在过去 6 个月中中国吸烟者中在不同场所看到谈论吸烟危害或鼓励戒烟的广告或信息(即控烟警示信息)的比例却明显低于澳大利亚吸烟者。被调查者中在买烟的商场的橱窗或商场内看到控烟警示信息的比例中国明显低于澳大利亚,差异具有统计学意义(21.8% : 48.9%, AOR=0.29,  $p < 0.001$ );同样地,在广告牌上(33.6% : 54.2%, AOR=0.41)和电视里(53.5% : 88.8%, AOR=0.16)看到控烟警示信息的比例中国显著低于澳大利亚。

**结论:** 研究结果显示中澳两国被调查者对烟草广告促销的暴露情况和对控烟警示信息暴露水平存在差异。总的来说,中国吸烟者中暴露于烟草广告、促销的比例明显高于澳大利亚吸烟者;比起澳大利亚吸烟者来说,中国吸烟者中看到/听到控烟警示信息的比例还比较低(包括电视等大众媒体宣传都还有提升的空间)。研究结果提示澳大利亚较全面控制烟草广告和促销、多渠道宣传吸烟的危害和鼓励人们戒烟的做法和经验值得中国借鉴。

# 控烟的多部门合作理论和实践

杨杰<sup>1</sup> 秦江梅<sup>2</sup> 张艳春<sup>2</sup> 洪颖<sup>3</sup> 朱雪泉<sup>1</sup>

1.中国疾病预防控制中心控烟办公室

2.卫生部卫生发展研究中心

3.北京大学公共卫生学院

## 一、背景

所谓“合作”是两个或两个以上的机构从事的任何共同活动，通过一起工作而非独立行事来增加公共价值。多部门合作也称公共管理领域跨部门合作，是指一国或地区的公共管理部门（在我国主要是相关政府职能部门）为解决特定社会政策问题，开展的不同公共管理部门之间的合作，包括在法律法规体系、组织结构、协调手段和方式等方面的布置和安排。多部门合作是当今世界各国政府在公共管理活动中关注的热点问题，它作为政府权力运行机制的重要组成部分，是各国政府在建立完善相应体制工作中的难点，也是重点。在当今社会，跨部门合作是确保公共管理价值目标得以实现的一项重要手段。

从社会政策的角度，多部门合作除涉及多种行动主体外，还可以被应用于公共事务管理的不同层次。英国希克斯教授把多部门合作划分为四个层次：（1）政策制定中的协同或政策协同；（2）项目管理中的协同或项目协同；（3）服务供给（包括管制）中的协同；（4）面向个体的服务协同，即几个部门围绕特定客户的需求与偏好，协同提供综合而又个性化的服务。澳大利亚政府的多部门合作主要侧重于三个层次：（1）政策制定中的协同；（2）政策执行和项目管理中的协同；（3）公共服务提供中的协同。在我国，政策执行和服务提供往往结合在一起谈，因此，可以将多部门合作分为二个层次的合作：政策制定层次的合作、政策执行层次的合作。

控烟涉及到每个人的利益，控烟政策涉及到经济、法律、传播等多个领域，控烟法律的制定和实施需要政府内多部门的合作，政府外学术和民间社会的协同，因此，建立高效的多部门合作机制是做好控烟工作的基础。

## 二、国际“控烟”多部门合作实践

控烟先进国家和地区非常注重多部门合作对推进控烟工作的重要作用。很多做法值得我们借鉴。

### （一）美国“控烟”多部门合作的实践

美国的控烟工作主要由卫生部门内部的控烟联盟、以卫生部门为领导机构的外部组织控烟联盟、非政府部门等社会力量等3方面力量开展。

为保证多部门合作的有效实施，在国家健康规划和相关的法律中明确规定了部门的职责及实施

机制等。在合作中，强调民间社会的监督作用。同时，坚决不允许烟草业及其利益相关者参与到控烟政策的制定和实施。

## （二）澳大利亚“控烟”多部门合作的实践

澳大利亚控烟多部门合作的组织形式同美国类似，包括：联邦、州、地区等政府组织以及许多非政府组织，但不同于美国的集中制管理，澳大利亚的烟草控制很大部分依赖于非政府组织的参与<sup>20</sup>。

通过立法明确多部门分工和合作的机制。

## （三）泰国控烟多部门合作的实践

1989年，泰国内阁接受了民间社会和健康组织的倡议，成立了国家控烟委员会领导控烟工作和烟草控制政策的制定等。这个委员会承担制定烟草控制的规划。

该委员会主席由卫生部作为主席，成员来自财政部、教育部、公共关系部、内政部、烟草控制方面的独立专家和媒体代表。

充分发挥专家及媒体代表的积极性，以确保该委员会积极工作推进烟草控制工作。委员会成员不能来至于任何与控烟利益冲突的部门或机构，比如烟草行业的代表、贸易部或行业或农民代表。目前这个委员会仍在工作，秘书处设在卫生部疾病控制中心的控烟办公室。

为了保证多部门合作的顺利进行，通过立法赋予卫生部沟通协调的权利；提高专家和媒体在合作中的作用并保证充足的活动经费。

## （四）国际控烟多部门合作借鉴

1、烟草控制需要从国家层面由政府主导而实施，建立政府领导，多部门合作和全社会参与的可持续发展机制；

2、控烟多部门合作机制需要避免烟草业的参与和干扰；

3、制定各部门参与的控烟行动计划（行动计划应提出全面控烟的总目标和可量化的指标）；

4、推进国家层面无烟环境立法，探索有效的执法方法与机制；

5、设立控烟的专项经费，通过项目形式协调和促进多部门合作；

6、监测和评估控烟干预的效果。

# 三、中国控烟的多部门合作现状

## （一）国家级控烟多部门合作

为履行世界卫生组织《烟草控制框架公约》，成立了履约工作部际领导小组，卫生部设有“履行《公约》领导小组，很多学术机构、非政府组织也积极参与控烟，初步形成控烟多部门、多机构合作势态。

---

<sup>20</sup>陈璐，刘朝杰，王雅杰，MPOWER 综合战略与澳大利亚控烟策略对我国控烟工作的借鉴意义，China General Practice，2011年10月，第14期，第10B期

为切实做好履行《公约》的相关工作，加强部门间的协调配合，2007年4月27日，国务院批准成立了《公约》履约工作部际领导小组（以下简称领导小组）<sup>21</sup>。领导小组以国家发展和改革委员会（现为工业和信息化部）为组长单位，卫生部和外交部为副组长单位，并由财政部、海关总署、国家工商行政管理总局、国家质量监督检验检疫总局、国家烟草专卖局等8家部门和单位组成。领导小组办公室设在发展改革委经济运行局（现为工业和信息化部消费品工业司），承担领导小组的日常工作。

目前中国国家级的多部门合作还没有政策作为保障，存在诸多问题。

1.各级政府领导还没有将控烟工作作为一项重要的任务和工作来抓；

2.中央层面尚未制定国家级室内公共场所、室内公共场所禁止吸烟的法律法规及单独的有关控烟的法规；

3.虽有多部门合作的形式，但除了卫生部门以外，其他合作的部门还没有将控烟工作作为本部门的一项常规工作，也没有积极推进控烟政策的动力。急需制度的保障。

4.烟草企业反控烟影响较大，并且政企合一的烟草企业利用政府的职能干扰控烟工作；

5.中国至今还没有国家级控烟的战略、计划和规划。

## （二）地方烟草控制的多部门合作机制

由于受立法权限的限制，地方控烟政策的制定和实施主要涉及到无烟环境的创建，因此地方的多部门合作机制主要围绕出台符合《公约》的全面无烟环境法律的创建和实施来形成。多部门合作主要从二个层次进行开展：政策制定层次的合作、政策执行层次的合作。以下介绍我国地方烟草控制立法多部门合作经验。

### 1、政策制定层次的合作

《哈尔滨市防止二手烟草烟雾危害条例》能够顺利出台，成功的主要经验是政府支持及解决了多部门合作推进立法的机制问题。在市政府的领导下建立了领导机构和工作机制，在推进立法的过程中，探索形成了法制办牵头，卫生局和宣传部门配合，市人大提前介入，参与意见等的多部门合作模式，即“四位一体”的合作模式。在这个合作机制中，顺畅的沟通尤为重要。

2011年10月天津市政府办公厅发文成立了由卫生局、政府法制办、教育局、交通局、公安局等组成的健康促进委员会，总体负责天津的控烟工作。委员会建立了沟通协调机制，这个机制以政府文件的形式得到保障。在该委员会的推动下，《天津市控制吸烟条例》2012年5月31日正式生效。

2010年5月，兰州市成立了由副市长戈银生为组长，以政府法制办、卫生局、交通局、教育局等为主要成员的控烟领导小组，市政府发文明确的领导小组的工作职责、沟通机制等，为多部门的顺畅合作奠定了基础。截止到2012年9月30日，《兰州市防止二手烟草烟雾危害条例》已经通过了兰州市人大常委会的第一次审议。

<sup>21</sup>中央政府网：国务院关于同意成立烟草控制框架公约，履约工作部际协调领导小组的批复，[http://www.gov.cn/gongbao/content/2007/content\\_638532.htm](http://www.gov.cn/gongbao/content/2007/content_638532.htm)。

## 2、政策执行层面的合作

政策的执行涉及到所有的场所，卫生部门一家很难有效实施，需要多部门的合作。最有效的方法是在制定政策或法律的时候，明确各部门的职责、分工和合作机制及有效的制约措施等。

1)《**哈尔滨市防止二手烟草烟雾危害条例**》明确规定市、区人民政府负责本条例的组织实施；市、区卫生行政管理部门负责防止二手烟危害的日常工作。协调教育局、文化、交通、食品药品监督、公安等部门协同合作，有效执法。在实施过程中，有关行政管理部门及其工作人员不依法履行职责的，可以依法给予行政处分等。

### 2)《**天津市控制吸烟条例**》

在“第四条”明确：市和区、县人民政府设立的健康促进委员会，负责组织、协调、监督本行政区域内的控制吸烟工作。

市和区、县卫生行政管理部门对本行政区域内控制吸烟工作实施统一监督管理。教育、文化广播影视、体育、交通港口、公安、民政、人力社保等行政管理部门以及管理机关事务工作的机构，按照本条例和其他相关规定做好有关控制吸烟工作。负责控制吸烟工作监督执法的行政管理部门或者机构，应当明确执法机构和人员，履行控制吸烟工作的监督执法职责。

### 3)《**上海市控制吸烟条例**》

明确了由 12 家部门组成上海市控烟工作组织管理体系。健康促进委员会负责本行政区域内控烟工作的组织和协调，指导、监督各部门、各行业的控烟工作，组织开展控烟工作宣传教育活动。体育、文广影视、商务、旅游等行政部门仅承担本行业相关场所的控烟管理职责但无执法权限。文化市场综合执法部门仅负责相关行业各类场所的控烟执法但不承担日常管理职责。卫生、教育、食品药品监督、交通和港口、住房保障、公安等行政部门既负责相关行业各类场所的控烟执法又承担日常管理职责。这样就形成了一个由 12 家部门组成的监管体系框架，7 家有执法权的部门按照《条例》规定各自履行法定职责的一个组合式执法体制。

### (三) 对控烟多部门合作的建议

- 1.明确各部门职责与分工，赋予协调部门一定的权利；
- 2.在最大程度上对职能进行有机统一，减少不必要的部门间协调内容；
- 3.推动部门间协调合作方式的转变；
- 4.开展自觉协调和强制协调；
- 5.建立部门间协调配合监督机制；
- 6.避免烟草业的干扰。



# 整合资源 搭建平台 发挥医学界控烟作用 ——卫生工作者控烟‘双十’行动实践与成效

中华预防医学会 刘霞

**【摘要】**本文简要回顾了卫生工作者控烟‘双十’行动发起的背景，重点介绍了‘双十’行动如何发挥平台作用，围绕控烟政策倡导和能力建设，开展控烟高层论坛、学术研讨会、座谈会和专家访谈等多层次的控烟政策倡导工作。同时通过人员培训、实地考察、编印工作简报等手段和形式促进‘双十’行动机构创建无烟工作场所。

烟草危害是当今世界最严重的公共卫生问题之一，烟草危害也是最大的可以控制和预防的危险因素。国际上成功控烟经验表明，控烟要从医学界做起，因为医生是整个人群生活行为改变的引导人群；医生吸烟率下降，会带动全人群吸烟率下降。

中国是世界上最大的烟草生产国和消费国，我国吸烟人数超过 3 亿，成年男性吸烟率高达 52.9%。《全球成人烟草调查-2010 年中国报告》显示，我国男性医务人员吸烟率仍高达 40.5%，远远高于英国、美国等国家。我国医务人员的高吸烟率对推动公众控烟工作产生了不良影响。

2009 年 3 月，为在医学界率先做好控烟工作，发挥其带头示范作用，经全国人大副委员长、北京大学医学部主任韩启德和全国人大常委、中华预防医学会会长王陇德倡议，国内十所知名的医学院校和十家有影响力的医学社团共同发起了卫生工作者控烟‘双十’行动（以下简称‘双十’行动）。3 年多来，‘双十’行动在美国中华医学基金会、世界卫生组织和中国疾病预防控制中心控烟办公室的大力支持下，在 20 家发起机构以及有关单位的参与下，中华预防医学会作为‘双十’行动的牵头单位积极开展控烟政策倡导和控烟能力建设，已成为医学界推动我国控烟工作的重要力量和平台之一。

## 一、发挥平台作用，开展控烟高层论坛

中国控烟工作不论是政策层面还是在实践方面尚在初期阶段，与《世界卫生组织框架公约》（以下简称《公约》）的要求还有很大距离。当前，迫切需要各界有识之士凝聚共识，汇聚力量，认识烟草危害对我国人民群众健康危害的严重性，并采取积极行动控制烟草危害的流行。‘双十’行动组织召开高层控烟论坛，邀请领导、专家学者围绕我国控烟领域的难点问题进行交流 and 探讨，通过参会人员和媒体传播控烟声音，提高认识，促进共识形成。

2009，2010、2011 和 2012 年，‘双十’行动成功召开了 4 次中国控烟高层论坛或专题论坛，会议的层次、规模和影响得到了控烟界专家和领导的高度认可。一是高层领导重视、参与度高。全国人大副委员长韩启德、卫生部陈竺部长、刘谦副部长、徐科副部长以及世界卫生组织《公约》秘书处秘书长多次出席会议讲话或做报告，领导讲话多次被媒体引用。二是专家学者的报告精彩，澳大

利亚、香港以及国内多位知名专家参加会议，并围绕会议主题做大会报告，介绍控烟进展和最佳实践。三是专业机构和人员参与踊跃，每次会议规模 160-200 人。四是会议产出丰富，会议多次发出控烟倡议，引领医学界和大众开展控烟；媒体关注控烟，论坛相关报道众多，掀起年度控烟报道高潮。

‘双十’行动组织召开的控烟高层论坛汇聚了医学界的力量，展示了医学界的控烟决心和行动；论坛为领导、专家学者和同行探讨我国控烟工作搭建学术交流平台；为媒体搭建信息桥梁，促进媒体与专业人员的沟通，提高媒体对控烟的关注，加强控烟宣传。

## 二、整合各方资源，开展控烟政策倡导

当前，我国控烟力量仍处于弱势，难以与烟草行业所代表的反控烟力量抗衡。医学界和民间控烟力量需要团结起来，通过整合资源和发挥各自优势，推动我国控烟履约工作。为做好控烟政策倡导工作，‘双十’行动一方面团结 20 家发起单位，对违背《公约》精神的社会事件中发出声音；另一方面多次与新探健康发展研究中心、中国控制吸烟协会、中国抗癌基金会以及中国健康促进联盟的成员单位，组织两会代表/委员控烟座谈会和有关学术研讨会，开展多方位的政策倡导。

1.联合医学界力量反对“中式卷烟技术”参加国家科技奖评比和“烟草院士”评选。2012 年 4 月，中华预防医学会联合中华医学会、中华中医药学会等 8 家国家级医学社团和北京大学医学部、北京协和医学院、复旦大学医学中心等 14 所医学院校坚决反对“中式卷烟体系”参加国家科学技术进步奖评选。2012 年 5 月，中华预防医学会与新探健康发展研究中心联合中华医学会等 5 家学术社团，就“中国烟草总公司郑州烟草研究院副院长谢剑平当选中国工程院院士”致函中国工程院，中国工程院为此事复函。

2.联合召开两会代表/委员控烟座谈会：自 2011 年起，中华预防医学会与与新探健康发展研究中心等机构联合召开两会代表/委员控烟座谈会，组织两会代表/委员探讨我国控烟立法、烟草行业政企分开、公共场所禁烟、烟草税收、慈善捐助、烟草广告等内容，以推动两会代表/委员在两会期间提出控烟草案。学会王陇德会长关于《烟草危害预防控制法》的大会提案得到了 500 多位人大代表的支持。

3.联合有关机构支持控烟行动：2011 年 5 月，‘双十’行动 10 家医学社团支持《公共场所卫生管理条例实施细则》中关于公共场所全面禁烟规定。2011 年 9 月，学会与新探健康发展研究中心、中国癌症基金会联合 42 家来自医学、公共健康、环保、疾病控制等领域的民间组织，呼吁社会组织拒绝任何形式的烟草企业赞助，抵制“隐形”烟草广告对公众的不良影响。

4.联合媒体开展控烟政策倡导：‘双十’行动一方面通过邀请媒体参加控烟论坛、控烟学术研讨会，报道控烟进展；另一方面通过组织领导、专家参加网络访谈和平面媒体采访，呼吁加快我国控烟立法工作和采取综合措施控烟烟草使用。媒体的大力支持和参与向社会传播控烟声音和主张，推动我国控烟工作历程。

### 三、加强能力建设，创建无烟工作场所

从自身做起，远离烟草危害，20家‘双十’行动发起单位积极创建“无烟大学”、“无烟医院”和“无烟学会”。20家机构通过制定无烟工作场所制度，加强监督管理和采取奖惩结合的方法等建立控烟长效工作机制；探索控烟课程设置，加强在校医学生的控烟教育；注重以学生为主体，创新控烟活动方式，增强医学生控烟的意识和参与性；医学院校附属医院创建无烟医院，开展戒烟门诊，提供戒烟服务。医学社团积极创建“无烟学会”的同时，重视无烟学术会议的推广和贯彻落实。

为提高‘双十’行动发起单位的控烟能力，推动无烟工作场所创建工作，‘双十’行动项目开展了机构控烟能力建设和政策倡导培训班，组织了香港和台湾控烟考察，编辑印发了‘双十’行动工作简讯。创建无烟工作场所培训，提高了各发起单位在控烟制度的建设，规范了无烟工作场所的流程、环境布置和效果评价。控烟考察开阔了各发起单位的视野和增长了见识，开拓了控烟医学教育、控烟立法和控烟实践的思路。编印‘双十’行动工作简讯，加强机构内部交流，相互促进相互激励。

‘双十’行动项目以控烟政策倡导和控烟能力建设为核心内容，以建立医学界控烟平台，发挥医学界引领控烟政策和实践的作用为目的，通过3年的项目实施，‘双十行动’实现了预期目标，取得了积极的成效。

# 无烟社区计划 — 深入地区宣扬无烟生活

刘文文 黎慧贤

香港吸烟与健康委员会

**摘要** 香港现时有近六十五万多每日吸烟人士，占十五岁以上人口百分之十一，虽然比率在亚太区为最低地区之一，但香港的平均人口密度甚高，香港七百万市民被七十万每日及间中吸烟人士影响健康。为减低二手烟影响，政府已透过法例逐步扩大禁烟区，市民支持控烟工作亦有助吸烟人士遵守法例，以及推动他们戒烟。

香港吸烟与健康委员会(委员会)在 2011 年联同社区团体开展以地区为本，按区内人口 分布开展适切的社区计划，令区内市民更深入掌握无烟生活的重要性，成功令他们明白 控烟不只是政府的工作，吸烟人士的责任，而市民大众的支持对建立清新健康的社区尤 其重要。经过一年的努力及参与，「无烟社区推广计划 2011」成功在六个地区展开，参 与人数超过一万四千人，成功将无烟信息渗透至社会上每一个角落。

## 背景与目的

根据香港最近一次的主题性住户调查，香港十五岁以上人口中，每日吸烟人口比率为 11.1%，当中每日吸烟人口约为 657,000，连同间中吸烟人士，香港接近有 700,000 吸 烟人士。吸烟可引致及提高患上心脏病、癌症及危害呼吸道等致命的疾病，而燃烧时所 释放的有害物质，会危害身边家人及朋友的健康。

香港的平均人口密度甚高，市民的健康与社区的空气质素息息相关，每年有接近 1,324 名人士因为吸入二手烟致死，因此减低二手烟及三手烟的危害是一个迫切的课题。香港 吸烟与健康委员会 (委员会) 一直努力深入各个层面推动无烟信息，2009 年首次进行「戒烟大赢家」活动，邀请来自不同地区的人士参加戒烟比赛，并于区内进行无烟讯息 的宣传工作，反应踊跃。透过以往的地区经验，委员会体会到结合社区力量宣传的成效， 不但可以深入接触吸烟人士，而且透过地区上营造支持戒烟的气氛，使无烟讯息的推广 工作得到事半功倍的效果。

## 活动详情

委员会推出以社区为本的「无烟社区推广计划 2011」，透过支持地区团体合作，于六个 社区—葵青、观塘、西贡、荃湾、湾仔及黄大仙举行一连串持续整年的控烟活动。

由于计划旨在把讯息传递至社区层面，为了增加活动的吸引力，各地区的控烟活动均可 按照不同地区的特色设计，例如荃湾区组织义工深入区内乡村及公共屋邨宣传无烟讯 息，是配合区内地形及人口特征而作的设计，贴合区内市民的需要，同时又加强活动对 于居民的吸引力。

葵青区团体举行多个无烟屋邨日/健肺日，加强市民对心肺健康的认识，以及宣扬无烟社区的重要性，透过经历分享、摊位游戏、健肺操及专题讲座等方式，向吸烟人士推广及提供戒烟治疗。计划集合了医疗、福利、社区的力量，为准备戒烟的市民提供转介服务。

黄大仙区内团体以教育为本，透过在中小学举行多类型比赛、颁奖礼暨嘉年华日等活动，提升区内中、小学生拒烟及健康知识，并推动他们向同学、家人及邻舍传递无烟讯息。

观塘区内团体合办「护肺强胸．无烟社区」和「戒烟过来人」推广计划，透过比赛、展览、讲座及健康推广日，教育区内市民建立健康生活模式，护肺强胸，缔造健康的无烟社区。计划获区内社区健康中心及单位进行招募，并转介吸烟人士参加「戒烟过来人」计划，由中医跟进帮助戒除烟瘾。

西贡区团体透过职业健康入手，向在职吸烟人士讲解吸烟祸害，透过为雇员安排肺功能测试、举办健康展览及填写问卷等方式，进一步鼓励他们积极戒烟。

为配合湾仔区人口老化及位于商业中心的特点，湾仔区组织开展一连串以区内长者及事业女性为对象的宣传控烟及戒烟活动。除了到访长者中心外，还在区内街头设置测试站，鼓励市民注意健康生活及戒烟，同时转介有意戒烟的市民接受戒烟服务。

## 成果及总结

2011 年度的无烟社区推广计划，与地区组织携手合办富地区特色的控烟活动，把无烟信息持续灌注入社区，得到区内人士及社区组织的热烈支持，参加人数逾一万四千人。活动成果显示深入社区的传播可以扩大宣传的覆盖面，同时对于改善区内卫生环境有极大的帮助。

总结 2011 年透过地区团体合作推动控烟及推广戒烟的经验，委员会成功在香港大力提升市民对控烟工作的认识及支持，原因是地区团体成功掌握区内市民的状况，包括吸烟人口的特性，经济状况、健康需要，令委员会在推广及宣传方面得以更具体及更立体地传递至目标组，可见动员地区团体参与，包括来自社会福利，社区健康机构等的合作伙伴，可大大提升向市民广泛宣传控烟工作的效力，营造一个支持戒烟的社会主流方向，对于建构无烟香港迈进一大步。

# 防患未然 — 儿童及青少年无烟教育推广

黎慧贤 刘文文

香港吸烟与健康委员会

**摘要** 自 1982 年实施控烟法例以来，积极减低已有吸烟习惯的人口是其中一个重要的目标，然而预防市民尝试进食第一口烟才是治本之法，因此香港吸烟与健康委员会成立以来一直 ‘童及青少年各个层面。历年来举行无烟教育讲座深受儿童、老师及家长欢迎，而互动教育剧场亦成功将无烟信息，由学习及认知层面深化至行动层面，令儿童不单认识到吸烟的祸害，亦要在生活上及家庭内担任无烟大使，从而令他们可以鼓励家人及亲友戒烟，并且在日后的成长路上，可以坚决拒绝吸烟。近年来委员会以不同类型的社区宣传计划，成功透过儿童及青少年动员家人一起参与建构无烟香港的行动，协助他们了解无烟政策及措施对香港的重要性。经过二十多年的努力及建立，委员会展开的各项预防工作得到儿童、老师及家长的认同。展望未来，委员会将继续在学校及社区开展不同类型的预防吸烟教育项目，期望新生代都可以不再受到烟草危害健康。

## 背景及目的:

自 1982 年实施控烟法例以来，政府透过逐步扩大法定禁烟区，管制烟草广告及销售，提全面及多元化戒烟服务。委员会成立以来，致力宣传烟草祸害，并透过烟害教育，预防市民尝试吸第一口烟，以大大减低他们吸烟成瘾，故此委员会十分重视儿童及青少年的无烟教育。

根据香港特区政府主题性住户统计调查第 48 号报告书，现时吸烟人士当中，近七成男士及近六成女士开始每周吸食卷烟的年龄为 10 至 19 岁，可见他们大部分都是在中学年代开始吸烟，这个年龄的年轻人开始独立成长，而且较受同学及朋友影响及追求朋辈认同，传统的学校及家庭的影响力较儿童时期减低，故此委员会在预防吸烟的教育工作，必须要尽早开展，而且手法要更具创意，才可达到预防吸烟的成效。

## 预防吸烟 项目:

委员会与学校及社区长期合作，建立强大的宣传网络作切入点，以开展一连串以学校及社区为本的教育活动，希望及早教育下一代认识烟草祸害，并招募他们成为宣传无烟的一份子，身体力行向家人及朋友宣传无烟信息。

「健康教育讲座」— 委员会自 1991 年开始推出健康教育讲座，一直深受老师欢迎。为协助学生更加深入掌握烟草祸害，委员会近年来在讲座上加强互动元素，令烟害信息得以具体介绍至每一位学生。近年来，健康教育讲座更拓展至幼儿园及幼儿中心，令小孩子认识烟草会祸害他们和家人健康，尽早抗拒吸烟，以抗衡烟草商的烟草包装及营销策略。

「**学校互动教育剧场**」— 委员会自 1995 年起，与戏剧团体合作筹划互动教育剧场，以控烟为主题，透过生动有趣的演绎手法，把无烟文化进一步延伸至校园。教育剧场以互动形式鼓励老师与学生于演出时主动参与，并紧贴社会潮流，加入创新的元素及信息，以视听科技提升演出的吸引力，简单直接的口号更可引起小学生的兴趣及注意。

以青少年为对象的预防戒烟计划必须符合年青人在成长阶段的需要，透过他们的接触层面介入，并提供一个参与平台，让他们得以发挥无限创意，去感染年青人的社交圈子，让无烟信息得以宣扬。有见及此，委员会在 2009 及 2010 年分别举行「**控烟短片比赛**」及「**无烟香港 T 恤**」**设计比赛**，2012 年更展开「**无烟青少年大使领袖训练计划**」，令他们一方面要先掌握更多烟草祸害、控烟进程，戒烟服务等方面的认识，合作以团队形式，分析及思考各项与控烟相关的议题，然后藉参与各项计划，发挥创作宣传无烟香港，培育他们无烟的生活态度。

## **成果：**

老师们对委员会的健康教育讲座内容满意，更认同委员会成功将控烟及戒烟的信息全面及适切地传递至不同年龄的学生中，深入浅出的介绍有助儿童及青少年建立健康及不吸烟的成长态度。

过去十六年间，学校对「学校互动教育剧场」反应非常热烈，超过三十六万位学生及老师曾观赏演出，每年的成效研究报告均反映老师及学生对剧场的响应是正面的。从 2011 至 2012 年度的剧场演出评估报告中，超过九成曾欣赏互动剧场的学生评价演出为「好」或是「非常好」。活动不单提高学生对吸烟讯息的认知，更增加学生参加无烟活动及劝喻吸烟人士停止吸烟的意欲。

青少年对委员会展开的崭新计划极为支持，参与「控烟短片比赛」的短片极具创意兼趣味十足；「无烟香港」T 恤比赛比赛的反应热烈，得奖设计作品得到市民广泛赞赏。「无烟青少年大使领袖训练计划」已完成首阶段训练，现正准备在他们就读的学校及身处的社区进行各项宣传控烟的计划，期待各无烟青少年大使得以发挥所长，并带领更多同学认识烟草祸害，一起向烟草说「不」。

## **结论：**

预防吸烟教育工作远比提供戒烟服务及治疗吸烟引致的疾病更具成本效益及效能，有利提升公众卫生健康，大大减省医疗开支及社会资源的损失及消耗。委员会将继续开展预防吸烟工作，调配资源及透过不同平台，发展更多以儿童及青少年为对象的宣传教育计划，有利他们在成长路上面对抗拒吸烟及推动戒烟的挑战。

# 结合多面向的推广策略创建无烟工作间

黎慧贤 刘文文 谭淑琴

香港吸烟与健康委员会

**摘要** 世界卫生组织(世卫)于 1992 年世界无烟日以「无烟工作间」作主题，促请全球积极为员工提供无烟清新的工作环境，保障员工的健康，同时帮助减低营运成本，无论对雇主、雇员或顾客都达至三赢局面。有见及此，委员会自 1992 年已筹划活动以推广无烟工作间，举行无烟 OL 大搜查、工作间不吸烟日/月及制作以宣扬二手烟祸害的控烟短片，提高市民对于二手烟的关注及讨论。2004 年进一步开拓与企业合作，表扬支持控烟的企业。无烟工作间的法例在 2007 年全面实施，委员会在 2011 年再次表扬，更多企业在提升公司利润及市场占有率之时，仍不忘关怀员工健康，以鼓励及协助员工戒烟，为员工建构健康清新的工作环境。展望未来，委员会深明企业于鼓励员工戒烟有很正面的推动效用，未来将继续与企业保持紧密合作，巩固其于推动无烟运动中的角色，令无烟香港再次向前迈进一大步。

## 背景与目的

1992 年世界无烟日以「无烟工作间」作主题，认为在辛勤工作下同时要忍受生命威胁的情况是不可以接受的。香港吸烟与健康委员会（委员会）早于 1992 年已经响应世界卫生组织的呼吁，致力于工作间推行无烟信息，在过去二十年，以宣传、研究、教育及倡议法例等各方面的工作配合，由邀请机构管理层合力研究人力资源政策，推动员工支持及参与，令无烟工作间政策在 2007 年得以到全面落实执行。

## 方法及成效

委员会早于 1992 年已筹划活动以推广无烟工作间，除了举行清新空气音乐会外，又为愿意改善工作环境的企业度身订造无烟政策，直至 1999 年，参与的企业由初期的 16 间增至 170 间，反映无烟工作间渐渐取得市民的肯定。其后，委员会扩大宣传层面，举行活动如无烟 OL 大搜查、设定工作间不吸烟日及工作间不吸烟月等，又制作以宣扬二手烟祸害的控烟短片，由管理层的参与拓展至员工参与，大大提高市民对于有关议题的关注。

为掌握更多烟害对工作间的影响，委员会在 2001 年联同公共卫生学者进行研究，发现在工作间长期接触二手烟的员工，其患上心脏病及癌症的综合风险增加，为工作间建立无烟环境带来重要证据，亦促使委员会必须加快推广无烟工作间的概念及向政府争取将室内工作间列为法定禁烟区。

为了取得更大的宣传果效，委员会于 2004 年开拓与企业的进一步合作，表扬支持控烟的企



业，鼓励企业自发推动无烟工作间，得到三百间企业和中小企踊跃参与，他们早于法例订立前已高瞻远瞩，紧贴控烟趋势，支持无烟政策，建立可持续性发展的营商环境，促成无烟工作间的法例在 2007 年全面实施。

无烟工作间的法例在 2007 年全面实施后，委员会在 2011 年再次表扬企业注重社会责任，企业在提升公司利润及市场占有率之时，仍不忘关怀员工健康，以鼓励及协助员工戒烟，为员工建构健康清新的工作环境。二百多个参与企业及五万多员工将他们在机构建立的戒烟文化与更多企业分享，成功加强商界维护社会公众健康的重要角色，令更多企业积极响应。

## **展望**

世界卫生组织认为任何人都有呼吸清新空气的权利，推行无烟工作间正正是其中一项保护人们免受烟草危害的措施。虽然政府于 2007 年已把工作间纳入禁烟范围，委员会深明企业于员工戒烟有倡导作用，所以会继续与企业保持紧密合作，巩固其于推动无烟运动中的角色，于实现无烟工作间之余，鼓励企业加大力度帮助雇员戒烟，保障员工健康，同时能够有助雇主控制营运成本，减少缺席率和室内保养费用，无论对雇主、雇员或顾客都能够达至三赢的局面，长远更有助香港吸烟人口比率得以进一步下降。

# 建设卫生保健专业人员烟草控制的能力： ——‘培训师培训’项目的有效性

陈肇始教授<sup>1</sup>，林大庆教授<sup>2</sup>

<sup>1</sup>香港大学护理学院, <sup>2</sup>香港大学公共卫生学院

**摘要 背景：**本研究汇报一个为培训广州护士和医师的烟草控制而特别设计的‘培训师培训’项目的规划，实施和有效性。**方法：**60个学员的知识，态度，胜任力，烟草控制的实践，对内和对外的知识传递活动，以及机构体制的变革，在培训前后和六个月后进行评估。**结果：**培训后及6个月后学员的一般吸烟知识，特定疾病的知识，对戒烟的态度和烟草控制各方面的实践都比基线有所增加。学员进一步培训10,621人，平均每个学员培训177人。学员也汇报一系列的制度层面的政策变化，包括实施无烟工作环境。**结论：**通过参加培训课程，学员在烟草控制方面的知识，态度，实践和胜任力都提高。‘培训师培训’项目对中国的烟草控制有长期，可持续的影响。

## 简介

中国的医护专业人员在疾病预防和控制有重要的角色，尤其是在预防和控制已导致巨大健康和经济损失的吸烟有关的疾病。然而，许多医护专业人员没有经过提供烟草控制干预的培训。为了加强预防和控制与吸烟有关的疾病的能力，医疗保健专业人士需配备足够的技能和知识以协助病人戒烟。

本研究评估‘培训师培训’项目对装备医护专业人员戒烟的知识和技能的影响和可持续性。以前也有一些‘培训师培训’项目来提高医疗保健专业人员对烟草控制的胜任力。然而，有关烟草控制的‘培训师培训’项目仍然不足，并对项目的有效性，影响和可持续性缺乏理解。文献中也欠缺‘培训师培训’项目的长期影响，包括政策和其他方面的体制变革。

为了提升‘培训师培训’项目到一个更高的水平，本研究旨在发展、实施和评估一个对烟草控制实践的‘培训师培训’项目。不仅参加者的胜任力会被考核，其烟草控制有关的知识，态度和实践，以及相应的知识传递活动也会被量度。通过严格的纵向评估，这‘培训师培训’项目在个人和机构层面的有效性和可持续性会被有系统性地考核。

本‘培训师培训’项目在广东省进行。广东省是中国人口最稠密的地区，并需要巨大的医疗卫生服务的供应。根据广东省卫生厅的数据，全省医院病床的数量从2001年的162,200增加至2007年的217,000，而注册护士人数从2006年的114,455增加至2007年的128,043。这些数字反映了护理专业在广东省有快速的发展。

## 目标

该项目旨在通过提供一系列烟草控制培训课程，建立广东省的高级社区护士的能力和领导力。预计通过该项目，一个独创的能力建设模式将会被发展来进一步加强在中国的‘培训师培训’项目。最终目标是提升中国的医疗保健的整体水平。

## 方法

### 课程发展

在开课前三个月，我们进行了学习需求评估来帮助发展‘培训师培训’项目。其间访问了政府医疗官员，院长，教授，护士管理人员，社区护士和教育工作者，以确定他们的学习需求。除了学习需求评估，我们成立了一个专家小组为课程内容提供意见，并确保课程符合中国护士的学习需求。专家小组成员包括来自香港的医疗保健专业人士和广东省卫生厅护理专家和官员。根据需求评估和专家小组的意见，我们设计了控烟干预课程的课程大纲。图 1 显示了课程大纲。

### 课程结构和大纲

整个“培训师培训”项目包括两个为期两周的烟草控制干预课程。第一个星期的课程在广州进行，课程主要是课堂讲授，辅导和讨论。第二个星期的课程在香港进行，课程的形式是由本地和国际专家参与的研讨会，讨论会和临床和小区的实地考察。

### 招募参加者

广东省卫生厅招募了社区卫生服务中心的高级护士。共有 60 个来自广东省 53 个机构的护士被招募参加在 2011 年 8 月至 11 月举行的培训课程。是次研究获得香港大学批准。所有参加者都同意参加是次培训。

### 有效性和影响力的评估

吸烟和烟草控制方面的知识，态度和能力，会在培训前后和 6 个月后使用自填问卷来测量，而烟草控制的实践会在培训前和 6 个月后测量。而需要较长时间来发展的知识传递活动和体制变化，仅在培训 6 个月后测量。

吸烟知识（表 1）分为一般吸烟知识（n=13）和特定疾病的知识（n=18），并采用二分法尺度。相比之下，烟草控制的态度（n=13）（表 2）和能力（n=16）（表 3）的测量会采用四分法尺度。烟草控制的实践（表 4），分为询问（n=1），劝告（n=3），评估（n=3），协助（N=9），安排（N=2）和其他（n=5），并采用五分法尺度的测量。

### 统计分析

我们使用 Wilcoxon signed-rank 测试来比较培训前后和 6 个月后参加者的知识，态度和实践，以及胜任力的平均值。McNemar 测试则用来比较名义成果。我们使用描述性统计来评估知识传递活动和体制的变化。P 值定为 <0.05。所有的统计分析采用了 SPSS / PASW20。

## 结果

### *参加者的特征*

在 60 名参加者中，近 73% (n = 44) 为女性；年龄在 26-35 岁组别占参加人数的一半以上 (n = 31)。近 72% 参加者 (n = 43) 取得学士学位或以上。大部分参加者 (57%，n = 34 人) 为护士，其余均为医生 (表 5)。

### *烟草控制的知识，态度和实践*

比较基线时，吸烟的知识普遍在培训后和 6 个月后有所提高。吸烟的知识的平均总分从基线时的 9.3 分 (总分为 13 分) 至培训后的 11.1 分，至 6 个月后的 10.8 分 (表 6)。从培训后至 6 个月后有一个轻微但非显著的下降。相比之下，从培训后至 6 个月后不赞同‘如果吸烟者继续吸烟，20 人里有 1 人 (5%) 最终会死于吸烟’的参加者数量显著下降。调查结果发现，这方面的知识可能随着时间下降。此外，特定疾病的知识的平均总分有显著增加，从基线时的 13.2 分 (总分为 18 分) 至培训后的 17.3 分至 6 个月后的 16.9 分 (表 7)。从培训后至 6 个月后平均得分有轻微但非显著的下降。

同样地，对戒烟的态度的平均得分从基线时的 3.36 分 (总分为 4 分) 增加至培训后的 3.62 分，至 6 个月后的 3.55 分 (表 8)。在培训后至 6 个月后的平均得分有轻微但非显著的下降。其中一项关于戒烟的态度‘只有不吸烟的医生和护士才能为病人有效地提供戒烟干预’的平均得分从基线时的 2.19 分显著增加至培训后的 2.54 分，却在 6 个月后显著下降至 1.96 分 (1 分=非常同意;4 分=非常不同意)。这结果表示，这方面的戒烟的态度会随着时间而改变。

关于 6 个方面烟草控制的实践:询问，劝告，评估，协助，安排和其他，平均得分从基线时的 2.82-3.08 分 (总分为 5 分)，至 6 个月后的 2.99-4.26 分。询问，劝告，评估，协助的平均得分从基线至培训后有显著增加 (表 9)。

### *培训前后和 6 个月后的胜任力*

戒烟辅导胜任力得分从基线时的 2.15 -3.10 分 (1 分=非常不胜任;5 分=非常胜任)，至培训后的 2.87-3.63 分至 6 个月后的 2.65-3.54 分。与基线相比，大多数方面的胜任力在培训后和 6 个月增加了。相反，四方面的胜任力从培训后至 6 个月后下降了，表示有些方面的胜任力会随着时间而改变 (表 10)。

### *知识传递活动*

共有 10,621 人进一步被学员培训，每个学员平均培训 177 人 (表 11)。

### *体制上的变革*

学员报告了一系列的机构体制上的变革，其中包括实施“宣传计划以传播戒烟信息 (n = 46)”，“无烟工作环境” (n = 32)，“奖励和惩罚制度以禁止在工作场所吸烟” (n = 29)，“戒烟门诊” (n = 27)，“巡逻队以禁止在工作场所吸烟” (n = 26) 和“烟草控制小组以促进戒烟” (n = 18) (表 12)。

## 讨论

在目前的‘培训师培训’项目，学员对烟草控制有关的知识，态度和实践和戒烟辅导胜任力在培训后和 6 个月后都有显著增加。研究结果显示‘培训师培训’项目能有效提高医护专业人员烟草控制的整体能力。相比之下，在 6 个月后某几方面的知识和态度以及胜任力减少了，显示医护专业人员需要有持续的培训。另外，所有学员都进行了知识传递活动，包括举办讲座，研讨会和培训工作坊，显示了‘培训师培训’的成本效益。

学员报告的机构体制变革显示这‘培训师培训’项目对在中国的烟草控制措施有长期和可持续的影响。体制变革的成功例子包括实施无烟的工作环境和戒烟诊所。若要降低吸烟率，支持无烟环境的政策和实施烟草控制干预是必要的，而这个‘培训师培训’项目启动这些政策的变革，并有助于加强机构的戒烟能力。

本研究的优点是采用三点的纵向评估以测量学员培训前后和 6 个月后的知识，态度和实践以及胜任力，而以往大多数的研究只包括两点纵向评估（培训前后的评估）。

## 结论

这“培训师培训”项目已经培训了 60 个控烟干预医护专业人员，并进一步培训了共 10,621 人。烟草控制干预的知识，态度，实践和胜任力在培训后提高了，但有些范畴在 6 个月后下降，显示持续的培训是必要的。我们也观察到机构体制的变革，显示这‘培训师培训’，项目对中国的医疗服务有长期和可持续性的影响。

## 鸣谢：

本研究由淡马锡基金会资助。特此鸣谢广东省卫生厅对本研究的协助。

## 参考数据

- Bian, J., Du, M., Liu, Z., Fan, Y., Eshita, Y., & Sun, J. (2012). Prevalence of and factors associated with daily smoking among Inner Mongolia medical students in China: a cross-sectional questionnaire survey. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 7(1), 20.
- Brimmer, D., McCleary, K., Lupton, T., Faryna, K., Hynes, K., & Reeves, W. (2008). A train-the-trainer education and promotion program: chronic fatigue syndrome – a diagnostic and management challenge. *BMC Medical Education*, 8(1), 1-10. doi: 10.1186/1472-6920-8-49
- Burr, C. K., Storm, D. S., & Gross, E. (2006). A faculty trainer model: increasing knowledge and changing practice to improve perinatal HIV prevention and care. *AIDS patient care and STDs*, 20(3), 183-192.
- Chan, S. S. C., Sarna, L., Wong, D. C. N., & Lam, T.-H. (2007). Nurses' Tobacco-Related Knowledge, Attitudes, and Practice in Four Major Cities in China. *Journal of Nursing Scholarship*, 39(1), 46-53. doi: 10.1111/j.1547-5069.2007.00142.x
- Corelli, R. L., Fenlon, C. M., Kroon, L. A., Prokhorov, A. V., & Hudmon, K. S. (2007). Evaluation of a train-the-trainer program for tobacco cessation. *American journal of pharmaceutical education*, 71(6), 109.
- Fu, X., Feng, X., Zhang, H., Yu, B., & Chen, L. (2012). Mercury emissions from natural surfaces highly impacted by human activities in Guangzhou province, South China. *Atmospheric Environment*, 54(0), 185-193. doi: 10.1016/j.atmosenv.2012.02.008
- Gao, L.-L., Chan, S. W.-C., & Cheng, B.-S. (2012). The past, present and future of nursing education in the People's Republic of China: a discussion paper. *Journal of Advanced Nursing*, 68(6), 1429-1438. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05828.x
- Giovino, G. A., Mirza, S. A., Samet, J. M., Gupta, P. C., Jarvis, M. J., Bhala, N., . . . Asma, S. (2012). Tobacco use in 3 billion individuals from 16 countries: an analysis of nationally representative cross-sectional household surveys. *The Lancet*, 380(9842), 668-679.
- Gu, D., Kelly, T. N., Wu, X., Chen, J., Samet, J. M., Huang, J.-f., . . . He, J. (2009). Mortality Attributable to Smoking in China. *New England*

*Journal of Medicine*, 360(2), 150-159. doi: 10.1056/NEJMsa0802902

Heath, J., Kelley, F. J., Andrews, J., Crowell, N., Corelli, R. L., & Hudmon, K. S. (2007). Evaluation of a Tobacco Cessation Curricular Intervention Among Acute Care Nurse Practitioner Faculty Members. *American Journal of Critical Care*, 16(3), 284-289.

Hu, F. B., Liu, Y., & Willett, W. C. (2011). Preventing chronic diseases by promoting healthy diet and lifestyle: public policy implications for China. *Obesity Reviews*, 12(7), 552-559. doi: 10.1111/j.1467-789X.2011.00863.x

Jones, D., Keesing, H., Nelson, L., Harper, S., Rance, K., Arney, T., & Letz, K. (2012). The Need for Asthma Educators: Designing a Pediatric Asthma Train-the-Trainer Program. *Journal of Asthma & Allergy Educators*. doi: 10.1177/2150129711433840

Karayurt, Ö., Gürsoy, A., Taşçı, S., & Gündoğdu, F. (2010). Evaluation of the Breast Cancer Train the Trainer Program for Nurses in Turkey. *Journal of Cancer Education*, 25(3), 324-328. doi: 10.1007/s13187-010-0043-8

Nyamathi, A., Vatsa, M., Khakha, D. C., McNeese-Smith, D., Leake, B., & Fahey, J. L. (2008). HIV Knowledge Improvement Among Nurses in India: Using a Train-the-Trainer Program. *Journal of the Association of Nurses in AIDS care*, 19(6), 443-449. doi: 10.1016/j.jana.2008.06.001

Wong, F. K. Y. (2010). Challenges for nurse managers in China. *Journal of Nursing Management*, 18(5), 526-530. doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01115.x

Yang, L., Sung, H.-Y., Mao, Z., Hu, T.-w., & Rao, K. (2011). Economic costs attributable to smoking in China: update and an 8-year comparison, 2000–2008. *Tobacco Control*, 20(4), 266-272. doi: 10.1136/tc.2010.042028

Zhu, C., Young-soo, S., & Beaglehole, R. (2012). Tobacco control in China: small steps towards a giant leap. *The Lancet*, 379(9818), 779-780.

### 图 1：控烟干预课程纲要

- 在中国的公共卫生，医疗改革，和慢性疾病的预防
- 全球和在香港/中国的烟草流行
- 主动和被动吸烟的健康后果
- 烟草控制，政策，宣传和在香港的吸烟预防计划
- 尼古丁的依赖和成瘾的理论
- 药物产品的类型，例如尼古丁替代疗法
- 戒烟的好处
- 准备戒烟的阶段及其应用
- 戒烟干预（行为和药物）和治疗计划
- 如何进行 5“A”和 5“R”的干预
- 电话及小组辅导
- 预防复发和跟进
- 戒烟验证 例如一氧化碳监测，尿液里的可的宁
- 戒烟者的分享

以下表格省略

# 香港增加烟税后对吸烟者影响的调查

刘德辉<sup>1,2</sup>, 巫洁娴<sup>1</sup>, 马依玲<sup>1</sup>, 刘文文<sup>3</sup>, 黎慧贤<sup>3</sup>, 沈寒阳<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 香港中文大学医学院健康行为研究中心;

<sup>2</sup> 广州中山大学医学人类学与行为健康中心;

<sup>3</sup> 香港吸烟与健康委员会

## 摘要

本随机抽样电话访问(n=502)调查了香港吸烟者对 2011 年烟草税增加 41.5% (每包港币 24 至 34 元) 和现行戒烟政策行为和态度上的反应。加税后, 每天吸烟的人数轻微下降了 3%; 吸烟者每星期也平均少吸 13.4 枝烟。如果每包香烟的价格升至港币 80 元, 三分之一回应者表示一定会戒烟。加税后亦有更多吸烟者打算减少吸烟 (由 39.4% 的回应者升至 47.6%)。我们也发现其他行为和意识的改变 (13.9% 的响应者增加与家人讨论戒烟及 61.2% 认为戒烟可以改善健康), 而这与吸烟支数的减少有统计学关系。大部份响应者同意加烟草税可以推广戒烟 (46%), 减少吸烟 (51.8%) 及减少新吸烟者人数 (59.2%)。但加税与戒烟行为则相关性较小。增加烟草税有积极效果。我们应讨论未来继续提高烟草税的政策, 以及运用市场营销策略。

# 从学校到家庭 – 评估 LEAP 控烟课程的成效及透过学生推广无烟环境的可行性

甘慧恩

生活教育活动计划，香港，中国

## 引言

香港自从制定吸烟有关条例后，整体吸烟人数，由 1982 年的 23.3% 下降至 2010 年的 11.1%。然而，值得注意的是，控烟的战线将随着公众禁烟范围扩大而伸延至不受法例保障的私人住宅，与烟民同住者有机会更长时间地吸入二手烟。如果父母吸烟，不但威胁子女的健康，亦增加子女以后吸烟的机会<sup>[1]</sup>。幸而，父母戒烟能有效防止子女步其后尘<sup>[2]</sup>。换句话说，青少年是在家中推行无烟文化的关键，因为大部分父母会因子女健康而支持无烟生活<sup>[3]</sup>。要建立稳固的无烟家庭，教育及宣传实在不容忽视。

香港的控烟教育主要受众为中小學生。在现行的教育制度下，本港并没有一套既定的预防吸烟课程，相关知识通常融入一般课堂中。例如，中、小学生通常分别通过科学科及常识科探讨有关烟草的课题。以小学课程为例，教育局〈小学常识科课程指引〉建议，高小常识科课时每学年约一百小时，即每星期约五教节<sup>[4]</sup>。然而，这一百小时被分配到八十一个核心学习元素当中。故此，用于预防吸烟课程的时间，以及能运用的教学模式，与多项研究所提出的有效控烟课程有一定差距<sup>[5]</sup>。再者，校方亦很少邀请家长参与相关的教育，可见全面的控烟教育在香港并不普遍。

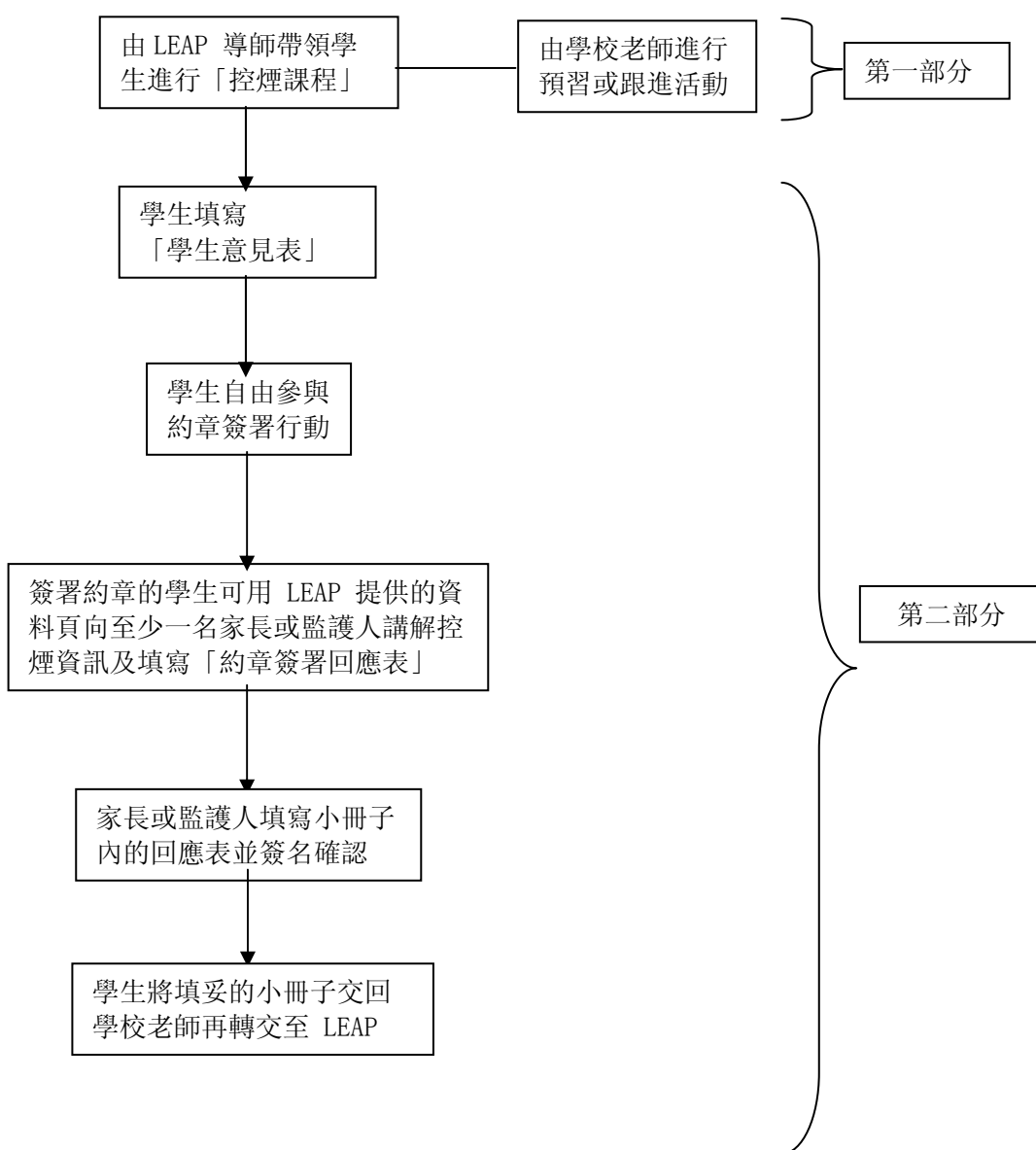
「生活教育活动计划」(Life Education Activity Programme, LEAP) 在正规课程外为学校提供一套国际认可的健康及药物教育课程。课程主要根据 Dusenbury and Falco 提出的预防药物滥用课程的有效元素而编制，透过有别于传统的教学模式，向青少年讲解正确的药物知识及提升社交沟通技巧，从而预防包括烟草在内的药物滥用。研究指出，要有效预防包含烟草在内的药物滥用，教育应从幼开始，配合学生的成长需要，循序渐进地进行<sup>[6]</sup>。所以，LEAP 的小学课程涵盖身体知识、食物营养、药物知识及社交技巧，切合不同年级的课程纲要。课程由受过专业训练的导师带领，并由学校老师利用 LEAP 提供的资源光盘及学生工作纸作预习或跟进（下文提及的「课程」均包括以上两项活动）。持久有效的控烟教育需要社会全面参与，以学校课程为基础，再配合家长、传媒等持久有效的控烟教育需要社会全面参与，以学校课程为基础，再配合家长、传媒等等之协助<sup>[5]</sup>。LEAP 正可以提供渠道，透过与学校合作的控烟教育课程，一方面防止青少年吸烟，另一方面引导他们在家中推动无烟文化，双管齐下，减低吸烟人数，因而促成了这一次香港政府卫生署控烟办公室（控烟办）与 LEAP 为期两年的合作。控烟办赞助香港部分小五学生参加「课程」及其延伸活动（「计划」，旨在增加学生）对烟草及相关信息的认识，提升他们对推动无烟环境的意识；并以此作为试点，了解透过学生接触其家长，推动无烟环境的可行性。



## 计划对象及流程

「计划」为期两学年，由 2011 年 9 月至 2013 年 7 月。本报告是一个中期检讨，以 2011 年 9 月至 2012 年 5 月期间、曾经参与 LEAP 控烟课程的小五学生及其家长或监护人为对象。

「计划」主要分两部分。第一部分，学生在 LEAP 特别设计的生活教育中心内参与由导师带领的「控烟课程」。校方亦可邀请导师到校讲授课程。第二部分，学生将获发小册子，内含包括「学生意见表」、约章、「约章签署回应表」及「家长 / 监护人回应表」。以下图一展示其流程：



## 调查方法及结果

LEAP 发出 7,120 份小册子，共收回 5,797 份有效的「学生意见表」及 5,717 份有效的「约

章签署响应表」，回应率均约 80%；另 5,381 份有效的「家长响应表」，响应率约 75%。收集所得的数据会作量化及质化分析，整个「计划」的执行过程，亦会根据 Nutbeam 对评估健康宣传活动成效的建议<sup>[7]</sup>，从有效地接触到受众的程度、受众接受程度及课程完整程度三方面作出分析。

「学生意见表」以四等李克特量表（4-point Likert Scale）反映学生就课程对增加与烟草有关知识的认同程度，及宣传无烟信息的意愿。结果如表一至表三所示：

**表一 学生就课程内与烟草有关的知识的响应**

课程使我更加认识：	很同意	同意	不同意	很不同意	合计
	%	%	%	%	%
a) 烟草的有害成分	74.3	24.5	0.8	0.4	100
b) 烟草对身体及社会的影响	74.0	24.8	0.9	0.3	100
c) 烟草商的销售策略	61.7	31.3	3.3	3.7	100
d) 绝大部分香港市民选择不吸烟	58.2	34.2	6.0	1.6	100

**表二 学生就课程内与社交技巧有关的知识的响应**

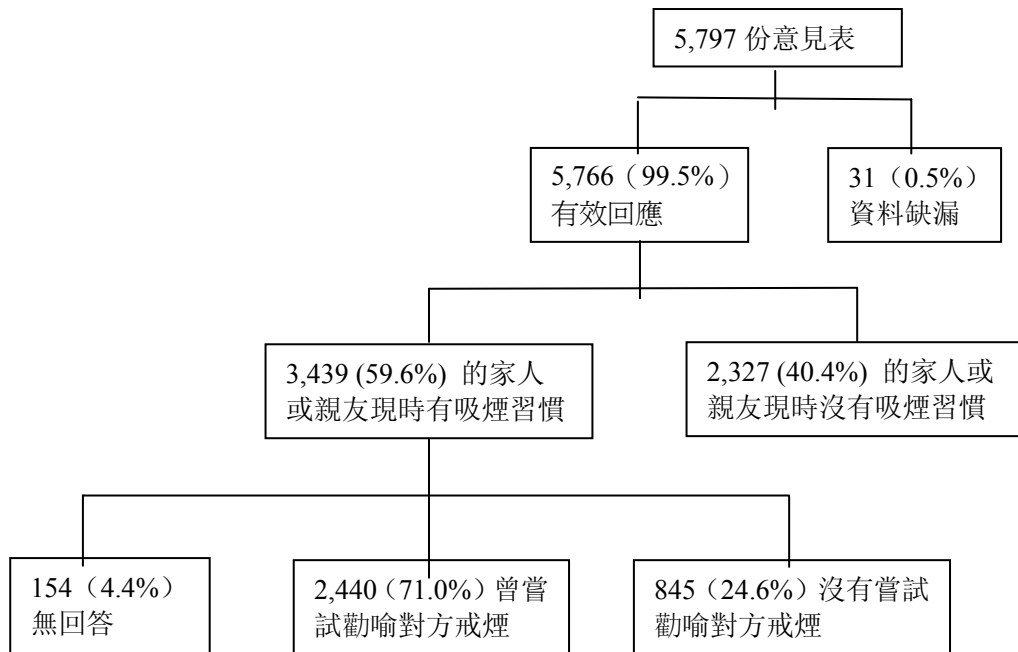
课程有助我：	很同意	同意	不同意	很不同意	合计
	%	%	%	%	%
a) 处理朋辈压力	55.7	38.5	4.6	1.2	100
b) 建立有效的拒绝技巧	67.2	30.0	2.3	0.5	100
c) 建立信心，坚拒吸烟	74.8	23.0	1.5	0.7	100
d) 培养独立思考及批判能力	60.9	35.2	3.2	0.7	100

表三 学生对推动无烟环境的意愿

课程令我：	很同意	同意	不同意	很不同意	合计
	%	%	%	%	%
a) 愿意实践无烟生活	80.1	18.7	0.7	0.5	100
b) 愿意宣传烟草祸害及推广控烟信息	60.9	34.2	3.6	1.3	100
c) 更支持香港的控烟运动	70.7	26.3	2.1	0.9	100

图二显示家人或亲友是吸烟者的学生人数，及他们曾否邀请对方戒烟：

图二 家人或亲友现时有吸烟习惯的学生人数及曾作出戒烟劝喻的学生人数



在 5,717 份有效的「约章签署响应表」当中，有 4,339 名学生对支持无烟生活作出具体计划，有关数据经编码后，发现在 845 名未曾尝试劝喻吸烟亲友戒烟的学生当中，有 610 人（约 73%）在课程完结后表明愿意透过劝喻亲友戒烟作为对无烟生活的实际行动支持。

「家长响应表」方面，超过 80%家长或监护人愿意与子女共同建立无烟家庭，超过 70%家长或监护人愿意鼓励身边吸烟的亲友戒烟。

过程评估方面，第一部分的报名机制确保校方按时安排学生进行「控烟课程」，而第二部分的家长或监护人亦有 75%响应率。结果反映是次「计划」的两个部分均能有效接触目标对象，执行

的完整程度亦令人满意。不论上课的地点是在生活教育中心或学校课室，超过 95% 的学生表示他们喜欢控烟课程的活动形式。而有接近 95% 在生活教育中心上课的学生，认同当中的设备及环境能增加他们的学习兴趣。「计划」第二部分的响应当中亦有 67 名家长亲自在「其他意见」一栏内撰写，表示认同或支持 LEAP 的控烟课程。

## 讨论

LEAP 透过「计划」在九个月内接触了 62 间学校共 7,120 名学生，并透过学生将控烟信息传递给约 5,700 名市民。根据教育局提供的数字，全港于 2012 年约有 528 间以中文为授课语言的小学，以当中有 53,569 名小五学生推算，如全港本地小学推行 LEAP 的「计划」，预计每年有 40,171 名市民可透过学生获得控烟信息。相比现行的控烟宣传，经学生接触的市民能更直接知道相关数据，而且信息的传递亦有助学生巩固已有知识，「计划」对加强控烟教育及宣传的成效可谓相得益彰。调查中有超过 95% 的学生及超过 70% 的家长或监护人表示愿意鼓励或劝喻身边吸烟的亲友戒烟，涟漪效应下，无烟文化能进一步由他们向身边的亲友宣传，较现在只由政府推广，渗透的范围可能更阔、更深入及更有说服力。

学校是有效推行控烟教育的重要一环<sup>[5]</sup>，但鉴于资源所限，本港现时大部分学校仍未能在校内推行全面的控烟教育，而 LEAP 则为学校提供重要支持。LEAP 课程涵盖的范围跟小学常识科的内容十分吻合，配以活动及讨论为主的教学模式，强调知识的应用，从而刺激学生思考，加深印象。以探讨烟草公司的宣传手法为例，一般教科书已备有相关资料向学生讲解，「课程」会在此基础上提供更多资料让学生讨论及报告，令学生不但温故知新，同时透过多元化的活动提升批判思考能力。

「课程」亦有助学生处理与烟草有关的社交处境。有效的控烟课程强调技巧培训及规范教育<sup>[6]</sup>，LEAP 循这方向尝试启发学生另一种思考角度。当大部分学生认为青少年在朋辈压力下，难免会接受吸烟的邀请，「课程」则厘清吸烟是小众行为，大部分青少年并不吸烟。同时，互动游戏和角色扮演能带出有效的拒绝方法和态度<sup>[6]</sup>，装备学生自信地面对现实生活中的朋辈压力，向吸烟说「不」。而且，LEAP 独特设计的生活教育中心能营造理性、开放及安全的空间让学生讨论及练习，令学习效果更明显 促使学生更愿意实践无烟生活「课程」。亦让学生明白非吸烟者享有保持健康、避免吸入二手烟的权利。他们可以反客为主，鼓励身边的亲友向吸烟者施加正面压力，劝喻他们戒烟，令推动无烟环境的行动得到社会大众的支持。

令人鼓舞的是，经过是次「计划」后，845 位以往未曾尝试劝喻亲友戒烟的学生当中，有接近七成愿意作出戒烟的劝喻。由此可见，是次「计划」不但能增加学生对与烟草有关信息的认识，亦能提升他们对推动无烟环境的意识。「计划」经评估后反映其可行性十分高，LEAP 可作为政府与学生的桥梁，学生继而成为接触市民的桥梁...，一环扣一环，让控烟信息透过具有说服力的学生，以子女的身份去推动以家庭为核心的无烟文化，令无烟环境由公众地方充份扩展至小区每个角落。

## 结论

透过政府立法及执法和提供戒烟服务减少供应及需求，教育则更进一步从根本着手降低需求。研究发现，如能防止青少年在十八岁前吸烟，往后他们持续不吸烟的机会高达九成<sup>[2]</sup>。因此，「计划」的成功可帮助社会从幼开始培育大众对无烟生活的关注，避免吸食第一口烟，对推动无烟环境举足轻重。

## 参考文献

- 1.Loke AY, Wong YPI. Smoking among young children in Hong Kong: influence of parental smoking. *Journal of Advanced Nursing*. 2010;66(12):2659-70.
- 2.Bricker JB, Leroux BG, V.Peterson A, Kealey KA, Sarason IG, Andersen MR, et al. Nine-year prospective relationship between parental smoking cessation and children's daily smoking. *Addiction*. 2003;98(5):585-93.
- 3.澳门特别行政区政府卫生局. 赢回自己及家人的健康「澳门戒烟竞赛 2008」 月 530 日截止报名. 澳门: 澳门特别行政区政府新闻局, 2008.
- 4.课程发展议会. 小学常识科课程指引 (2011) . 香港: 课程发展议会, 2011.
- 5.Pentz MA. Effective prevention programs for tobacco use. *Nicotine & Tobacco Research*. 1999; 1:S99-S107.
- 6.Dusenbury L, Falco M. Eleven components of effective drug abuse prevention curricula. *Journal of School Health*. 1995;65(10):420.
- 7.Nutbeam D. Evaluating health promotion - progress, problems and solutions. *Health Promotion International*. 1998; 13(1):27.

# 香港大学公共卫生学院医学生控烟课程经验分享

林大庆、Jan Johnston

香港大学公共卫生学院

1. 香港大学李嘉诚医学院的新医科本科课程（五年制）于 1997 年开始，运用解难为本学习（Problem based Learning PBL）的主要教学方法。

香港大学社会医学系及公共卫生学院负责医科本科有关公共卫生的课程，其中一个重点新课程是公共卫生倡议行动专题（Public Health Advocacy Action Project PHAAP）。

2. 在医科三年级时，医科学生需要参与 PHAAP，课程目的是(a)让学生能掌握实际经验，有效地去促进公共卫生和小区健康及(b)发展学生对临床以外的专业负责的正面态度。

3. 学生在导师的启发下，以小组(每组的 8 - 10 人)形式开展一项倡议公共卫生的行动，题目和活动形式由学生自由决定，包括控烟，空气污染和其他题目。每组都有老师当顾问，行动完成后要在课堂汇报讨论和分享经验。

4. 在控烟方面，教授在课堂时讲述烟草祸害和控烟情况，并鼓励学生考虑用控烟作为 PHAAP。多年来都有学生选择控烟的不同项目做 PHAAP。

5. 学生的控烟行动中，比较突出的有(a)2005 上书立法会议员、吸烟与健康委员会和报章推动扩大室内禁烟法例。(b)2006 年单车游行支持室内全面禁烟。(c) 2008 年在闹市游行促请政府增加烟草税。(d)2009 年参与港大师生 500 人游行支持政府加烟税五成。(e)2011 年在街上倡议「禁止零售点展示烟草产品」签名行动，获 1,663 个市民签名支持。

6. 控烟效果：在公共卫生方面，医学生的行动有助促进扩大禁烟范围的立法和促使政府和立法会议员支持加烟草税。他们的行动，得到报章、电视等报导，并收集到过千的支持控烟的市民的签名，提高市民控烟意识和促使参与支持控烟。

7. 教育效果：通过公共卫生行动的实践，医学生能加强对公共卫生的了解，在筹划和行动中学会应用各种沟通技巧，和健康教育宣传方法，身体力行去倡议公共卫生的政策，面对不同的持份者，面对群众和媒体，有效地提高领导才能和增加与市民直接沟通的经验等。

8. 总结：PHAAP 能达到 PBL 教学的目标，使学生亲身体验公共卫生的倡议行动，从课堂走向社会群众，并为公共卫生的发展作出贡献。

# 某医学中心建构全球无烟医院服务网络认证 发展计划的经验与成效

黄盈翔、王如雪、蔡忠紘、程家祺、杨宜青

国立成功大学医学院附设医院家庭医学部

## 一、前言

为有效控制烟害造成的全球性的健康、社会、经济与环境问题，「世界卫生组织烟草控制框架公约」第 14 条要求「每一缔约方应考虑到国家现状和重点，制定和传播以科学证据和最佳实践为基础的适宜、综合和配套的指南，并应采取有效措施，以促进戒烟和对烟草依赖的适当治疗。」

依据行政院卫生署国民健康局计划，进行推广国内戒烟服务与强化戒烟政策及戒烟服务体系，并透过组织改造达到无烟健康照护场所(包含医院、小区、职场、校园等)，提供优质戒烟服务与健康照护，进而发展戒烟服务之目标、结构，促进医院内部组织形成，达成对戒烟服务宗旨之文化，并建立戒烟服务之网络系统，在院内全面鼓励病患戒烟，并参与戒烟个案追踪，结合地方政府与小区资源共同的合作，以提供戒烟病人更好的支持性环境。

近年来台湾成年人吸烟率确实已下降许多，但跟欧美及邻近国家相比却显得缓慢，调查显示，台湾有六成的瘾君子内心是想戒烟的。希望藉由国民健康局计划资源，鼓励动员院内资源，提供整合式之个案咨询与追踪管理戒烟服务，希望能将医院导入无烟医院行列，建立医师、药师及戒烟卫教人员参与之戒烟服务模式、跨科别专业人力整合、小区戒烟共同照护网络，透过医院、小区、职场及校园等场域，提供更多戒烟治疗服务、戒烟卫生教育指导、戒烟咨询，希望化被动为主动，提供民众更方便性、可近性之戒烟医疗服务，提高国人戒烟率，降低二手烟的危害，达到无烟成大、无烟台湾之目的。

## 二、计划内容

### (一) 计划目标

依照行政院卫生署国民健康局戒烟计划执行，推动医院走向「全球无烟医院网络认证」，依照认证之 10 项标准、42 个项目，推动倡导全院各部门及所有就医病人(门诊、住院)、家属对烟害防治的认知，并以实际各项行动作为推动全面禁烟，达到无烟医院的结果，并进而向世界无烟医院(健康照护机构)全球网络联盟申请认证。

本计划执行之具体量化目标：

- 1、建立推动无烟医院、戒烟服务之政策及管理机制，订定整合跨部门推动之组织架构及管理(含组织分工、年度目标、管理办法等)。
- 2、进行烟害倡导：于各个门诊区内不分科别，给予病患烟害倡导，针对有吸烟之个案给予鼓

励戒烟或转介至家庭医学科戒烟门诊。

- 3、结合小区，进行小区民众对烟害的认知及无烟环境的营造。
- 4、推动健康职场：针对院内有吸烟的员工推动戒烟倡导，先自行做起标竿，参与戒烟相关活动
- 5、鼓励医师参加训练课程取得门诊戒烟治疗医师资格证书。
- 6、建立门诊戒烟卫教区的环境营造。
- 7、与教学中心合作，办理院内人员戒烟人员教学训练课程。

## （二）计划时程

本计划期程自 2011 年 11 月至 2012 年 7 月。

## 三、实施对象

- 1、全院医师、药师、护理人员、社工师、职员、...等所有员工。
- 2、住院病患及家属、候诊病患。

## 四、实施策略与方式

1.承诺：首先由院长签署 ENSH 申请书，开始无烟医院的规划与筹备。游院长在院务会议上带领各单位主管宣誓(如下图)，显示对无烟医院的重视。并责成无烟工作小组的成立，指派医疗副院长担任小组召集人，家庭医学部主任担任副召集人，每三个月召开工作会议一次，制定年度工作计划及编列相关预算。依循 ENSH 标准，建立医院无烟政策：包括禁烟范围、对象，对吸烟者的关怀、劝阻与申诉，并制定烟害防制教育，积极推动门诊戒烟，让所有员工了解身为健康照护者的责任，采取行动去执行及管理无烟政策。

2.沟通：至院内各科部及各工作小组会议上说明卫生署二代戒烟计划，于医院网页首页公告本院为无烟医院及其相关事项，要求外包商合约注明须遵守本院无烟规范，并于病人住院须知中载明本院为无烟环境，每日全院广播两次声明本院为无烟医院，每月举行门诊烟害防治讲座并提供门诊戒烟服务。

3.教育训练：提供吸烟员工之戒烟介入训练，提供临床工作人员戒烟技巧训练之数字课程，并鼓励员工参加门诊戒烟医师、戒烟卫教师认证。

4.吸烟辨识与戒烟支持：于初诊挂号单设有询问「吸烟史」的字段，门诊计算机设定主动提示系统以辨识病患「吸烟」与「被动吸烟」的情形，对于门诊吸烟病患均提供卫教与转介单，鼓励吸烟病人或家人寻求门诊戒烟。住院吸烟病人则转介至「戒烟专线」，并提供戒烟照会服务。

5.烟害管制：于医院外围设置禁烟标示与息烟柱，院内各处设置禁烟标示与稽核登记簿，于工作区、治疗区、餐厅、超商、共同空间与设施等处(如阳台、露台、运输工具上)皆全面禁烟。

6.环境改善：医院各出入口、车道、楼梯间张贴禁烟标志，志工、警卫均为禁烟倡导小组成员，全院各餐厅及超商禁止贩卖香烟与烟品广告张贴。



7.健康职场：针对各单位吸烟员工定期进行关怀，于员工每月健康减重网络登录时同时进行无烟政策倡导，员工戒烟成功提供奖励，有吸烟行为者则最作为年度考核时参考。

8.健康促进：举办小区戒烟班，主动至各级学校及小区、机关团体倡导烟害防制相关的健康促进活动。

9.遵行度监测：医院小区健康促进委员会及无烟工作小组定期开会检讨并统计戒烟各相关资料，参加 2012 无烟医院国际金奖论坛。

10.政策落实：本愿配合政府实施无烟政策，2003 年起开设戒烟门诊服务，今年起正式加入「无烟医院」认证行列，并每年依照 ENSH 标准，定期自我检核各项无烟政策之落实与精进。

## 五、实施成效

1.本院家庭医学部目前共有 13 位家庭医学专科医师取得门诊戒烟资格认证，精神部 5 位专科医师、心脏内科与胸腔内科医师陆续训练完成中。

2.本院接获市政府卫生局来函，委托办理 2012 年医事人员戒烟初阶训练课程计划，而病房与各单位也推派一至二名人员参与课程训练;并将初阶训练课程录制的 powercam 档，放置本院教学中心网站，供本院未能前来参与训练的医事同仁上课之用。原先已通过初阶训练的人员，推派参与医事人员戒烟服务进阶、高阶训练课程受训。

3.本院已于 2012 年 2 月 15 日申请加入无烟医院网络认证联盟，在今年将参与、无烟医院认证。

4.本院相关人员主动至各级学校及小区、机关团体倡导烟害防制相关的健康促进活动，并受地方电视台邀请，做烟害健康讲座倡导，屡受好评，今年度已接近 20 场。

5.配合 5 月 31 日世界无烟日，于医院一楼大厅，举办世界无烟日倡导活动，举办「健康新主张，戒烟身体强」健康讲座。让民众认识烟害，并教导戒烟方法、宣传戒烟门诊。现场并有身高、体重与血糖和 CO 与肺龄检测，并给予健康咨询，颇受民众好评。

6.参加今年度在台北举行之无烟医院金奖论坛，预定今年年底接受全球无烟医院服务网络认证评核。



(院长在院务会议上带领各单位主管宣誓推动无烟医院)

# 长沙市 10 家无烟医院创建效果评价

胡劲松, 周婧瑜, 李娟萍, 章希莹

**【摘要】目的** 对长沙市 10 家医院开展控烟干预工作, 评价控烟效果, 为创建无烟医院提供依据。**方法** 开展以政策制定、干预、社会动员为主的控烟干预活动, 干预前后采用问卷调查医务人员吸烟和被动吸烟相关知识、态度和行为的变化, 评价干预效果。**结果** 干预后, 目标人群现在吸烟率由 16.8% 下降至 13.7%, 对于吸烟以及被动吸烟危害的认识也有所提高。干预后, 医务人员更认为自身应在控烟工作中发挥表率作用, 在日常工作中主动帮助患者戒烟。同时, 在实际诊疗工作中主动询问病人吸烟习惯的医务人员比例也得到提高。**结论** 无烟医院创建有利于提高医务人员对烟草及被动吸烟危害的认识, 降低医务人员自身吸烟率以及促进其主动对患者进行控烟干预。无烟医院创建经验值得在其他行业进行推广。

吸烟是当今世界重大公共卫生问题之一, 大量研究显示: 吸烟是导致冠心病、肺癌、慢性支气管炎等疾病的主要危险因素之一, 被认为是世界上首要的可预防的死因<sup>[1]</sup>。医务人员在预防和控制烟草流行, 降低烟草危害工作中发挥着重要作用。国外控烟经验表明: 先有医务人员吸烟率的下降, 才有全民吸烟率的下降<sup>[2]</sup>。2011 年 6 月 21 日, 卫生部等四部委联合印发了《关于 2011 年起全国医疗卫生系统全面禁烟的决定》, 为此, 长沙市选取了 10 所医院开展无烟医疗卫生机构创建工作, 现将结果报告如下。

## 1 对象与方法

**1.1 对象** 采用分层抽样方法, 在长沙市市五区范围内各抽取一所三级医院和一所二级医院, 共计 10 所医院, 每所医院按单纯随机抽样方法抽取 100 名医院工作人员作为调查对象。

### 1.2 方法

**1.2.1 干预措施** 对照《无烟医疗卫生机构评分表》, 在各项目医院对干预对象实施为期 8 个月的控烟健康教育及干预活动。主要包括: 各项目医院成立项目领导小组, 制定或修订医院内部控烟政策, 奖励戒烟行为, 对医院内吸烟行为进行劝阻和巡查; 在各医院张贴禁烟标识, 通过宣传栏、电子显示屏、控烟健康教育资料等媒介传播控烟知识, 营造控烟氛围; 项目办对各项目医院控烟负责人进行培训后, 由各医院自行开展以烟草危害知识、如何劝阻他人吸烟、简短戒烟干预为主要内容的职工培训; 结合世界慢阻肺日、世界无烟日等重点宣传日开展控烟咨询义诊以及大众媒体宣传。

**1.2.2 调查方法** 在干预前和干预后采用同一调查问卷开展两轮问卷调查。调查问卷由美国艾默瑞大学全球健康研究所提供, 包含被调查者基本情况、被调查者吸烟状况、知识和态度以及向患者提供戒烟帮助等内容。

**1.2.3 判断标准** 吸烟者是指至今已吸足 100 支烟者；现在吸烟者是指符合吸烟者标准，同时在前 30 天内仍然吸烟者；戒烟者是指曾经吸烟至少 6 个月以上，调查时已经连续 3 个月不吸烟者。

**1.2.4 统计学分析** 数据采用 EpiData 3.2 软件进行双录入，采用 SPSS 13.0 软件进行数据分析。 $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 基本情况** 基线调查 992 人，男性 351 人，女性 641 人，年龄  $34.52 \pm 9.27$ ；末次调查 963 人，男性 345 人，女性 618 人，年龄  $34.34 \pm 9.11$ 。

**2.2 项目人群吸烟、二手烟暴露情况** 干预前，项目人群吸烟率为 24.0%，现在吸烟率为 16.8%，其中男性吸烟率为 61.5%，现在吸烟率为 44.2%。女性吸烟率为 7.2%，现在吸烟率为 3.3%。干预后，项目人群现在吸烟率下降为 13.7%，其中男性现在吸烟率为 39.5%。女性现在吸烟率为 6.9%。总人群现在吸烟率及男性现在吸烟率较干预前相比，差异均有统计学意义。

### 2.3 项目人群对吸烟危害知晓率变化情况

对项目人群的调查结果显示，各项目医院工作人员对吸烟有害健康的知晓率都比较高。对吸烟可能引起严重疾病，引起中风、心脏病发作、肺气肿、牙齿发黄、阳痿、过早衰老等疾病的知晓率，干预后均较干预前显著提高（表 1）。尤其是吸烟可能导致中风、心脏病发作、阳痿、过早衰老等在基线调查中知晓率比较低的问题，通过 8 个月的干预，知晓率得到了大幅提升。

表 1 干预前后项目人群对烟草危害知晓率的变化

调查内容	干预前 (%)	干预后 (%)	$X^2$	$P$
吸烟可引起严重疾病	87.4	90.4	4.30	0.04*
吸烟可引起中风	69.4	83.0	49.10	<0.01*
吸烟可引起心脏病发作	67.5	82.1	80.64	<0.01*
吸烟可引起肺癌	92.6	93.4	5.44	0.02*
吸烟可引起肺气肿	84.6	88.7	7.06	0.01*
吸烟可引起牙齿发黄	91.8	95.7	12.34	<0.01*
吸烟可引起阳痿	60.9	76.4	53.29	<0.01*
吸烟可引起过早衰老	67.8	81.5	47.32	<0.01*

\*干预前后差异具有统计学差异

### 2.4 项目人群对二手烟危害知晓率变化情况

在几种二手烟导致的疾病的调查中，项目人群在干预前普遍认为二手烟有害健康，能导致成人肺癌，但对于二手烟可导致成人心脏病和儿童肺部疾病的知晓率较低。干预后，项目人群对二手烟

可致儿童肺部疾病的知晓率明显上升。但末次调查结果显示干预后目标人群对二手烟可导致严重疾病二手烟的认可率比干预前下降了 0.7 个百分点，对二手烟可致成人肺癌的认可率比干预前下降了 0.2 个百分点。经统计分析干预前后的差异不具有统计学意义（表 2）。

表 2 干预前后项目人群对二手烟危害知晓率的变化

调查内容	干预前 (%)	干预后 (%)	X <sup>2</sup>	P
二手烟可导致严重疾病	90.9	90.2	0.26	0.64
二手烟可致成人心脏疾病	66.2	81.7	59.83	<0.01*
二手烟可致儿童肺部疾病	85.3	85.0	0.05	0.85
二手烟可致成人肺癌	93.1	93.3	3.41	0.07*

\*干预前后差异具有统计学差异

### 2.5 医院帮助患者戒烟情况

在对 606 位直接接触病人的医护人员间进行的调查显示，通过干预，医护人员更认为自身应在不吸烟上为病人和公众起楷模作用。认为医务人员在日常工作中应主动询问病人吸烟习惯和建议病人戒烟的比例也有了显著提高。同时，医务人员也认为自身应该得到更多的专业戒烟技巧培训。干预后认为吸烟的医务人员不太可能劝病人戒烟的比例从 70.7%下降至 67.6%。但这个差异经分析认为是没有统计学意义的（表 3）。

表 3 医务人员从从事行业与控烟的态度

调查内容	干预前 (%)	干预后 (%)	X <sup>2</sup>	P
赞同医疗卫生人员应为病人和公众起楷模作用	85.5	96.6	44.80	<0.01*
医疗卫生人员应在不吸烟上作模范	87.9	96.4	28.20	<0.01*
医疗卫生人员劝病人戒烟，病人戒烟会增加	79.7	89.5	21.25	<0.01*
医疗卫生人员应在日常工作中询问病人吸烟习惯	87.4	95.3	21.39	>0.05*
医疗卫生人员应在日常工作中建议病人戒烟	79.8	95.6	67.44	<0.01*
吸烟的医疗卫生人员不太可能劝病人戒烟	70.7	67.6	0.94	0.35
医疗卫生人员应该得到专业戒烟技巧培训	85.0	90.2	4.67	0.03*

\*干预前后差异具有统计学差异

在实际工作中，医务人员在干预后较干预前大幅提高了询问患者吸烟习惯的比例（见表 4）。此外，医务人员对患者进行简短控烟干预的比例由干预前的 36.4%上升至 42.4%，差异具有统计学意义。

表 4 医务人员询问患者吸烟情况干预前后对照表

对象	干预前 (%)	干预后 (%)	X <sup>2</sup>	P
初诊患者	19.3	42.5	73.58	<0.01*
有与吸烟相关病症的病人	38.3	56.3	36.03	<0.01*
上一次就诊时确认吸烟的病人	26.2	55.6	102.71	<0.01*
没有吸烟相关病症的病人	20.7	43.7	69.90	<0.01*
青少年	20.2	38.2	45.44	<0.01*
一般病人	19.6	43.6	77.01	<0.01*

\*干预前后差异具有统计学差异

### 3 讨论

2010 年彭进平等对长沙市某医院医务人员的调查显示医务人员现在吸烟率为 19.38%<sup>[3]</sup>。本次调查干预前,长沙市医务人员现在吸烟率为 16.8%,这个差异可能与彭进平等的研究仅限于一所医院,但本次调查综合了长沙市 10 所二级及三级医院有关。干预后医务人员现在吸烟率下降至 13.7%。说明开展无烟创建工作对降低医务人员吸烟率有积极推动作用。

健康行为知-信-行。掌握健康知识是形成健康行为的基础,长期以来医务人员作为掌握着医学知识最多的群体,被普遍认为是熟知吸烟和被动吸烟导致的疾病的。但干预前的调查显示,医务人员对烟草危害的认识并没有期望中高。尤其是对吸烟和被动吸烟可能导致心脏病、中风等非呼吸系统疾病的认知还比较低。这一局面在开展控烟干预后得到了改善。这一方面提示我们并不能主观推断医务人员无需进行健康知识教育,另一方面也证明开展无烟创建工作对于目标人群掌握健康知识具有很好的作用<sup>[4]</sup>。

干预后,直接接触患者的医务人员主动询问患者吸烟习惯和对吸烟患者进行简短干预的比例均较干预前大幅提升。由于医务人员在患者中具有较高权威,相对于亲友,患者更愿意接受医务人员在健康方面的意见。因此开展无烟医院创建工作不仅能有效提高医院内部职工烟草危害知识,降低吸烟率,长远看来对于降低社会全人群的吸烟率也有着积极作用。创建无烟医院的经验可以作为同类研究的依据和借鉴,并进行进一步推广<sup>[5]</sup>。

### 参考文献

1. WHO. 10 facts on tobacco and second-hand smoke. <http://www.who.int>, 2007-05-31.
2. Hussain SF, Tjeder-Burton S, Campbell IA, et al. Attitudes to smoking and smoking habits among hospital staff [J]. *Thoxar*, 1993,48:174-175.
3. 彭进平,陈梅英,卜平元. 湖南省某医院医务人员吸烟现状及相关知识调查 [J]. *实用预防医学*, 2011,18 (5) 831-832.
4. 郭国伟,李瑞. 阜阳市医疗卫生机构烟草控制项目效果评价[J].*安徽预防医学杂志*, 2010,16 (3) 196-198
5. 徐越,吴青青,徐水洋等.浙江省 20 家无烟医疗卫生机构项目效果评价[J].*中国健康教育*, 2011,27 (8) 563-567

# 中国医学科学院肿瘤医院控烟干预进展报告

邹小农, 陈元立, 代珍, 单新, 付凤环, 赫捷

中国医学科学院肿瘤医院控烟办公室, 北京 100021

Report of tobacco control in Cancer Hospital of Chinese Academy of Medical Sciences

Xiao-Nong Zou, Yuan-Li Chen, Zhen Dai, Xin Shan, Feng-Huan Fu, Jie He

Office of Tobacco Control, Cancer Hospital of Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing  
100021

烟草流行是全球严重的公共卫生问题之一, 因吸烟造成疾病和死亡而产生的社会成本正在逐年增加, 增幅不断扩大[1]。全球成人烟草调查显示, 我国 15 岁以上男性吸烟率为 52.9%, 男性医务人员吸烟率为 40.4%; 不论是吸烟者还是非吸烟者, 有关吸烟与被动吸烟危害的知识均很贫乏; 72.4%的非吸烟者常常受到被动吸烟的影响和危害, 戒烟率只有 16.9%[2]。

肿瘤医院是专门为肿瘤患者提供诊疗服务的医疗机构。肿瘤医院的控烟干预情况, 员工对吸烟流行的认识以及对烟草流行的干预能力, 将对全面遏制烟草危害有重要的积极作用[3-6]。在中国疾病预防控制中心控烟办公室的支持和指导下, 中国医学科学院肿瘤医院肿瘤研究所自 2009 年以来在全院开展创建无烟医院的工作, 本文简要报告该项工作的实施及进展情况。

## 一、基本情况和吸烟情况摸底

中国医学科学院肿瘤医院肿瘤研究所始建于 1958 年, 1996 年通过三级甲等医院评审, 是亚洲地区最大的肿瘤防治研究中心, 国家药品监督管理局国家药品临床研究基地, 拥有国内一流的专家百人以上, 编制床位 1198 张; 年门诊量 60 万余人次, 年住院量 4.3 万余人次, 年手术 1.3 万余台次, 在岗职工 1600 余人。

2009 年 9 月, 我们对院所控烟工作和员工吸烟情况进行摸底调查, 发现, 在 67 个科、处、室或课题组中有 47 个 (70%) 无人在室内吸烟, 20 个科、处、室或课题组 (30%) 有人在室内吸烟; 院所医疗场所和工作场所禁烟标识空缺处近 3/4。员工中有经常吸烟者 229 人, 吸烟率为 14.17%。管理类和医技类科室的吸烟率最低, 分别为 3.64%和 5.81%; 医疗类、科研类科室较低, 分别为 8.19%和 11.34%; 吸烟率最高的是后勤部门为 72.41% (表 1)。摸底调查结果提示, 加强控烟干预工作很有必要。

表 1 员工吸烟情况基线调查

科室类别	员工人数	男性员工数	吸烟人数	吸烟者占员	占男性员工
				工人数比例	比例
合计	1616	646	229	14.17%	35.45%
医疗	781	274	64	8.19%	23.36%
医技	344	133	20	5.81%	15.04%
科研	97	52	11	11.34%	21.15%
管理	220	58	8	3.64%	13.79%
后勤	174	129	126	72.41%	97.67%

## 二、启动创建无烟医院工作

2010年4月,院所成立了以院长和党委书记任组长的控烟领导小组,由22名院所科室负责人为小组成员,设控烟办公室,负责院所控烟相关的日常工作。2010年4月17日我院正式启动创建无烟医院的工作,公布《肿瘤院所建筑内禁止吸烟条例》并向社会承诺,接受公众监督。控烟办公室向全体同事提出“创建无烟医院 今天从我做起”的倡议,要求院所员工拒绝烟草,关注健康,珍爱生命,共同努力,推进无烟环境建设。院所设立了86名控烟监督员,义务承担院所、科室二级管理体系的控烟工作。

## 三、开展吸烟危害和控烟知识调查

采用匿名方法,我们在159名员工中进行了吸烟危害和控烟知识的调查,结果显示,吸烟员工关于控烟认识的评分(0.6)低于非吸烟者(0.8),差异有统计学意义( $P<0.001$ )。无论在认识吸烟与疾病关系,认识被动吸烟与疾病关系和关于吸烟的态度,吸烟者和非吸烟者的得分差异均有统计学意义(表2)。

表 2 吸烟员工与非吸烟员工控烟知识得分比较

项目	平均得分 <sup>1</sup> ±标准差		吸烟者和非吸烟者比较	
	吸烟者	非吸烟者	Z	P
对吸烟的认识				
少量吸烟对健康危害小	0.6±0.3	0.8±0.3	4.69	<0.001
低焦油等香烟危害小	0.5±0.3	0.8±0.3	4.11	<0.001
被动吸烟危害很小	0.8±0.3	0.9±0.2	3.57	0.004
烟龄长的病人少吸烟非戒烟	0.5±0.3	0.5±0.3	1.04	0.297
吸烟成瘾是慢病,需治疗	0.6±0.3	0.7±0.3	1.71	0.087

有意愿戒烟就可以成功	0.5±0.3	0.4±0.3	-1.24	0.216
医生应树立不吸烟的榜样	0.8±0.3	0.9±0.2	2.71	0.007
医院应全面禁烟	0.8±0.2	0.9±0.2	2.25	0.025
允许不接触病人者院内吸烟	0.7±0.3	0.9±0.2	4.87	<0.001
吸烟与疾病				
前列腺炎	0.6±0.3	0.7±0.2	2.19	0.028
高血压	0.7±0.3	0.8±0.2	2.29	0.022
骨关节炎	0.5±0.2	0.6±0.2	2.38	0.017
肺癌	0.8±0.2	0.9±0.2	3.46	0.005
缺血性心脏病	0.6±0.3	0.7±0.4	0.66	0.508
性功能障碍	0.7±0.3	0.8±0.2	2.13	0.033
肺结核	0.7±0.3	0.8±0.3	0.86	0.390
II 型糖尿病	0.5±0.2	0.6±0.2	1.83	0.067
急性牙龈坏死或溃烂	0.7±0.3	0.8±0.2	1.55	0.122
肺气肿	0.8±0.3	0.9±0.2	2.41	0.016
被动吸烟与疾病				
白血病	0.5±0.2	0.7±0.3	2.81	0.005
肺癌	0.8±0.3	0.9±0.1	3.05	0.002
缺血性心脏病	0.6±0.3	0.7±0.3	1.79	0.073
支气管炎	0.8±0.3	0.8±0.2	1.57	0.117
中风	0.6±0.3	0.7±0.2	2.81	0.005
细支气管炎	0.7±0.3	0.8±0.2	1.61	0.107
哮喘	0.8±0.3	0.8±0.2	1.26	0.209

1: 理想值为 1.0。

#### 四、全方位开展控烟知识宣传

无烟医院的建设不仅需要本院员工的积极响应和努力，来院患者及其家属的支持也十分重要。根据世界卫生组织的和国家控烟办公室的资料，我们制作了控烟海报，在室外宣传橱窗中轮换滚动播放“吸烟对身体的危害”等内容的控烟海报，已播放 4 期。同时，在院所场所设置 750 余个禁烟标志；在外科楼层电梯厅置放 20 块控烟宣传展板，已轮换 4 组；在门诊区视频宣教系统滚动播放控烟宣教视频；组织志愿者在门诊大厅发放控烟卡；在所院室内公共场所人流量较大的 92 处区域轮换张贴控烟宣传画，已进行了 4 轮；在患者办理住院手续时向每位住院患者发放控烟卡，通过探视



证上的警示语向患者及家属给予院所禁烟区提示。对有吸烟史的患者，医务人员在其入院期间进行劝阻戒烟宣传；组织护士对患者和患者家属进行集体健康宣教。

## 五、加强控烟知识和控烟能力培训

为实现‘无烟医院’的建设目标，多次召开院所控烟监督员会议，收集控烟信息，通报工作进展，听控烟辅导报告；开通院所网站的控烟专栏；与全球控烟合作中心合作举办肿瘤防治与控烟干预培训班，提高肿瘤医务人员控烟干预的知识和技能；与国际肿瘤护理学会、美国加州大学洛杉矶分校和中华护理学会肿瘤分会合作，启动了“中国护士远程戒烟课程试点项目（CRN-HSQ）”，为北京4家三甲医院的1875名护士提供了戒烟服务远程培训。

## 六、定期监测控烟效果和及时公布监测数据

院所设立了控烟巡查制度，选择44个公共区域进行每周常规巡查，并将控烟巡查结果用PPT形式在每周的院朝会上向中层干部公布，并编辑简报在院所刊上向全院职工公布。此外，根据巡查结果督促重点公共区域的责任科室加大控烟力度；与院所相关部门沟通，加大清理室内垃圾桶的频率，在公共区域清除外来人员自带的类烟缸物品；调整布放“控烟展板”位置；在重点地段安排20名保洁员担任“控烟督导员”，加大劝阻吸烟力度。

院所控烟巡查数据显示，在控烟措施实施1年后，现场发现吸烟人数、垃圾箱内烟头数目和地面发现烟头数目均大幅降低（图1）。2012年1-7月，现场发现吸烟者的比例从前期18.88%降低至1.2%，下降94%；垃圾箱发现率从57.14%降低至为14.68%，下降74%；地面烟头发现率从28.24%降低至16.89%，下降41%（表3）。

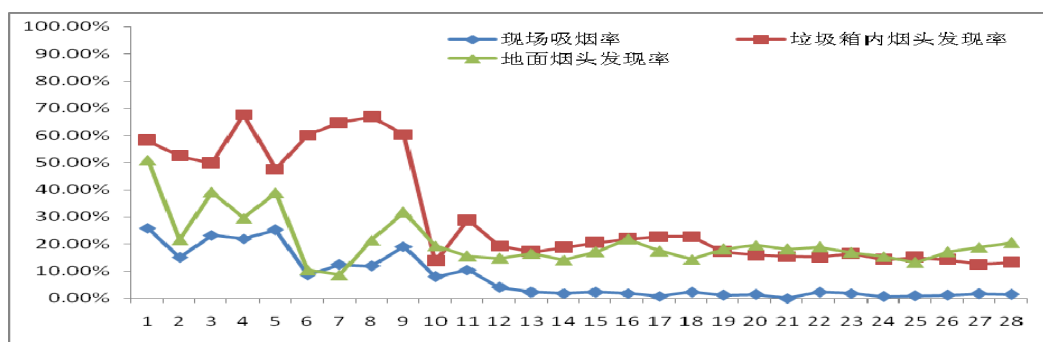


图1 2010.5-2012.8 院内禁烟区控烟效果监测图

表3 禁烟区控烟效果监测

时间	监测 场次	现场吸烟		垃圾箱内烟头		地面烟头	
		人数	率	烟头数	率	烟头数	率
		(人)	(%)	(个)	(%)	(个)	(%)
2010年5-12月	862	169	18.88	483	57.14	259	28.42%
2011年1-6月	943	57	7.59	218	26.27	157	18.64%
2011年7-12月	968	16	1.60	194	20.11	179	18.07%
2012年1-7月	1276	15	1.20	188	14.68	213	16.89%
合计	4049	257	7.32	1083	29.55	808	20.51%

自2010年启动控烟干预工作以来，由于开展了多方位控烟工作，中国医学科学院肿瘤医院肿瘤研究所在室内场所禁烟、宣传烟草危害、提高员工认知等方面取得了良好进展，初步实现室内场所禁烟目标。如何发挥医务人员的社会楷模效应，提高我国公众对烟草危害的认知，摒弃和改变吸烟行，降低烟草暴露和相关疾病的患病风险，还需要更加深入的科学研究、更多医务人员的参与和更大的社会支持力度。

中国医学科学院肿瘤医院肿瘤研究所是在国内外肿瘤防治领域有着深远影响力的国家级肿瘤专科机构。依托肿瘤医院而新成立的国家癌症中心，将在国家医疗卫生体制改革和国家科技跨越式发展新阶段，发挥在国家层面的优势地位，整合国内外癌症防治资源，指导和协调全国癌症防治工作，为实现降低我国癌症发病率和死亡率目标承担更重要的责任。同时，也将在控烟工作中发挥更加积极的作用。

### 参考文献

1. Friksen O, Shafey M, Ross H, Mackay J. 烟草版图(第三版). 美国癌症协会出版, 2009, 42-45.
2. 中国疾病预防控制中心. 2010全球成人烟草调查-中国报告. 中国三峡出版社, 杨功焕主编, 2011: 8-18.
3. Jiang Y, Ong MK, Tong EX, et al. Chinese physicians and their smoking knowledge, attitudes, and practices. Am J Prev Med, 2007, 33(1):15-22.
4. Chan SS, Sarna L, Wong DC, et al. Nurses' tobacco-related knowledge, attitudes, and practice in four major cities in China. J Nurs Scholarsh 2007;39:46-53.
5. 郭艳梅, 张福全, 燕海英, 王化金. 北京市房山区医务人员吸烟状况及控烟知识、态度、行为调查. 中华流行病学杂志, 2009, 30(3): 289.
6. Ohide T, Sakural H, Hochimki Y. et al. Smoking prevalence and attitudes toward smoking among Japanese physicians. JAMA, 2001, 283(30):2643-2648.

(致谢: 本项目受中国疾病预防控制中心控烟办公室“迈向无烟中国项目”资助。感谢中国疾病预防控制中心杨功焕教授和杨杰教授为本项目提供支持和指导, 感谢吴岚艳女士在项目组织实施中给予帮助。)

# 高校创建无烟校园的探索与思考 ——郑州大学校园控烟实践

付晓丽<sup>1</sup> 孙锦峰<sup>1</sup> 李中琳<sup>2#</sup>

1、郑州大学公共卫生学院 2、郑州大学工会

通讯作者：李中琳，女，教授，Email:lzhl@zzu.edu.cn

**摘要：**烟草流行是威胁人类身体健康的重要因素，当前国际国内控烟形势仍十分严峻。高校作为青年学生的聚集地，是青年人群中控烟的主要阵地。本文介绍了郑州大学在创建无烟校园上的探索和对创建无烟校园的若干思考。

**关键词：**无烟校园；创建；思考

烟草使用是全球公认的导致多种疾病的危险因素。据世界卫生组织统计，全球目前有烟民约 13 亿人，每年有 500 万人死于与吸烟有关的疾病，烟草已成为继高血压之后的第二号全球杀手。为了遏制烟草的流行，2003 年日内瓦第 56 届世界卫生大会通过了第一个限制烟草的全球性公约——《烟草控制框架公约》（简称《公约》），目前已有 174 个缔约国，涵盖了全球 80%以上的人口。我国于 2003 年 11 月签署《公约》，2006 年 1 月正式批准生效。根据我国对世界卫生组织的承诺，2011 年我国将全面履行《公约》，在所有室内公共场所和工作场所、公共交通工具和其他可能的室外公共场所完全禁止吸烟。进入全面履约时期，我国政府和社会各界都在积极推动控烟工作，而高校作为思想、文化、科技资源的聚集地，在主动承担控烟社会责任，积极推动控烟工作上负有义不容辞的责任。

## 1 高校创建无烟校园的意义

### 1.1 无烟校园凸显高校控烟责任感

当前，我国控烟工作面临严峻形势。2011 年 1 月在北京发布的《控烟与中国未来——中外专家中国烟草使用与烟草控制联合评估报告》指出，加入《公约》五年来，我国控烟效果微弱，控烟政策履约得分仅为 37.3 分（百分制），离及格线相差甚远[1]。面对烟草流行的严峻形势，全社会都在积极推动控烟工作，高校也义不容辞的承担起控烟责任。2010 年 6 月，教育部办公厅、卫生部办公厅联合印发了《关于进一步加强学校控烟工作的意见》，提出了在各级各类学校的控烟工作要求，制订了无烟学校的参考标准。9 月“中国大学控烟与无烟校园建设研讨会”在杭州召开，来自全国 24 所大学的专家、教授云集杭州，共同探讨大学控烟与无烟校园建设方案。至此，掀起了中国大学校园的第一波控烟潮。高校控烟潮的掀起，不仅仅是体现了高校在保障师生健康、净化校园环境上的坚定决心，更是反应了高校在面对全国控烟工作严峻形势上所体现出来的难能可贵的责任担当。

当意识与行动意识。

### 1.2 无烟校园为师生健康保驾护航

烟草对健康的损害是众所周知的事实，其燃烧所产生的尼古丁、焦油、一氧化碳等有害化学物质能对直接吸食者产生严重危害，其弥漫在空气中的烟草烟雾(又称二手烟)还会给不吸烟的人，尤其是青少年的健康带来严重危害。据调查显示，我国青少年现在吸烟者约 1500 万，尝试吸烟者不下 4000 万[2]，这其中有很大一部分是高校大学生。由于高校对大学生的管理相对中学生更加宽松，在吸烟行为上并没有采取切实有效的干预措施，加之大学生对社会的接触更加深入，受吸烟文化的影响更大，因此大学校园里的吸烟现象比较难以控制。这在很大程度上给青年学生的身体健康埋下了隐患。而一旦学校推行全面禁烟，吸烟的现象将在制度的规范下逐步减少，健康积极的生活方式也将逐步得到推广，因此，无烟校园最直接的好处是在于保护学生和教师的身体健康。

### 1.3 高校控烟助推和谐校园建设

和谐校园是当前高校精神文明建设的一项重要内容。建设和谐校园有其丰富的含义，师生的人身安全和校园环境的清新整洁也是建设和谐校园应有的题中之义。一方面，吸烟不仅损害身体健康，还有引起火灾的隐患。保证学生和教师在学校的安是校方的重要责任，无烟校园能够最大限度的避免因吸烟不慎造成的火灾，进而保障在校师生的安全。另一方面，吸烟产生的烟雾会严重破坏校园室内空气质量，随手丢弃的烟蒂也会破坏校园的整洁环境。创建无烟校园可以避免因吸烟而造成的室内环境污染，减少到处散落的烟灰和烟蒂，维持良好的卫生状况，降低清洁的成本。因此，建设无烟校园在保障师生人身安全和净化校内环境进而推动和谐校园建设上具有积极意义。

## 2 郑州大学创建无烟校园的探索

郑州大学是由原郑州大学、郑州工业大学、河南医科大学于 2000 年 7 月 10 日合并组建而成的一所综合性大学，是省部共建“211 工程”重点院校。全校共有 45 个院系，教职工 6.5 万余人。

2010 年 5 月郑州大学第 2 批获得由《国际防痨和肺部疾病联合会》资助的“中国公共卫生控烟能力建设”项目研究资助（该项目覆盖全国 31 所大学，于 2007 年启动，分两批建设）。应项目建设的需要以及教育部《关于进一步加强学校控烟工作的意见》的要求，为了履行高等学校建设文明校园、优化育人环境、培养德智体美全面发展人才的责任，本着维护公众健康，改善学校卫生环境，提高师生员工健康水平的原则，郑州大学创建“无烟校园”项目于 2010 年 10 月正式启动。

### 2.1 建立控烟组织机构，加强控烟工作领导

为保证校园全面控烟工作的坚定执行，确保控烟干预力度，我校专门成立了无烟校园建设项目领导小组，由副校长主持工作，全面负责无烟校园项目的组织领导工作，把无烟校园建设作为一项事关全局的大事来落实和推进。学校各行政管理部门和各院系组织成立控烟工作小组，由部门或院系主要负责人组成，全面负责本单位的控烟工作。为了加强控烟工作在广大学生中的影响力和渗透力，又着手创建了以共青团组织为领导的郑州大学大学生控烟联盟，以建设控烟学生社团的形式加强全

面控烟的组织机构建设。至此，一个自全校行政中心管理层到各单位直至全体学生中的自上而下的控烟工作组织机构体系全面建成，形成了上下联动的全面控烟组织体系。另外，由学校公共卫生专家和校医院相关医务人员组成的郑州大学控烟技术指导工作办公室，负责为实现全面控烟提供技术指导、人员培训、咨询服务等方面的技术支持。

## 2.2 开展控烟现状评估，提高控烟工作针对性

为了解学校以往控烟政策的有无及执行情况，确定吸烟行为高发区域，了解教职工和学生对全面控烟的态度和建议，为下一步全面控烟工作的实施提供针对性的参考资料，由郑州大学控烟技术指导工作办公室牵头的郑州大学控烟现状评估项目全面展开。项目内容涵盖对全校二手烟暴露情况、无烟环境布置情况评估、人群吸烟情况和二手烟暴露情况问卷调查、人群对吸烟和二手烟暴露危害认识水平评估，以及人群对建设无烟校园的态度调查。通过现状评估，掌握了全校烟草流行现状、控烟现状和师生态度，对制定全校控烟工作计划和相关政策做足了准备。

## 2.3 制定工作计划和控烟政策，建立健全控烟制度

我校从 2010 年 10 月开始正式启动无烟校园建设项目，在经过紧张的筹备和充分的调查论证后，制定了控烟工作计划和控烟政策。其参照了 WHO《烟草控制框架公约》和《防止接触烟草烟雾准则》的相关条款，以及教育部颁布的《关于进一步加强学校控烟工作的意见》的指示精神，确立了自 2011 年起在本校院内各级行政部门和学生宿舍、教室、食堂、餐厅等公共场所实行全面控烟和禁烟的无烟校园建设目标，并制订了无烟校园建设项目的具体实施时间表。在控烟政策制定上，参考了郑州大学控烟现状评估项目的评估结果和教育部发布的无烟校园建设标准，制定了《郑州大学创建“无烟校园”实施方案》、《郑州大学无烟校园创建标准》、《郑州大学无烟校园创建工作实施细则》等相关文件。

## 2.4 强化无烟环境建设，创造无烟校园良好氛围

众多的研究表明无烟公共场所建设可降低人群吸烟率。因此，无烟环境建设是无烟校园建设的重要组成部分和有效手段。基于此，我校在无烟校园建设项目领导小组下设立了无烟环境建设组，由校规划建设与后勤管理处相关人员组成，主要负责学校控烟环境和设施的建设以及禁止吸烟警示牌、吸烟危害健康的警示语标牌等的制作、张贴、悬挂以及维护工作。通过无烟环境建设组的工作，校内相应区域设置了明显的禁烟标识，在全校范围内形成了控烟、戒烟、远离吸烟的良好环境氛围。

## 2.5 举办控烟联盟启动仪式，形成良好社会效应

无烟校园建设是一项公益活动，其不仅能够有效保护学校师生的身体健康，创造清洁的校园环境，而且能够促进人群养成健康积极的生活习惯，形成控制烟草的良好社会氛围。从这个意义上讲，无烟校园的使命不仅仅是为实现学校范围内的全面禁烟，而更是要通过创建无烟校园向全社会传达一种控烟的信号和决心，从而在控烟上形成一定的社会影响。基于此，我校组织举办了“无烟校园，绿色呼吸”——郑州大学控烟联盟启动仪式大型活动。仪式上，校长亲自公布《关于郑州大学 2011 年起校园室内全面禁烟的决定》，相关工作人员宣读《郑州大学控烟倡议书》、《郑州大学控

烟宣言》等文件，向全社会发起倡议、公开承诺。仪式广泛邀请相关单位和媒体出席，形成了良好的社会效应。

### 3 高校创建无烟校园的思考

校园控烟是一项长期而艰巨的任务。随着全国高校控烟第一波高潮的兴起，许多高校都有了校园控烟的良好开端，但后续的工作还有很长的路要走。

#### 3.1 建立评估机制，考察项目建设效果

无烟校园的创建是一项系统工程，在整个创建过程中需要建立一套过程和效果的评估机制。已推行无烟校园建设的高校需尽快研究制定无烟校园评价指标体系，结合无烟校园建设的具体目标和参照标准，对无烟校园建设项目进行定期评估。一是通过过程评估了解无烟校园建设工作计划的完成情况和控烟政策的实施情况。根据阶段性评估结果及时调整工作进程，加强薄弱环节的建设和具体实施细则的执行。二是通过效果评估考察无烟校园建设的阶段性效果，根据评估结果及时巩固和维护无烟环境，在原有工作的基础上继续巩固和加强无烟环境的维护，将无烟校园创建和维护工作纳入学校常规工作，最终降低二手烟危害，保护师生身体健康。三是通过评估总结无烟校园建设的成功经验。对成功经验和成功案例进行典型报道宣传，向其他学校介绍和推广成功经验，并接受社会评价和监督。

#### 3.2 加强控烟宣传，培育控烟校园文化

无烟校园建设是以培育控烟意识，控制吸烟行为为基础的，可以说其在一定程度上是对吸烟者进行意识和行为的控制[3]。尽管吸烟危害身体健康，控烟已是全社会的共识，但在控烟上不能简单粗暴地将吸烟者作为被强制对象。“疏胜于堵”，吸烟者只有感受到来自制度、舆论、和环境等方面面的压力时，才能逐渐改变吸烟习惯，控制吸烟行为。因此，在无烟校园创建中，除了需要建设完善的控烟制度和良好的控烟环境外，也特别需要从舆论和文化上做文章。一方面是需要加强校园内的控烟工作宣传，通过海报、广播、讲座、板报、条幅、展览、口号等途径让师生知晓吸烟及二手烟的危害，从而营造控烟的舆论宣传。另一方面要充分利用校园文化建设中的积极力量和有利因素，深入开展控烟相关的校园文化活动。通过“无烟校园志愿者行动”、“无烟校园文艺活动”、“控烟海报设计大赛”、“无烟校园宣传日”、“无烟校园主题团日活动”等校园文化活动的实施，形成浓厚的校园控烟主题文化。

#### 3.3 推动控烟学术研究，加强控烟能力建设

当前，我国控烟整体现状和控烟能力建设都相对薄弱。在控烟问题上还有许多难题期待公共卫生专家们去研究和攻克。高校作为科研资源的聚集地，拥有一大批公共卫生领域的拔尖人才。其在加强我国公共卫生控烟能力建设上负有义不容辞的责任。因此，高校要充分发挥学术和人才优势，积极投入到控烟能力建设的学术研究和具体实践中，繁荣控烟学术研究，推动控烟工作实践，为我国的控烟能力建设贡献自身的力量。

总之，面对国际国内严峻的控烟形势，控制烟草流行，保障人类身体健康的控烟事业任重而道远。无烟校园的创建是控烟事业中的有益探索和进步行动，作为高校，应该以负责任的态度坚决履行控烟《公约》；以勇于探索的精神不断完善校园控烟能力建设；以坚韧的毅力不断坚持无烟校园的创建行动，从而为我国控烟事业的发展作出贡献。

### 参考文献

- [1] 杨功焕, 胡鞍钢. 控烟与中国未来——中外专家中国烟草使用与烟草控制联合评估报告[M]. 北京: 经济日报出版社, 2011.
- [2] 季成叶. 中国青少年健康相关/危险行为调查综合报告 2005[M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2007.
- [3] 李昱熙. 烟草与健康——从 WHO FCTC 到无烟校园(英文)[A]. 挑战、责任/理想: 我们是世界的青年论文摘要集[C], 2010

# 公共卫生学生控烟倡导促动课程的现况与思考

孙锦峰<sup>1</sup> 付晓丽<sup>2</sup> 冯丽云<sup>3\*</sup> 孙亮<sup>4</sup>

(郑州大学公共卫生学院, 河南郑州 450001)

**摘要** 本文从控烟倡导促动能力建设项目的实施情况入手, 探讨控烟倡导促动课程在改变公共卫生学生控烟行为、态度、兴趣、自我效能等方面的效果, 探索先进的控烟主体培养模式、提出行之有效的控烟理论, 积累经验, 服务于我国的控烟事业。

**关键词** 公共卫生; 学生; 控烟; 倡导促动

据 2008 年世界卫生组织 (WHO) [1] 发布的报告指出, 中国已成为世界上最大的烟草消费国, 有 5.4 亿的人群正饱受被动吸烟的危害。研究表明[2], 青少年学生吸烟行为的流行比以前更加普遍, 令人担忧。在世界卫生组织最新公布的《烟草控制框架公约》缔约国控烟效果调查报告中, 我国控烟履约绩效得分仅为 37.3 分, 各项得分均为“倒数”, 控烟形势依旧十分严峻。自 2006 年《烟草控制框架公约》在我国正式生效以来, 政府部门给予了控烟工作一定的关注, 但仍面临着巨大挑战, 控烟运动缺乏一批具有较强的理论基础和实践经验的控烟队伍。为此, 在国际防痨和肺部疾病联合会资助下, 由浙江大学控烟研究中心发起, 全国部分高校开展了公共卫生学生控烟倡导促动能力建设项目。该项目作为一个种子项目, 目前其正处于起步阶段, 如何使其更有效地服务于我国的控烟事业是值得深入思考和探索的问题。

## 1 公共卫生学生控烟倡导促动能力建设的开展现况

### 1.1 控烟倡导促动能力建设的推广情况及效果

2007 年, 在国际抗痨与肺部疾病联合会的资助下, 由浙江大学牵头, 我国 7 所高校率先开展了中国公共卫生控烟倡导促动能力建设项目, 针对公共卫生专业的学生, 探索并发展了与我国文化相适应的控烟倡导促动方法, 形成公共卫生控烟教学方案, 并开展一系列无烟校园控烟倡导促动活动。结果显示[3], 学生的控烟行为、态度、兴趣、自我效能均有所改善[4], 在改变学生控烟倡导行为能力方面取得了积极的效果。目前该控烟课程教育和无烟校园控烟倡导促动活动已经在全国 31 所高校中开展实施。据各个高校网络信息反馈情况来看, 该教育模式和控烟理论成效显著, 符合我国当前的控烟国情。通过这个项目我们建立了公共卫生学生控烟倡导能力培养模式、理论基础和实施策略, 为公共卫生学生控烟倡导促动能力建设在全国范围内的推广提供了切实有效地实施经验, 当然这其中肯定会有不足之处, 各高校需要根据各校实际情况灵活运用。

### 1.2 控烟倡导促动能力的理论建设

控烟工作者具备较好的控烟理论与技能, 是控烟成功关键所在。制约我国控烟运动的瓶颈在于缺乏有力的研究机制与平台, 突出表现在许多控烟研究并不是建立在对事物属性的质的理解方面,



缺乏理论的指导。公共卫生学生控烟倡导促动能力建设项目从社会行为学角度给控烟工作的实施提供了理论依据--倡导促动理论。倡导促动是一个连续的过程，即针对某项社会关注的问题（如危害健康行为导致的后果等），向某些个人或组织进行鼓吹并发起一系列的行动，促使其态度和行为发生改变<sup>[5]</sup>。

控烟倡导促动包括四个阶段：倡议-联盟-宣传-行动，简称 PAPC 模式。第一阶段：提出控烟倡议主题，确定倡导标识；第二阶段：组建控烟联盟，维持联盟运转；第三，宣传控烟信息（制定有效的传播策略，结合校园网络、学报、信箱、校园广播站、学生社团、社交媒体等传播渠道）扩大控烟活动的影响；第四，开展倡导行动，利用相关的信息，开展政策倡导和大众倡导活动。最终通过控烟倡导促动将公众的注意力吸引到控烟这个问题上，并且鼓动决策者解决控烟中存在的问题，同时公共卫生学生的控烟倡导能力也得以培养。

### 1.3 控烟倡导促动能力建设的培养模式

为了激发公共卫生学生的学习劲头，提高教育效果，该项目培养模式应用“信息-动机-技能”模式（Information-Motivation-Behavioral Skills Model, IMB）（Fisher et al.2009）。动机是核心内容，有了动机人们就会主动关注和寻求信息，就会能动地掌握行为技能。公共卫生能力建设项目就是以公共卫生价值观和责任感为切入点，启动公共卫生学生的控烟学习动机。信息能力的培养是通过良好的控烟课程设计教授学生获得、认知和应用控烟相关知识。技能即动手能力，该模式重视学生行为能力的培养，学生通过参与自我创作、表演、社会实践等活动，发挥其控烟的积极性和创造性，提升自我控烟行为能力。该模式从思想到课程教育再到实践应用，将控烟课程教育与控烟活动相结合，最终使学生掌握控烟的基本理论、基本知识、基本方法及技能。

## 2 公共卫生学生控烟倡导促动课程的优势

公共卫生学生控烟倡导促动课程不仅仅是它顺应了时代要求，符合我国当前的控烟国情，更重要的是它在培养对象的选择、理论依据、培养模式上与以往相比具有其先进性。

### 2.1 把公共卫生学生作为控烟倡导促动能力建设的培养对象

公共卫生工作者不仅肩负着维护人类健康的使命,而且承担着探索及推广健康生活方式的责任。作为人类健康的维护者、倡导者和健康知识的宣传者，具有促进减少社会烟草使用和降低由它引起的发病率和死亡率的能力。当今新医学模式下培养了大批公共卫生专业学生，他们是未来的疾病控制工作者，把他们作为控烟工作的先锋队和后备军，必将对我国的控烟工作甚至慢性病的防治工作起到巨大的推动作用。一方面，他们对于吸烟与健康的知识、信念和行为直接影响着病人乃至社区人群。如果公共卫生学生有控烟意识,自己不吸烟成为健康的表率，他们的吸烟状况、心理、对吸烟的态度及认知直接影响着其他人群的吸烟行为。另一方面，他们掌握了控烟方法和技巧，在他们的课余时间甚至是未来的工作岗位参与并支持控烟活动,也解决了我国控烟专业人员缺乏的问题。

## 2.2 应用先进的倡导促动理论作为指导

在以往的控烟运动中，健康教育和健康促进理论得到了大量的应用。倡导促动方法在改变人们的态度和行为方面比健康教育更具有自己的优势。健康教育通过教育的手段来增加人们的知识，提高人们的意识，从而达到改变人们态度和行为的目的。健康教育的重点在于改变人们的认识方面，而事实上认识与行为不协调的情况则比比皆是。一般来说，对一个新的问题持健康教育的策略应该是有效的，但对于吸烟这个长期存在的问题，在人们已具备了基本知识的情况下，这时应该持倡导促动的策略（即 PAPC 模式），从大众倡导促动的视角来改变人们的不良行为，针对行为目标进行一系列的控烟活动，能获得更好控烟的效果。

## 2.3 由传统的“灌输式”教育模式过渡到 IMB 模式

公共卫生学生控烟倡导促动能力建设的中期目标就是将控烟教育课程纳入各个高校的公共卫生教学计划，培养学生实施控烟的能力。以往的控烟教学大多集中在知识的灌输和理解方面，只是单向的、被动的、“灌输式”教授吸烟危害健康或某些方面的知识，忽略了学生的参与性与自主性，使学生感到枯燥、乏味，马马虎虎应付课程。这种做法是不足以达到能力建设的教学目标。对此，该项目控烟倡导能力的培养采用 IMB 模式，把控烟教学设计成一个“动”系统，避免了“教学-考试-完事”的怪圈。它从公共卫生学生职业责任感出发，以理论为基石，强化对事物属性的质的理解，从根本上培养学生的控烟能力。通过职业责任感激发学生的学习劲头，通过控烟方法和技能使行为控烟得以实施，通过后者又可对控烟理论和知识进行消化和加强，形成一个良性循环。最终经过学习、培训和实践，使公共卫生学生的控烟倡导促动能力明显提升。

## 3 公共卫生学生控烟倡导促动课程存在的问题

公共卫生学生控烟课程教育和控烟倡导促动活动从无到有，从少数高校到多数高校，一路走来虽然历经了很多困难，但是也取得了可喜的成绩。我们希望看到的是全国各高校都把控烟能力建设纳入公共卫生学生教学计划中去，但这项工作目前还面临很多困难。虽然控烟运动是一项公益活动，但是它同样需求一定的资金帮助和支持。目前公共卫生学生控烟倡导促动能力建设项目是在国际抗痨与肺部疾病联合会的公益资助下进行的，但是该项目要想长期、广泛开展下去只靠国际援助是不切实际的。教师队伍、资金投入、政府支持力度、高校领导的重视、学生课业负担等等一系列问题需要我们去解决。

## 4 公共卫生学生控烟倡导促动课程的展望

在我国普通医学课程中吸烟仅仅作为一种致病因素加以介绍，即使在公共卫生专业课程学习中也缺乏这种系统的培训。2007 年以后，公共卫生学生控烟课程教育和控烟倡导促动活动陆续在各个高校的开展填补了这个空缺。从最初的 7 所高校发展到目前的 31 所，虽然队伍在不断壮大，但面对我国如此严峻的控烟形势，面对我国如此之大的控烟工作者空缺，面对如此巨大的控烟后备力量，这个规模是远远不够的。目前该项目虽然是处于起步阶段，但也已经摸索出了一套着实有效的

培养方法，也着实培养了一批高素质的控烟工作者，期待着我们培养出一批批公共卫生学生来解决这一系列存在的问题，相信不久的将来该控烟能力建设项目一定能够在全国高校得以普及。

#### **4.1 以公共卫生学生为培养主体，又要突破专业局限性**

控烟是改变人们生活方式的活动，是一项长期、复杂而艰巨的任务，它需要多部门、多机构的共同努力。公共卫生工作者应该成为控烟的主体力量，而不应该成为唯一力量，即在公共卫生工作者的带领下，进行全社会的倡导促动活动，呼吁大众参与。当然培养高主动性、高积极性和高创造性的控烟主体力量是十分必要的，但控烟工作一旦离开了社会学、经济学、法律学专家也是寸步难行。目前开展的公共卫生学生控烟倡导促动能力建设主要是针对公共卫生学生，我们应该考虑将这控烟倡导促动能力建设延伸到社会学、经济学、法律学、新闻传播学等专业，培养一批具有控烟意识的优秀的学生为我们的控烟工作增砖添瓦。

#### **4.2 通过该项目建立中国未来公共卫生控烟倡导能力建设的模式、实施策略和方案**

该项目在公共卫生学生控烟能力建设过程中，采纳了国际上公认的“倡导促动”作为控烟的理论指导，应用了国外先进的 IMB 培养模式，但是中国有其特定的文化背景和控烟国情，把国外的经验生搬硬套的直接拿过来应用是不行的。公共卫生学生控烟倡导促动能力建设项目目前只是处于起步阶段，是在摸索着前进。我们希望通过这个项目的实施，借鉴国外先进经验的基础上，能建立起适合我国现况的公共卫生控烟倡导能力建设的模式、实施策略和方案。

### **参考文献**

- [1] WHO. Report on the global tobacco epidemic: the MPOWER package. Geneva:World Health Organization,2008
- [2] 黄杏,陈冬峨,王增珍,等.武汉大学医学院学生吸烟行为及其相关因素分析[J].中国学校卫生, 2007, 28(8): 687
- [3] 吕晓丽. PCPA 理论在培养公共卫生学生控烟倡导能力中的应用与评价[J].2009:6
- [4] 王丽敏,赵宝山,杨立斌,等.预防医学生控烟倡导行动课程干预效果的评价[J].中国高等医学教育, 2010,10:122-124
- [5] 杨廷忠.《公共卫生控烟教程》.2007:14

# 郑州大学公共卫生学院学生控烟能力课程干预研究

师佳佳,孙喜望,孙锦峰,冯丽云

(郑州大学公共卫生学院,河南郑州 450001)

**摘要:**目的:探讨郑州大学公共卫生学院控烟能力课程开设前后学生控烟认知和态度的情况,为培养具有专业控烟能力的公共卫生人员提供参考。方法:以“中国公共卫生控烟能力建设项目”为平台,采用该项目统一发放的调查问卷,对郑州大学2009级本科预防医学专业全体学生进行课程干预前后调查,数据采用Ridit分析及 $\chi^2$ 检验。结果:控烟课程干预提高了该专业学生的控烟认知态度、控烟活动倡导兴趣和动机,但对其劝阻他人吸烟和终身不吸烟的态度无明显影响。结论:控烟能力课程干预改变了公共卫生学院学生的认知,提升了控烟能力,为以后控烟课程的实施提供了理论依据。

烟草危害是当今世界最严重的公共卫生问题之一,是人类健康所面临的最大但又是可预防的危险因素<sup>[1]</sup>。1996年和2002年两次全国吸烟行为调查结果显示,青少年吸烟率呈上升趋势,始吸年龄提前<sup>[2-3]</sup>。“2008年中国控制吸烟报告”也明确了把青少年控烟作为中国控烟工作的重要目标<sup>[4]</sup>。学校作为青少年学生的主要聚集地,在此开展控烟课程及无烟校园建设势在必行。

烟草本身会使人上瘾并导致慢性病患率上升<sup>[5]</sup>,目前中国前8位死因中有7种与烟草使用有关<sup>[6]</sup>。为了遏制烟草在世界范围内高速传播,世界卫生组织在1999年创建了烟草控制框架协议(Frame-work Convention on Tobacco Control, FCTC),并在2003年得到全体成员国一致通过<sup>[7]</sup>,此公约昭示全球加强烟草控制和拯救生命的政治意愿<sup>[8]</sup>。实践履约亟需具有控烟责任感和控烟专业能力的人员加入到控烟队伍中,目前控烟专职人员接受相关控烟培训的比例仍然非常低<sup>[9]</sup>,公共卫生专业学生是疾病预防控制的后继者,是未来公众健康的宣传者<sup>[10]</sup>,为培养既具有理论基础,又有实践技能的控烟工作者,本文对郑州大学2009级预防专业控烟课程干预研究展开探讨。

## 1 对象与方法

### 1.1 对象

选取郑州大学2009级本科预防医学专业全体112名学生为对象。其中男生37名(33.0%),女生75名(67.0%),年龄分布主要集中在20~21岁,汉族占93.75%,每月的生活费集中在300~600元,占77.68%。3次调查吸烟人数分别为3人、1人、3人,均为男生,吸烟率分别为2.68%,0.89%,2.73%。发放问卷112份,基线及中期发放问卷全数收回,末期收回110份。

### 1.2 调查方法

调查问卷由总项目组统一编制发放。调查内容主要包括(1)基本信息:年龄、籍贯、性别、民族、父母亲文化水平、父母亲职业、每月生活费;(2)控烟态度:一般控烟态度、公共卫生控烟态度;(3)控

烟行为:对他人吸烟行为的劝阻、倡导兴趣和动机、终身不吸烟的信心。

先后对学生进行未教育前(基线)、教育后(中期0.5年)、控烟活动后(末期1年)3次调查,为期1年(2010年9月至2011年9月),问卷均采用不记名自填式方法,培训调查员统一指导语,学生独立完成当场收回。

### 1.3 干预方法

课程开设于基线调查后,共设置16学时,包括8学时面授和8学时专题讨论。面授课程由总课题组培训后的教师主讲,内容包括控烟相关理论、烟草流行与危害、控烟策略与措施、控烟方法与技术以及课堂实践。专题讨论方式多样化,如同学们制定如何创建无烟校园方案、编制小品角色扮演以及模拟现场,如何利用学过的理论技能说服吸烟者、不交吸烟男友等专题展开深入讨论。此外还开展无烟校园建设、吸烟有害健康警示上烟包以及世界无烟日等

主题活动。

### 1.4 统计分析

采用EpiData 3.1软件进行数据双人双录入,采用SPSS 16.0软件对数据进行Ridit分析及 $\chi^2$ 检验等统计方法。

## 2 结果

### 2.1 课程干预不同阶段学生的控烟认知态度比较

干预后控烟态度总体得到了提高,但对禁止烟草广告的态度,对医学院实施无烟措施的态度及对做出控烟表率的态度3次调查赞成率变化差异无统计学意义( $P$ 值均 $>0.05$ )。

表1 郑州大学2009级公共卫生学院学生课程干预不同阶段控烟认知态度比较

项目	基线 (n=112)	中期 (n=112)	末期 (n=110)	F 值	P 值
对公共场所控烟的态度					
赞成	93(83.03)	108(96.43)	104(94.55)	7.9	0.000
无所谓	3(2.68)	3(2.68)	0		
反对	16(14.29)	1(0.89)	6(5.45)		
对烟盒标注有害信息态度					
赞成	93(83.03)	108(96.43)	102(92.73)	8.4	0.000
无所谓	14(12.50)	4(3.57)	8(7.27)		
反对	5(4.57)	0(0.00)	0(0.00)		
对禁止烟草广告的态度					
赞成	103(91.96)	108(96.43)	105(95.45)	1.2	0.296
无所谓	6(5.36)	4(3.57)	2(1.82)		

反对	3(2.68)	0(0.00)	3(2.73)		
对提高卷烟价格的态度					
赞成	75(66.96)	93(83.04)	95(86.36)	7.0	0.001
无所谓	25(22.32)	14(12.50)	7(6.37)		
反对	12(10.72)	5(4.46)	8(7.27)		
对医学院实施无烟措施的态度					
赞成	102(91.07)	105(93.75)	108(98.18)	2.7	0.067
无所谓	5(4.46)	7(6.25)	1(0.91)		
反对	5(4.46)	0(0.00)	1(0.91)		
对做出控烟表率的态度					
赞成	104(92.85)	102(91.07)	107(97.27)	1.9	0.157
无所谓	6(5.36)	7(6.25)	1(0.91)		
反对	2(1.79)	3(2.68)	2(1.82)		
对禁止吸烟的态度					
赞成	97(86.61)	104(92.85)	106(96.36)	3.7	0.025
无所谓	11(9.82)	7(6.25)	3(2.73)		
反对	4(3.57)	1(0.89)	1(0.91)		

注:()内数字为构成比/%,赞成包括非常赞成和比较赞成,反对包括反对和坚决反对。

## 2.2 课程干预对他人吸烟行为劝阻的影响

基线、中期、末期3个阶段家中有人吸烟的人数分别为73(65.18%),70(62.50%),72(65.45%),劝阻的人数分别为52(46.43%),58(51.79%),53(48.18%),干预对劝阻率的影响差异无统计学意义( $\chi^2=1.816, P=0.403$ );3次调查亲朋中有人吸烟的人数分别为110(98.21%),107(95.54%),104(94.55%),劝阻的人数分别为52(46.43%),65(58.04%),59(53.64%),干预对劝阻率的影响差异无统计学意义( $\chi^2=4.201, P=0.122$ )。

## 2.3 课程干预对控烟倡导兴趣和动机的影响

愿意从事控烟志愿活动率及积极参加控烟公共政策决定率,随干预的进行逐渐提高,但从事控烟工作及将控烟作为主要工作的态度尚无变化。见表2。

表2 2009级公共卫生学院学生对控烟的倡导兴趣和动机在课程干预前后比较

项目	基线 (n=112)	中期 (n=112)	末期 (n=110)	F值	P值
从事控烟志愿活动					
不愿意	7(6.25)	2(1.79)	3(2.73)	4.5	0.012
无所谓	28(25.00)	24(21.43)	13(11.82)		

愿意	77(68.75)	86(76.78)	94(85.45)		
从事控烟工作					
不愿意	31(27.68)	18(16.07)	23(20.91)	2.7	0.070
无所谓	42(37.50)	44(39.29)	34(30.91)		
愿意	39(34.82)	50(44.64)	53(48.18)		
将控烟作为主要工作					
不愿意	14(12.50)	11(9.82)	12(10.91)	0.1	0.871
无所谓	26(23.21)	26(23.21)	25(22.73)		
愿意	72(64.29)	75(66.97)	73(66.36)		
控烟公共政策决定态度					
积极	9(8.39)	104(92.86)	108(98.18)	4.1	0.018
一般应付	11(9.82)	6(5.36)	0		
消极	2(1.79)	2(1.79)	2(1.82)		

摇注:()内数字为构成比/%;不愿意包括不愿意和不太愿意,愿意包括较愿意和很愿意;积极包括非常积极和比较积极,消极包括不太积极和消极。

## 2.4 课程干预对终身不吸烟决心的影响

课程干预前后学生终生不吸烟的态度之间差异无统计学意义( $P$ 值均 $>0.05$ ),尚不能认为本次干预对学生终身不吸烟有影响,见表3。

表3 2009 级公共卫生学院学生终身不吸烟的态度在课程干预前后的比较

项目	基线 (n=112)	中期 (n=112)	末期 (n=110)	$F$ 值	$P$ 值
现在不吸烟将来吸					
肯定不会	88(78.57)	84(75.00)	87(79.09)	0.1	0.901
不一定	21(18.75)	17(15.18)	19(17.27)		
从事社交性工作					
肯定不会	66(58.93)	71(63.39)	80(72.73)	2.5	0.083
不一定	43(38.39)	34(30.36)	27(24.55)		
从事疾控工作					
肯定不会	95(84.82)	85(75.89)	94(85.45)	1.2	0.297
不一定	14(12.50)	20(17.86)	13(11.82)		
经好友劝说					
肯定不会	92(82.14)	92(82.14)	90(81.82)	0.3	0.727
不一定	17(15.18)	13(11.61)	17(15.45)		

注:()内数字为构成比%。

### 3 讨论

在过去的20年中,我国的大部分控烟项目都使用“知-信-行”模式,实践显示缺乏合理性<sup>[7]</sup>,而本研究所采用的是“PCPA”(倡导-联盟-宣传-行动)模式<sup>[11]</sup>。本研究结果显示,郑州大学公共卫生学院学生,不同干预阶段的控烟认知随着干预有所提升;对控烟倡导兴趣和动机的认知能力有所改变;但尚不能认为课程干预对他人吸烟行为的劝阻及对终身不吸烟的态度有影响。

本次干预后,学生的控烟认知态度总体上得到了提高。公共场所禁烟赞成率从基线的83.03%提高到中期的96.43%和末期的94.55%,均高于2008年师新宇<sup>[12]</sup>的报道,说明控烟课程初见成效。但与自身比较反对率末期比中期却有所升高,这可能与样本量小有关,也可能是学生的实际能力提升需要一个认知的过程。干预后对烟盒标注有害信息的认知态度有提高趋势,可能是课程干预促使学生对不同类型的烟盒包装<sup>[13]</sup>有了更深刻的认识。干预前后对禁止烟草广告的认知态度尚不能认为有改变,可能是由于文化环境的影响,吸烟的原因基于中国社会文化大背景前提下。对提高卷烟价格的赞成率有上升趋势( $P < 0.05$ ),可见学生经过课程学习和参加控烟实践活动,认知得到提高。医学院实施无烟措施的态度及对做出控烟表率的态度干预前后差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),可能与医学生本身对此事件发生就比较认同有关。

课程干预尚不能认为对他人吸烟的劝阻率有影响,从课下交谈中调查者了解到:(1)在劝阻吸烟者方面,学生没有成功的经验而且经常碰壁,课堂又学习到成瘾行为难矫治,这些直接或间接经验使他们对劝阻戒烟产生畏惧心理,主动放弃对周围人吸烟行为的劝阻行动<sup>[14]</sup>。(2)周围的人多为熟人,可能顾及情面,难以开口拒绝。另外,见面让烟的社会风气<sup>[15]</sup>未彻底得到改观,致使对他人吸烟虽有抵触情绪却视而不见。这表明在宣教过程中,还要提升学生对烟草危害及肩负的公共健康责任的认知程度和烟瘾矫正技能的掌握。

本研究结果表明学生的控烟倡导兴趣和动机认知得到了提升,从事控烟志愿活动率从基线的68.75%提升到中期、末期的76.78%和85.45%,说明控烟知识是控烟态度改变的主要因素<sup>[16]</sup>。将来从事控烟工作及将控烟作为主要工作的支持率,3个阶段尚不能认为有明显改变,可能是他们本身就趋向认同此事件,有意向把宣传倡导公共健康作为以后的主要工作。而中国的控烟工作在过去很长时间内一直局限于公共卫生工作者自身的努力,其成效并不显著<sup>[17]</sup>。在国际控烟大环境下,中国履约5年来成效甚微,吸烟率仍居高不下<sup>[6]</sup>。因此,在本科阶段对公共卫生学院学生进行控烟课程干预,培养具有控烟能力的公共卫生人才,对倡导促进大众健康,降低慢病患病率意义重大。

本次课程干预,尚不能认为对学生终身不吸烟的态度有影响,可能是本次干预历时较短,学生的认知态度尚未明显提升;也可能是他们本身就认同公共卫生人员应做出表率。

本研究受权限和专业招生的局限性,造成样本量偏小,有可能致使检验效能降低,结果呈阴性,但趋势已形成。

烟草使用带来严重的负面健康效应,如今烟草行业已经成为中国最大的健康危险型产业。在未来20年,烟草归因死亡将继续快速上升,医疗服务和医疗保障体系将面临严峻挑战<sup>[9]</sup>。本干预研究为



以后培养更多具有专业控烟能力的公共卫生人员提供教学借鉴。

### 参考文献

- [1] World Health Organization. WHO report on global tobacco epidemic 2008: MPOWER package[R]. Geneva: WHO, 2008:7-9.
- [2] 杨功焕. 1996 年全国吸烟行为的流行病学调查[J]. 中国肿瘤, 1998, 7(2):3-5.
- [3] 杨功焕, 马杰民, 刘娜, 等. 中国人群 2002 年吸烟和被动吸烟的现状调查[J]. 中华流行病学杂志, 2005, 26(2):77-83.
- [4] 卫生部履行《烟草控制框架公约》领导小组办公室. 2008 年中国控制吸烟报告: 禁止烟草广告和促销, 确保无烟青春好年华[J]. 中国健康教育, 2009, 25(1):61-66.
- [5] 杨焱. 烟草的危害、流行特点及控烟策略[J]. 中国健康教育, 2006, 22(5):387-389.
- [6] 杨功焕. 中国控烟战略与法律问题研讨我国控烟的现状和未来[J]. 法治论丛, 2010, 25(4): 1-3.
- [7] 杨廷忠. 控烟理论与实施[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2010:6-8.
- [8] World Health Organization. WHO report on global tobacco epidemic 2011 warning about the dangers of tobacco: MPOWER package[R]. Geneva: WHO, 2011:7-9.
- [9] 杨功焕, 胡鞍钢. 控烟与中国未来[M]. 北京: 经济日报出版社, 2010:14-47.
- [10] 陈晓瑜, 邹宇华, 刘茂玲, 等. 医学生倡导行动四步走控烟效果评价[J]. 中国学校卫生, 2010, 31(3): 284-286.
- [11] CHAPMAN S. Public health advocacy and tobacco control [M]. MA, USA: Blackwell Publishing Inc, 2007:3-15.
- [12] 师新宇, 郑建中, 韩颖, 等. 医科大学公共卫生学生控烟相关态度调查[J]. 中国社会医学杂志, 2008, 25(5): 281-283.
- [13] RON BORLAND, STEVEN SAVVAS, FIONA SHARKIE, et al. The impact of structural packaging design on young adult smokers' perceptions of tobacco products[J]. Tob Control. Online First, published on December 13, 2011 as 10. 1136/ tobacco control-2011-050078.
- [14] 王丽敏, 赵宝山, 杨立斌, 等. 预防医学生控烟倡导行动课程干预效果的评价[J]. 中国高等医学教育, 2010, 10:122-124.
- [15] 左群, 陈首英, 刘辉, 等. 医学生劝阻他人吸烟行为现状[J]. 中国学校卫生, 2011, 32(7):783-785.
- [16] WILLEMSSEN MC, GORTS CA, SOELEN PV, et al. Exposure to environmental tobacco smoke ( ETS) and determinants of support for complete smoking bans in psychiatric settings [J]. Tob Control, 2004, 13 (2):180-185.
- [17] 杨廷忠, 吕巧红, 吴宏华. 公共卫生倡导行动策略与方法[J]. 中华预防医学, 2008, 42(8): 553-556.

# 健康教育和健康促进与戒烟

席清寅 丁春生 许兆瑞

长春市健康教育中心

烟草流行已成世界公害，吸烟危及亿万人的生命。享有盛誉的《柳叶刀》医学杂志在最近发表的一项研究中表明中国吸烟者人数远远超过其他任何国家，吸烟人数世界第一（近 3.01 亿）。中国的戒烟率不高，曾经吸烟者中不到 20%的人已经戒烟，而巴西、乌拉圭等实施强有力烟草控制法律国家戒烟率超过 35%。每年中国约有 100 万人死于烟草相关疾病，除非积极戒烟并全面实施有效的烟草控制措施，否则烟草相关疾病的负担将大大增加，将极大地影响中国社会经济的发展。中国必须全面实施《烟草控制框架公约》，防止开始吸烟，促进戒烟和保护不吸烟者免受二手烟危害。

世界卫生组织《烟草控制框架公约》明确指出：烟草消费和接触烟草烟雾会造成死亡、疾病和残疾。吸烟不仅仅是“坏习惯”而已，而且是一种成瘾性慢性疾病。烟草中的尼古丁具有强烈的成瘾性，戒烟的难度可比于戒除海洛因、可卡因或酒精。戒烟需要个体和群体的共同努力。

随着基层卫生服务体系改革的不断深化，大力发展健康促进和健康教育已经成为我国卫生保健事业发展的趋势。健康促进及提高生命质量的预防保健工作越来越显现其重要性和必要性。在烟草控制方面，尤其对于作为成瘾性慢性疾病的吸烟，想促进吸烟者戒烟，健康教育和健康行为指导将起到事半功倍的作用。即在慢性成瘾性疾病戒除上越来越发挥其优势。通过健康教育可以使受众了解吸烟的危害，戒烟的必要性，通过健康促进可倡导政府提供戒烟服务，劝导吸烟者尽快戒烟。任何活动的开展都要受到各种相关因素的影响和制约，戒烟也不例外。能否达到预期的目的，就要看具体实施的方式方法了。健康教育因其所具有广泛的宣传教育功能，理所当然应发挥其先导作用，而健康行为指导，这一大众喜闻乐见的形式，将在促进戒烟中充分发挥其不可替代的作用。

2012 年初，我们在开展“无烟城市—盖茨中国控烟项目”过程中，对 1500 余名市、区政府公务员就相关烟草方面问题进行问卷调查，相关结果如下：

## 吸烟情况：

表 1 不同性别吸烟情况

	现在吸烟者 <sup>1</sup>	既往吸烟者 <sup>2</sup>	从不吸烟者 <sup>3</sup>	合计
男性	295 (36.6%)	46 (5.7%)	465 (57.7%)	806
女性	14 (1.8%)	6 (0.8%)	749 (97.4%)	769
合计	311 (19.7%)	52 (3.3%)	1214 (77.1%)	1575

<sup>1</sup>现在吸烟者定义为每天或少于每天吸烟的应答者

<sup>2</sup>既往吸烟者定义为非现在吸烟，但过去每天或少于每天吸烟的应答者

<sup>3</sup>从未吸烟者定义为非现在吸烟者，并在过去也未吸烟

由表 1 可以看出：接受调查的 1588 人中，现在吸烟者 311 人，占 19.7%；既往吸烟者 52 人，占 3.3%，也可以说曾经吸烟，现在戒烟了的人只占 3.3%。

**现在吸烟者的戒烟意愿：**

**表 2 现在吸烟者的戒烟意愿戒烟情况**

现在吸烟者的戒烟行为	
打算在一个月之内戒烟	35 (12.2%)
打算一年之内戒烟	73 (25.3%)
打算一年或更久以后戒烟	78 (27.1%)
不打算戒烟	102 (35.4%)
现在吸烟者中，关于 6 个月内实施戒烟行动益处的认同度	
完全没有	42 (14.7%)
有一些	106 (37.2%)
非常多	137 (48.1%)

由上表可见：不打算戒烟者占35.4%；关于6个月内实施戒烟行动益处的认同度，14.7%完全没有，37.2%有一些。这些人就需要健康教育和健康促进来提高他们的认识。

**戒烟的原因：**

**表3 现在吸烟者中，在过去六个月内考虑戒烟的原因<sup>1</sup>**

	完全没有		有一些		影响非常大	
	人数	%	人数	%	人数	%
个人健康 (n=287)	38	13.2	125	43.6	124	43.2
对非吸烟者的影响 (n=259)	20	7.7	153	59.1	86	33.2
社会舆论环境 (n=255)	35	13.7	152	59.6	68	26.7
香烟价格 (n=241)	118	49.0	86	35.7	37	15.4
公共场所、工作场所禁止吸烟(n=256)	31	12.1	146	57.0	79	30.9
控烟宣传 (n=252)	30	11.9	151	59.9	71	28.2
卷烟包装上的健康警句 (n=248)	85	34.3	112	45.2	51	20.6
为孩子树立榜样 (n=258)	28	10.9	92	35.7	138	53.5
亲人反对 (n=264)	18	6.8	122	46.2	124	47.0

由表 3 可见：针对家庭、健康及他人原因而考虑戒烟的影响比较大。因此我们就要在这些方面下功夫来开展健康教育，以此为突破口促进其戒烟。

戒烟可以归纳为三个主要环节：

1. 动员吸烟者戒烟：

因材施教开展健康教育，有针对性地向不同吸烟者传递吸烟危害健康的知识。

2. 教会有意愿戒烟的吸烟者的戒烟技巧：

戒烟是比较难的，所以要有技巧。但最关键的首先要有决心，还要有毅力。

(1) 加强戒烟意识：明确目标，改变工作环境及与吸烟有关的老习惯，戒烟者会主动增强戒烟的决心。

(2) 拒绝烟草及烟具：香烟，打火机和烟灰缸都会对戒烟者产生刺激，应该把它们统统扔掉。

(3) 打赌：一些过去曾吸烟的人有过戒烟打赌的好经验，其效果之一是公开戒烟，并争取得到朋友和同事们的支持。

(4) 替代办法：做一些技巧游戏，使两只手不闲着；在手边放一些无糖口香糖、小食品及饮料等替代香烟；还可以通过刷牙使口腔里产生一种不想吸烟的味道，或者通过令人兴奋的谈话转移注意力以达到不吸烟的目的。

(5) 转移注意力：在戒烟初期，多从事一些会带来乐趣的活动，以便转移吸烟的注意力，晚上不要在电视机前度过，可以听歌，上网冲浪，或与朋友通电话讨论感兴趣的话题等。还要多运动，经常运动会提高情绪，冲淡烟瘾，使紧张不安的神经镇静下来，消除紧张情绪。

### 3. 指引戒烟成功者如何防止复吸：

(1) 避免受到吸烟的引诱：在戒烟初期应婉言拒绝参加可能导致复吸的聚会，直到自己觉得没有烟瘾为止。

(2) 经受得住复吸的考验：戒烟后又吸烟不等于戒烟失败，吸了一口或一支烟后并不是“一切都太晚了”，要仔细分析重新吸烟的原因，避免以后复吸。

还要指出：吸烟者戒烟不分年龄，不同年龄戒烟出现风险的差异也不同，戒烟越早越好，什么年龄戒都不晚，都能体会到戒烟带来的益处。对于已患有与吸烟有关疾病的吸烟者，戒烟也是越早越好，这样可以降低复发率、死亡率及出现其它疾病的风险。总而言之戒烟没有戒得太迟之说，戒就比不戒好。

健康教育工作者，要充分认识威胁人民健康的主要疾病已由急性传染病转变为慢性病，这是因广泛存在的不良行为和生活方式，吸烟就是其中之一。拓宽知识结构，不断充实自己，服务大众，造福社会。这样才能更具说服力的开展健康教育和促进戒烟，才能达到使吸烟人群戒除烟瘾的预期目的。可通过讲座、咨询及宣传等喜闻乐见的方式，有计划、有步骤、渗透性的开展健康教育，进行健康行为指导，深入浅出的进行科普宣传，定期发放宣传资料给吸烟者及家庭，提高吸烟人群的自我保健意识，引导吸烟者自愿放弃不良的行为和生活方式，减少危险因素。还可在戒烟门诊的治疗服务中，给予药物治疗的同时开出健康教育处方，给吸烟者在生理、心理、行为方面的指导，使其了解戒烟过程中应注意的事项，对治疗效果会产生积极的影响。在预防疾病的服务过程中，可通过健康教育和行为指导使人们知道吸烟可以引起哪些疾病，哪些疾病可以采取何种方法和措施来防止发生。这样不但使预防服务易于开展，而且能使预防效果明显提高，以达到根除的目的。

健康教育是一种投入少、产出高的卫生服务，它所产生的效益是非常可观的，尤其其它产生的社会效益是不可限量的。其所能发挥的作用将是无与伦比的。这些将在戒烟服务中充分体现。我们要积极追求健康的生活目标，创造有利于大众的健康环境。

# 建立机制 多部门多渠道合力控烟

周静<sup>1</sup>, 罗英<sup>2</sup>

**【摘要】目的** 提高我区居民对烟草危害的意识, 避免二手烟在公共场所中造成对不吸烟人群的巨大伤害, 保护居民健康。**方法** 动员部门、落实责任, 建立“条块结合、以块为主”和“单位自管与社会监督、主管部门监督管理相结合”的控烟管理机制, 积极开展控烟技能、介绍戒烟技巧等能力建设, 注重无烟日、讲座与咨询、大众媒体等宣传, 同时加强技术指导和督导。**结果** 我区 80% 以上的医疗机构达到了无烟医疗机构创建标准, 车站、商场等公共场所中吸烟现象明显减少, 二手烟行为受到大家的共同抵制。**结论** 控烟作为备受关注的公共卫生问题, 是一个涉及面极广的社会系统工程, 通过建立控烟管理机制, 强调细化和落实部门责任, 并加大力度开展烟草能力建设、大众宣传和技术督导, 控烟才能取得实质性的效果。

**【关键词】** 建立机制 多部门 控烟

据卫生部公布的《2007 年中国控制吸烟报告》<sup>[1]</sup> 显示: 中国是世界上最大的烟草生产国和消费国, 截止到 2006 年底, 我国吸烟者达 3.5 亿人, 被动吸烟 5.4 亿人, 每年约有 100 万人死于与吸烟相关疾病, 预计到 2020 年我国将有 200 万人死于吸烟相关疾病。吸烟和被动吸烟是肺癌、冠心病、慢性呼吸系统疾病等多种疾病相关危险因素<sup>[2]</sup>, 2010 年我区开展的公民健康素养监测数据显示, 我区居民烟草危害知晓率仅为 64%, 不少人对烟草危害意识不足。2011 年起, 我区建立控烟机制, 开展了一系列控烟行动, 大力营造健康、清洁、禁烟的良好公共环境。

## 1 对象与方法

**1.1 对象** 成华区医疗机构、学校、车站等禁烟公共场所。

### 1.2 方法

**1.2.1 加强领导, 科学部署** 区目标管理督查办公室、区爱国卫生运动委员会办公室和精神文明建设办公室负责组织牵头; 控烟工作纳入我区目标管理范围, 与绩效挂钩。根据省市相关文件精神, 我区先后在不同阶段联合制定了多个控烟文件, 控烟被明确列入相关部门的工作职责, 得到了部门领导的充分重视。

**1.2.2 建立机制, 多部门组成控烟联盟** 明确控烟责任, 加强监管, 控烟才可有实效。<sup>[3]</sup> 2011 年我区建立了控烟机制, “条块结合、以块为主”是其重点所在, 特别强调了 10 个主管部门分管范围内的工作职责, 让控烟“主线”贯穿于“块”中: 如区卫生局对医疗卫生机构以及《四川省公共场所管理办法》规定的其他公共场所的控烟工作进行监督管理, 并指导相关部门开展科学控烟工作; 区教育局负责对学校、区食药局负责对餐饮业经营场所、区公安分局负责对网吧等互联网上网服务营

业场所等公共场所的控烟工作进行监督管理等。同时各街道办事处按照属地化原则负责具体督促和落实控烟措施，持续对辖区公共场所发放禁烟标识、控烟倡议书、控烟劝导员袖标等。

“单位自管与社会监督、主管部门监督管理相结合”是机制中的另一重要内容。主管部门对分管范围控烟工作起着总领和指导作用，通过定期或不定期进行控烟督查，敦促相关问题单位整改到位。同时，社会监督也在同步跟进——2011年4月起，我区各医疗机构和公共场所均同步开展了张贴禁烟监督电话标识的行动，在醒目位置公布了禁烟监督电话（84311767），主动接受社会监督、妥善处理控烟工作中的不和谐因子。

**1.2.3 注重能力建设，大力发展控烟技能** 各医疗单位均注重对全体员工、控烟监督员和劝导员开展控烟知识与技能培训，为全面完成创建任务提供技术保障；较多单位正在探索戒烟咨询服务，在对本单位吸烟职工优先开展戒烟服务的基础上，逐渐尝试对患者、社区公布戒烟医生和戒烟咨询电话，让更多的有戒烟意愿的居民接触到科学、易行的戒烟技巧，远离烟草危害。随着控烟工作的逐步开展，在政府部门、街办、学校等单位还掀起了控烟和戒烟热潮，越来越多的工作人员意识到吸烟和被动吸烟的严重危害，掌握了基本的控烟知识，不少吸烟工作人员减少了吸烟数量，成功戒烟者不在少数。

**1.2.4 关注健康，多渠道同步控烟** 《烟草控制框架公约》的目标是人类健康，控烟的目的也是健康，二者高度统一，根本在于关注健康。<sup>[4]</sup>抓住这一点，一方面，我区各医疗单位认真履行《烟草控制框架公约》，严格按照《无烟医疗卫生机构评估标准》进行创建和保果行动，强调完善制度、创建无烟环境等，营造健康的医疗环境；并主动将控烟宣传融入到日常健康教育讲座与咨询、健康教育进社区和健康生活方式行动等活动中，努力塑造医疗机构控烟先锋队形象。另一方面，控烟宣传通过搭乘我市“文明城市”复查工作的顺风车，作为考核工作的重要内容和指标之一，受到了各部门、各单位的普遍重视和切实执行，烟草危害知识得到了广泛宣传 and 普遍关注。

为了让更多的居民关注控烟、关注健康，区卫生局还通过电视台、报纸、网站等媒体来扩大宣传覆盖面，如为本区《新成华》报提供烟草危害科普知识和我区的控烟动态，为成华电视台提供控烟公益广告和短片，供其滚动插播和在《科学与生活》栏目选播。同时，成华区公众信息网和成华区疾控中心网站摘录、上传了控烟讯息，及时传达省、市、区控烟精神和工作动态。

**1.2.5 加强技术指导和督查** 区卫生局负责全区控烟工作的技术指导和督导。为达到预期效果，卫生局定期或不定期组织技术人员对全区控烟工作进行指导、监督和检查，查见控烟工作中存在的问题和不足后，技术人员与单位负责人现场即进行充分的沟通和交流，协助其及时解决问题，保证控烟管理工作的正常开展。

## 2 结果

通过持续开展一系列控烟行动，我区80%以上的医疗机构达到了无烟医疗机构创建标准，车站、商场等公共场所中的吸烟现象亦明显减少，二手烟行为受到大家的共同抵制。截至十月，区卫

生局对医疗机构和公共场所累计督导分别达 67 所和 219 个；各部门和街办对公共场所累计督导超过 800 个；共发放 8900 个禁烟标识、1 万余份“要烟草 还是要健康”宣传折页、2000 份宣传壁报和 7560 份控烟倡议书。行动受到了居民的普遍理解和欢迎，控烟氛围较为浓烈。

### 3 讨论

**3.1 领导重视是根本** 能不能获得足够资金，能不能扎实、有序开展控烟工作并取得预期成效，领导是否重视起着至关重要的作用。只有努力开发领导层，争取到各部门领导的足够重视，工作方可层层展开，措施才会得力，控烟才不会沦为纸上谈兵。

**3.2 建立机制、部门合作是关键** 控烟工作涉及的范围极广，而区目标管理督查办公室、区爱国卫生运动委员会办公室和精神文明建设办公室的力量毕竟有限。通过建立“条块结合、以块为主”和“单位自管与社会监督、主管部门监督管理相结合”的管理机制，强调责任划分、科学部署和合作，使控烟工作在实际操作中有据可依，才能有效避免在控烟工作中出现敷衍塞责、推诿等现象。

**3.3 开展控烟工作要充分利用多种渠道** 与控烟宣传较为密切的“世界无烟日”、“全国高血压日”、“联合国糖尿病日”等主题日宣传固然能很好地促进和推动控烟工作，但作为一项长期管理工作，多渠道、广范围的累积宣传效应方能更加深入人心。充分利用公共场所和医疗单位的日常工作平台、各类媒体的宣传平台，将控烟内容主动融入其中，倡导文明的生活方式，对提高居民对烟草危害的关注、保护居民健康大有裨益。

**3.4 完善机制，持续管理** 让居民摒弃在公共场所吸烟的不健康行为，培养远离烟草危害的健康意识不可能一蹴而就，而是一个涉及面极广的社会系统工程，难度可想而知。在控烟过程中，出现过少数主管部门理解不到位、配合不得力、敷衍应对的情况，而部分商家和居民也持质疑或抵触情绪。因此，进一步完善控烟机制，持续开展宣传、督查，如加强惩处力度、突出重点禁烟场所、增加部门沟通等，让其成为剖析、约束和完善控烟工作的常规管理方法是下一步要继续改进之处。

### 参考文献

[1] US environmental protection agency. Respiratory health effects of passive smoking:Lung cancer and other disorders.Washington,DC:United States Government Printing Office,1992 年.

[2] 刘双；控烟戒烟——关系人民健康的大事[J]；心肺血管病杂志,2008,27(2):117-119.

[3] 吴国富；金华市公共场所控烟策略研究 [D]；山东师范大学；2008 年.

[4] 解志勇；我国控烟领域履约机制的反思及对策[J]；法治论丛杂志,2010,25（4）4:27-30.

# 南宁市公共场所控制吸烟干预策略研究

唐莉\* 林新勤\* 邓其军\*\* 杨晓钊\*\*\* 杨建敏\* 石健\*  
蒋碧玲\* 郭亮永\* 黄夏萍\* 徐斌\*

广西南宁市疾病预防控制中心，南宁，530011

**摘要：目的** 促进公共场所禁止吸烟相关政策的出台和实施；整合控烟力量，建立南宁市控烟网络，创建无烟环境；提高南宁市区范围控烟能力，最终减少被动吸烟的暴露。**方法** 在人群中采取随机抽样问卷调查及现场环境观察的方式，进行基线调查、过程评估和效果评估。**结果** 通过健康教育宣传，市民控烟知识知晓率提高了 19.95%；成功完成创建无烟环境示范点活动，示范区人群吸烟率下降 28%，二手烟暴露率下降 50%；整合控烟力量，通过培训和健康教育，提高网络成员单位和社会的控烟能力。**结论** 促进南宁市公共场所控烟法规出台和实施；从南宁市实际情况出发，结合各种创建活动，以控烟立法牵头，通过各种形式宣传，充分利用控烟网络，在各行业创建示范点，以点带面，逐渐形成了全社会参与控烟的良好局面。

**关键词：**公共场所；控制吸烟；干预策略

## Research on Intervening Strategy for Tobacco Control in Public Places in Nanning,

Tangli. Xinqin Lin

Nanning Center for Disease Control and Prevention, Nanning 530011, China

**[Abstract] Objective** To promote policies concerning smoking-banning in public places to issue and implement; integrate the strength of tobacco control, establish the network of tobacco control in Nanning, and create tobacco free environment; increase the capacity of tobacco control in Nanning so that the level of exposure to passive smoking could be reduced. **Method** By the method of random sampling with questionnaire survey among people and field observation, baseline survey, process evaluation and effect evaluation are carried out. **Conclusion** To promote policies concerning smoking –banning in public places to issue and implement: By health education publicity, the awareness rate of tobacco control knowledge among citizens has increased by 19.95%; the rate of exposure to passive smoking has reduced by 50%; The strength of tobacco control has been integrated by training, health education and social tobacco control forces; According to present situation in Nanning, good situation relating to tobacco control has been emerging gradually by combining of sanitary city creation, legislation of tobacco control, various tobacco control publicity, network of tobacco control and establishing of model of tobacco free environment.

**[Key Words]** Public Place; Tobacco Control; Intervening Strategy



“迈向无烟中国”项目由中国疾控中心-协和医科大学-美国约翰霍普金斯大学合作，由美国彭博基金资助，在中国开展的控烟项目。旨在促进项目地区无烟政策的出台和实施，创建无烟环境，提高控烟能力，最终减少被动吸烟的暴露。广西南宁市为全国40个项目点之一，项目期三年(2007-2009年)。

## 1. 方法

1.1 基线调查：通过问卷和现场观察方式进行调查，收集有关控烟政策、烟草交易、被动吸烟暴露和不同层次人群对烟草控制的态度。按项目方案选择调查相应场所人群，包括控烟政策及能力调查（3个单位，3份问卷）、公共场所被动吸烟调查（6类29个场所508份问卷）、烟草销售场所调查（7类23个场所）、烟草企业活动调查（1家）、烟盒包装信息调查（11个品牌）。

1.2 过程评估：分两次进行，一是国家级专家评估，二是各省级专家组交叉检查，方法均为项目阶段性总结汇报、项目评估表及现场观察等方式进行评估。

1.3 效果评估：方法及场所选择与基线调查相同，在场所被动吸烟调查时，增加了非干预机构人群的调查，即创建无烟环境的场所和非创建场所。对通过干预降低被动吸烟的效果进行监测和评估。

## 2. 内容

“迈向无烟中国”项目的五大策略。

2.1 促进地方公共场所禁止吸烟立法，并有效执行。

2.2 健康传播，把被动吸烟的危害，以及项目的核心信息“公共场所不吸烟，当着他人不抽烟，社会交往不敬烟”广泛传播。

2.3 在公共场所中创建无烟环境示范单位。

2.4 开展无烟社区和无烟家庭活动，改变社会吸烟陋习，将控烟行动带到千家万户。

2.5 建立和完善控烟网络，开展控烟培训，通过研讨会、培训班、远程教育等方式，加强控烟机构的控烟能力建设。

## 3. 预防被动吸烟暴露的干预策略

3.1 促进南宁市公共场所禁止吸烟政策和法规出台。1995年9月22日，南宁市人民政府第19号令发布了《南宁市公共场所禁止吸烟暂行规定》，项目期间，我们通过各种控烟立法宣传活动、向人大提请立法申请等方式促进控烟法规立法，2011年开始进入政府立法程序，并由项目组完成“立法调研”和法律文本起草。

3.2 通过健康教育和媒体传播开展“不要在公共场所吸烟、不要在室内吸烟、不要当着孩子的面吸烟、社会交往不敬烟”项目核心信息宣传，促使人们了解吸烟和被动吸烟的危害，改变吸烟的社会陋习。

3.2.1 媒体宣传：南宁市主流媒体均参与宣传活动，内容涵盖国内外控烟现状、吸烟的危害、保护青少年等方面内容。电视台通过控烟公益广告、控烟活动专题报道、专家访谈等形式宣传；电台播放专题系列讲座，组织项目活动专题报道；各家报刊刊登控烟相关报道及科普文章 16 篇。如《健报》以题为“把‘二手烟’关进笼子”荣获第二届中国健康传播大会“首届中国控烟好新闻奖”二等奖。“在烟圈中枯萎的婀娜”描述了南宁女性吸烟及被动吸烟的现状调查，“拒绝香烟的诱惑”报道了南宁青少年吸烟状况等，吸引市民的关注。南宁卫生信息网、南宁市疾控中心网、南宁电视台网等报道项目进展情况，疾控中心网页设立“控烟戒烟”版块，贴出控烟相关文章 25 篇。

3.2.2 宣传活动：采取多种形式开展控烟宣传，如举办大型广场活动；到乡镇、社区进行狮公戏（地方剧种）表演；结合卫生城创建工作，到学校、医院、社区举办十多场“创建无烟环境，享受健康生活”的学术讲座，在学生中开展万人“拒吸第一支烟，做不吸烟的新一代”签名承诺活动，组织开展了 2008 年戒烟大赛活动（1500 人参与）及控烟知识竞赛（13000 人参与）等多种渠道宣传吸烟及被动吸烟危害，倡导健康生活方式，帮助吸烟者戒烟，降低人群吸烟率，减少吸烟对健康的危害。

3.2.3 落地宣传：选定南宁市西乡塘区 6 个街道办事处 40 个社区为无烟社区创建点，设置控烟宣传栏，项目期共放置 4 期宣传版报，每版版报在各宣传点放置时间达 3 个月以上，同时制作“三不”标志贴及环保袋、宣传折页等在各点发放，宣传吸烟的危害。

3.3 通过医院、学校、政府机关和公共场所等无烟机构创建活动，逐渐减少人们暴露于二手烟的机会，增强人们选择不受二手烟雾危害的能力；通过社会习俗的改变，创建无烟家庭和无烟社区，逐渐建立和营造一个免于被动吸烟的社会环境。结合创卫生城、文明城、森林环保城等创城活动，在南宁市各行业、部门、单位广泛开展“创无烟环境，享健康生活”活动，我们以卫生局、爱卫办、疾控中心、第一职业技术学校、瑞康医院、望州南社区等单位为示范点，以点带面，促进南宁市创建无烟环境活动的全面开展。

3.4 结合创建国家卫生城市活动，成立了南宁市控烟工作领导小组，由分管副市长牵头，各部门、城区、单位、社区层层建立控烟管理部门，逐步建立烟草控制的社会网络，通过培训和健康教育，提高网络成员单位和社会的控烟能力，逐渐形成全社会参与控烟的良好局面。

## 4 结果与分析

### 4.1 控烟政策

4.1.1 控烟地方立法是区域性烟草控制工作最关键的环节之一。《南宁市公共场所禁止吸烟暂行规定》由于执法主体不明确，公共场所划分不明确，规定不具体，责任不清，而且执法效力层次较低，执行了十多年仍显力度不足，且部分条款与《烟草控制框架公约》不相适应，项目期内，我们通过调查结果反馈，多次向法制部门提出修改建议，最终促进该《规定》进入立法程序。

4.1.2 非常赞同室内公共场所和工作场所全面禁止吸烟的人群比例有所上升，赞同率由基线时

的76.48%提高到85.22%<sup>[1] [2]</sup>。（表1）

**表1 非常赞同室内公共场所和工作场所全面禁止吸烟的人群比例比较 (%)**

场所	调查人群	全国	南宁市
医院	基线	85.77	83.00
	重点干预区	89.84	84.24
	非重点干预区	86.42	82.55
学校	基线	85.38	78.26
	重点干预区	92.37	89.09
	非重点干预区	88.69	89.26
办公室	基线	67.46	68.18
	重点干预区	82.45	82.32
	非重点干预区	74.48	76.51

#### 4.2 调查人群对二手烟危害健康知识的变化

4.2.1 干预前后人群对二手烟危害的认识：通过一年多的干预，人们对烟草使用，特别是二手烟对健康的危害有了明确的认识，烟草使用对健康危害的知识有明显提高，重点干预人群效果评估较基线调查知晓率平均高出19.95%。<sup>[1] [2]</sup>（表2）

**表2 干预前后人群对二手烟的健康危害的知识变化比较(%)**

内容	调查人群	全国	南宁市
被动吸烟的人更容易患心脏病	基线	61.28	55.6
	重点干预区	81.2	82.55
	非重点干预区	71.4	61.59
丈夫吸烟的妻子更容易得肺癌	基线	68.11	58.15
	重点干预区	85.19	77.55
	非重点干预区	74.98	66.67
父母吸烟的孩子更容易患哮喘或呼吸道疾病	基线	77.95	71.32
	重点干预区	88.86	84.83
	非重点干预区	81.44	69.7

4.2.2 对预防二手烟危害态度的变化：赞同在医院、学校、行政办公室、公共交通工具，实现100%无烟的环境的比例，较基线调查提高了15.96%，形成建设无烟环境良好环境基础。

4.2.3 核心信息知晓率的变化：“公共场所不吸烟，当着他人不抽烟，社会交往不敬烟”三个核

心信息知晓率分别93.71%、76.69%和63.35%。“当着他人不抽烟，社会交往不敬烟”两个信息，重点干预单位较非重点干预单位知晓率分别高出16%和21%左右，知晓率明显提高。南宁市重点干预单位较非重点干预单位知晓率平均高出7%（表3）

**表3 干预前后人群项目核心信息知晓率的变化(%)**

内容	调查人群	全国	南宁市
公共场所不吸烟	重点干预区	95.85	83.64
	非重点干预区	91.58	88.59
	合计	93.71	85.99
当着他人不吸烟	重点干预区	84.90	61.21
	非重点干预区	68.54	47.65
	合计	76.69	54.78
社会交往不敬烟	重点干预区	73.88	42.42
	非重点干预区	52.91	30.61
	合计	63.35	36.86

#### 4.2.4 传播途径评价

调查认为，被调查者获得核心信息的途径（报刊、宣传印刷品、期刊、广播、电视、电影院、网络、户外广告、短信、落地活动等），以电视(37.50%)和报纸（36.67%）宣传途径的知晓率最高，而宣传印刷品(23.53%)和落地活动(2.94%)宣传途径使用比例高，知晓比例却较低，其影响力不足，其他项目研究也有相同结论<sup>[3]</sup>。因此，建议加强宣传印刷品和落地活动的策划和包装，提高传播的技术含量，与电视和报刊等媒体活动相结合，创造新闻效应，提高传播效率。

#### 4.3 创建无烟环境

无烟环境示范点活动（即重点干预区）按要求分5个阶段进行，包括创建前的准备、制度机构建设、相关人员培训、活动启动并向社会公示、定期监督执行，通过过程评估和效果评估表明，这些机构在制度的约束下，在公共场所吸烟的人减少了，二手烟暴露比例减少，取得较好效果。

**4.3.1 无烟政策制定：**我们分别对医疗机构、教育机构、政府办公机构及餐馆/网吧/公共交通工具等场所进行调查，结果显示，81.48%的人表示愿意在本单位开展控烟活动，特别是在医疗、教育机构达到100.0%，而服务行业仅29.41%的人赞同。有81.17%的人了解本单位的无烟政策，学校达到87%，非重点干预区仅为65%，其预示我市实现室内公共场所和工作场所100%无烟目标的可行性。

**4.3.2 无烟政策执行的力度和效果：**通过调查员每场所三次定时观察，85%的场所无烟政策有很强的执行力度，即有符合要求的禁烟标识、无烟灰缸、有工作人员劝阻吸烟。（表4）

**表 4 室内公共场所和工作场所禁止吸烟的执行情况(%)**

内容	调查人群	医院	学校	政府 机关	项目单 位	公共 交通	合计
有禁烟标识	基线	85.7	55.4	66.2	76.9	92.3	66.2
	重点干预区	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	非重点干预区	88.5	64.9	79.1	87.2	80.0	75.5
无烟灰缸	基线	86.6	69.6	49.3	56.4	84.6	15.0
	重点干预区	94.3	94.4	90.7	94.9	85.7	93.9
	非重点干预区	82.7	84.2	60.5	69.2	70.0	72.6
有人劝阻	基线	22.1	10.4	12.3	12.5	23.9	23.9
	重点干预区	55.0	0.0	55.6	40.0	33.3	46.3
	非重点干预区	20.7	5.3	0.0	18.8	20.0	13.4

从执行效果来看，67%的重点干预场所做到了无人吸烟、无烟味和无烟头。在非重点干预场所则基本无变化，多数机构还高于基线，这是和执行力度相对应的。重点干预区和非重点干预区无烟政策执行效果观察见表5。

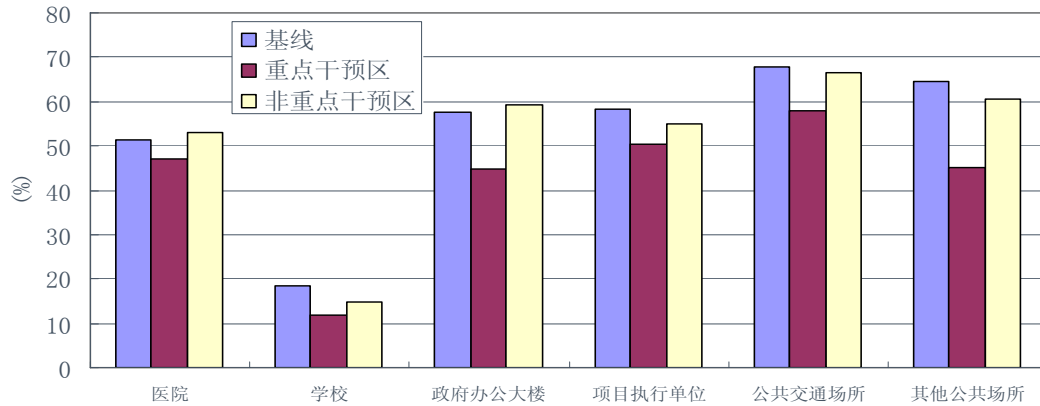
**表 5 室内公共场所和工作场所禁止吸烟的效果观察(%)**

内容	调查人群	医 院	学 校	政府 机关	项目 单位	公共 交通	合 计
无烟味	基线	63.9	83.0	50.7	61.5	55.4	50.7
	重点干预区	88.7	98.1	90.7	89.7	76.2	91.7
	非重点干预区	69.2	77.2	55.8	69.2	65.0	67.1
无烟头	基线	15.1	45.2	19.5	23.1	13.9	19.5
	重点干预区	56.6	81.5	74.4	76.9	47.6	71.9
	非重点干预区	30.8	52.6	37.2	41.0	25.0	39.0
无人吸烟	基线	27.7	67.6	15.6	18.0	29.2	15.6
	重点干预区	62.3	98.1	79.1	87.2	57.1	80.6
	非重点干预区	44.2	66.7	53.5	59.0	25.0	51.6

#### 4.3.3 吸烟和二手烟暴露比例的变化

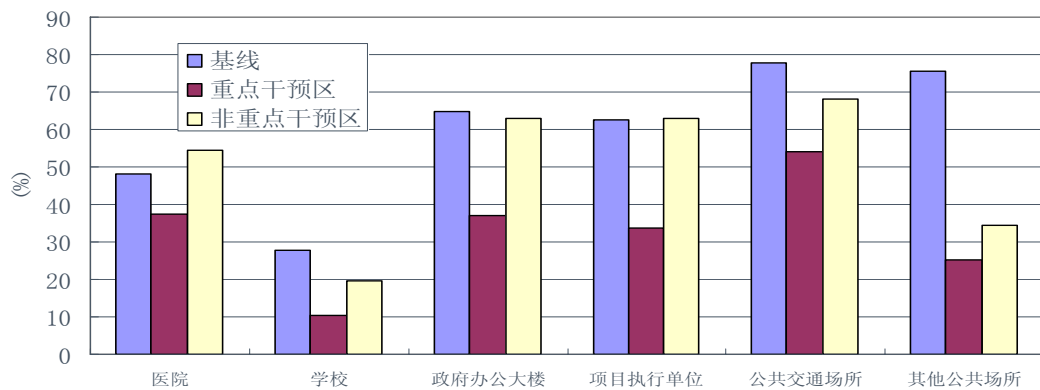
由于无烟政策的有效执行，吸烟和二手烟暴露的比例必然减少，男性吸烟率较高，以其变化测量干预前后吸烟比例的变化如图1。重点干预的学校男性吸烟率下降了37%，行政机关下降了22%，调查人群中男性吸烟比例总体下降了28%。

图1 干预1年后不同机构男性吸烟比例变化



如图2所示，在重点干预的学校，二手烟暴露水平下降了2/3，行政机关大楼的人群二手烟暴露水平下降了43%，医院和公共交通场所吸烟比例下降不是很明显，但二手烟暴露水平较为明显，人群中二手烟暴露总体水平下降50%。

图2 干预1年后不同机构人群二手烟暴露比例变化



#### 4.4 控烟网络能力建设

结合创建国家卫生城市活动，建立健全南宁市控烟网络，开发可持续发展的控烟策略，创建控烟支持性环境，并通过培训及督导活动，提高网络成员控烟能力，逐渐形成全社会参与控烟的良好局面。

#### 参考文献

- [1] “迈向无烟中国”项目组 基线报告 2007.8: 13.
- [2] “迈向无烟中国”项目组 效果评估报告 2009.12: 40-42.
- [3] 赵国栋, 姜垣. 六城市媒体控烟宣传覆盖的现状研究[J].中国慢性病预防与控制.2009.10,17(5):473.

# 我对检察机关开展控烟工作的一点探索 ——临汾市尧都区检察院控烟健康教育规划

李汾生

山西省临汾市检察院办公室

临汾市尧都区检察院共有干警 236 名（其中男干警 175 名、女干警 61 名），在男干警中有 110 人吸烟，占男干警总数的 62.8%。2012 年度全院干警健康体检结果，只有 3 名干警体检正常，“三高”、脂肪肝等慢性病呈高发态势，亚临床现象日益突显。作为一名健康促进工作者，我在反复考虑：今后检察机关到底应当怎样开展控烟公益活动？

## 一、总体策划思路

必须站在更高的层面上思考，例如要从敬畏生命、呵护五脏、每年 9 月份的世界心脏日、历届世界无烟日的主题、血管保健、有烟雾房间负离子的含量、关爱家人健康、健康管理、人人参与健康教育和促进活动、运动养生、降低癌症风险、提高幸福指数，改变不健康、不文明的生活方式等方面，多角度宣传，这绝对比单纯宣传控烟的效果好。

我们要通过经常性的医学科普教育，渗透性的控制吸烟教育，让吸烟者早日健康觉醒。让他们感到，原来人们常说的动脉硬化，就起始于吸烟，血管保健，必须戒烟；让他们感到，中国控制吸烟协会的专家钟南山、胡大一、洪昭光等教授一再劝大家戒烟，是因为吸烟是一种慢性成瘾性疾病，听权威医学专家的话，生病的几率就会大大减少；让他们感到，太阳是宇宙的心脏，心脏是人体的太阳，防治心脏病要从每天做起；让他们感到，健康的生活是需要医学科学来指导的。

从下面《尧都区检察院控烟健康教育 3 年规划》中，您可以看到我在贯彻上述理念的一些具体内容。该院的控烟行动，准备三年迈三步。2014 年也只不过是达到了临汾、太原火车站候车室现在的“无烟水平”，但是从另一方面说，对吸烟干警的劝服功能还是增强了，男干警的吸烟率下降到了 31%。如果达到这个水平，那么尧都区检察院的控烟工作在山西省检察系统可以说是一流的，经验也值得推广。

## 二、尧都区检察院控烟健康教育 3 年规划

### （一）指导思想

为了创建健康型检察院，提高机关的战斗力和战斗力，促进检察事业的科学发展，按照《全国健康教育与健康促进工作规划纲要》提出的要求，有计划、有步骤地开展控制吸烟和健康促进活动，积极营造健康环境，引导广大检察干警树立文明健康理念，自觉抵制烟草危害，采纳有益于健康的行为和生活方式，消除或减轻影响健康的危险因素，预防疾病、促进健康，提高生活质量。

### （二）组织和经费保障

(1) 机关成立健康促进委员会（简称健促会），主任由检察长张宁红担任。全院上下，人人参与，齐抓共管，确保《规划》各项目标和任务如期完成。

(2) 把干警健康教育当作是与检察事业休戚相关的大事来抓，将其纳入机关创建文明和谐单位的整体工作格局。

(3) 优先考虑保证机关开展控烟健康教育和整个健康促进活动的经费，例如干警体检，组织专家进行危险因素评估，指导慢病管理，邀请“戒烟门诊”医生指导烟民正确处理戒断症状，给干警购买健康类图书等公益项目。

### (三) 主要工作任务和目标

(1) 给院党组成员、各科室分别订一份《健康咨询报》、《中国吸烟与健康通讯》、《药物与人》杂志。

(2) 每年至少邀请一名健康教育专家授课，至少播放一次健康教育讲座光盘，至少举办一次健康教育展览，至少对全院干警进行一次医学科普知识测评。

(3) 积极推动控烟行动，创建无吸烟单位。党组成员、中层干部带头戒烟。办公大楼、办公室禁烟标志明显，警示烟草危害，一楼大厅有宣传专栏。

2012 年开展创建无烟科室活动，要求年底前 30%以上的科室达到无烟科室。

2013 年年底 90%以上的科室达到无烟科室，未达到无烟科室标准的内设机构不能参加评选先进。

2014 年全院只设两间房子为吸烟室，其它所有办公室全部实现“无烟工作室”，男干警的吸烟率下降到 31%；2014 年 8 月向山西省健康教育和控制吸烟协会申报“无烟检察院”荣誉称号，并接受考评验收。

机关健促会承诺向成功戒烟半年以上，并保证今后不复吸的干警颁发 1000 元奖金。

(4) 每年组织全院干警进行一次健康体检。向体检结果正常的健康干警颁发奖金，以示关怀鼓励。

(5) 严肃规劝有酒精性脂肪肝、高血压、冠心病等不适合喝酒的人不要喝酒；其他人员自觉限量饮酒；聚会宴请客人敬酒不劝酒。远离酒精就是远离脂肪肝，更是远离肝癌。

(6) 在机关图书室建立健康图书、光盘专柜，供干警们了解、掌握国内、外最新医学科普知识。

(7) 注重培养控烟健康教育人才，鼓励他们参加控烟培训和研讨会。在政法网上开办控烟宣传专栏。

(8) 积极组织干警参加太极操、慢跑、乒乓球、羽毛球、篮球等健身活动，提倡骑自行车上班，机关每年至少组织两次趣味性体育健身比赛活动。



### 三、劝阻吸烟的简明指导读物（从 1 数到 9）

- 牢记一句话、一个公约、一个中心：

牢记一句话，中国工程院院士钟南山说的一句话：尼古丁依赖症的成瘾性、耐受性均不亚于海洛因，加上使用广泛，危害更大。戒烟是一个系统的过程，关键是让吸烟人士知道其中的危害。

牢记一个公约：世界卫生组织《烟草控制框架公约》，已于 2006 年 1 月在我国生效。

牢记一个中心：广州呼吸疾病研究所烟草依赖戒断中心（设在广州医学院附属第一医院），采用“门诊戒烟”与戒烟门诊相结合的方式为患者服务。

●“二手烟草烟雾”对家人和他人健康的危害：科学家已共同证实，由于二手烟草烟雾包含很多能够迅速刺激和伤害呼吸道内膜的化合物，所以即便是短暂的接触，也会造成健康人上呼吸道损伤，增加血液粘稠度，伤害血管内膜；二手烟的烟雾同样可引起肺癌等恶性肿瘤、慢性阻塞性肺病、心脑血管病等严重疾病，尤其危害孕妇、婴儿和儿童的健康。

●三个数字三大害：每支卷烟中大约含尼古丁 1.5 毫克（仅 7.5 秒即可到达大脑，其作用快于静脉注射）、烟焦油 5~15 毫克（内含多种致癌物和促癌物）、一氧化碳 20~30 毫升（一氧化碳与尼古丁有协同作用，你刚美美地吸上一口，动脉就马上受不了了，开始收缩……）。

●肿瘤学上有“400 支年”的说法：即每天吸烟的支数乘上吸烟历史的年数，若大于 400 支年，也就是说，每天吸一包烟，吸到 20 年的人，已成为肺癌的高危对象。

●世界卫生组织建议使用的戒烟药物有尼古丁替代治疗（5 种剂型）、安非他酮、伐尼克兰三种，可遵医嘱选用。

- 使用烟草的六大危害：

①吸烟对血管内皮的损伤（因为烟雾中的一氧化碳会削弱血红蛋白与氧的结合，使血液携氧能力降低，造成机体缺氧），吸烟是动脉粥样硬化的重要病因。

②吸烟对肺泡系统的伤害（成人的肺泡总数在 3 亿至 5 亿个，真可谓网眼密布，烟草中的有害物质会通过肺泡系统侵入到人的血液、血管、心脏和神经系统）。

③吸烟是心肌梗死的最重要的诱发因素之一。

④烟雾中的微粒是引起“慢阻肺”的元凶。

⑤降低高密度脂蛋白（好胆固醇、抗动脉硬化）。

⑥吸烟的致癌风险大，致癌的有害物质主要有：多环芳烃，例如苯并芘，还有亚硝胺，放射性物质中“钋”毒害最大，很容易损害活细胞的基因，或者杀死它们，可能把它们转变为癌细胞，此外还有二恶英等。

- 正式戒烟后，7 天最关键；意志+技巧，成功靠果断；摆脱“戒断症”，健康天地宽！

- 吸烟的人与不吸烟的人相比，其患肺癌的危险性高 8 倍，患喉癌的危险性高 8 倍。

- 戒烟的 9 条技巧：

①饭后刷牙漱口，到户外散步。

②戒烟期间不要饮酒，因为饮酒量较大、酗酒者戒烟的成功率极低。

③穿没有烟味的干净衣服，避免去酒吧或赴宴，避免与吸烟者在一起。

④烟瘾发作、心烦意乱的时候，饮水喝茶、咀嚼干海藻或无糖口香糖，多喝水可促使尼古丁排出体外。

⑤易激动的时候，慢慢地深呼吸，这样可使紧张的肌肉渐渐松弛。

⑥每天洗温水澡，也可以在疲乏、嗜睡时用干或湿毛巾擦拭全身。

⑦减少工作负担，注意充分休息，生活有规律。

⑧食欲增加、体重增加怎么办？改变饮食结构，少吃油脂、热量高的食品，不要吃巧克力、甜点等高能量的零食，多吃蔬菜水果，多参加体育锻炼，以防发胖（由于戒烟后尼古丁对胃肠功能和人体代谢的影响消失了，有的吸烟者食欲增加，体重也可能会增加2~3公斤）。

⑨在医生那里寻求戒烟方法、戒烟药物方面的帮助，获得家人、同事、朋友的鼓励与监督。

# 宜都市“无烟单位”创建活动对控烟及戒烟的效果影响

熊华

宜都市疾病预防控制中心健康教育所, 443300

**【摘要】**目的 通过“无烟单位”的创建活动,评价宜都市在2011年创建“无烟单位”活动中控烟和戒烟效果。方法:对全市申报“无烟单位”的109家机关、企事业单位逐一进行考核评估。对照标准,采取暗访、听汇报、查看资料等方式进行考核评估。结果:在申报的109家单位中,有104家考核为合格;在登记的1036个吸烟者中,有582人戒烟。结论“无烟单位”创建活动对控烟和戒烟效果令人满意。

**【关键词】**无烟单位 创建 控烟 影响

烟草危害日益成为21世纪的一个重要公共卫生问题,被称为21世纪的瘟疫,随着我国加入WHO《烟草控制框架公约》,开展控烟工作将成为卫生部门一项重要的但是很艰难的经常性工作。宜都市爱卫办、宜都市健康教育所根据目前该市居民的吸烟情况,创造性地开展了以“无烟单位”创建活动为主要内容的控烟工作,取得了一定的效果。

该活动从2011年4月20日开始,一直到2011年10月底结束,持续半年之久,笔者为评价此次创建“无烟单位”活动中的控烟和戒烟效果,于2011年4月宣传发动开始到2011年10月底考核结束,至始至终参与了活动的全过程。

## 一. 对象和方法

1.对象:宜都市2011年申报“无烟单位”的机关、企事业单位。申报对象为市一级以上医疗机构为必须申报对象外,其他机关、企事业单位根据自身单位实际情况决定是否申报,申报日期截止为2011年7月31日,在截止日期之前,共收到109个各级各类的机关、企事业单位的申报。

2.方法:对全市申报“无烟单位”的109家机关、企事业单位逐一进行考核。对照标准,采取暗访、听汇报、查看资料、现场询问等进行考核。考核评价分二层面:一是暗访,这主要是观察在单位有没有职工吸烟现象(控烟效果);再明查,明查就是对照“无烟单位”标准逐条进行考核评估,在明查的同时对单位职工戒烟情况进行评估。戒烟效果评价这一项数据由各单位控烟工作领导小组提供,以戒烟奖金发放为证。(各单位在创“无烟单位”活动中,都有禁止吸烟的规定,规定中对职工有积极戒烟的要求,并对戒烟成功者给奖金,奖金数额各单位不同,最少的200元,最高的1000元。)

## 二. 结果

从9月中旬开始到10月底，市爱卫办、市健教所组织相关单位人员对全市申报的共计109家机关、企事业单位开展了考核评价工作。104家单位达到了“无烟单位”标准，考核为合格。在1036个吸烟人群中，有582人戒烟，戒烟率达57%。

可以看出，我们以“无烟单位”创建为手段的控烟工作取得了明显效果，在1036人的戒烟队伍中有582人戒掉了香烟，戒烟率达到了57%。省爱卫办、省健教所组织的专家组对我市控烟工作暗访也给予了高度评价，充分肯定了我们的做法。

## 三. 讨论

笔者通过近一年创建活动悟出，要想使控烟工作有较好的效果，应该做好以下三方面工作。

1. “无烟单位”是卫生部在2011年对全国所有卫生系统提出的要求，但仅仅靠卫生一个部门来控烟，是微不足道的，必须号召全社会参与才能见到成效。中国乃烟草生产大国，烟草所产生的税收虽然远远不能满足国家财政为烟草所致健康危害而承担的巨额医疗费用，但是在既得利益面前，一些部门还是开了不少绿灯，烟草业无时无刻不在干扰着控烟。虽然一直在说“绝不能以健康为代价来促进经济发展”。但现实中以健康为代价来促进经济发展的事屡见不鲜。因此，要加大《烟草控制框架公约》的宣传和执行力度；

2. 卫生系统应该在全社会中大力宣传吸烟有害健康，在全社会中形成一个好的影响。

3. 大力开展“无烟单位”创建活动。“无烟单位”的创建活动是控烟乃至很多烟民戒烟的一个很好平台。宜都市的做法是把“无烟单位”和卫生单位、文明单位捆绑起来做的。无烟单位是卫生单位的前置条件，卫生单位是文明单位的前置条件。也就是说，想要申报文明单位必须从无烟单位做起，而文明单位的称号对很多机关和事业单位来说是直接和经济利益挂勾的，这样一来就形成了有效的机制。另一方面，在创建过程中很多职工通过控烟宣传专栏、宣传品接触到烟草危害知识，提高了对烟草危害的认识，自觉戒烟的也不少。还一方面就是控烟制度，在无烟单位的控烟制度中，都有奖罚条款，设置了控烟巡查员、也要求职工相互监督，这也是控烟效果明显的一个方面。

# 我们坚持，我们坚信

## 澳门非牟利民间团体控烟推广经验分享

**导言：**澳门，一个历史悠久，而又充满活力的城市，一个背靠内地，又面向世界，以博彩旅游为经济支柱的中国特别行政区，在南往北来的经济交流中，在中西文化交融的背景下，这里的社会既多元又和谐，居民生活既富庶又安逸。然而，在这个物质生活丰富的地区，居民是如何追求他们的健康生活，如何推动控制烟草毒害，如何教育他们的下一代认识及远离烟患，本文从一个非牟利民间团体--澳门吸烟与健康生活协会的过去数年经历，分享在一个特别行政区如何推动控烟工作，并对一些因澳门控烟法规而衍生的问题进行反思。

**澳门吸烟与健康生活协会 (Smoking & Healthy Life Association of Macau, 简称:SHLAM)**是一个由澳门各行业的专业人士自发组成的非牟利民间团体，会长飞迪华女士为前社会工作司司长，理事长陈彦鸣先生，其他成员均为社会不同领域的领军人物和中高层管理人员。

SHLAM 于 2009 年成立，一直秉承推广公众认识吸烟及其他吸用烟草方式所带来的影响，以及二手烟对人体健康的害处，关注环境“三手烟”问题的立会宗旨。除从传统的医学角度关注本澳居民吸烟问题外，还结合自身协会成员的行业和专业优势，通过友好团体携手合作，进行交流学习，分享各自的经验和体会，为控烟工作在澳门顺利开展和延续执行出谋划策，为澳门居民长远的健康生活作出一分贡献。

众所周知，澳门以博彩娱乐为龙头产业，号称东方的拉斯维加斯。全澳六个赌牌，博彩娱乐场所林立，购物美食商厦遍地，每年平均来澳旅客接近 3000 万人次，在这样特殊的经济结构和产业结构似乎对消费烟草有着先天性的妥协基础，控烟工作一直裹足前行。

在此相对缺乏有利土壤的前提下，澳门吸烟与健康生活协会在得到各界的信任和支持下毅然成立，并在随后的时间开展一系列的控烟推广工作。首先在社会层面，积极配合和响应政府控烟工作，联合本地不同背景的社团和探讨交流控烟的推广工作，在澳门树立起一面鲜明的控烟旗帜。同时，更多方面参与各地举办的控烟工作会议和活动，例如「两岸四地烟害防制交流研讨会」，SHLAM 亦为 2010年度澳门区主办单位之一。在传播信息层面，我会曾举办一系列「无烟澳门」推广活动；包括明信片及海报设计比赛，口号及征文比赛，「烟税加多 D」单车游等活动，对澳门市民，学界均掀起了一波又一波的认识烟害，健康生活的活动高潮。

2011 年，澳门特别行政区当局下定决心，进一步推动和提高澳门市民的健康生活。在立法会、相关政府部门以及一众其他社会民间团体的共同努力下，澳门新控烟法规最终应声落地。SHLAM 作为澳门市民的一分子同时亦为一个全力支持控烟的团体，对于能亲身见证着 2012 年 1 月 1 日起由澳门特区政府卫生局控烟办牵头的全城控烟新法规的展开，实地体验了澳门这个历史性的全民控烟运动而感到兴奋。

在控烟法规推出后，各界都关注到近年吸烟者年轻化趋势，SHLAM 坚信防患胜于未然，健康生活应从小做起，延续宣传烟害和加强教育推广两项工作同样重要，尤其要让青少年加深认识远离烟害。因此，本年度我会的基本日常推广工作就是深入到多间学校，已进行和计划落实「无烟校园」讲座计有 76 场，向超过5000 个中小學生传递烟害讯息。同时亦已准备联同香港及澳门知名高校展开对青少年吸食烟草的相关调查研究，希望研究结果会对局方日后制定预防青少年学生吸烟措施起到一定的作用。除了继续主动与学校合作举办烟害教育讲座外，我会的另一重点工作就是延续推广有关「无烟澳门，健康生活」的活动。今年四至六月间，我会成功举办了「全澳学生控烟与健康校际问答比赛」和「控烟法执行及推广座谈会」等活动，成为在澳门主动将控烟法及烟害知识带入中小学的重要团体。

亦鉴于澳门与内地的经济，人员交流活动较多，我会将在 12 月举办「珠澳跨境单车游」活动，希望将澳门的控烟信息带入内地周边地区，成为首个向广东地区宣传澳门控烟法规的民间团体。

#### **现行澳门特别行政区法律有关「预防及控制吸烟制度」的主要目的是**

- (一) 防止接触烟草烟雾；
- (二) 规范烟草制品的成分；
- (三) 规范关于烟草制品的信息；
- (四) 宣传及教育公众健康意识；
- (五) 禁止烟草广告、促销及赞助；
- (六) 订定降低烟草需求及供应的措施；

因此控烟不单止是一项新法规，更是一个影响着全澳市民公众和改变公民行为意识的大行动。自「新控烟法」实施至今，在当局持之以恒严格执法与及全澳各界的配合下，控烟执法方面初步取得成效，唯当局面对涉及到的立法、执法、推行宣传、教育、医疗、人力资源、处理投诉及争议等等所有因控烟法规衍生而来的大量工作和社会问题仍面对不少挑战。

SHLAM 认为控烟和以上各项烟害推广、宣传、教育等工作都必须持续进行，成功与否还要看政府当局的决心和执法持续性，政策是否到位以及如何积极面对目前因新控烟制度衍生而来的一连串社会问题。澳门处于特殊的环境中，旅游及博彩业蓬勃，博彩税收直接影响社会经济。SHLAM 认为在新控烟法生效时，博彩及娱乐场所已享特别过渡期，而业界亦认为超过五万名博彩从业员中大部份职场员工都希望能够在无烟环境下工作。社会对于目前受二手烟害最大的赌场控烟工作甚为关注，因此认为政府要执行控烟法规必须考虑到订立相关实施细则的公平性，以免引起企业间不必要的争执。控烟工作已经逐步进入深化阶段，一些措施的履行必定会遇上一定阻力和障碍，SHLAM 必会继续配合澳门政府，广泛联系澳门本地和其他地区的友好团体，继续为控烟以及健康生活模式奉献自己的力量。

除此之外，其他与控烟相关而值得关注的问题还包括：

#### **1. 限制香烟销售展示方式**

澳门政府规定，从 2013 年元旦起凡在澳门出售的香烟须符合「全烟害警示包装」规定，但如何有效地监察店铺售卖香烟予十八岁以下人士是一项贯彻性的执法行动，当局亦可考虑进一步效法新西兰新禁烟措施，规定零售商必须将香烟置于柜台之下，而不准以公开展示的方式售卖

## **2.继续提高烟草税项**

澳门政府已于 2011 年 12 月 16 日实施大幅度增加烟草税，虽然加幅达一点五倍，但每包 20 枝香烟课税只是由澳门币 4 元增加至 10 元，仿如「隔靴搔痒」，根本达不到增烟税减吸烟的作用。

## **3.继续下调自携免税烟上限**

澳门政府已于 2012 年 4 月 1 日实施自携免税香烟限额减少至 100 枝，但相对彼邻香港自携香烟入境数量上限 19 枝仍大有再收紧的空间。

## **4.加强控烟执法队伍**

控烟法开始时控烟办部门积极严紧执法工作备受各方赞赏，当局亦持续公开日夜出巡次数及被票控违例吸烟者的数字。唯踏入三月有控烟督察在检控违例吸烟者时遭袭击事件，继而晚上时段在本澳一些食肆夜店，游戏机中心均有不少烟民漠视法规公然吸烟，更有游戏机中心以赢取代币换取香烟及赌场内提供免费香烟等等的情况出现。加上目前控烟办接到电话举报不会即时到现场，理由是吸烟只是瞬间行为，以上种种，令违例吸烟情况逐渐浮现，当局必须正视及检讨现时执法方式，例如考虑进一步利用蒐集证据起诉当事人及编排身穿制服的控烟督察可按不同情况和环境仿警察巡逻方式，以小组出巡并扩大日常执法地点，相对现时高姿态联群结队的巡查方式相信更具阻吓作用，收效更大。

## **5.限制户外行动吸烟**

事实上澳门乃弹丸之地，社会很多问题都很易显露出来，例如室内禁烟后，市面街道均明显多了烟民步行时吸烟，途人在地小人多狭窄的街道穿插，被迫吸入二手烟，政府亦应进一步考虑禁止户外行动吸烟。同时经常见到步行中的烟民抽完烟之后顺手乱丢烟蒂，再次形成另一环境问题。

## **总结：**

澳门特区政府虽然在控烟执法上面对种种问题与挑战，但在短短不足一年，澳门控烟已经成功踏出第一步，加上当局上下对打击违例吸烟者政策坚定，相信只要把全城控烟的决心和努力延续下去，配合及时而到位的有效政策，SHLAM 坚信要把澳门打造成真正的无烟城市，指日可待。

# 医院控烟工作的实施与管理

十堰市中医医院 温琼

烟草危害是当今世界最严重的公共卫生问题之一。根据世界卫生组织《烟草控制框架公约》的履约要求，我国已于2011年1月9日实施公共场所全面禁烟。中国医院协会、中国控烟协会和中国疾病预防控制中心形成合力，在全国范围广泛开展无烟医院工作。我院作为项目单位之一，建立无烟医院管理长效机制，加强控烟工作的实施与管理。我们主要做法如下：

## 1 加强领导，建立机构，完善制度

### 1.1 健全组织机构

健全的组织机构是落实医院控烟工作任务的根本保证。为确保控烟工作顺利进行，我院成立了以院长为组长，党委副书记、副院长、工会主席为副组长，行政后勤及各临床科室主任为成员的领导小组，对全院控烟工作实施统一领导。领导小组下设办公室，控烟项目办公室设在院办，院办主任任办公室主任，负责日常工作，实行项目责任制追究制，各科主任、为项目实施第一责任人，负责本科室控烟工作。

### 1.2 制定工作制度

行之有效的规章制度是保证控烟工作落到实处的关键。为此，我们详细制定了控烟工作制度，控烟督导员、控烟巡查员等相关工作制度，明确了各自的工作职责，做到有章可循。建立健全控制吸烟的规章制度并下发到各科室。明确职责，实行责任追究制。设立控烟监督员和巡查员，完善并落实监督巡查工作制度。各科护士长为控烟监督员，保洁人员为巡查员。

## 2 加强宣传，建立网络，营造氛围

### 2.1 加强宣传，提高认识

一是利用医院周会、晨会，广泛宣传控烟的重要性和必要性，使全院职工统一思想，提高认识；二是利用门诊电子滚动屏幕滚动播出吸烟有害健康的字幕；三是利用医院报纸及网站宣传吸烟有害健康知识。

### 2.2 建立控烟网络

各科主任、护士长为控烟实施第一责任人，负责本科室控烟工作。院办牵头，在控烟项目领导小组的领导下，每月组织一次控烟督导检查，发现问题，及时反馈，及时整改。

### 2.3 营造无烟环境

各科室门诊、住院部、走廊、会议室等公共场所及时张贴禁烟标志，在门诊设立灭烟处，在相应位置设立吸烟处。并利用“世界无烟日”广泛开展吸烟有害健康活动。



### **3 加强培训，提高技能，优质服务**

#### **3.1 加强培训，提高技能**

开展全员控烟知识与技能培训，提高职工控烟知识水平，鼓励和帮助职工、病人及家属戒烟。组织收看控烟录象片子，发放控烟小册子。

#### **3.2 提高优质服务**

在呼吸内科门诊开设戒烟门诊，通过发放健康教育处方、手册、宣传画册等资料，主动为患者提供戒烟知识及戒烟技能。

### **4 加强管理，把控烟落工作落到实处**

#### **4.1 加强督导检查**

医院控烟领导小组定期对控烟监督员、控烟巡查员及各科控烟工作进行督导检查，并进行通报，与年终评先评优挂钩，针对院级和上级主管部门的督查结果及时制定改进措施。

#### **4.2 加强评价、分析**

在控烟管理的不同阶段，适时组织召开控烟监督员、控烟管理员、科室和全院等不同范围的会议，进行汇报、总结和评价。对每次督查评价的结果进行分析，排除控烟管理的阻力、有效促进控烟工作改进和完善的目的。

#### **4.3 形成环状的工作链**

:以无烟医院目标为导向，建立“巡视清扫—检查督导—评价反馈—措施改进”的环状工作链条，借组织和领导之力、计划和制度之力、协调和控制之力、科室和控烟团队之力，形成有效循环，使无烟医院管理更加规范化、人性化和科学化。

综上所述，组织机构和工作制度是无烟医院管理工作落在实处的有效措施和取得实效的可靠保证。督导检查和评价分析，是控烟管理工作中非常必要和重要的具体措施。

# 动机性访谈的戒烟治疗效果之研究

罗子超, 温煜赞, 杨咏瑶, 区敏琪, 黄剑虹, 白琪文

澳门特别行政区卫生局

**【摘要】目的** 探讨动机性访谈之戒烟成效。**方法** 以简单随机分组方式将 202 位年龄为 18 岁以上接受戒烟咨询门诊戒烟治疗之个案分为实验组与对照组, 对照组接受传统的戒烟治疗方案治疗, 包括烟害卫生教育辅导及尼古丁补充疗法, 实验组则将动机性访谈介入传统的戒烟治疗方案, 以问卷调查作为前后测评量工具, 戒烟日后六个月进行后测问卷测定, 所得数据经独立样本 T 检定、单因子共变量分析。**结果** 动机性访谈介入后, 实验组之六个月持续戒烟成功率、六个月点戒烟成功率、烟害疾病严重性认知与戒烟利益性认知之得分均较对照组的结果有显著性增加。**结论** 建议将动机性访谈治疗方案推广到其他小区的戒烟门诊进行运用, 期待能提高戒烟成效。

**关键词:** 动机性访谈, 戒烟, 戒烟门诊

动机性访谈是一种以病人为中心的行为改变咨询技术, 近年来被学者广泛地运用于各种不同领域<sup>[2]</sup>, 包括戒烟计划<sup>[14]</sup>及慢性病的管理皆取得一定效果<sup>[12]</sup>, 在亚洲地区关于这方面的研究和应用比较少, 尤其在戒烟治疗的领域。

本研究希望从不同社会人口学属性, 来探讨介入动机性访谈后的戒烟治疗效果及对戒烟健康信念、戒烟自我效能、自觉对吸烟的渴望程度的影响。

## 一、对象与方法

a. 本研究采用『实验组与对照组前测、后测设计』, 将 2011 年 5 月至 12 月期间, 接受澳门某卫生中心戒烟咨询门诊戒烟治疗的 18 岁以上人士(n=202), 简单随机分组为实验组与对照组, 实验组(n=102)接受传统卫生教育辅导、尼古丁补充疗法与介入动机性访谈, 而对照组(n=100)则无介入动机性访谈。以经过专家内容效度及信度检定的问卷作为前后测评量工具, 未经治疗前进行前测问卷测定, 戒烟日后六个月进行后测问卷测定, 所得数据采用 SPSS 18.0, 进行独立样本 T 检定及单因子共变量分析。

其中,「持续六个月戒烟成功」是指戒烟者自我报告由戒烟日开始六个月期间没有吸烟的行为, 辅以一氧化碳呼出量测验仪测量一氧化碳呼出量(CO)<8ppm, 则视为持续六个月戒烟成功(Daughton DM, Fortmann SP,1999;贺达理等,2001), 若一氧化碳呼出量(CO)≥8ppm, 则视为戒烟失败。

「六个月的点戒烟成功」是指戒烟者自我报告由从追踪调查日(戒烟日之后六个月)往前推七日都没有吸烟, 且一氧化碳呼出量测验仪测量一氧化碳呼出量(CO) <8ppm 则称为「六个月的点(point)戒烟成功」, 若一氧化碳呼出量(CO)≥8ppm, 则视为戒烟失败。

戒烟健康信念，乃是指主要包括戒烟者的烟害疾病罹患性认知、烟害疾病严重性认知、戒烟利益性认知、戒烟障碍性认知及戒烟行动线索等<sup>[3,7,9,13]</sup>。戒烟自我效能，是指研究对象自觉面临各种情境下，自己能够作到不吸烟的信心程度<sup>[9]</sup>。

## 二、结果

实验组与对照组在人口学属性上，除戒烟意愿外，两组之间均无显著性差异，两组人口学属性相近；经卡方检定，两组之间在使用尼古丁补充剂药物种类上无显著性差异；在动机性访谈介入前测，实验组与对照组在前测效标变项上皆无显著的差异存在。

以下分别叙述实验与对照组在各项效标变项上的差异，以评估动机性访谈介入之效果：

戒烟行为之情况

持续六个月戒烟成功

在动机性访谈介入后，实验组的六个月持续戒烟成功率(52.9%)比对照组的六个月持续戒烟成功率(39.0%)为高，见表 1。

表 1 六个月持续戒烟成功率之差异分析

	成功		失败		$\chi^2$	p
	人数	百分比%	人数	百分比%		
实验组	54	52.9†	48	47.1‡	3.95*	0.047
对照组	39	39.0‡	61	61.0†		

注：†调整后残差> 1.96，‡调整后残差< -1.96

\*p < .05

在动机性访谈介入后，实验组的六个月点戒烟成功率（59.8%）比对照组的六个月点戒烟成功率（46.0%）为高，见表 2。

表 2 六个月的点戒烟成功率之差异分析

	成功		失败		$\chi^2$	p
	人数	百分比%	人数	百分比%		
实验组	61	59.8†	41	40.2‡	3.86*	0.049
对照组	46	46.0‡	54	54.0†		

注：†调整后残差> 1.96，‡调整后残差< -1.96

\*p < .05

动机性访谈介入后，实验组的每日吸烟量(实验组平均为 5.67，对照组平均为 7.45)、尼古丁依赖程度(实验组平均为 1.92，对照组平均为 2.36)、自觉对吸烟的渴望程度(实验组平均为 2.93，对照

组平均为 3.15)，虽较对照组为低，但未达统计水平；未来持续不吸烟的意愿程度(实验组平均为 3.48，对照组平均为 3.25)较对照组为高，但未达统计水平。

戒烟健康信念：动机性访谈介入后，实验组之「烟害疾病严重性认知」与「戒烟利益性认知」之得分均较对照组的结果显着性增加，详见表 3、表 4；实验组与对照组之「烟害疾病罹患性认知」(实验组平均为 3.93，对照组平均为 3.87)、「戒烟障碍性认知」(实验组平均为 2.35，对照组平均为 2.28)、「戒烟行动线索」(实验组平均为 3.55，对照组平均为 3.69)与「整体戒烟健康信念」(实验组平均为 3.51，对照组平均为 3.44)之得分均无显着差异。

表 3 各组戒烟人士在烟害疾病严重性认知的后测测量情形

组别	后测(校正前)		后测(校正后)	
	M	SD	M	SE
实验组 (N = 98)	3.79	0.52	3.79	0.07
对照组 (N = 99)	3.60	0.66	3.61	0.08

表 4 各组戒烟人士在戒烟利益性认知的后测测量情形

组别	后测(校正前)		后测(校正后)	
	M	SD	M	SE
实验组 (N = 98)	4.10	0.40	4.04	0.06
对照组 (N = 99)	3.93	0.54	3.84	0.06

戒烟自我效能：动机性访谈介入后，实验组的戒烟自我效能(平均为 3.65)，虽较对照组(平均为 3.39)为高，但未达统计水平。

### 三、讨论

这项研究的六个月点戒烟成功率与其他国际性研究结果相若<sup>[4,8,16]</sup>，比澳洲的六个月点戒烟成功率 14.4%<sup>[15]</sup>及西班牙的 18.4%<sup>[17]</sup>为高；而戒烟门诊的六个月持续戒烟成功率，较台湾吸烟者的六个月持续戒烟成功率 18.9%<sup>[5]</sup>为高。以上结果反映出澳门戒烟门诊的服务成效，由于每两位吸烟者当中，便有一个会死于与吸烟有关的疾病，戒烟门诊所提供的戒烟服务确实可挽救性命，因此，澳门卫生局对本澳市民所提供的免费戒烟门诊服务政策是值得持续进行。

本研究介入动机性访谈后在六个月持续戒烟成功率、六个月点戒烟成功率均产生成效，这与国外<sup>[11]</sup>动机性访谈介入相较于短暂的咨询或没有对谈的照护明显地增加戒烟率；Raimundo Soria<sup>[14]</sup>采用动机访谈介入的六个月点戒烟成功率显着高于采用一般戒烟劝告的研究结果相似。另外，实验组「对吸烟的渴望程度」得分较对照组得分为低，实验组「未来持续不吸烟的意愿」得分较对照组得分为高，但皆未达统计性差异，推测原因可能对吸烟的渴望程度与未来持续不吸烟的意愿更多地与社会、心理因素有关，吸烟的人之所以要吸烟，是为了短期的满足感、感官上的愉悦和社会友情，这种习惯一旦建立，吸烟者就会因为暗示和与吸烟有关的一些情况而出现心理对吸烟的渴望<sup>[1]</sup>，而

这种复杂的内在心理反应，可能不是短时间可以消除，其实际原因尚需进一步探讨。

本研究于动机性访谈介入后在烟害疾病严重性认知及戒烟利益性认知上有产生效果，其原因可能与动机性访谈它协助个案自己去思考吸烟的害处及戒烟的利益，使案主了解到吸烟行为与自己追求的价值信念出现矛盾，引发出自身行为的思想斗争，自己从矛盾、冲突中解脱出来，进而做出戒烟的决策有关。本研究经介入动机性访谈后在烟害疾病罹患性认知、戒烟障碍性认知及戒烟行动线索上并未产生效果，目前未见相关范畴的研究报告，其原因尚待进一步探讨，该结果提示戒烟辅导须加强案主在这些层面上的正确认知。

在动机性访谈中，运用吸烟者过去成功的戒烟经验来鼓励他们也是维持吸烟者戒烟自我效能的有效策略，理论上动机性访谈辅导技巧应该可能提高戒烟自我效能认知，目前未见相关范畴的实证文献，在本研究结果显示实验组的戒烟自我效能得分相较对照组得分为高，但并无显著差异存在，故本研究经介入后在戒烟自我效能认知上并未产生效果，其原因未明，将来可考虑增加研究样本作进一步的探讨。

## 结论与建议

根据研究结果，建议可以将动机性访谈治疗方案推广到其他小区的戒烟门诊进行运用，期待能提高戒烟成效；下一步可考虑将年龄 18 岁及 18 岁以下的青少年为研究对象，进一步探讨动机性访谈介入的戒烟效果，并可考虑进行较长时间的追踪，以了解动机性访谈介入的长期戒烟效果。

## 参考文献

- (1) 王志军(2010)。吸烟是一种心理习惯。中国公众科技网每日科学，2010年7月16日。
- (2) 吴佳珍,林秋菊 (2009)。动机性会谈于护理之应用。护理杂志，5(2)，89-93。
- (3) 吴嫣,陈利群(2010)。健康信念模式在护理实践中的应用进展。全科护理，33。
- (4) 张文道(2007)。台湾中部某医学中心门诊戒烟治疗病患一年追踪。台湾家庭医学杂志，17(1)。
- (5) 陈宙珍,李兰,赵坤郁(2008)。门诊戒烟治疗之成效及其相关因素探讨。台湾医志，27(1):44。
- (6) 贺达理,阿卜杜拉,林大庆等(2001)。第二号报告书-香港戒烟健康中心戒烟服务对本港吸烟者的影响及预期成功戒烟的各项特性。香港吸烟与健康委员会。
- (7) 杨廷忠(2007)。健康行为理论与研究。人民卫生出版社。
- (8) 薛光杰,杜明勋,周明岳等(2006)。某医学中心门诊戒烟成效。Taiwan J Fam Med，16(1)。
- (9) 郑秀月(2005)。花莲地区门诊戒烟持续戒烟行为及其相关影响因素之探讨。慈济大学护理学研究所。硕士论文。
- (10) Daughton DM, Fortmann SP, et al. The smoking cessation efficacy of varying dose of nicotine patch delivery systems 4 to 5 years post quit day. *Preventive Medicine*, 1999;28: 113-118.
- (11) Lai, D.T.C., Cahill, K., Qin, Y., et al.(2010).Motivational interviewing for smoking cessation. *The Cochrane Library*, Issue 3.
- (12) Luo, Hong., Xu, Bai.hua. (2005). Motivational interviewing: A client-focused counseling technique for preparing people to change behavior. *Chinese Journal of Applied Psychology*,11(1),85-89.
- (13) Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2, 328-335.
- (14) Soria R, Legido A, Escolano C. (2006). A randomised controlled trial of motivational interviewing for smoking cessation. *British Journal of General Practice*,768-774.
- (15) Town, G.I., Fraser, P., Graham, S., et al. (2000). Establishment of a smoking cessation programme in primary and secondary care in Canterbury. *New Zealand Medical Journal*, 113,117-119.
- (16) Zow H C, Hsu A A L, Eng P C T(2004). *Smoking cessation programme:the Singapore General Hospital experience Singapore Med J 2004 Vol 45(9) : 430*
- (17) Raimundo Soria, Almudena Legido, Concepción Escolano, Ana López Yesteand Julio Montoya(2006) *British Journal of General Practice*, October 2006
- (18) Raimundo, Soria. (2006). A randomized controlled trial of motivational interviewing for smoking cessation. *British Journal of General Practice*.

# 专项的戒烟项目“无烟俱乐部”融入基层医疗社康服务中

唐少芬 吕亦阳 赵波

香港基督教联合那打素社康服务

香港控烟法例《吸烟(公众 生)条例》(第 371 章) 于 2007 年 1 月将法定禁止吸烟区范围扩展至更多的公众场所。此修订促使更多吸烟者下决心戒烟, 小区的戒烟支持服务需求也因此相应地显著增加。而单一的戒烟专项计划往往一旦营运资金到期就停止运作。为了克服这一状况, 「基督教联合那打素社康服务」- 一所扎根香港和提供全方位基层健康服务的非牟利机构, 将一个由香港食物环境卫生署资助的二年戒烟项目「无烟俱乐部」融入「小区健康服务计划」中, 使其能与日常的社康服务一起恒常运作。

## 「无烟俱乐部」宗旨

1. 加强并规范机构全体专业和非专业职员的戒烟辅导能力, 以便鼓励和帮助遇到的所有吸烟者戒烟。
2. 从小区中招募和培训成功戒烟者担任戒烟大使、戒烟辅导员及义工, 并经常为戒烟者举办戒烟支持小组分享戒烟经验。
3. 向小区市民普及戒烟辅导技能, 以利劝告和帮助吸烟者戒烟。
4. 尽可能使更多吸烟者通过诊所或者其他各种途径达致戒烟目的。
5. 将戒烟项目溶入基层健康服务中, 其能与日常的社康服务一起持续运作。

## 服务对象群组:

- 本机构所有 180 位职员 - 接受戒烟辅导技能培训。
- 处于“考虑戒烟”和“下决心戒烟”阶段的吸烟者。
- 招募已成功戒烟者担任戒烟辅导员及义工。
- 小区市民 - 大约 230,000 人接受戒烟建议和控烟教育。

## 项目的执行和结果:

### A. 创建无烟及戒烟支援的氛围

1. 向所有职员和客人介绍无烟环境及戒烟支持信息 - 张贴“不准吸烟”醒目标志, 并于各健康中心推介「无烟俱乐部」最新资讯。

2. 全体职员包括行政总监出席员工的戒烟辅导培训会议, 表态全机构支持此项目。

### B. 建立健康公众策略方针

1.机构实行“无烟工作间”。

2.在机构所有范围推行政府于2007年制订的“公众场所禁止吸烟”条例。

### C. 提升戒烟辅导人员技能

1.于第一年，邀请香港控烟办控烟专家以工作坊形式，对机构其中42位专业职员作为核心组员进行戒烟评估、辅导等最新知识和技巧的培训。其后，以核心组员再对机构所有人员进行培训，目前已有174位职员接受控烟培训。

2.招募8位成功戒烟者担任戒烟辅导员或义工，并给予全面戒烟评估、辅导培训，包括「无烟俱乐部」博客的计算机操作技能，和其他戒烟者分享戒烟经验。

3.已举办11次共68位戒烟者参加的每次90分钟分享会，由「无烟俱乐部」主持人、戒烟辅导员和出席者一起讨论和分享戒烟过程中各种困难和解决方法，并观看香港吸烟与健康委员会提供的“烟飞烟灭”影片，使参加者都得到实质帮助。

### D. 将戒烟项目重新定位于健康服务中

1.设立一套建基于香港控烟办的全面戒烟程序，以便健康工作者有效地跟进。

2.健康服务日常工作中增加专门时段以便需要时作更深入的戒烟咨询和个别辅导。

● 询问和记录所有基层服务对象的吸烟状况。在二年项目执行期间，从194,534名基层服务对象中筛选出5,444名成年吸烟者，全部接受戒烟个别辅导，部份吸烟者直接下决心戒烟。

● 5,444名成年吸烟者中有1,415名下决心和自愿选定“戒烟日期”，并由评估者完成一份完整问卷，自动加入「无烟俱乐部」，而且同意在其后一、三个月接受跟进。其余暂时未下决心戒烟者亦得到控烟建议并受邀于有戒烟意愿时可无条件加入「无烟俱乐部」。

3.辅助戒烟治疗如尼古丁替代疗法和针灸戒烟等均为自费服务项目。

4.首次戒烟评估时使用呼气一氧化碳测试仪帮助检测戒烟者对尼古丁的依赖程度。并于之后的跟进或出席「无烟俱乐部」分享会时监测其戒烟状况。

5.一、三个月后由健康工作者、戒烟辅导员或义工完成跟进服务。

### E. 强化小区戒烟推广活动

1.«无烟俱乐部»网站/博客的开设，在于向市民宣传控烟信息和为戒烟者提供一个经验分享及互相支持的平台。其受欢迎程度超乎预想，期间已有4,493人浏览及3129人次回应，作为一个有效的戒烟交流平台一直保留延续至今。

2.运用巡回展示板和单张向小区民众宣传戒烟技巧和「无烟俱乐部」。同时也通过邮件、传真、媒体及本机构各健康中心向小区宣扬此戒烟服务项目。

● 共有8套以中文和1套以英文制作的戒烟信息宣传展示板，内容包括：吸烟的危害，尼古丁依赖测验，控烟技巧，一氧化碳测试方法等。其中11张展示板摆放于公共场所，8张摆放于本机构各健康中心，总共吸引299,166人浏览。

● 「无烟俱乐部」举办11次小区公众健康推广活动，共有6,044人出席。活动包括摊位个别

戒烟辅导，与吸烟相关疾病的刊物展览，派发戒烟宣传单张。

3.招募的戒烟辅导员和义工最初需由健康工作者带领执行职责，随着人数增加，技巧提高和信心增强，能够帮助「无烟俱乐部」在夜晚和周末也可保持运作，吸引不少在职人士加入。

4.小区网络的形成:

a.中小学 - 到学校举办健康讲座

b.大学生 - 培训 8 名香港城市大学心理学系学生戒烟辅导员和义工。

c.博客链接: 香港吸烟与健康委员会，卫生署控烟办公室，医院管理局，大埔及观塘区倡健学校计划。

d.为其他私人或非牟利机构提供戒烟专业指导，例如制作“无烟人生生活教育剧”及帮中学生制作戒烟手册。

e.进入香港南亚裔少数族小区 - 培训南亚裔人士作为戒烟辅导员深入其小区宣传和提供戒烟服务。

f.的士司机 - 为高危的中年职业司机提供特别的推广和宣传。

g.医院管理局 - 「无烟俱乐部」宣传品获摆放在于医管局各公共医疗场所供市民取阅。另外，我们于 2008 年 5 月 26 日应邀出席基层健康服务中的戒烟经验研讨会。

5.公共媒体宣传

接受本地报刊、杂志和电台的采访和宣传。

## 讨论与检讨

### 1. 宣传和接纳吸烟者参与戒烟计划

2007 年政府扩大公众场所禁烟区范围促使更多吸烟者下决心戒烟。而此为期二年的戒烟项目恰于此时开始运作。当然，我们并非坐等吸烟者上门求助，而是积极主动和系统性地培训所有健康工作者，使戒烟评估和辅导成为常规，为日常工作中遇到的每一位吸烟者提供戒烟服务，使加入「无烟俱乐部」的人数不断增加。戒烟计划亦通过报刊、杂志和电台等媒体做宣传，但引人关注时间不长，一般仅能维持一星期左右，因此主动求助戒烟人数未如当初期许。

小区网络如学校、医院、私人机构等都会帮助转介吸烟者参加本计划，但绝大多数仅为口头转介而非正式书面转介。

「无烟俱乐部」的信息被加入到机构的各种健康推广向社会宣传。



表1. 「无烟俱乐部」成员 性别和年龄分布

	年龄组别 (岁)				合计
	<18	18—39	40—59	≥60	
性别 男	12	342	474	220	1048
女	2	220	123	23	368
合计	14	562	597	243	1416

数字统计显示(表 3): 中年男性(占总数 33.5%)和年青女性(占总数 15.5%)在男女组别中占最高比例, 尤其是中年男性吸烟情况特别严重, 值得关注。

表2. 吸烟者每天吸烟支数 每天吸烟支数

	每天吸烟支数			合计
	≤10支	11—20支	≥20支	
性别 男	381	493	174	1048
女	216	117	35	368
合计	597	610	209	1416

89.4%「无烟俱乐部」成员是通过健康服务机构包括医管局和本机构各健康中心得到相关信息, 并在基层健康工作者的鼓励和辅导下加入「无烟俱乐部」。

## 2. 戒烟历程和成功率

戒烟计划实行过程, 许多参与计划的戒烟者初期感到非常困难, 他们宁愿先减少吸烟数量再考虑完全戒烟。一个月跟进结果, 戒烟率(超过一星期完全无吸烟) 为 18.9%。尽管如此, 一个月跟进非常重要, 特别是面对面的个别辅导和鼓励, 使戒烟者对过程的认识和信心都进一步加强。一个月跟进结果, 戒烟率提升至 31.7%。此戒烟率在性别组别系统统计学差异, 但在年龄组别有轻微差别, (35.4%, 31.4%, 30.2% for age => 60 岁, 40-59 岁, 18 -30 岁; 表 3) , 说明年龄并非戒烟的障碍。

部份其他机构戒烟成功率比较 - 香港大学流动戒烟服务 20.3%, 香港大学控烟中心女性戒烟率 24.1%, 香港吸烟与健康委员会 26 周戒烟率 45.8% 。

表3. 戒烟率年龄组别

年龄组别	一个月戒烟率	三个月戒烟率
18岁以下	63.6%	50%
18-39 岁	17.1%	30.2%
40-59 岁	19.3%	31.4%
60岁或以上	20%	35.4%

表4. 12个月跟进戒烟成功率

年期	参加戒烟 个案总计	随机选取 跟进个案	成功跟进 个案*	成功戒烟 个案	戒烟比率
2008年10月1日 至 2008年12月31日	220	55(由系统 性随机抽 样)	46	25	成功跟进个 案中54.3% (所有选取 跟进个案中 45.5%)
2009年1月1日 至 2009年3月31日	178	178	143	38	成功跟进个 案中26.5% (所有选取 跟进个案中 21.3%)

\*3次电话跟进失败视为未能联络者

根据跟进的成功率计算，1,415 名加入「无烟俱乐部」的戒烟者，一年后成功戒烟者为 375 名。

超过一半(57.5%)戒烟者选择使用尼古丁替代疗法如尼古丁香口胶开始戒烟过程。这些附加疗法并不包括在「无烟俱乐部」预算之中，期间若有赞助商捐赠，每位戒烟者最多可得 30 粒尼古丁香口胶试用，其余疗程所需份量成员必须自行往市面药房购买。跟进所得一个月后继续使用尼古丁香口胶有 37.9% 而至三个月降至 9.6%，通常男性使用者认为有效。而不愿意使用者主要费用或无法接受的口味。根据尼古丁依赖评估，「无烟俱乐部」成员有 46.4%为中至重度尼古丁依赖，而以正确的方法和剂量使用尼古丁替代疗法，能取得确切的效果。所以我们建议将来若有类似的项目基金，可争取将此纳入基金范围。

「无烟俱乐部」成员在戒烟过程中所面对的困境各有异同。女性成员较多的是情绪波动和精神压力等戒烟障碍，而男性戒烟者由于对尼古丁的依赖程度较高，更多的要面对烟瘾发作的困扰。(表 13)

(根据尼古丁依赖性计分评估，男、女性中至重度依赖者为 46.8% 和 45.4%。 表 5)

表5. 尼古丁依赖性计分评估

	尼古丁依赖性计分评估			合计
	轻度 0-3	中度 4-5	严重 6-10	
性别 男	558	298	192	1048
女	201	114	53	368
合计	759	412	245	1416

**表6. 男、女性戒烟过程中所面对的困境**

	戒烟过程中所面对的困境					
	身边有其他吸烟者	情绪波动或精神压力	喝酒或喝咖啡时	烟瘾发作	其他	合计
性别 男	292	319	74	249	114	1048
女	104	139	24	73	28	368
合计	396	458	98	322	142	1416

男女性戒烟过程中所需的社会支持稍有不同。但配偶或伴侣都是最重要的支持因素，尤其男性更甚，分别为男性(42.7%)，女性(23.4%)。而女性则趋于寻求更多其他社交网络的支持。(表 14)

**表7. 戒烟过程中的社会支持**

	配偶或伴侣	朋友	父母	兄弟姊妹	其他亲戚	子女	同事	医护人员	其他	合计
性别 男	448	62	85	11	3	150	4	106	179	1048
女	86	40	56	13	4	72	0	31	66	368
合计	534	102	141	24	7	222	4	137	245	1416

### 3. 非专业义工、戒烟辅导员

招募戒烟辅导员遇到一定困难，大多数有志者为中年在职的男性戒烟或已戒烟者，难以出席「无烟俱乐部」的所有活动。虽然我们将其招募成为义工并提供义工津贴，但时间的安排对他们来说才是最大问题。

举办了 11 次戒烟分享会(原订目标为不少于 10 次)。最初鼓励和支持戒烟辅导员自主处理分享会的筹划和运作，但碍于戒烟辅导员忙于自身日常工作，效果不如预期。因此便需借助小区义工，而一般社工缺乏组织和辅导能力，需要本机构健康工作者带领和指导。

最初预定招募 8 位男性成年戒烟者成为戒烟辅导员，但最终只成功招收 4 位。所以，连续二年暑期招募 29 位大学生义工，帮助对「无烟俱乐部」会员进行 3 个月后的电话跟进服务。这些大学生义工的热诚和投入程度远胜戒烟辅导员，但由于比较年轻及大多数为非吸烟者，对戒烟者提出的各种问题的应对能力相对不足。当然，他们同时接受培训在一些小区推广活动中向青少年群体宣传控烟信息。

此外，无医学背景的社工工作者和戒烟辅导员，在运用辅导技巧鼓励和推动吸烟者戒烟以及协助准备戒烟者作出行动方面均能胜任。但在随后的咨询和电话跟进时，面对会员提出的各类问题，就显得力不从心，往往要将个案转介给专业健康工作者跟进，需要花费比预期更多的时间与人力资源。

终于，都要投入更多的专业健康工作者参与跟进服务而非完全依赖义工和戒烟辅导员。

#### **4. 「无烟俱乐部」博客(网志)**

「无烟俱乐部」博客(网志)开通后，浏览人次(4,493)和点击参与人次(3,129)都高于预期。此结果可能与一些正面因素有关，例如得到其他对戒烟信息感兴趣的机构和学校的链接、计算机使用的普及、可于工余时间随时登入等等。网志一直由专业健康工作者及义工共同执行和管理。

#### **5. 小区网络**

从深入南亚裔少数族小区、职业司机团体及至专业的教育和研究机构，这两年形成一个新的小区网络。由此加强了戒烟宣传的力度，并获得长远和持续性的控烟讯息互动回馈。

#### **6. 项目成本**

本二年戒烟项目基金合共港币 230,000 元。

共 5,444 位吸烟者得到戒烟辅导，其中 1,415 位下决心并付诸戒烟行动，最终大约 374 位于一年后成功戒烟。每位成功戒烟者所需费用为港币 615 元，而一次戒烟辅导所需费用为港币 42 元。

#### **7. 局限和不足**

项目期间太短 - 只有二年时限。

戒烟药品需自费是影响戒烟成功率的一个因素。对于尼古丁中至高度依赖(29.1%和 17.3%)的严重吸烟者，尼古丁替补疗法乃有效又安全的戒烟方法。但所有辅助药物均需自行往西药房购买，许多戒烟者都因为这些药物较昂贵而却步。不过，一年后成功戒烟者中仍有超过 26%不必借助药物而成功戒烟。尽管如此，我们还是建议将戒烟药品所需费用尽量纳入未来的戒烟项目预算中。

已成功戒烟者担任的辅导员均为在职男士，由于兼顾工作和家庭，他们无法安排时间完全配合和帮助项目的执行。而由非专业人士组成的小区义工，虽然是一很好的社会资源，但碍于健康知识和对戒烟治疗认识所限，难以令人满意地回复许多戒烟者遇到的问题，并且，义工在自主性和组织能力方面亦显不足。因此，机构内专业健康工作者负责统筹、培训和指导义工便成必不可少。

二年期间，本机构职员由 180 人增加至 220 人，加上人员更换，新入职员工均被要求接受正规的控烟培训，推动了「无烟俱乐部」能够持续运作。

#### **8. 项目的延续运作**

本计划基金期限至 2009 年 3 月 31 日，之后适逢香港政府大幅增加烟草税。机构各健康中心对参加保健计划的所有吸烟者仍旧进行常规评估和劝告，对有意戒烟者给予重点指导。然而，由于资源所限，已不可能给予每名戒烟者个别的面对面辅导和咨询，跟进服务也大幅减少，因此，“下决心戒烟”者从计划期间的 26%下降至计划结束后的 7%。

本计划结束后的二年内，参加本机构保健服务的市民中吸烟者分布比率：

2009 年 4 月 1 日至 2011 年 3 月 31 日

表8. 参加本机构保健服务的市民中吸烟者分布比率 (209年4月1日 至201年3月31日)

男性

状况	18-39岁 (%)	40-59岁 (%)	≥60岁 (%)	小计 (%)
吸烟者	620 (26.0%)	1277 (19.1%)	753 (15.4%)	2650 (19.0%)
已戒烟超过一年	134 (5.6%)	600 (9.0%)	1273 (26.1%)	2007 (14.4%)
从不吸烟	1627 (68.3%)	4792 (71.9%)	2849 (58.4%)	9268 (66.6%)
总计	2381 (100.0%)	6669 (100.0%)	4875 (100.0%)	13925 (100.0%)

女性

状况	18-39岁 (%)	40-59岁 (%)	≥60岁 (%)	小计 (%)
吸烟者	489 (10.7%)	329 (2.7%)	90 (1.1%)	908 (3.6%)
已戒烟超过一年	101 (2.2%)	99 (0.8%)	105 (1.2%)	305 (1.2%)
从不吸烟	3977 (87.1%)	11962 (96.5%)	8333 (97.7%)	24272 (95.2%)
总计	4567 (100.0%)	12390 (100.0%)	8528 (100.0%)	25485 (100.0%)

计划之后二年，由于缺乏个别辅导，”打算”和”准备”戒烟者的比率明显下降，男性从 39.6% 跌至 6.9%，女性从 45%跌至 7.9%。

## 总结/结论

此次戒烟计划涉及的 5,444 名吸烟者，有 967 位愿意尝试开始戒烟，其中 448 位于之后三个月停止吸烟，而大约 374 位于一年后成功戒烟。另一方面，运用海报、布告板、互联网等向市民大众广泛宣传控烟知识和讯息。同时，将戒烟项目融汇入机构的日常社康工作中，使其能够持久地对更多吸烟者提供戒烟服务。但是，给予戒烟者合适的、个别的和面对面的辅导是计划的核心所在，虽然不需要大量资金，但都要依靠一定的资助才能正常运行，去协助更多吸烟者作出戒烟的决定。

戒烟专项计划融入基层医疗和健康服务系统中是完全符合其成本效益的，但仍需适度的基金支持才能维持其正常和持续的运作。

# 郑州市吸烟人群戒烟意愿与戒烟尝试现况调查

孙亮, 吴建, 付晓丽, 赵曼, 冯丽云, 李小芳#

(郑州大学公共卫生学院, 河南郑州, 450001)

**摘要:** 目的 探讨郑州市吸烟人群有意愿戒烟和有过戒烟尝试的人口学特征及部分相关影响因素, 为找寻个人有效地戒烟行为促进及有关部门制定有效的控烟措施提供科学依据。方法 2010年在郑州市应用流行病学现况调查方法, 采用多阶段与规模成正比的容量比例抽样方法获得调查对象, 在调查员的帮助下, 吸烟人群自填问卷的方式调查。结果 郑州市所调查的394名吸烟者中, 有戒烟意愿的人数为173人, 占44.8%; 有过戒烟尝试的人数为159, 占40.5%。不同人口学特征的吸烟人群的戒烟尝试和戒烟意愿无明显不同; 单因素卡方检验分析影响因素发现: 家中有吸烟限制 ( $\chi^2=13.084$ ,  $P=0.001$ )、工作单位有限制吸烟规定 ( $\chi^2=29.904$ ,  $P=0.000$ )、单位室内张贴禁烟标识 ( $\chi^2=22.407$ ,  $P=0.000$ ) 均会促使吸烟者产生戒烟意愿, 而工作单位有限制吸烟规定 ( $\chi^2=13.214$ ,  $P=0.001$ )、单位室内张贴禁烟标识 ( $\chi^2=18.958$ ,  $P=0.000$ )、个人压力过大 ( $\chi^2=13.511$ ,  $P=0.000$ ) 的吸烟者有更多的尝试戒烟。曾经有过戒烟尝试的人在未来产生戒烟意愿的可能更大 ( $OR=8.283$ ,  $95\%CI: 5.197-13.203$ )。结论 通过家人督促, 家中限制吸烟、单位限制吸烟、张贴禁烟标识等方式, 可以很好地提高郑州市吸烟者戒烟意愿和戒烟尝试的产生, 亦可鼓励吸烟者多次尝试戒烟, 以提高戒烟率。

**关键词:** 吸烟; 戒烟意愿; 戒烟尝试; 现况调查

## The survey of smokers' willingness and attempt to quit smoking in Zhengzhou

SUN Liang, WU Jian, FU Xiaoli, ZHAO Man, FENG Liyun, LI Xiaofang

(College of Public Health, Zhengzhou University, Zhengzhou 450001, China)

**Abstract Objective** To explore the determinants of willingness and attempt to quit smoking among regular smokers, and to provide a scientific basis for establishing smoking cessation strategies for adult smokers. **Methods** The study was conducted in 2010. A stratified multistage cluster sampling design was used to select residents from Zhengzhou. Under the investigators hands, informants completed the questionnaires by themselves. **Results** The rate of voluntary cessation of smoking was 44.8%; the rate of attempt to quit smoking was 40.5%. The associated factors of smoking cessation include smoking restrictions in home and the place of work, posted ban logo indoor. The associated factors of smoking cessation include smoking restrictions in the place of work, posted ban logo indoor and over pressure. Smokers who had attempted to quit smoking have more probability to intend to quit smoking. **Conclusion**

The proportion of voluntary smoking cessation was low in Zhengzhou. Additional advocacy efforts and control measures should be taken to encourage the cessation of smoking.

**KEY WORDS:** smoke; willingness of smoking cessation; attempt to quit smoking; prevalence survey

科学研究已经从多个角度证明了吸烟是肺癌、慢性呼吸系统疾病、冠心病、脑卒中等多种疾病发生和死亡的重要危险因素<sup>[1][2]</sup>。目前全球有11亿吸烟者，每年近500万人死于吸烟相关疾病<sup>[3][4]</sup>。我国是世界上烟草生产和消费量最大的国家，每年死于吸烟相关疾病的人数近100万，占全部死亡人数的12%<sup>[5]</sup>。英国著名流行病学家理查德皮托教授预测：若中国当前的吸烟形势得不到有效控制，到2025年中国每年死于烟草相关疾病的人数将达200万，每年死于肺癌的人数将达90万<sup>[6][7]</sup>。烟草使用是当今最可预防的死因，吸烟者戒烟是减少吸烟有关死亡的最有效途径<sup>[8]</sup>。全国吸烟行为流行病学调查结果显示，仅有16.8%吸烟者打算戒烟，实际戒烟者仅占吸烟者的9.4%，成功率仅占吸烟者的3.6%<sup>[9]</sup>。制定行之有效的控烟、戒烟措施刻不容缓。本次研究从调查郑州市吸烟人群戒烟意愿及尝试情况入手，分析其人口学特征及部分相关影响因素，为找寻个人有效地戒烟行为促进及有关部门制定有效的控烟措施提供科学依据。

## 1 对象与方法

**1.1 研究对象** 采用多阶段随机抽样法，于2010年在郑州市随机抽取惠济区和二七区，按照“街道→社区→家庭→调查对象”四个阶段进行抽样。在每个区随机抽取两个街道，每个街道随机抽取两个居民区，每个居民区随机抽取若干家庭，每个家庭抽取一个调查对象。调查对象纳入标准为：郑州市常住居民年龄≥15周岁，调查时间和本人生日最接近者。至抽样之日，已经吸烟≥100支，并且现在仍然吸烟人群为本次研究对象。

**1.2 调查内容** 采用自行设计调查问卷，其主要内容包括基本人口学特征、吸烟相关态度与行为、居民自我感觉目前承受的生活压力程度等。其中压力程度的判别运用《4项简易压力量表》完成。该量表中4项问题均有5个选项分别由0~4分赋分，将4题分数相加即可得到一个压力分值。由于该量表为《14项经典压力量表》的简化版，因此在对本次研究结果进行统计分析时，计算得到每个调查对象的压力总分=压力分值×14/4。

**1.3 调查方法** 现场调查采用自行设计的统一问卷，采取入户调查的方式，遵循匿名和保密的原则，在经过培训的调查员对调查对象进行一对一辅助下，由被调查者自行填写问卷。

**1.4 变量定义** 有戒烟意愿者<sup>[1]</sup>：吸烟人群中现在仍在吸烟，但在未来一年内有戒烟意愿者；戒烟尝试者：吸烟人群中现在仍吸烟，但曾经戒过三次以上的烟（每次24小时以上）。压力过大判断标准：压力总分>26分；压力正常判断标准：压力总分≤26分。

**1.5 质量控制** 为保证调查的数据资料的质量，课题组于调查前对调查员进行统一培训，统一

调查方法和要求：调查结束后，对各项调查内容进行逐项核对和抽样复查核对，不合格的电话回访更正数据资料；资料录入由经过统一培训的专业人员采用EpiDate3.1软件进行双人平行录入，并对数据进行逻辑校对，及时发现缺损值、异常值等，以保证数据录入质量。

**1.6 统计分析** 采用SPSS12.0软件进行统计分析。描述吸烟者中有戒烟意愿者和有过戒烟尝试者的人口学分布特征及相关影响因素，统计检验采用 $\chi^2$ 检验；分析是否曾有戒烟尝试者在未来的戒烟意愿是否不同采用了比值比法。 $\alpha=0.05$ 为检验水准。

## 2 结果

**2.1 吸烟者基本情况** 本次共调查社区居民1163人，其中符合本研究条件的吸烟者394名，总吸烟率为33.9%，标化吸烟率32.8%（以2000年全国人口普查数据进行标化），其中男性占95.4%；年龄以25~55岁之间为主，共占81.4%；文化程度以高中最多47.4%，其次是大专及以上学历（34.2%）；职业上比例最大的是商业或服务员工作者（30.0%）。

**2.2 吸烟者的戒烟意愿情况** 在394名吸烟者中，有386人完成戒烟意愿调查。其中，有戒烟意愿的人数为173人，戒烟意愿率为44.8%。但从性别、年龄、民族、教育程度、职业、人均年收入分析，戒烟意愿的分布情况均无统计学上的差异。见表1。

**2.3 吸烟者的戒烟尝试情况** 在394名吸烟者中，有效调查人数为393人，有效率为99.7%。有过戒烟尝试的人数为159人，戒烟尝试率为40.5%。但从性别、年龄、民族、教育程度、职业、人均年收入分析，戒烟尝试的分布情况均无统计学上的差异。见表1。

表1 不同特征吸烟者戒烟意向及尝试情况

特征	戒烟意向			戒烟尝试		
	调查	意向	意向	调查	尝试	尝试
	人数	人数	率(%)	人数	人数	率(%)
性别						
男	368	166	45.1	375	154	41.1
女	18	7	38.9	18	5	27.8
年龄						
25岁以下	29	14	48.3	29	11	37.9
25~	98	40	40.8	98	37	37.8
35~	115	54	47.0	119	51	42.9
45~	101	45	44.6	103	40	38.8
55~	33	15	45.5	34	15	44.1
65岁及以上	10	5	50.0	10	5	50.0
民族						



汉族	372	168	45.2	378	153	40.5
其他	12	4	33.3	13	5	38.5
职业						
行政管理	43	20	46.5	43	14	32.6
教师或科技人员	19	11	57.9	19	13	68.4
商业或服务人员	118	51	43.2	117	40	34.2
技术工作	54	28	51.9	54	23	42.6
体力劳动	38	15	39.5	39	18	46.2
退休	33	15	45.5	33	13	39.4
其他	80	33	41.3	87	38	43.7
文化程度						
小学及以下	10	4	40.0	11	7	63.6
初中	59	29	49.2	61	41	67.2
高中	181	76	42.0	186	108	58.1
大专及以上	134	64	47.8	133	77	57.9
年均收入						
不足1万	28	12	42.9	31	9	29.0
1万~	147	68	46.3	149	57	38.3
2万~	126	59	46.8	128	53	41.4
3万~	56	26	46.4	56	29	51.8
4万~	19	6	31.6	19	8	42.1
5万及以上	10	2	20.0	10	3	30.0

**2.4 吸烟人群吸烟行为和态度同戒烟意愿的关系** 每日吸烟量、吸烟年限、吸烟情况、是否意识烟雾危害他人健康、是否注意烟盒上有危险警示、压力情况均不影响戒烟意愿率，差异无统计学意义。而不同程度的家中吸烟限制的吸烟人群中，戒烟意愿率不相同，家中限定所有房间均不准吸烟的戒烟意愿率最高，达56.6%，而家中没有戒烟限制的人仅有34.3%有戒烟意愿，差异有统计学意义 ( $\chi^2=13.084$ ,  $P=0.001$ )。不同程度的单位吸烟限制的吸烟人群中，限定不能在室内任何地方吸烟的吸烟者有57.1%的人有戒烟意愿，而限定只能在室内某些区域吸烟的有46.7%有戒烟意愿，而没有规定限制的仅24.1%有戒烟意愿，差异有统计学意义 ( $\chi^2=29.904$ ,  $P=0.000$ )。单位是否张贴有禁止吸烟标识也影响到吸烟人群的戒烟意愿，单位有禁烟标识的人群中有戒烟意愿者 (57.1%) 远高于没有禁烟标识的 (23.7%)，差异有统计学意义 ( $\chi^2=22.407$ ,  $P=0.000$ )。见表2。

**2.5 吸烟人群吸烟行为和态度同戒烟尝试的关系** 每日吸烟量、吸烟年限、吸烟情况、是否意

识烟雾危害他人健康、是否注意烟盒上有危险警示、家中吸烟限制等因素与吸烟者的戒烟尝试无关。而不同程度的单位吸烟限制的吸烟人群中，限定不能在室内任何地方吸烟的吸烟者有49.4%的人有过戒烟尝试，而限定只能在室内某些区域吸烟的有40.6%有过戒烟尝试，而没有规定限制的仅28.0%有戒烟尝试，差异有统计学意义 ( $\chi^2=13.214$ ,  $P=0.001$ )。单位是否张贴有禁止吸烟标识也影响到吸烟人群的戒烟尝试，单位有禁烟标识的人群中有戒烟尝试者 (46.6%) 远高于没有禁烟标识的 (21.3%)，差异有统计学意义 ( $\chi^2=18.958$ ,  $P=0.000$ )。吸烟者的压力情况也会影响其戒烟尝试，数据分析显示压力过大者得吸烟尝试 (49.0%) 高于压力正常者 (30.8%)，差异有统计学意义 ( $\chi^2=13.511$ ,  $P=0.000$ )。见表2。

表2吸烟人群吸烟行为和态度影响戒烟意向及尝试情况

特征	戒烟意向			戒烟尝试		
	调查 人数	意向 人数	意向 率(%)	调查 人数	尝试 人数	尝试 率(%)
每日吸烟量 (支)						
0~	174	86	49.4	176	69	39.2
10~	124	52	41.9	127	53	41.7
20~	65	27	41.5	66	26	39.4
30~	14	5	35.7	14	5	35.7
40~	9	3	33.3	10	6	60.0
吸烟年限 (年)						
0~	3	1	33.3	2	1	50.0
1~	26	11	42.3	26	9	34.6
5~	55	27	49.1	55	21	38.2
10~	114	55	48.2	119	49	41.2
20~	188	79	42.0	191	79	41.4
吸烟情况						
和他人一起吸	174	85	49.4	177	78	44.1
在有人时候吸	103	44	42.7	106	41	38.7
自己单独吸	107	43	40.2	107	39	36.4
是否意识烟雾危害他人健康						
是	360	162	45.0	360	145	40.3
否	25	10	40.0	25	8	32.0
是否注意烟盒上有危险						

警示							
是	324	149	46.0	324	131	40.4	
否	56	22	39.3	56	19	33.9	
家中吸烟限制*							
有, 所有房间	122	69	56.6	121	53	43.8	
有, 个别地方	124	56	45.2	125	50	40.0	
没有限制	140	48	34.3	147	56	38.1	
单位吸烟限制*#							
不能任何地方	168	96	57.1	168	83	49.4	
只能某些区域	105	49	46.7	106	43	40.6	
没有规定限制	112	27	24.1	118	33	28.0	
单位是否张贴禁止吸烟标识*#							
有	288	149	51.7	294	137	46.6	
无	93	22	23.7	94	20	21.3	
压力情况#							
压力正常	180	73	40.6	182	56	30.8	
压力过大	205	100	48.8	210	103	49.0	

(注：“\*”表示该变量戒烟意向率差异有统计学意义 $P<0.05$ ；“#”表示该变量戒烟尝试率差异有统计学意义 $P<0.05$ )

## 2.6 戒烟尝试与戒烟意愿的关系

经数据分析显示曾经有过戒烟尝试的人在未来更愿意戒烟,  $OR=8.283$ ,  $95\%CI: 5.197-13.203$ 。

见表3。

表3 戒烟尝试对戒烟意愿的关系

是否曾有戒烟尝试	有无戒烟意愿		OR值	95%CI
	有	无		
是	113	40	8.283	5.197-13.203
否	59	173		
合计	172	213		

## 3 讨论

### 3.1 吸烟人群戒烟意愿及戒烟尝试水平

郑州市城市人群吸烟者中有戒烟意愿的占44.8%，远高于1996年全国吸烟者的戒烟意愿水平（16.8%）<sup>[9]</sup>及2002年全国吸烟者的戒烟意愿水平（26.0%）<sup>[10]</sup>；北京一项调查显示<sup>[11]</sup>2006年24.7%

的吸烟者打算在未来6个月内戒烟，低于目前郑州水平（33.9%）；2006年沈阳市有戒烟意愿者占30.7%<sup>[12]</sup>。与以往相比，吸烟者中有戒烟意愿者得比例逐步提高。另，郑州市吸烟者的戒烟尝试与戒烟意愿基本一致，为40.5%，高于2006年六大城市的平均水平（24.4%）<sup>[13]</sup>。有文献资料显示：戒烟意愿在不同性别和职业分布不同<sup>[10]</sup>，在不同学历的分布也不同，随受教育程度的升高而戒烟意愿率增高<sup>[11]</sup>。而此次郑州调查吸烟者有无戒烟意愿和戒烟尝试在人口学特征方面的分布无明显差异，说明郑州市关于戒烟意愿及尝试的行为存在普遍性，比往年全国和（或）其他城市的水平有所提高，可间接反映出十五年来烟草控制略显成效，越来越多的吸烟者产生戒烟意愿并付诸于尝试戒烟。

### 3.2 影响吸烟人群戒烟意愿及戒烟尝试因素

影响戒烟意愿产生的因素主要有家中和单位的吸烟限制及张贴禁烟标识，可以认为对吸烟者在一定程度的限制对戒烟意愿的产生有意义，这与以往研究一致<sup>[11][12]</sup>。对吸烟者明确的吸烟限制，可在其吸烟或打算吸烟时给予其不能吸烟的心理暗示和（或）旁人制止，从而促进产生戒烟意愿。单位的吸烟限制及张贴禁烟标识同样可以促进戒烟尝试，而家中的吸烟限制对戒烟行为的发生没有影响，可能是由于工作单位可以规定明确的处罚措施及到位的处罚力度并付诸实践，迫使吸烟者遵守禁烟规定；而家中限制力度不够，且没有明确的处罚措施或是不能很好的将处罚付诸实际。本次研究结果提示，戒烟行为与吸烟者的压力情况存在一定联系。一方面，可能是戒烟者由于戒烟动机带来压力增大，文献显示<sup>[11]</sup>个人身体患病、亲人规劝、吸烟限制等因素在促使吸烟者戒烟的同时也会造成其心情烦恼、焦虑等，从而自感压力增大；另一方面，也可能是由于戒烟过程中，各种戒断反应使戒烟者产生了焦虑、紧张、烦躁的心态，进而自感压力过大。

### 3.3 戒烟意愿与戒烟尝试之间的关系

分析表明，曾经有过戒烟尝试的人在未来产生戒烟意愿的可能性是没有戒烟尝试者的8.28倍，与国内外类似<sup>[13][14][15]</sup>。这说明有戒烟史的戒烟者更愿意戒烟。吸烟者戒烟失败并不会打击其戒烟的积极性，相反，可以促使其自愿戒烟。因此，指导、鼓励吸烟者不考虑结局的去多次尝试戒烟，使其产生更加强烈的戒烟意愿，从而付诸于更加坚定的戒烟行为，进而一步步提高戒烟成功率。

综上所述，认识到吸烟对自身健康的危害、考虑吸烟对周围人群的影响、亲人和舆论的反对以及控烟宣传的加强均是促进吸烟者产生戒烟意愿和戒烟尝试的有利因素。据此，从预防医学的角度出发，应该继续加强健康教育，尤其加强对吸烟者家人的教育，鼓励其对吸烟者进行劝说、限制、监督，并加大单位、公共场合设置吸烟限制，拟定明确、合理、有效地处罚措施，并鼓励吸烟者多次尝试戒烟，从而促进吸烟者产生戒烟意愿，进而促进戒烟尝试的成功。

## 参考文献

- [1] 贾勇,杜长慧,魏咏兰,等.1996-2002年成都市吸烟人群戒烟行为学研究[J].中国慢性病预防与控制,2005,13(5):237-238.
- [2] 刘双.控烟戒烟——关系人民健康的大事[J].心肺血管病杂志,2008,27(2):117-119.
- [3] 卫生部履行《烟草控制框架公约》领导小组办公室.2007年中国控制吸烟报告[R].北京,2007.
- [4] Minna JD-Nicotine exposure and bronchial epithelial cell nico-tinic acetylcholine receptor expression in the pathogenesis of lung cancer [J].J Clin Invest,2003,111(1):31-33.
- [5] 卫生部履行《烟草控制框架公约》领导小组办公室.2008年中国控制吸烟报告[R].北京,2008.
- [6] Doll R, Peto R, Boreham J,et al-Mortality in relation to smoking: 50 years observations on male British doctors [J].BMJ, 2004, 328(7455):1519-1527.
- [7] hang D, Qiu X.School-based tobacco-use prevention-People's Republic of China, May 1989-January 1990 [J].Morb Mort Wkly Rep, 1993, 42(19):370-377.
- [8] 翁心植.我国戒烟情况和促进戒烟的建议[J].心肺血管病杂志,2001,20(2):118-119.
- [9] 杨功焕,危立新,黄正京,等.1996年全国吸烟行为的流行病学调查[M].北京:中国科学技术出版社,1997:74-78.
- [10] 杨功焕,马杰民,刘娜,等.中国人群2002年吸烟和被动吸烟的现状调查.中华流行病学杂志.2005,26(2):77-83.
- [11] 石红梅,赵微,白承续,等.北京市吸烟人群戒烟意愿及影响因素研究.中国健康教育2010 26(7):491-493.
- [12] 李恂,董丽君,孙百军,等.吸烟者戒烟意愿及影响因素分析.中国预防医学杂志,2010,11(7):663-667.
- [13] 冯国泽,徐继英,梁伯衡,等.六城市成年吸烟者戒烟意愿的影响因素.中国慢性病预防与控制.2009,17(5):476-478.
- [14] Ershler J, Leventhal H, Fleming R, Glynn KJ. The quitting experience for smoking in sixth through twelfth grades. Addict Behav,1989,14:365-378.
- [15] Shu-Hong Zhu, Jichao Sun,et al. Predictors of Smoking Cessation in U.S. Adolescents. American Journal of Preventive Medicine, 1999,16(3):202-207.

# 2011年广东省“戒烟门诊”开展情况调查

王中岳<sup>1</sup>, 陈肇始<sup>1</sup>, 汤捷<sup>2,3</sup>, 苏胜华<sup>2,3</sup>, 陈建伟<sup>4</sup>,  
庄润森<sup>5</sup>, 罗颖俊<sup>6</sup>, 林大庆<sup>7</sup>

<sup>1</sup>香港大学护理学院; <sup>2</sup>广东省健康教育中心; <sup>3</sup>广东省控制吸烟协会; <sup>4</sup>广州市健康教育所; <sup>5</sup>深圳市健康教育与促进中心; <sup>6</sup>佛山市健康教育所; <sup>7</sup>香港大学公共卫生学院

**摘要** 目的: 本调查旨在统计广东省医疗卫生系统在2011年实施无烟医疗卫生机构标准并设立戒烟门诊的数目、服务内容、到诊人数, 及所遇到的挑战。方法: 在2011年5月至12月间, 我们用电话、电邮以及网上问卷方式访问了深圳市、广州市及佛山市合共919间公营医院及社区卫生服务中心的领导或辖下戒烟门诊单位。结果: 在成功访问的556间机构中, 80%公营医院及42%社区卫生服务中心已经设立或筹备开设戒烟门诊。然而, 95%机构每月只为二十名以下吸烟者进行戒烟干预。机构遇到最大的困难为: 吸烟者没有戒烟意愿及难于招募外来的吸烟者。相反, 只有少数机构感到领导单位对戒烟门诊支持不足。结论: 医疗卫生机构在开设戒烟门诊仍然遇到不少阻碍, 包括开设门诊所需的经验仍未在医疗卫生系统完全分享, 及社会上控烟气氛仍然淡薄, 市民普遍缺乏戒烟意欲。政府更需要在软件上下功夫, 针对大众市民进行全面的无烟推广教育和媒体宣传工作。

## 调查背景

吸烟是最能够避免的死亡原因。然而, 我国仍然有3亿以上人口吸烟, 每年死于烟草相关疾病者更超过100万人。为遏止烟草流行, 保障大众健康, 我国早于2003年响应世界卫生组织呼吁并签署了《烟草控制框架公约》。随着《公约》于2011年在我国正式生效5周年, 国家陆续实践一连串的工作, 包括建设控烟相关机构、增加烟草控制经费、培训烟草控制专才、并进行地区控烟宣传教育等等以履行《公约》。为更好地开展控烟履约工作, 推进无烟医疗卫生机构建设, 根据世界卫生组织《烟草控制框架公约》第8条履约准则—《防止接触烟草烟雾准则》要求, 卫生部全国爱卫办亦于2008年通知各省、自治区、直辖市卫生厅局等试行无烟医疗卫生机构标准。该标准(试行)特别列明无烟医院的符合标准, 包括: 医务人员掌握控烟知识、方法和技巧, 对吸烟者至少提供简短的劝阻指导; 及在相应科室设戒烟医生和戒烟咨询电话。此外, 卫生系统率先做出表率, 并于2009年由卫生部及其他合部门联合发布了《关于2011年起全国医疗卫生系统全面禁烟的决定》。该决定列明, 至少50%的医疗卫生机构在2010年要建成无烟单位, 确保2011年实现卫生行政部门和医疗卫生机构全面禁烟目标。同时, 广东省内一些重点城市亦是国家实施无烟医疗卫生机构标准的试点。

## 调查目的

本研究旨在统计广东省医疗卫生系统在2011年实施无烟医疗卫生机构标准并设立戒烟门诊的数目、服务内容、到诊人数，及成立戒烟门诊所遇到的挑战。

## 调查方法

我们得到广东省健康教育中心及广东省控制吸烟协会的协调，用电话、电邮以及网上问卷方式访问了深圳市、广州市及佛山市所有公营医院及社区卫生服务中心的领导单位或相关戒烟门诊单位。调查以问卷方式进行，从而了解该市医疗卫生系统有没有设立戒烟门诊、服务内容及遭遇到的挑战。在前期准备中，我们先制定实施方案及调查问卷。同时，广东省控制吸烟协会协调省、市级各卫生部门整理深圳市、广州市及佛山市的调查机构目录，准备分区调查细则，再召集各区负责人举办会议。之后再起草文件下发，要求调查单位积极参与。是次调查在2011年5月至12月间进行。所有回复问卷均由广东省控制吸烟协会整合，再交由香港大学进行数据分析。

## 调查结果

经过整理调查机构目录，我们的样本框架包括了深圳市、广州市及佛山市26区一共919间公营医院及社区卫生服务中心。当中556间机构回答了是次调查，回应率为60.5%。在受访的203间公营医院中，72%已经设立戒烟门诊、7.9%正筹备开设戒烟门诊。另外有19.7%受访的公营医院从未有/已经关闭了戒烟门诊，其中只有三成多(35%)考虑在今后一年内开设戒烟门诊。至于受访的353间社区卫生服务中心，只有41.6%已经设立或筹备开设戒烟门诊，而其他尚未筹备社区卫生服务中心，则有39%考虑在今后一年内开设戒烟门诊。

在现时已经设立戒烟门诊的254间机构，大部分(88.4%)均在2010年或以后开始提供戒烟服务。其服务对象主要为机构内门诊病人(77.2%)、职工(75.6%)、病人家属(73.6%)及一般市民(72.4%)。戒烟服务类型主要包括面谈辅导(92.9%)及电话辅导(64.6%)；个别机构同时提供尼古丁替代剂(11.4%)、中药(11.8%)或针灸(8.7%)协助吸烟者戒烟。大部分机构提供的服务为完全免费(65%)；另外少量机构酌收诊疗费(18.5%)、尼古丁代替剂费用(10.6%)或其他药物费用(13.4%)。在需要收费的项目中，47.8%完全或部分由医保支付。各机构戒烟门诊每星期的服务时间平均为30小时，每节服务主要由一名医生及一名护理人员当值。大部分机构(88.3%)会为戒烟门诊医护提供培训。在应诊情况方面，大部分机构(78.4%)每月只为五名或以下吸烟者进行戒烟干预；只有5%机构每月为二十名或以上吸烟者进行戒烟干预。大约一半应诊的吸烟者是由医护转介，另外一半则是自己求诊。机构设立戒烟门诊所遇到的最大困难为：(1)吸烟者没有戒烟意愿(59.1%)；(2)难于招募外来的吸烟者(53.1%)；(3)吸烟者对戒烟存有误区(44.5%)；及(4)戒烟门诊职工经验不足(38.2%)。相反，只有少数机构感到领导单位对戒烟门诊支持不足(9.8%)或他们不重视戒烟工作(12.2%)。

## 讨论

尽管我国明确推动创建无烟卫生系统，从广东省是次大型调查显示，开设戒烟门诊仍然遇到不少阻碍，包括开设门诊所需的经验仍未在医疗卫生系统完全分享，导致有些机构仍未筹备开展工作及医护担心经验不足。更重要的是，社会上控烟气氛仍然淡薄，市民普遍缺乏戒烟意欲。根据香港及其他地方的控烟经验，卫生部门不单要在硬件上开设平台建成无烟单位，政府更需要在软件上下功夫，针对大众市民进行全面的无烟推广教育和媒体宣传工作。

## 总结

这是广东省一项大型的医疗系统调查，从而了解卫生部门执行《禁烟决定》后，前线医疗卫生系统的遵从情况及其遭遇到的困难。这次调查亦可以为我国其他省、市级政府就进行无烟工作提供宝贵资料，以及为将来的医疗系统控烟调查起一个示范作用。

## 鸣谢

本研究由香港大学资助(编号:CRCG201007176347)。特此鸣谢广东省控制吸烟协会协助统筹及收集数据。

## 参考文献

杨功焕、胡鞍钢主编《控烟与中国未来：中外专家中国烟草使用与烟草控制联合评估报告》北京：经济日报出版社(2011)



# 在中国戒烟门诊中告知吸烟者“肺龄”对戒烟的影响

肖丹<sup>1,2\*</sup>, 褚水莲<sup>1,2\*</sup>, 景行<sup>1,2</sup>, 赵亮<sup>1,2</sup>, 陈文丽<sup>3</sup>, 王辰<sup>1,4#</sup>

(\* 共同第一作者, # 通讯作者)

(1 北京市呼吸及肺循环疾病重点实验室, 北京市呼吸疾病研究所, WHO 烟草或健康合作中心, 2 首都医科大学附属北京朝阳医院, 3 首都医科大学, 4 卫生部北京医院)

**目的:** 评估在中国医院戒烟门诊中对吸烟者进行肺功能检测, 并告知其“肺龄”, 对于提高吸烟者戒烟率的有效性。

**方法:** 本研究为一项随机对照临床试验。在北京朝阳医院戒烟门诊征募219名吸烟者。所有受试者在完成基线调查问卷后, 将接受简短戒烟干预和盐酸安非他酮药物治疗。干预组受试者将进行肺功能检测, 并以“肺龄”的概念告知其结果。对照组受试者不进行肺功能检测。在基线访视后的第1周、第2周、第4周和第3个月对受试者进行电话访视。自我报告第4周前7天内完全戒烟者将接受呼出气一氧化碳检测以验证其戒烟状态。

**结果:** 干预组第4周经验证的7天时点戒烟率明显高于对照组(47.3% vs 31.2%,  $P=0.015$ ); 并且, 干预组第1周、第2周及第4周自我报告戒烟率和烟量下降率均高于对照组( $P<0.05$ )。

**结论:** 在中国戒烟门诊中对吸烟者进行肺功能检测并告知其“肺龄”结果, 有利于促进吸烟者尝试戒烟, 并可提高短期戒烟率。

**关键词:** 戒烟; 戒烟门诊; 肺功能; 肺龄

# 北京市和南京市 12320 卫生热线咨询者吸烟情况与戒烟需求调查

南奕 姜垣 杨焱

(中国疾病预防控制中心控烟办)

中国面临严峻的烟草危害现状：中国是世界上最大的烟草消费国，吸烟人数超过 3 亿。吸烟每年导致 120 万中国人死亡，换句话说，每天有超过 3000 中国人死于吸烟导致的相关疾病<sup>[1]</sup>。面对如此庞大的吸烟人口，与发达国家相比，中国的吸烟者中有戒烟愿意的比例反而很低。中国成人烟草使用调查报告数据显示，在总吸烟人群中，只有 16.9% 的人已经戒烟；而在曾经戒烟的吸烟者中，能够得到戒烟帮助的比例甚低，故复吸的比例很高，达 33.1%<sup>[2]</sup>。

吸烟者在没有任何帮助的情况下尝试戒烟，复吸率很高；而获得戒烟帮助的吸烟者可以大大提高戒烟的成功率<sup>[3]</sup>。戒烟热线是世界卫生组织推荐的有效戒烟干预措施，具有较好的成本效益，并且在国际上已经证明对于帮助吸烟者戒烟、改善健康有着十分重要的意义。

我国当前尚无可在全国推广的戒烟热线服务。12320 公共卫生公益电话（以下简称 12320 卫生热线）自 2005 年设立以来，在公开政策信息、传播健康知识、处理突发公共卫生事件投诉举报等工作中发挥了重要作用，已经成为卫生部门与公众沟通联系的桥梁和纽带。《卫生部关于进一步加强 12320 公共卫生公益电话建设工作的通知》（卫办发〔2012〕14 号）要求，将戒烟咨询作为 12320 卫生热线工作重点之一。

我们计划借助 12320 卫生热线的系统平台和其国家宣传窗口的角色，将戒烟热线服务推广到中国各个省市地区，为有意愿戒烟的人提供咨询和鼓励，帮助其战胜烟瘾，成功戒烟。为协助建立戒烟咨询服务平台，我们首先需要掌握 12320 卫生热线咨询者吸烟相关。为此，我们选择在北京市和南京市 12320，于 2011 年 7~9 月开展了 12320 卫生热线咨询者吸烟情况与戒烟需求调查。

## 1 对象和方法

### 1.1 对象

北京市和南京市的 12320 卫生热线电话咨询者。

### 1.2 调查目的

了解 12320 卫生热线电话咨询者的吸烟相关情况及戒烟需求。

### 1.3 样本量及抽样方法

我们根据北京市和南京市的特点，采用随机抽样的方式，抽取一定数量的具有代表性的电话咨询者进行调查。当前两个城市 12320 的月平均电话量均为 1 万次，为此，我们在这两个城市分别抽取 10% 左右的电话量，估算为每个城市需调查 1000 人。

### 1.4 调查内容

为了解 12320 卫生热线咨询者吸烟相关情况，我们发展了统一的电话调查问卷。根据 12320 卫生热线的服务特性，问卷只有 10 个左右的问题，正常情况下可以在 1 分钟内完成，且整个调查过程不超过 3 分钟。

12320 卫生热线咨询者吸烟相关情况调查主要包括以下几个方面：

- (1) 被调查者的人口学资料。
- (2) 吸烟行为和吸烟量、戒烟史以及现有的戒烟意愿。
- (3) 被调查者对 12320 卫生热线提供戒烟服务的接受程度。

调查设置了排除标准包括：

- (1) 打入电话的目的为投诉或处理应急事件；
- (2) 现阶段处于紧急的疾病状态（如马上要做手术）；
- (3) 有精神方面的问题（通过电话询问或者语言感觉）；
- (4) 拒访者。

### 1.5 现场实施与质量控制

在调查的过程中，采用随机抽样的方式，根据各城市的工作量，设定一个随机抽样的比例，所有的咨询员在对电话咨询者提供咨询服务结束之后，根据随机结果，开展电话调查。

电话调查过程全程录音，并保存录音记录，与调查问卷一并上报。调查结束后，随机抽取 10% 的电话调查录音，与调查问卷进行复核。

### 1.6 数据整理分析

调查结束后，所有调查材料得到回收。将调查问卷的内容生成 EpiData 数据库，然后使用 EpiData 软件进行数据双录入，并进行数据清理，去除缺失值，检查异常值。数据分析使用 SPSS 统计软件进行分析。

## 2 结果

### 2.1 基本情况

在 2012 年 6-7 月调查开展期间，两城市共调查来电咨询者 5463 例，其中，北京市共调查 2699 人，经核对调查排除标准后完成调查人数为 1059，排除及拒访率为 60.8%；南京市共调查 1026 人，经核对调查排除标准后完成调查人数为 896，排除及拒访率为 12.7%。经数据清理，北京市有效数据为 822 例，南京市 858 例。

在两城市的有效数据中，北京市的男性比例为 51.3%，女性比例为 48.7%；南京市的男性比例为 44.9%，女性比例为 55.1%。两城市男女比例和当地普通人群的性别比例基本一致。两个城市调查对象分性别比例见表 1。

**表1 两城市调查对象性别构成比 (%)**

		男		女	
		例数	构成比	例数	构成比
城市	北京	422	51.3%	400	48.7%
	南京	385	44.9%	473	55.1%
	合计	807	48.0%	873	52.0%

## 2.2 吸烟情况

有关吸烟情况，我们使用问题“请问你抽过烟吗”来计算总吸烟率。调查显示，北京市调查对象的总吸烟率分别为男性 43.6%，女性 5.0%；南京市总吸烟率分别为男性 57.4%，女性 3.6%。具体见表 2。

**表2 两城市调查对象吸烟人数及吸烟率 (%)**

		男		女	
		吸烟人数	吸烟率	吸烟人数	吸烟率
城市	北京	184	43.6%	20	5.0%
	南京	221	57.4%	17	3.6%
	合计	405	50.2%	37	4.2%

我们使用问题“请问你现在抽烟吗”来计算两个城市来电咨询者的现在吸烟率。调查显示，在北京市的吸烟者中，现在吸烟率为 19.4%，其中，现在每日吸烟者 141 人，占 14.8%，现在有时吸烟者 44 人，占 4.6%；在南京市的吸烟者中，现在吸烟率为 17.4%，其中，现在每日吸烟者 101 人，占 11.7%，现在有时吸烟者 49 人，占 5.7%。具体见表 3。

**表3 两城市调查对象现在吸烟情况**

		北京市		南京市	
		例数	率	例数	率
现在吸烟情况	每天抽	141	14.8%	101	11.7%
	有时抽	44	4.6%	49	5.7%
	合计	185	19.4%	150	17.4%

调查显示，两城市吸烟者平均每日吸烟量为 14.7 支。

## 2.3 戒烟情况及戒烟意愿

我们使用问题“过去一年里有没有试过戒烟并超过 24 小时”来计算戒烟情况。调查显示，在被调查的现在吸烟者中，北京市的尝试戒烟率为 54.6%，南京市为 55.8%。具体见表 4。

**表4 两城市调查对象尝试戒烟情况**

		北京市		南京市	
		例数	率	例数	率
尝试戒烟	有	100	54.6%	82	55.8%
	没有	83	45.4%	65	44.2%
	合计	183	100.0%	456	100.0%

我们使用定义“在未来一个月内计划尝试戒烟”来评价吸烟者的戒烟意愿。调查显示，在被调查的现在吸烟者中，北京市有戒烟意愿的比例为 45.8%。南京市为 41.4%。具体见表 5。

**表5 现在吸烟者尝试戒烟意愿**

		北京市		南京市	
		例数	比例	例数	比例
戒烟意愿	有	82	45.8%	60	41.1%
	没有	97	54.2%	86	58.9%
	合计	179	100.0%	146	100.0%

## 2.4 家庭禁烟情况

我们使用询问调查对象“家中是否允许吸烟”以及家里允许吸烟的位置和时间段来了解家庭禁烟情况。调查显示，北京市的全部禁烟家庭的比例为 39.5%，南京市为 47.0%。具体见表 6。

**表6 两城市调查对象家庭禁烟情况**

		北京市		南京市	
		例数	率	例数	率
家庭禁烟情况	全部禁烟	375	39.5%	407	47.0%
	部分禁烟	180	18.9%	187	21.6%
	不禁烟	325	34.2%	260	30.0%
	拒绝回答	70	7.4%	12	1.4%
合计		950	100.0%	539	100.0%

## 2.5 戒烟热线的接受程度

在调查结束后，我们对有戒烟意愿的吸烟者介绍了帮你戒烟的电话咨询服务，并询问其对戒烟热线的接受程度。调查显示，两城市吸烟者对戒烟热线的接受程度普遍较高，分别为北京市 50.0%，南京市 38.1%。具体见表 7。

表7 两城市调查对象戒烟热线接受情况 (%)

		接受		不接受	
		人数	比例%	人数	比例%
城市	北京	52	50.0%	52	50.0%
	南京	8	38.1%	13	61.9%
	合计	60	48.0%	65	52.0%

### 3 结论和建议

#### 3.1 我国现有戒烟服务的可及性差

现阶段，中国提供戒烟服务的主要手段为开设戒烟门诊。我国最早于 1996 年就在北京市开设了戒烟门诊，随后陆续在天津、南京等地尝试建立戒烟门诊。最早的戒烟门诊的资金多来源于项目试点，项目一旦结束，戒烟门诊也就因失去资金支持从而无法正常运转。此外，正是由于我国烟民的戒烟意愿较低以及对戒烟门诊的宣传跟不上，戒烟门诊的知晓率低、门诊医生的专业性差、经费投入不足、以及戒烟药物的成本过高等原因，导致戒烟门诊在我国的发展并不良好。现阶段的戒烟服务模式并没有和有戒烟需求的吸烟者有效接轨，不能给数目众多而又分散的吸烟者提供有效以及便捷的戒烟服务。

#### 3.2 我国烟民潜在的戒烟需求正在不断增长

2011 年 3 月，第十一届全国人大四次会议通过的《中华人民共和国国民经济和社会发展第十二个五年规划纲要》明确提出“全面推行公共场所禁烟”。依据国务院颁发的《公共场所卫生管理条例》，2011 年 3 月，卫生部修订并发布的《公共场所卫生管理条例实施细则》规定：“室内公共场所禁止吸烟。公共场所经营者应当设置醒目的禁止吸烟警语和标志。室外公共场所设置的吸烟区不得位于行人必经的通道上。公共场所不得设置自动售烟机。公共场所经营者应当开展吸烟危害健康的宣传，并配备专（兼）职人员对吸烟者进行劝阻。

公共场所禁烟政策旨在建立无烟环境，保护不吸烟者免受二手烟的危害。而充分证据表明，无烟环境的创建同样能够大幅提高吸烟者的戒烟意愿，进而促进他们戒烟。因此，随着中国控烟环境的改善以及社会发展，会有越来越多的吸烟者有戒烟的意愿以及寻找戒烟帮助的需求。从另一个方面来说，如何满足这一潜在的不断增长的戒烟需求，也将是我们控烟工作未来的重点之一。

#### 3.3 戒烟热线服务是最符合成本效益的控烟手段之一

在诸多包括门诊、热线、短信以及网站等世界卫生组织推荐的戒烟服务模式当中，戒烟热线是国际上广为采用的一种有效的咨询服务方式。戒烟热线的优势非常显著，包括易获得性、服务对象更广泛、便于管理和操作、易于宣传以及更符合成本效益。

首先，使用电话提供服务的便捷性已经被人群所认可。随着电话的逐渐普及，对于需要帮助的

服务对象，不出家门即可享受电话咨询服务，这对于那些行动不便或住在乡下偏远地区的人来说尤其有帮助。此外，尽管有卫生服务需求，但是很多人不愿意进行面对面的咨询，尤其是在群体环境下进行咨询。因此，像热线电话这种不用出门就可以享受的服务对他们来说也很有吸引力。

其次，戒烟热线更加符合成本效益。戒烟热线使人们在任何地方或者任何时间获得戒烟帮助成为可能，这就免去了因交通出行以及工作影响等诸多因素带来的额外经济花费。此外，戒烟热线的收费很低，这种经济的电话服务，不仅能够大大降低戒烟治疗成本，还能帮助更多因经济问题而得不到戒烟帮助的人群。

戒烟热线已经在国际上被证明对于帮助吸烟者戒烟、改善健康有着十分重要的意义。实验和实践都证明，戒烟热线是提高吸烟者戒烟意愿以及戒烟成功率的有效干预手段。一个宣传好的热线，即使只向吸烟者提供一次戒烟前咨询服务和建议，相对单纯的自助性戒烟方式来说，也能更好地提高吸烟者的戒烟意愿，降低复吸率。

### **3.4 利用 12320 卫生热线开通戒烟热线服务可以使现有戒烟资源有效利用**

鉴于中国庞大的吸烟人口、潜在的戒烟需求以及有限的卫生服务资源，有必要开发和提供成本低、效果好的戒烟资源和服务，以帮助更多的吸烟者戒烟。因此，我们非常有必要利用 12320 作为平台在中国发展戒烟热线这一模式，并使之得到长久稳定的运转。此外，12320 戒烟热线也可以将现有的戒烟资源整合在一起。通过拨打 12320 戒烟热线，吸烟者可以了解到更多的诸如戒烟门诊、戒烟网站以及短信等多种戒烟资源，从而大大提高其他戒烟资源的可及性。此外，12320 戒烟热线发展到成熟稳定的阶段后，我们也可以将其作为一个平台，将现有的戒烟资源整合成一个相互转换的体系，根据烟民的不同需求以及所处的不同戒烟阶段进行转诊，使现有戒烟资源得到更有效充分的利用。

## **参考文献**

- [1] 中国疾病预防控制中心. 2011年中国控制吸烟报告[R].北京：中国疾病预防控制中心，2011.
- [2] 中国疾病预防控制中心.全球成人烟草调查-中国部分调查报告[R]. 北京：中国疾病预防控制中心，2010.
- [3] WHO. WHO report on the global tobacco epidemic, 2009: implementing smoke-free environments. Geneva: 2010.

# 北京市部分社区医务人员提供戒烟服务的知识、态度及行为调查

江华<sup>1</sup> 罗艳金<sup>1</sup> 李明子<sup>1</sup> 陈肇始<sup>2</sup> 王中岳<sup>2</sup>

(1 北京大学护理学院; 2 香港大学护理学系)

**【摘要】目的** 了解社区医务人员在提供戒烟服务方面的知识、态度及行为 (KAP) 情况, 为开展相关培训、促进社区戒烟服务的实施提供依据。**方法** 在北京市4家社区卫生服务中心, 采用方便抽样, 对118名医务人员进行问卷调查。**结果** 社区医务人员对吸烟危害的正确认识程度较高, 但仍有欠缺, 如超过半数者不知道吸烟危害甚于空气污染、石棉和饮酒, 也不清楚被动吸烟不存在所谓的“安全暴露”水平; 约三分之一者仍然认为“吸焦油含量低的香烟是戒烟以外的一种安全的做法”; 绝大多数社区医务人员对戒烟/控烟工作持积极态度; 戒烟服务行为实施较频繁的是解释吸烟危害 (59.4%) 及劝说戒烟 (51.7%), 其余行为均明显不足。**结论** 社区卫生服务中心应进一步规范培训医务人员的戒烟服务能力, 提高戒烟服务强度和扩大普及性。

**【关键词】** 社区; 医务人员; 戒烟服务; KAP

吸烟是导致恶性肿瘤、慢性阻塞性肺疾病、心脑血管疾病等多种疾病的主要危险因素, 是严重危害人类健康的隐性杀手。然而, 尽管吸烟所带来的巨大危害对大多数公众而言并不陌生, 我国却依然是世界上烟草生产和消费量最大的国家。2010 年全球成人烟草使用调查 (GATS) 结果显示: 中国 15 岁及以上人群中现在吸烟者总数达 3 亿, 非吸烟者中 72.4% 遭受二手烟暴露<sup>[1]</sup>。我国每年有 100 多万人死于吸烟相关的疾病, 预计到 2025 年, 归因于烟草的疾病的死亡率将达到 33%<sup>[2]</sup>。社区医务人员作为初级卫生服务的提供者, 与社区居民联系密切, 拥有更便利的途径和更充裕的时间为其提供戒烟服务。因此, 本研究旨在了解北京市部分社区医务人员对戒烟相关的知识、态度和行为, 从而有针对性地提高社区医务人员提供戒烟服务的实际能力。

## 1 对象与方法

**1.1 对象** 采用方便抽样法, 从北京市某 4 家社区卫生服务中心, 选取自愿配合的医务人员 118 人, 进行问卷调查。其中, 女性 94 例 (79.7%), 男性 24 例 (20.3%); 平均年龄  $33.83 \pm 9.387$  岁 (19~61); 文化程度及职称如表 1 所示; 工作年限的中位数是 8.0 年 (1~44)。



表1 文化程度及职称构成情况

教育程度	例数	构成比 (%)	职称	例数	构成比 (%)
中专	11	9.3	无	5	4.2
大专	53	44.9	初级职称	63	53.4
本科	50	42.4	中级职称	38	32.2
硕士及以上	4	3.4	高级职称	12	10.2

**1.2 方法** 采用描述性研究方法, 调查问卷是基于“香港大学护理学系护士在戒烟辅导方面的知识、态度及行为研究”量表<sup>[3]</sup>, 并结合社区卫生服务实际情况, 进行一定的修订。预实验显示, 新问卷的内部一致性 Cronbach's Alpha 系数为: 知识部分 0.850, 态度部分 0.872, 行为部分 0.958, 整体问卷 0.860。

**1.3 数据录入与分析** 调查员对调查资料进行统一整理后, 运用 SPSS 17.0 软件建立数据库, 并对数据进行统计分析。

## 2 结果

### 2.1 社区医务人员的吸烟史及接触吸烟者情况

社区医务人员中 108 例从未吸过烟; 10 例有吸烟史者全部为男性, 占男性医务人员的 41.7%, 其中 8 例为现在吸烟者, 2 例已戒烟。

71 例 (60.2%) 医务人员有家庭成员正在吸烟, 其中女性 57 例 (80.3%), 男性 14 例 (19.7%), 有子女的家庭 40 例 (56.3%)。

过去 12 个月中, 医务人员所接触吸烟者的具体情况如表 2 所示。

表2 医务人员所接触吸烟者的情况

每天接触吸烟者人数	所占比例 (%)	吸烟者占每天接触病人的比例	所占比例 (%)
0	1.7	0	0
1-10	66.1	1-25%	46.6
11-20	7.6	26-50%	18.6
21-30	3.4	51-74%	13.6
>30	8.5	75-100%	3.4
不知道	12.7	不知道	17.8

## 2.2 社区医务人员提供戒烟服务的知识掌握情况

表3 对吸烟危害的认知情况 (n=118)

吸烟危害	正确回答率 (%)
*吸烟对健康的危害与空气污染对健康的危害相似	8.5
*停留在一个含有石棉的房间与在一个有很多人吸烟的房间, 其危险程度相近	6.8
吸烟只会对60岁或以上的人有致命性的危险	93.2
青少年吸烟是安全的	97.5
*吸烟对健康的危害与饮酒对健康的危害大致相似	45.8
只有大量吸烟者 (每日2包或以上) 才会对身体健康有严重的影响	90.7
*在所有死亡的原因中, 吸烟是最容易预防的一个	71.2
若吸烟者已吸烟很长时间 (如十年), 戒烟对他来讲已经太迟	84.7
*吸焦油含量低的香烟, 是戒烟以外的一种安全的做法	66.9
尼古丁是可以让人上瘾的	89.0
*药物治疗可以提高戒烟率	68.6
二手烟雾对非吸烟者存在健康危害	95.8
被动吸烟对健康危害与主动吸烟对健康的危害相同或更甚	89.8
*被动吸烟不存在所谓的“安全暴露”水平	39.8
妇女和儿童是被动吸烟的主要受害人群	95.8
公共场所是被动吸烟的重要场所之一	92.4

\*正确回答率低于 80%的条目

表4 对主动吸烟与疾病关系的认知情况 (n=118)

疾病	知晓率 (%)	疾病	知晓率 (%)
肺癌	97.5	冠心病	91.7
*喉癌	77.5	中风	90.0
*口腔癌	65.0	*外周血管疾病	79.2
*肝癌	48.3	*糖尿病	36.7
*食管癌	45.0	*阳痿	64.2
*肾癌	25.8	流产	84.2
*甲状腺癌	23.3	*牙周病	63.3
肺气肿	90.8	*白内障	28.3
慢性支气管炎	100		

\*认知率低于 80%的疾病

表5 对被动吸烟与疾病关系的认知情况 (n=118)

疾病	知晓率 (%)
哮喘、支气管炎等	97.5
肺癌	95.8
心脑血管疾病 (如冠心病、脑卒中)	90.0
影响胎儿和新生儿 (如婴儿低出生体重、婴儿猝死综合征、早产、流产)	88.3
*乳腺癌	38.3
*中耳疾病 (如中耳炎)	30.8

\*认知率低于 80%的疾病

戒烟药物知晓率: 尼古丁贴片 (46.6%), 尼古丁咀嚼胶 (43.2%), 盐酸安非他酮缓释片 (18.6%), 伐尼克兰 (12.7%)。

38 例 (32.2%) 社区医务人员参与过戒烟干预方面的培训, 17 例 (44.7%) 为护士, 21 例 (55.3%) 为医生。

### 2.3 社区医务人员对控烟与戒烟服务的态度

表6 医务人员对控烟与戒烟服务的态度 (n=118)

内容	同意	不同意	不知道
应大力普及公众对被动吸烟危害的相关知识	100%	0%	0%
立法是禁止在公共场所吸烟的关键措施	99.2%	0%	0.8%
无烟环境对健康有良好影响, 可以帮助吸烟者戒烟	97.5%	1.7%	0.8%
设立戒烟热线、戒烟网站有助于戒烟干预	97.5%	2.5%	0%
医护人员应成为不吸烟的榜样	96.6%	2.5%	0.8%
若情况许可, 医护人员应忠告病人家中其他的吸烟者戒烟	95.8%	3.4%	0.8%
应全面禁止香烟广告	94.1%	2.5%	3.4%
所有形式的香烟推广 (如烟草公司赞助比赛) 均应该禁止	92.4%	2.5%	5.1%
医护人员应利用每一个机会教育病人有关吸烟对健康的影响, 即使病人没有提出要求	91.5%	4.2%	4.2%
医护人员对吸烟者进行戒烟干预是行之有效的	87.3%	7.6%	5.1%
*给予病人简短的戒烟忠告 (例如3分钟) 是有效的	78.3%	15.3%	5.9%

\*认同率低于 80%的条目

118 例医务人员对于身旁有人吸烟, 最常见的反应是立即离开 (56.8%), 其次是劝吸烟者戒烟 (19.5%), 16.9%的人会选择不予理会, 6.8%选择请吸烟者离开。

有家庭成员吸烟的 71 例医务人员对于身旁有人吸烟, 32 例 (45.1%) 选择立即离开, 16 例

(22.5%) 选择不予理会, 16 例 (22.5%) 选择劝吸烟者戒烟。

## 2.4 社区医务人员提供戒烟服务的实际行为

表7 医务人员提供戒烟服务的实际行为频度 (n=118)

戒烟与健康干预	没有	极少	有时	经常
解释吸烟和被动吸烟的危害	16.1%	24.6%	45.8%	13.6%
评估吸烟者的吸烟史、现状及戒烟意愿	32.2%	34.7%	27.1%	5.9%
劝说吸烟者戒烟, 强化吸烟者的戒烟意识	18.6%	39.7%	36.4%	15.3%
询问吸烟者对尼古丁的依赖程度	45.8%	29.7%	17.8%	6.8%
协助吸烟者确认吸烟的诱因及制定戒烟计划	43.2%	31.4%	20.3%	5.1%
能够为戒烟者提供随访, 促进其实施戒烟计划	51.7%	27.1%	14.4%	6.8%
向吸烟者提供有关自助戒烟的辅导材料	41.5%	26.3%	22.9%	9.3%
评估吸烟者的戒断症状	47.5%	26.3%	19.5%	6.8%
介绍应对烟瘾的非药物技巧 (如转移注意力、饮水)	33.1%	28.0%	30.5%	8.5%
建议吸烟者采用药物方法戒烟 (如尼古丁替代疗法等)	37.3%	33.1%	19.5%	10.2%
鼓励戒烟失败者尝试再次戒烟	33.1%	27.1%	28.0%	11.9%
介绍成功戒烟者来鼓励吸烟者戒烟	31.4%	28.8%	26.3%	13.6%
将吸烟者的家庭纳入到戒烟干预中	40.7%	27.1%	23.7%	8.5%
与社区其他组织 (居委会等) 合作进行戒烟干预	40.7%	26.3%	28.0%	5.1%
与上级医院合作进行戒烟干预	51.7%	24.6%	18.6%	5.1%
组织有关吸烟与健康的讲座	47.5%	22.0%	26.3%	4.2%

## 3 讨论

吸烟成瘾 (尼古丁依赖或烟草依赖) 是一类精神活性物质滥用所导致的慢性疾病, 具有戒烟意愿差、戒烟成功率低、复吸率高的特点。因此, 医务人员作为健康专业人士, 在帮助吸烟人群建立戒烟信心、掌握正确戒烟方法 (药物/非药物)、应对戒断症状等各方面, 均可以发挥积极而有效的作用。当然, 医务人员要想胜任这样的角色, 就必须具备系统的提供戒烟服务的知识和技能。

本调查显示: 社区医务人员对吸烟危害的正确认识程度较高, 但仍存在不少知识欠缺的地方。例如: 超过半数的社区医务人员不知道吸烟危害甚于空气污染、石棉和饮酒, 也不清楚被动吸烟不存在所谓的“安全暴露”水平; 约三分之一者仍然认为“吸焦油含量低的香烟是戒烟以外的一种安全的做法”; 对主动吸烟与肺癌之外的其它癌症、糖尿病、阳痿、牙周病、白内障的关系认识不足; 对被动吸烟与乳腺癌、中耳疾病的关系认识不足。另外, 社区医务人员对戒烟药物的知晓率很低 (均不足 50%), 甚至仅有 12.7% 的人了解伐尼克兰。分析其原因, 可能有以下几方面。首先, 大多数

医学专业的课程中，并没有专门针对烟草控制的课程<sup>[4]</sup>，仅在介绍吸烟相关疾病时会提及烟草危害，很少向医学生介绍具体戒烟方法，这会导致医学生走向工作岗位时储备的戒烟服务知识是不足的。另外，本调查发现仅有 32.2% 的社区医务人员工作期间参与过戒烟干预方面的培训，可见在职继续教育也不能满足当前控烟工作的需要。因此，建议在社区卫生服务机构开展普及性更广的戒烟服务的系统培训。

令人满意的是，绝大多数社区医务人员对戒烟/控烟工作持积极态度。他们认同政府、社会及法律对控烟工作的重要性，也认同自身在帮助吸烟者戒烟工作中应肩负的责任，以及医务人员提高戒烟服务的有效性。同时需要注意的是，社区医务人员对简短戒烟干预的认可度有待提高，应该帮助他们认识到简短戒烟干预的可操作性将有利于推动吸烟者的戒烟行为。

在医务人员能够比较频繁（有时或经常）提供的戒烟服务行为中，较为理想的是“解释吸烟和被动吸烟的危害（59.4%）”、“劝说吸烟者戒烟、强化吸烟者的戒烟意识（51.7%）”，其余戒烟服务行为均明显不足。临床戒烟指南<sup>[5~7]</sup>指出：完整的戒烟服务过程应包括戒烟意愿的建立、烟草依赖程度的评估、实施戒烟干预、随访、应对复吸等一系列工作。因此，良好的社区戒烟服务应该以戒烟门诊为主体，全体医务人员共同参与，充分利用各种机会对吸烟者进行健康教育，鼓励其戒烟。然而，本次调查的 4 家社区卫生服务中心中，仅有 1 家开设了戒烟门诊，由固定的医生与护士负责，并且只对有戒烟意愿的吸烟者进行干预。提供戒烟服务并没有成为每一个社区医务人员日常工作的一部分，社区居民主动向医务人员寻求戒烟服务的比例也非常低<sup>[8]</sup>。今后，社区卫生服务中心需要进一步加强宣传，规范化培训医务人员的戒烟服务能力，提高戒烟服务强度和扩大普及性。

### 参考文献

1. 全球成人烟草调查中国部分.中国疾病预防控制中心, 2010.
2. 杨功焕,胡鞍钢.控烟与中国未来—中外专家中国烟草使用与烟草控制联合评估报告概要. 经济日报出版社
3. Chan SSC, Sarna L, Wong DCN et al. Nurses' Tobacco-Related Knowledge, Attitudes, and Practice in Four Major Cities in China. *Journal of Nursing Scholarship*, 2007, 39(1):46-53.
4. Chan SSC, Sarna L, Danao L. Are nurses prepared to curb the tobacco epidemic in China? A questionnaire survey of schools of nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 2008, 45: 706-713
5. 王辰. 2007年版中国临床戒烟指南（试行本）. 北京：人民卫生出版社，2007：12
6. 姜垣, 杨焱. 戒烟门诊操作指南. 北京: 人民卫生出版社.2008,4
7. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. U.S. Department of Health and Human Services. 2008.
8. 杨焱, 姜垣, 杨小丽, 等. 我国六城市社区居民戒烟服务需求现状. *中国健康教育*, 2004,20 (9): 773-776.

# 简短戒烟干预技术在北京各级综合医院门诊应用的效果

李玉青, 刘秀荣, 曹远

北京市疾病预防控制中心, 北京, 100013

**摘要:** **目的** 评价简短戒烟干预技术在北京市各级综合医院门诊应用的效果。**方法** 方便抽取北京市一级、二级、三级综合医院各 1 家, 采用电话调查形式, 在门诊后 1 周内, 对现在吸烟患者进行访问, 了解简短戒烟干预技术的应用效果。**结果** 门诊后 1 周内成功随访了 278 名现在吸烟患者中的 122 人, 成功随访率 43.9%。成功随访者中 14.8% 的现在吸烟患者因 1 次简短戒烟干预发生戒烟意愿的正向改变, 且具有统计学意义 ( $Z=3.551, P<0.001$ )。其中, 三级医院的此种改变有统计学意义 ( $Z=3.035, P=0.002$ ), 一级医院 ( $Z=1.394, P=0.163$ ) 和二级医院 ( $Z=1.633, P=0.102$ ) 此改变无统计学意义。有戒烟服务需求的门诊患者简短戒烟干预前后戒烟意愿的改变有统计学意义 ( $Z=3.420, P=0.001$ ); 无戒烟服务需求者, 戒烟意愿的改变无统计学意义 ( $Z=1.000, P=0.317$ )。**结论** 综合医院门诊应用简短戒烟干预技术有效果, 且三级医院干预效果更好。对有戒烟服务需求的门诊患者实施简短戒烟干预, 效果更好。

**关键词:** 简短戒烟干预; 戒烟意愿; 综合医院门诊

## The effect of the brief tobacco intervention skills to be used during outpatient services in hospitals in Beijing

*Li Yuqing, Liu Xiurong; Cao Yuan. Health Education Institute, Beijing Center for Disease Prevention and Control, Beijing, 100013, China*

**Abstract:** **Objective** To evaluate the effect of the “brief tobacco intervention skills” (BTIS) during outpatient services in hospitals in Beijing. **Methods** Three hospitals were selected by convenient sampling method from Haidian district in Beijing. The outpatients who were current smokers were interviewed via telephone in one week. **Results** 122 of 278 smoking outpatients were interviewed. 14.8 percent of them wanted more to give up smoking after outpatient services because their doctors used BTIS ( $Z=3.551, P<0.001$ ). The brief tobacco intervention were more effective in the tertiary hospital ( $Z=3.035, P=0.002$ ). The current smokers who wanted the doctors to talk about tobacco and cessation tactics wanted more to quit after brief tobacco intervention ( $Z=3.420, P=0.001$ ). **Conclusion** The study provided it was effective that BTIS was used during outpatient services in hospitals, and it was more effective in tertiary hospitals. Outpatient smokers who wanted the doctors to talk about tobacco and cessation tactics would more try to quit. **Key words:** The brief tobacco intervention skills; Effect; Outpatient services

简短戒烟干预是指在日常的诊疗服务过程中，尤其是指平常的寻医问诊中，在病人与医生接触的短短的 3-5 分钟之内，医生或护士等卫生专业人士为吸烟者所提供的专业戒烟建议和帮助。它建立在戒烟意愿改变模型基础上，运用询问（Ask）、建议（Advice）、评估（Assess）、帮助（Assist）和随访（Arrange）的 5A 戒烟干预模型，对不同戒烟阶段的吸烟者采取不同的干预方法。如果时间或能力不允许，还可以简化为 2A+R 模型，即询问（Ask）、建议（Advice）、转诊（Refer）。简短戒烟干预是世界卫生组织西太区委员会提出的，并委托关岛卫生部门发展了简短戒烟工具包。2010 年中国疾病预防控制中心控烟办公室引进了该项技术，并借助中央补助地方烟草控制项目在全国进行试点。为探讨简短戒烟干预技术在北京市各级综合医院门诊实施后的效果，更好地推进该项技术的推广工作，我中心于 2010 年 10-11 月在三家综合医院门诊开展了本次研究。

## 1. 对象与方法

### 1.1 对象

2010 年 10 月 18 日-11 月 12 日期间，某一级医院全科及中医科、某二级和某三级医院呼吸内科门诊就诊的现在吸烟患者。

### 1.2 调查方法

门诊医生实施简短戒烟干预后 1 周内，调查员以电话方式访问现在吸烟患者，内容包括：门诊时医生提供戒烟服务的情况、戒烟意愿改变情况、戒烟热线等相关信息的利用情况。对 1 周随访时有意在 30 天内开始戒烟的吸烟患者进行 1 个月电话随访，内容包括戒烟情况及戒烟门诊和热线的使用情况。

### 1.3 相关定义与赋值

**简短戒烟干预：**本研究中，简短戒烟干预指医生在门诊诊疗中询问每一位患者是否吸烟，告知每一位现在吸烟患者吸烟对其所患疾病的影响，提出戒烟建议，并根据患者戒烟打算提供戒烟宣传材料。

**戒烟阶段：**按照戒烟意愿改变模型，戒烟分为六个阶段：尚未准备戒烟期、戒烟思考期、戒烟准备期、戒烟行动期、戒烟维持期和复吸期。其中，尚未准备戒烟期是指吸烟者尚未打算在未来六个月内戒烟；戒烟思考期指吸烟者打算在未来六个月内戒烟；戒烟准备期指吸烟者打算在未来一个月内戒烟。本研究中将尚未准备戒烟期、戒烟思考期和戒烟准备期分别赋值为 0、1 和 2，吸烟者戒烟意愿改变情况用就诊前后吸烟者所处的戒烟阶段得分之差表示。

**门诊戒烟服务需求：**指现在吸烟患者希望在门诊看病时，医生能与其谈论吸烟/戒烟问题。

### 1.4 质量控制

北京市疾病预防控制中心统一培训门诊医生简短戒烟干预技术，统一培训调查员，合格后开展工作。调查问卷进行双机录入并核查。

## 1.5 数据处理方法

采用 SPSS17.0 统计软件进行分析, 主要的统计学检验包括  $\chi^2$  检验、秩和检验。

## 2. 结果

### 2.1 一般情况

此次研究共收集门诊患者信息 2460 条, 其中三级医院 1229 条、二级 252 条、一级医院 979 条。患者中男性 1037 人, 占 42.2%; 女性 1350 人, 占 54.9%, 性别缺失 74 份, 占 3.0%。患者中 278 人现在吸烟、186 人已经戒烟、1989 人从不吸烟, 分别占 11.3%、7.6%和 81.1%。男性患者现在吸烟率 24.3%, 女性 1.7%, 不同性别患者现在吸烟率间的差异具有统计学意义 ( $\chi^2=292.883$ ,  $P<0.001$ ), 男性高于女性。现在吸烟患者每日平均吸烟支数中位数为 10 支 ( $P_{25}=5$ ,  $P_{75}=20$ )。

278 名现在吸烟患者中, 230 人提供了联系方式。因拒访或提供的联系方式有误等原因, 就诊后 1 周随访了 133 名吸烟者, 戒烟意愿信息完整者 122 人, 1 周成功随访率为 43.9%, 其中三级、二级和一级医院的 1 周随访率分别为 48.6%、37.5%和 38.9%, 经统计学检验, 各级医院的 1 周成功随访率差异无统计学意义 ( $\chi^2=2.938$ ,  $P=0.230$ ), 详见表 1。

表1 不同级别医院1周成功随访情况

医院级别	现在吸烟患者人数	成功随访人数	成功随访率 (%)
一级	90	35	38.9
二级	40	15	37.5
三级	148	72	48.6
合计	278	122	43.9

### 2.2 简短戒烟干预效果

#### 2.2.1 戒烟意愿改变情况

122 名 1 周成功随访的现在吸烟患者中, 就诊前后, 即简短戒烟干预前后不同戒烟阶段患者的构成比有变化, 其中尚未准备戒烟期的患者比例由 82.0%下降到 70.5%, 详见表 2。

表2 现在吸烟患者就诊前后戒烟意愿构成比改变情况

现在吸烟患者	就诊前		就诊后1周内	
	人数	构成比 (%)	人数	构成比 (%)
尚未准备戒烟期	100	82.0	86	70.5
戒烟思考期	13	10.7	17	13.9
戒烟准备期	9	7.4	19	15.6
合计	122	100.0	122	100.0

122 名现在吸烟患者中 102 人戒烟意愿无变化; 2 人发生负向变化 (即戒烟意愿减弱); 18 人



发生正向改变（即戒烟意愿增强）（占 14.8%），详见表 3。

表3 现在吸烟患者简短戒烟干预前后戒烟意愿改变情况

干预前戒烟意愿	干预后戒烟意愿			合计
	尚未准备戒烟期	戒烟思考期	戒烟准备期	
尚未准备戒烟期	86	6	8	100
戒烟思考期	0	9	4	13
戒烟准备期	0	2	7	9
合计	86	17	19	122

赋值后，经 Wilcoxon 配对法检验，现在吸烟患者简短戒烟干预前后戒烟意愿的改变有统计学意义（ $Z=3.551$ ， $P<0.001$ ），且为正向改变。其中，三级医院现在吸烟患者戒烟意愿的改变有统计学意义（ $Z=3.035$ ， $P=0.002$ ），而一级医院（ $Z=1.394$ ， $P=0.163$ ）、二级医院（ $Z=1.633$ ， $P=0.102$ ）此改变无统计学意义。

122 名 1 周成功随访的现在吸烟患者中，113 名回答了其对门诊戒烟服务的需求，其中 65 人希望门诊医生能与其讨论吸烟/戒烟的问题，占 53.3%。经 Wilcoxon 配对法检验，有戒烟服务需求者就诊前、后戒烟意愿改变有统计学意义（ $Z=3.420$ ， $P=0.001$ ）；无戒烟服务需求者，就诊前、后戒烟意愿改变无统计学意义（ $Z=1.000$ ， $P=0.317$ ）。

### 2.2.2 戒烟计划实施情况

122 名 1 周成功随访的现在吸烟患者中，19 人准备在 30 天内开始戒烟，占 15.6%。1 个月随访时发现，19 人中 10 人已开始尝试戒烟，且均在就诊后 10 天内，占现在吸烟患者的 8.2%。其中，5 名患者在干预前处于尚未准备戒烟期，1 名处于戒烟思考期，4 名处于戒烟准备期。说明尝试戒烟患者中 6/10 是门诊医生 1 次简短戒烟干预促成的。另外 7 人吸烟量减少，2 人吸烟量没变化。

### 2.2.3 戒烟宣传材料使用情况

105 名报告收到戒烟宣传材料的随访者中，70 人阅读了材料，占 65.4%。但是，包括 10 名开始尝试戒烟的患者在内，无人向材料中提供的戒烟热线和戒烟门诊寻求帮助。

## 3. 讨论

世界卫生组织《国际疾病分类（第 10 版）》将烟草依赖列为一种慢性病，属于精神和行为障碍的烟草依赖综合症，疾病编号为 F17.2。作为疾病治疗，医生是提供戒烟帮助的最佳人选。多项研究均已证明，尼古丁替代疗法、盐酸安非他酮、戒烟咨询、医生建议戒烟等均为有效的戒烟方法，其中医生的简单劝阻与无劝阻建议相比，戒烟率 OR 为 1.69（95%CI 为 1.45-1.98）<sup>[1]</sup>。但 2008 年全国医生调查数据显示，接受过制定戒烟计划、戒断症状处理和戒烟药物使用等相关培训的医生仅占 10.3%、6.6%和 4.2%；只有 2.4%的医生使用过戒烟药物<sup>[2]</sup>。说明我国医生戒烟能力严重不足。在这种情况下，推行简单易行的简短戒烟干预技术就显得尤为重要。想要顺利推行简短戒烟干预技

术，需获得医院管理者和医护人员的支持，而证明方法有效是激励医护人员应用的有效方法之一。为此，开展了本次研究。

本次研究表明，1次门诊干预后，14.8%的现在吸烟患者发生了戒烟意愿的正向改变，即增加了戒烟意愿，且三级医院的干预效果更好，这可能是由于公众对三级医院的信任程度更高，遵医行为更好有关。

研究还发现，有戒烟服务需求的门诊患者，即希望在门诊看病时，医生能与其谈论吸烟/戒烟问题的吸烟患者，更容易发生正向意愿改变。这既是戒烟意愿改变模型的具体体现，又为今后门诊实施简短戒烟干预提供了参考依据，一定要针对不同阶段的吸烟者采取不同的措施，并提示医生，是否愿意谈论吸烟话题是戒烟意愿的一种表现。在门诊时间和个人精力有限的情况下，可以优先对有意谈论吸烟问题的患者进行戒烟干预。

按照北京市综合医院2009年5109.94万人次门诊量<sup>[3]</sup>及本研究中门诊患者中现在吸烟者的比例11.3%估算，每年约有577.4万余人次吸烟患者会因病就诊综合医院。若按本次研究中8.2%的现在吸烟者在1次门诊简短戒烟干预后开始尝试戒烟的比例估算，如将简短戒烟干预技术在全市所有综合医院中推广，每年将有47.3万人次因1次门诊简短戒烟干预而尝试戒烟。可见，简短戒烟干预技术的推广将会极大提高尝试戒烟者人数，进而提高戒烟成功者人数。

本次研究也发现，虽然收到戒烟宣传材料的患者中有65.4%的人阅读，但包括尝试戒烟者在内的患者都没有向戒烟热线和戒烟门诊寻求帮助。这可能和戒烟热线及戒烟门诊宣传不足，人们不了解戒烟资源能提供何种服务、能起到何种作用，以及人们依旧认为“戒烟靠毅力”有关。因此，在推广门诊简短戒烟干预技术应用的同时，必须加强吸烟是一种慢性成瘾性疾病，专业治疗可以提高成功率宣传，以及专业戒烟服务机构的介绍与宣传，促使普通门诊简短戒烟干预与专业戒烟服务形成完善的戒烟服务体系，提高戒烟成功率，最终降低烟草相关疾病的发生，提高生活质量。

本次研究因未设立对照组和二级医院样本量较小等原因，对结果的外推将产生一定影响。但仍然能够初步说明门诊简短戒烟干预是有效果的，应该加以推广。

### 参考文献

1. 俞红霞, 林江涛. 从询证医学角度分析各种戒烟方法的实际应用价值. 国际呼吸杂志, 2006, 26(3): 199-202
2. 吴曦, 杨焱, 姜垣, 等. 我国医生戒烟服务能力现状及其影响因素. 中国慢性病预防与控制, 2010, 18(4): 346-349
3. 北京市统计局, 国家统计局北京调查总队, 北京统计年鉴2010, 中国统计出版社, 2010

# 住院个案戒烟照会系统建置之经验

王如雪<sup>1</sup>、蔡忠统<sup>1</sup>、杨宜青<sup>12</sup>、程家祺<sup>1</sup>、张美珍<sup>3</sup>

(1 成功大学医学院附设医院家庭医学部、2 成功大学医学院家庭医学科、

3 成功大学医学院附设医院护理部)

**摘要** 根据世界卫生组织指出，30%的癌症都跟吸烟有关，但吸烟是可被改变的危险因素，因此戒烟是目前重要的公共卫生课题。如何协助吸烟民众戒烟一直是医疗人员与政府努力的目标。而戒烟常常需要藉由医疗的协助才能有好的成效。但是，戒烟者往往还需要在有一些冲击时才会想要戒烟，如生病住院时就是一个很好的时机。因为吸烟会影响住院期间疾病治疗，如心血管疾病、呼吸系统疾病、癌症治疗等。若住院原因与吸烟所造成疾病有关，更可增加戒烟动机；而且医院全面禁止吸烟，禁烟范围甚至延伸至医院四周，吸烟者被迫需配合禁烟，所以临床医疗人员应将住院当作一个促使病人停止吸烟的好时机。成大医院配合国民健康局『二代戒烟』计划，增加住院个案戒烟的服务，而研拟出「住院戒烟照会流程及传呼提醒系统」，让门诊戒烟个案不因住院而中断，也让住院者戒烟早一点起步，从住院配合医院的禁止吸烟政策，开始戒烟计划。

## 前言

香烟含多种有害物质，吸烟会导致癌症、心脏病、脑中风、慢性肺疾病等致命疾病。根据世界卫生组织指出，30%的癌症都跟吸烟有关。而台湾国人十大死亡原因的前三名恶性肿瘤、心脏疾病及脑血管疾病都跟吸烟有相关。除此之外，糖尿病、肝炎、牙周病、白内障、性功能障碍、不孕、流产...都与吸烟有关。而且吸烟不仅损害个人身体健康，也危害家人的健康与安全。然而，吸烟是可被改变的危险因素。

因此，如何协助吸烟民众戒烟一直是医疗人员与政府努力的目标。而吸烟在医学上已经被界定为是一种慢性、成瘾的疾病，常须不断的努力尝试才能成功，且常常需要藉由医疗的协助才能有好的成效。因此目前鼓励戒烟者，一旦有戒烟意愿者，其实就可以寻求专家的帮忙及协助。而且在药物的帮助下，在戒烟时的不适感就会减轻很多，减少因无法忍受戒烟的痛苦而放弃，导致戒烟失败的情形。而且现在戒烟资源也越来越多元化及人性化，可依个别的需求去选择适合自己的戒烟方法，况且政府都有部分经费补助，民众也愈来愈多人知道利用这些戒烟资源。

成功大学医学院附设医院家庭医学部自公元2003年起，加入国民健康局利用香烟的健康捐所得经费，提供给医疗院所申请的『门诊戒烟治疗服务计划』，对寻求戒烟协助的烟瘾者提供戒烟服务，由政府提供每人每周定额的药费补助。但是，戒烟者往往需要在有一些冲击时才会想要戒烟，如生病住院时就是一个很好的时机。因为吸烟会影响住院期间疾病治疗，如心血管疾病、呼吸系统疾病、癌症治疗等等。此外，若病人此次生病住院原因与吸烟所造成疾病有关，将可增加戒烟动机；而且医院全面禁止吸烟，禁烟范围甚至延伸至医院四周，吸烟者被迫需配合禁烟，所以临床医疗人员应

将住院当作一个促使病人停止吸烟的好时机。文献报告也指出，病患如果能在其住院期间对戒烟戒断症状有正向经验，他们未来也许会接受戒烟治疗或继续维持于住院期间维持禁烟状态。

因此，本院自2012年3月1日起也加入国民健康局『二代戒烟』计划，除了提供吸烟者有更多的药费补助，更增加住院个案戒烟的服务，让门诊戒烟个案不因住院而中断，也让住院者戒烟早一点起步，从住院配合医院的禁止吸烟政策，开始戒烟计划。不过，对于住院者的戒烟服务，国健局的规定还是须与门诊戒烟一并申报，因此也让医疗院所须各自发挥创造力去实施住院戒烟服务。

成大医院于2010年起即分成门诊大楼与住院大楼两栋，住院病患若要到门诊区须穿越天桥，距离相隔至少2公里，因此要把住院病患带到门诊不是方便容易的事。因此，本院实施的住院戒烟服务不是单纯的把戒烟个案带到门诊来做卫教咨询及药品开立，而是以病人为中心的戒烟服务的照会系统，是集合医事室、信息室与护理部及家庭医学部医师与戒烟卫教师等相关人员，开会研讨处理方式且经过多次测试再讨论后才推行出来的，因此，也才会想把此经验跟大家分享。

## **住院戒烟照会流程及传呼提醒系统：**

### **一、询问吸烟状态**

每位住院个案在接受入院护理评估时，皆会被询问其个人吸烟史与被动吸烟史(同住家人有无吸烟)。

### **二、戒烟建议与卫教**

若住院个案有吸烟习惯或照护者的家人中也有吸烟者，医护人员会给予戒烟建议并给予卫教及戒烟相关资料。

### **三、询问戒烟意愿**

个案如有戒烟意愿，医护人员将透过住院医令系统开立「共同照会单」照会戒烟个管师来协助。

### **四、戒烟照会**

照会系统启动后，轮值医师及戒烟个管师会同时收到戒烟照会的简讯通知，另外，戒烟咨询站也会自动打印照会单，以避免遗漏。戒烟个管师会先上住院医令系统签收照会单后，再联络个案、约定时间至病房给予戒烟卫教、评估与咨询，必要时会由医师在门诊医令系统开立戒烟药物。并由医事室在规定时间内上VPN系统向国健局做申报。

### **五、追踪辅导**

戒烟咨询结束后，个管师会在住院医令系统回复照会处置结果。所有个案均由戒烟个管师追踪列管、辅导并协助出院后戒烟门诊的安排，让戒烟能持续不中断。

## **展望**

此住院戒烟照会系统一开始采逐步开放，首先由中风中心对发生脑血管疾病者试行，目前已开放至心血管疾病与头颈癌症患者，人数以倍数增加成长中，三个多月来已达将近四十人，一个月的戒烟率可达五成。期待在10月底前能有更多个案与更具体的成效可跟大家报告。

# 中国内地戒烟热线呼叫者的特征

陈文丽<sup>1 3 4</sup> 肖丹<sup>1 3 4</sup> Susan Henderson<sup>5</sup> 赵亮<sup>1 3 4</sup>

景行<sup>1 3 4</sup> 王辰<sup>1 2 4</sup>

(1 首都医科大学附属北京朝阳医院, 2 卫生部北京医院, 3 北京呼吸疾病研究所, 4 世界卫生组织烟草或健康合作中心, 5 世界卫生组织驻华代表处)

**目的:** 描述中国内地戒烟热线呼叫者的特征。

**方法:** 中国内地全国戒烟热线提供免费戒烟咨询服务, 研究对象是从2009年12月1日到2012年5月31日戒烟热线的8260名呼叫者, 主要分析完成客户类型和性别填写的1049名呼叫者的特征。应用列联表描述吸烟者基本、电话咨询内容和呼叫者的地区分布, 折线图描述每月呼入电话数量的变化趋势。

**结果:** 1049名呼叫者, 60.7%是吸烟者; 73.2%是男性。记录咨询内容的937名呼叫者, 58.1%询问戒烟方法, 20.9%咨询药物疗法。来自中国31个省市的908名呼叫者, 北京最多(29.5%), 其次是广东省(14.8%)。每月呼入电话数量呈上升趋势, 但每年5月数量骤升。

**结论:** 中国内地戒烟热线大多数呼叫者咨询戒烟信息, 且呼叫者数量不断增加。

**关键词** 戒烟热线 中国内地 特征 呼叫者

# 中药穴位贴敷与心理疏导结合疗法戒烟 900 例 临床总结与探讨

徐杰<sup>1</sup>, 廖启华<sup>1</sup>, 张译文<sup>2</sup>, 吴建萍<sup>2</sup>, 顾正<sup>2</sup>

(1 江苏省盐城市卫生局, 2 江苏省射阳县中医院)

**【摘要】目的** 观察中药穴位贴敷与心理疏导结合戒烟疗法的临床疗效总结。**方法** 900 例吸烟成瘾患者的戒烟过程及效果进行观察、分析, 其中 100 例以心理干预单一意志戒烟法, 另 800 例采用以中药穴位贴敷为主结合心理疏导的综合戒烟法。**结果** 中药穴位贴敷与心理疏导结合戒烟疗法的效果明显优于单一心理性干预意志戒烟法; 通过综合疗法戒烟过程中, 病人的戒断综合征基本没有或很轻; 综合疗法治疗时间短、疗效佳且不易复吸。**结论** 中药穴位贴敷与心理疏导结合戒烟疗法疗效佳, 疗程短, 尼克丁依赖消失, 不再复吸。

**【关键词】** 戒烟 中药 穴位贴敷 心理疏导 综合疗法

吸烟危害健康已是众所周知的事实, 吸烟与人类目前高发病率的心血管病、高血压、糖尿病、慢性支气管炎、肺气肿及多种癌症的发病有关, 尤其与肺癌的发病密切相关。据2011年统计, 我国吸烟人数达3.5亿, 如果目前吸烟状况得不到有效控制, 从现在到2050年将有1亿中国人死于烟草, 其中一半将于中年死亡。烟草依赖是一种慢性成瘾性疾病, 烟草成瘾的本质是人体对烟草中的尼古丁产生了依赖。戒烟时人会出现烦躁不安、易怒、焦虑、注意力不集中、失眠、心率降低、食欲增加等症状。烟民不戒烟很大程度上是因为不相信吸烟致病的事实, 而戒烟难的根本原因在于长期吸烟者对尼古丁的依赖。

控烟戒烟事业的开展是顺应广大人民群众需要, 服务于人民大众健康事业的一项课题。如何发掘祖国医药宝库, 更好地运用中西医结合手段服务于控烟戒烟事业是我们面临的新课题。我院自2001年1月开设戒烟门诊以来, 摄取祖国传统医药之精髓, 将祖国传统中医药特色与现代心理疏导相结合, 重点研究无任何毒副作用的中药穴位贴敷疗法, 经过十余年临床戒烟工作实践, 已探索出一套较为完善的中医药穴位贴敷戒烟特色新疗法(非尼古丁替代)。将中药穴位贴敷法与心理疏导相结合的综合戒烟疗法在临床中戒烟效果明显。

## 1. 对象与方法

### 1.1 病例选择

按就诊顺序将门诊接待的900例戒烟者随机分成治疗组800例(中药穴位贴敷+心理疏导), 对照组100例(单一心理疏导)。年龄最大者76岁, 最小者18岁; 男性864例, 女性36例; 曾靠自行意志强行戒烟失败者占89%(大多出现四肢无力、萎靡不振、嗜睡、打哈欠、口腔分泌物增多、严重者流鼻涕、出冷汗、情绪不稳定、易急躁、甚至发怒等戒断综合征), 以往从未戒烟者占11%。

## 1.2 治疗方法

将麝香、藿香、薄荷、甘草、鱼腥草等十多味中药浓缩提纯，经现代科技手段制剂成贴膏，在特定穴位（甜美、列缺）上贴敷。临床采用中药穴位贴敷与心理疏导相结合的综合戒烟疗法和单一心理疏导戒烟法进行比较。900例自愿戒烟者中，800例为治疗组（中药穴位贴敷与心理疏导相结合的综合戒烟疗法），100例为对照组（单一心理疏导戒烟疗法）。

## 1.3 评价标准

效果	评价指标
治愈	吸烟欲望消失，任何时候、任何环境均无吸烟欲；无戒烟引起的戒断综合征出现；彻底戒除了烟瘾，对香烟产生厌恶感，对尼古丁不再依赖。
显效	虽无吸烟欲望，但随着吸烟环境改变和外界诱导因素影响容易复吸。
有效	吸烟欲望度明显降低，吸烟时口中有异味感，与强行意志戒烟（干戒）相比戒断症状显著减轻；结果能维持一段时间，最终复吸。
无效	对戒烟的认识仍处于十字路口徘徊，心理戒烟不成熟，不完全配合医疗干预，自行停止戒烟，中断治疗而再吸烟。

## 2. 结果

对两组戒烟治疗的疗效进行比较，治疗组总戒断成功率为83%，对照组总戒断成功率为16%。经统计处理，两组差异有统计学意义（ $\chi^2=216.05$ ； $P < 0.01$ ）。（见表1）

表1 两组戒烟治疗除瘾成功疗效比较

分组	例数	治愈	显效	有效	无效	总戒断率
治疗组	800	664(83%)	80(10%)	32(4%)	24(3%)	83%
对照组	100	16(16%)	18(18%)	35(35%)	31(31%)	16%

## 3. 讨论

吸烟的危害主要与肺、脾、胃有关。肺开窍于鼻，脾开窍于口，脾与胃相表里。中医认为，烟草燃烧时释放的烟雾属火、属毒、属秽、属热性之气，对心、肺、胃、肝、脾、肾均有损害。烟性燥热刚烈，长期吸烟会使内热亢盛、耗伤人体津液，炼液为痰，痰热互结，还可导致脉络瘀阻。日久可导致阴虚内热、痰瘀互结，诱发各种疾病。对尼古丁成瘾的吸烟者戒烟早期会出现烦躁不安、睡眠障碍、头痛，易怒、焦虑、情绪低落、出冷汗、恶心呕吐等戒断症状，导致靠自身意志强行戒烟可行性较低。

人体表皮下的真皮有95%是血管丰富的结缔组织，活跃的血液循环能够快速运转药物。将中药中的芳香性药物敷于局部，可使透皮能力提高8~10倍，促进被动扩散，增强表皮脂膜对药物的吸收率。使用易透过血脑屏障的芳香剂经浓缩提纯等现代科技手段制剂成的贴膏作穴位贴敷，能够使药物经皮肤由表入里循经络内达脏腑，发挥调节和治疗效应。通过利用中药药性和穴位疗法的双重作用原理，中药穴位贴敷戒烟疗法能够调节并恢复中枢神经系统生理功能，减少直至阻断尼古丁与生成多巴胺的受体结合，阻断因多巴胺带来的平静愉悦感，使吸烟者不再依赖尼古丁。

中药穴位贴敷戒烟疗法的优点在于：药物经皮吸收不损肝伤胃，对人体不会造成新的损害；中药穴位贴敷可使烟味变苦变涩，口腔味感不爽，有青草味或干木壳味。将相关诸药与穴位贴敷联合应用戒烟，能共奏调神宁心、祛痰止咳、健脾和中、润肺柔肝之效，从而从根本上调节脏腑功能，平衡阴阳，控制烟瘾，恢复身体健康。经江苏省医学情报研究所检索查新，认定关于此戒烟技术的研究，国内未见有相同文献报道；该技术获盐城市卫生局“中医药穴位戒烟”医药新技术二等奖；去年我院被列为省级无烟医疗卫生系统培训指导基地；该戒烟贴剂已经过中国疾病预防控制中心环境与健康相关产品安全所检测合格，产品安全可靠，对人体无毒副作用。

心理疏导在戒烟中也有其独特的作用，通过从行为应对技术（回避吸烟环境、通过运动转移注意力）、认知应对技术（普及戒烟常识、消除错误观念）、控制吸烟技术（争取家庭社区支持）等方面进行指导，可以对中药穴位贴敷的疗效加以巩固，防治再吸。

我院戒烟门诊经过十年的临床实践戒烟治疗总结，通过从生理和心理上同时戒烟，可以达到事半功倍的显著效果，只需二周左右就能戒除数十年烟瘾。

**编者按：**本文观察中药穴位贴敷与心理疏导结合戒烟治疗900例，样本量较大，“疗效”也较高，但惜未说明其戒断效果是多长时间（如三个月、半年或一年？）观察的结果。值得作者、有关单位和热心人士进一步探讨。

### 参考文献

1. 国内外中医药戒烟研究进展，中医药信息1988；（6）：18
2. 王志平激光耳针1280例尼古丁解毒疗效观察，针灸临床杂志1996；12（2）54
3. 张勤耳穴与体穴配合戒烟108例.中国针灸 1990；10（5）：23
4. 喻东山<<精神疾病临床治疗手册>>江苏科学技术出版社 2009;06第1版
5. 约翰·克劳夫顿及戴维·辛普森《烟草：威胁全球》由香港吸烟与健康委员会·国家控烟办联合出版中文版
6. 林江涛《烟草依赖的临床干预和伐尼克兰的临床试验》第14届全国控制吸烟学术研讨会2009；4(17)
7. 杨焱、王继江、王聪晓《我国成人烟草危害相关知识知晓率研究》第15届全国控制吸烟学术研讨会2011；4（20）
8. 王文营、杨丽《医药卫生》心理与健康 2002.07



# 认清吸烟危害 改变错误观念 戒除吸烟陋习

燕相山

作为一名呼吸内科医生，积数十年临床经验和所见所闻，深知吸烟的危害，本文仅谈点个人的心得体会，希望对各界朋友特别是对烟民朋友能够有所触动和启发。

## 世界无烟日

1989年世界卫生组织（WHO）决定将每年5月31日定为世界无烟日，这是因为人们越来越清楚地认识到，吸烟行为是人类社会诸多不良习惯中流传时间最长、传播地域最广、涉及人数最多、对健康损害最大的一种不良习惯。不但损害吸烟者的健康，而且也损害被动吸烟者的健康，甚至摧残他们的生命。

## 吸烟行为的历史和现状

吸烟起源于3千多年前南美洲土著印地安部落的一种祭祀仪式，司祭人员将一种叫做“Tabaco”的植物干叶（即烟草）装入竹筒中点燃后依次传吸，由于烟草的成瘾性，久而久之成为越来越多人的生活习惯，在各部落之间广泛流传，遂成为一种习俗。1492年哥伦布将烟草种子和吸烟方法作为一种生活时尚带回西班牙，依其声望和号召力，吸烟行为迅速传遍欧洲，随着航海和交通事业的发展，在数十年内传遍全世界，明朝中叶传入中国。

据WHO发布的数字，目前全世界的烟民约12亿。每年因吸烟引起的相关疾病死亡约1000万，按照这个比例计算，我国3.2亿烟民，每年因吸烟引起的死亡人数约260万，该数字超过了我国每年因传染病、肺结核、艾滋病及意外事故死亡人数的总和。如果现在不大力提倡戒烟，并制定有力措施严格控制吸烟人群的增长，至2020年全世界每年因吸烟死亡人数将达到2000万，我国也将达到530余万。

近年来，我国虽然不断宣传吸烟的危害，并制定了在医院、办公室、会议室、公共交通、影剧院及公共娱乐等场所禁止吸烟的规定，但是由于监管薄弱，处罚不力，收效不大。特别值得警觉的是，妇女和青少年人群的吸烟率近年有明显上升和低龄化趋势。此外，我国被动吸烟人口约5亿，大多数是烟民的家庭成员和同事，加起来我国受到烟毒损害的人口高达8-9亿，占总人口的60%左右。

## 吸烟损害健康摧残生命

吸烟行为只是为获得一时的精神满足而产生的精神依赖，烟瘾是可以解除的。而毒品是亲神经物质，毒瘾是毒品使人产生的神经依赖，戒毒会产生严重的难以忍受的戒断反应，戒除毒瘾是非常困难的。因此烟草制品可称为亚毒品，但就吸烟对健康损害的后果而言，称烟草为毒品也不为过。

吸烟受损害最严重的是烟民的呼吸系统。

## 呼吸系统的基本构造与功能

呼吸系统由供空气进出的呼吸道和进行气体交换的内呼吸区两大部分组成。

呼吸道分为上呼吸道，即鼻腔、咽部、喉腔，和下呼吸道，即气管、左右主支气管、叶支气管及其以下经过16-17次一分为二的不断分支到达终末细支气管，称为外呼吸区，如同树木的枝杈，故称为支气管树。气管、支气管都有“C”形软骨环作为支撑，以保证呼吸道畅通无阻。呼吸道黏膜表层为纤毛柱状上皮，每个细胞上约有200根长6-7微米的纤毛，黏膜下层分布着大量腺体分泌黏液，黏液覆盖在纤毛表面形成粘液毯，对吸入的空气具有加温、加湿、过滤，和粘附空气中的可吸入颗粒物使之随纤毛的规律摆动将痰液排出体外等空气净化功能。呼吸道分泌物中含有大量吞噬细胞、分泌型免疫球蛋白、多种抗病毒及强力抑菌、杀菌物质。这些保护功能和免疫机制保证进入肺泡的空气是温和、湿润、纯净、无毒、无害，甚至是无致病微生物的。因此，尽管呼吸系统是一个直接对外开放的器官，但是正常人的呼吸系统是不容易受到少量有害气体、粉尘、微生物等致病因子的侵入而患病的。

肺的气体交换系统是终末细支气管以下的内呼吸区，其结构也是由不断一分为二的1、2、3级呼吸性细支气管，每根3级呼吸性细支气管分出2-3个肺泡道，再分出肺泡囊，每个肺泡囊又与数个肺泡相通共同组成的。吸入空气中的氧气（O<sub>2</sub>）通过弥散进入肺泡膜之间的毛细血管，与红细胞中的血红蛋白结合运往全身各个器官和组织进行代谢，为生命提供能量。再将代谢产生的二氧化碳（CO<sub>2</sub>）运回到肺泡毛细血管，通过弥散进入肺泡，呼出体外。这一过程称为内呼吸。

每个肺泡直径约0.25毫米，每侧肺约有2-3亿个肺泡。一个成年人肺泡的气体交换总面积约为40-80平方米，具有强大的气体交换功能。在平静状态下，只需要30%的功能就能满足身体代谢的需要，另70%是储备功能，可随着身体活动量的增加相应增加换气量，满足运动的需要，所以正常人运动时不会感觉呼吸困难。

## 长期吸烟对呼吸系统的破坏

长期吸烟，烟雾直接刺激气管和支气管黏膜，使其充血、水肿、分泌物增加，烟雾中的多种有害物质还破坏呼吸道的免疫功能和防御机制及粘膜纤毛的排痰功能，支气管反复感染，引起长期咳嗽、咯痰，称为慢性支气管炎（简称“慢支”）。发展到细支气管时，气道狭窄、阻塞、痉挛，甚至扭曲、变形，则发生喘息伴哮鸣音，称为慢性喘息性支气管炎（简称“慢喘支”）。急性发作时，特别是老年人治疗不当或不及时，可因呼吸衰竭或诱发严重心律失常而死亡。

如此反复发作数十年，肺组织弹性减退，肺泡逐渐膨胀，容积增大，称为慢性阻塞性肺气肿（简称“肺气肿”）。病变的肺泡破裂，并逐渐融合成小如豆粒，大如乒乓球、皮球乃至占据整个肺叶的“肺大泡”，肺部气体交换面积逐渐缩小，患者呼吸困难也由轻度、中度、发展到重度，劳动能力随之逐年降低，直至完全丧失。这个过程是缓慢渐进的，大约需要几十年，病人明显感觉到体

力一年不如一年。当肺储备功能损失殆尽时，呼吸困难发展到极重度，剩余的肺功能仅够维持人的生存，平静状态下都感觉憋气，走路断断续续带喘，一旦发生呼吸道感染则因呼吸衰竭而死亡。

随着肺气肿、肺大泡的逐渐加重，肺毛细血管床逐渐减少，肺动脉压逐渐升高，终于发展为肺源性心脏病（简称“肺心病”）。反复发生呼吸衰竭伴心力衰竭，每次必须住院抢救，一般生存期不超过5年。

## **吸烟诱发肺癌和其他多种肿瘤**

烟雾中含有40余种致癌物质或助长癌变发展的因子，例如尼古丁、焦油、3-4苯并芘、氰化物、镉、砷等。据报道80%以上的肺癌患者有吸烟史，初始吸烟的年龄越小、烟龄越长、吸烟量越大，肺癌的发病率越高。有肿瘤家族史者肺癌发病率明显高于无肿瘤家族史者，吸纸烟者的肺癌发病率明显高于吸烟斗和雪茄者。自发明纸烟以来，肺癌的发病率逐年上升，到本世纪初，我国肺癌的死亡率已由上世纪70年代位于癌症死亡率的第四位攀升为第一位，这与纸烟丝中增加越来越多的添加剂以提高纸烟的口感、品位和价格不无关系。过滤咀对降低肺癌发病率效果不明显。

请不要相信商家为促销而标榜的所谓低毒烟、低焦油烟，甚至防癌烟等不科学、不负责任的虚假宣传，这些宣传只能误导烟民放松警惕，增加吸烟量，加重对健康的危害。需知，艺术家赵丽蓉生前曾对记者说她吸的是某烟厂提供的防癌烟，结果在她的演艺事业如日中天的时候，终因肺癌去世。

另外，烟雾中的致癌物质随唾液、痰液、饮食进入消化道，还是口腔癌、齿龈癌、舌癌、鼻咽癌、喉癌、食道癌、胃癌、结肠癌、直肠癌等的诱发因素之一，上述各种癌症的发病率也高于非吸烟人群。

## **吸烟也是动脉粥样硬化的诱发因素之一**

烟雾中的有毒物质经呼吸系统、消化系统进入血液，损伤血管内膜，血液中的胆固醇、甘油三酯、低密度脂蛋白沉积于动脉血管壁，形成动脉粥样硬化。因此，吸烟者的心脑血管病，如高血压病、冠心病、心绞痛、心肌梗塞、脑出血、脑梗塞、肾动脉硬化、下肢血栓闭塞性脉管炎等发病率，较不吸烟人群高而且严重。

## **被动吸烟的危害和后果同样十分严重**

需要特别指出的是，被动吸烟的危害和后果同样十分严重，必须提醒人们高度重视。临床证明，被动吸烟同样可以罹患慢支、慢喘支、肺气肿、肺心病及肺癌。绝大多数并无吸烟史的儿童、青少年及中老年妇女的久咳顽喘，是由于家庭成员或同事吸烟引起的。

近几年我看过8例不吸烟的女性肺癌患者，其中7例中老年女性的老伴都是长期大量吸烟者，有一位80岁老太太，老伴和大儿子因吸烟先后得肺癌去世，小儿子仍不接受教训继续吸烟，2009年老太太开始咳血，经胸片、CT检查已是左下周围型肺癌晚期，只好用一般支持疗法保守治疗，未明

确病理分型，半年后去世；余6例患者中4例为小细胞肺癌，就诊时均已发生肺门及纵膈淋巴结转移，有2例同时伴有胸膜及心包转移，均是肺癌晚期；另2例中1例为右上周围型肺癌，手术切除病理证实为鳞状细胞癌，术后2年死于纵膈转移；1例为右肺门中心型鳞状细胞癌，转肿瘤医院手术，失去联系。还有1例为28岁青年女性，25岁结婚前长期与吸烟的父母同住，28岁时产后3个月感觉呼吸困难，胸片、CT检查，左肺门巨大肿瘤与肺门纵膈转移形成巨大肿块伴左上阻塞性肺不张，病理证实为小细胞肺癌。该例与上述1例小细胞肺癌伴胸膜，心包转移者都曾进行过抗癌药物治疗，但都因药物反应强烈，自叹“生不如死”，放弃继续治疗，半年内先后在痛苦中死亡。

## 改变错误观念 戒除吸烟陋习

惨痛教训告诉人们，吸烟行为是源自原始部落的无知愚昧行为，是害人害己有百害而无一利的自残行为，奉劝烟民觉悟，坚决改变对吸烟行为的各种错误观念，彻底戒除这一危害人类健康、摧残生命的陋习。千万不要为了一时的精神满足而牺牲自己和家人的健康乃至生命。

人的生命只有一次，健康的身体是生命延续的保证。生命一刻也离不开O<sub>2</sub>，呼吸系统是提供O<sub>2</sub>的唯一途径，爱护你的肺就是爱护生命。健康的时候你可能感觉不到健康对你生活的意义，一旦失去健康陷入病痛则悔之晚矣。

当然，让数以亿计的人改变观念，戒除流行了千百年的不良习惯，难度之大可想而知，首先应把戒烟运动做为国策，以提供政策保证。吸烟行为有着长久巨大的历史文化惯性，历史上树立了一些名人吸烟的形象，如国人耳熟能详的罗斯福、丘吉尔、斯大林、毛泽东、邓小平等都是著名烟民，影视剧中吞云吐雾的镜头，现实生活中到处可见的吸烟氛围，社交场合彼此敬烟，礼尚往来互相送烟，这些现象让多数烟民误以为吸烟是一种高尚行为，尤其是青少年，好奇心强，爱模仿，在家庭和社会吸烟环境的影响下，青少年很容易染上这一不良习惯，使吸烟后继有人。据10年前统计，我国中学男生吸烟率为33%，女生为13%，总吸烟率为23%。60%的烟民是从青少年时期开始吸烟的，戒烟要从青少年时期抓起。

有些烟民在烟瘾的作用下对吸烟行为有许多错误认识，说什么“不吸烟，不喝酒，白在世上走”，“饭后一支烟，赛过活神仙”，“我不讲吃不讲穿，就这点嗜好，戒了烟还有什么乐趣？”还说什么“突然戒烟身体会出毛病”等，这些都是没有科学根据的，自欺欺人之谈。更有甚者，一些烟民对戒烟宣传不以为然，对吸烟引起多种疾病、危及生命的严重后果认识不足，或抱有侥幸心理，想当然地认为自己不会得上肺气肿、肺心病、肺癌等疾病，因此视戒烟宣传为小题大做，抱有抵触情绪，对公共场所禁止吸烟的规定不愿遵守，对他人的忠告表示反感，甚至认为别人多管闲事，说：“我抽烟抽死，我自己认了，别人管不着！”貌似满不在乎，其实是强词夺理，一旦得病后悔莫及。作为一个呼吸内科医生，在数十年的临床工作中见到更多的是喘息病人痛苦的呻吟；肺气肿病人因难以解除的呼吸困难失去生活信心，甚至轻生；肺心病病人因呼吸衰竭缺O<sub>2</sub>全身青紫，因右心衰竭全身浮肿而死亡；还有一旦被诊断肺癌患者恐惧、无助、绝望的表情和眼泪；晚期肺癌患

者因疼痛撕心裂肺的哭嚎和无可挽回的悔恨。

## **戒烟越早 效果越好**

作为专业医生，我要反复劝戒烟民，千万不要再让烟毒继续损害你和家人的健康。临床实践证明，彻底戒烟并杜绝二手烟，慢支、慢喘支是完全可以治愈的，戒烟越早，效果越好。轻、中度肺气肿也可因治愈了慢喘支，解除了气道阻塞，而停止或减慢发展进程，让剩余的肺功能继续为你服务更长时间。即使已经发展为肺心病，也可因戒烟减少急性发作而延长你的生命。有人统计，随着戒烟时间的延长，肺癌的发病率会逐渐降低，戒烟15年以后将接近不吸烟人群的发病率。

临床实践还证明，只要充分认识到吸烟的危害性，戒烟并不困难。我接诊过的病人，经我晓以利害、严肃耐心的劝戒，大多数都能戒烟或杜绝二手烟。与此同时，采用中西医结合，预防为主，标本兼治，防治结合的原则，使用多种免疫调节药物增强机体免疫力，并合理使用抗过敏、消炎、止咳、平喘、化痰等中西药物，治疗支气管哮喘、慢支、慢喘支、肺气肿、肺心病等，效果都十分理想。数十年来，经我诊治的数以万计的临床病人，大都取得了良好疗效，使许多患者的久咳顽喘得到持续缓解，呼吸顺畅，恢复自信，摆脱了多年的痛苦，重新健康而愉快地生活。

# 中国“低焦油香烟”并没有使其尼古丁和致癌物质含量降低

甘泉<sup>1,2</sup>, 卢伟<sup>3</sup>, 徐继英<sup>3</sup>, 李新建<sup>3</sup>, Maciej Goniewicz<sup>2,4</sup>,  
Neal L Benowitz<sup>2,4</sup>, Stanton A Glantz<sup>2,5</sup>

(1 国际防痨和肺部疾病联合会, 2 加州大学旧金山分校烟草控制研究和教育中心,

3 上海疾病预防控制中心, 4 加州大学旧金山分校医学和生物药理学系,

5 加州大学旧金山分校癌症中心医学系和心血管疾病研究院)

**摘要 背景** 在中国, 吸低焦油香烟越来越受到欢迎, 中国烟草总公司承诺低焦油香烟比普通香烟更安全。**方法** 在上海共招募 543 名男性吸烟者, 随机分成 3 组, 分别吸焦油含量不同的香烟 (15mg 普通香烟; 10~13mg 低焦油香烟; <10mg 低焦油香烟), 入选者需完成一份与吸烟习惯有关的问卷, 同时提供一份尿液标本以检测尼古丁的代谢产物可替宁和反-3-羟基可替宁。另外, 随机抽取了 177 份尿液标本并检测其中致癌物质 PAHs 以及烟草中特有的 NNK、NNAL 和 NNAL-葡萄糖苷酸含量。由于浓缩和稀释尿液可能导致上述检测物变性, 我们通过肌酸酐对最终结果进行标准化。**结果** 低焦油烟吸烟者的吸烟量比普通烟吸烟者的吸烟量较少, 差异存在统计学意义 ( $P=0.001$ ); 然而, 低焦油烟吸烟者尿液中的可替宁、反-3-羟基可替宁及 PAHs 浓度与普通烟吸烟者比较并不存在显著差异; 同时, 低焦油量烟吸烟者尿液中 NNHL 浓度却高于高焦油量烟吸烟者。**结论** 中国“低焦油香烟”并没有使其尼古丁和致癌物质含量降低, 所以, 低焦油香烟并不能减少其对人体的危害。中国烟草总公司所承诺的“低焦油香烟比普通香烟更安全”违背了世界卫生组织在 2005 年所颁布的全球控烟协定。

**Abstract Background** Low-tar cigarette smoking is gaining popularity in China. The China National Tobacco Corporation (CNTC) promotes low-tar cigarettes as safer than regular cigarettes. **Methods** A total of 543 male smokers smoking cigarettes with different tar yields (15 mg, regular cigarettes, 10-13 mg low-tar cigarettes and <10 mg low-tar cigarettes) were recruited in Shanghai, China, who then completed a questionnaire on smoking behavior and provided a urine sample for analysis of the nicotine metabolites cotinine and trans-3-hydroxycotinine. A total of 177 urine samples were selected at random for the analysis of the carcinogens polycyclic aromatic hydrocarbon metabolites (PAHs) (1-hydroxypyrene, naphthols, hydroxyfluorenes and hydroxyphenanthrenes) and the tobacco specific nitrosamine 4-(methylnitrosamino)-1-(3-pyridyl)-butanone (NNK) metabolites, 4-(methylnitrosamino)-1-(3-pyridyl)-butanol (NNAL) and NNAL-glucuronide. Values were normalised by creatinine to correct for possible distortions introduced by dilution or concentration of the urine. **Results** Smokers of low-tar cigarettes smoked fewer cigarettes per day ( $p<0.001$ ) compared to smokers

of regular cigarettes. Despite this lower reported consumption, levels of cotinine, trans-39-hydroxycotinine and PAHs in urine of people smoking low-tar cigarettes were not correlated with nominal tar delivery of the cigarettes they smoked. Urine concentrations of NNAL were higher in smokers of lower tar than higher tar cigarettes. **Conclusions** Chinese low-tar cigarettes do not deliver lower doses of nicotine and carcinogens than regular cigarettes, therefore it is unlikely that there would be any reduction in harm. CNTC's promotion of low-tar cigarettes as 'less harmful' is a violation of the World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control, which China ratified in 2005.

## 引言

早在19世纪50年代，就有烟草公司致力于设计焦油含量低的香烟，希望通过此种办法生产低危害香烟，此种尝试并没有生产出低危害香烟，烟草公司发现低焦油香烟并没有因为烟草设计的改变而减少尼古丁及致癌物质的含量及其对吸烟者带来的伤害。低焦油香烟被设计得燃烧更快、通风更好，然而，吸烟者可以通过增加吸烟量、吸烟强度及堵塞通风口以满足人体对尼古丁的需求。

法律的关注使得烟草公司生产外表上看起来对人体危害小的被称作为“低”和“淡”的香烟，低焦油量香烟的流行受到了关注。事实上，烟草公司通过大量调查低焦油香烟吸烟者的吸烟习惯，然后设计出通过吸烟机器测试显示尼古丁及焦油量含量相对较低的香烟，而事实上，吸此种香烟的吸烟者其尼古丁摄入并没有减少。作为联邦烟草法的主要部分，它认为美国烟草公司违背了RICO并欺骗了公众。作为补救措施，它要求烟草公司停止使用“低”和“淡”作为广告词。因为同样的原因，世界卫生组织烟草控制框架条约要求其成员国立法禁止使用“低”和“淡”作为广告词。

中国烟草总公司作为政府部门之一，是中国烟草垄断代理商，也是全世界最大的烟草制造商，并且在中国市场占有主导地位。从20世纪80年代中期开始，中国烟草总公司就开始着手在全国范围内生产低焦油香烟，基于不懈的努力，中国国内所销售的香烟所含焦油量从1980年的26.1mg/支下降到1985年的20mg/支，到了1990年，已降至12.8mg/支。在2004年，中国烟草公司规定在中国所销售的香烟的焦油含量不得超过15mg/支。中国烟草公司的降低焦油含量战役使得吸低焦油香烟在烟民中受到广泛欢迎。2007年的调查结果发现，从2002年的5.6%上升至现在，中国近20%的香烟销量有焦油含量低于12毫克。在一些地区，如北京、上海、大连、福建，超过2%的香烟焦油含量低于8毫克。在2006年中国烟草总公司开展了把“发展减少有害香烟（包括低焦油香烟）”做为2006-2020研究发展计划的一个重点。

虽然一直对低产香烟吸烟问题进行深入研究，并已获得了可观西方国家的关注，事实上在中国并非如此。少数发表的研究报告已研究中国的低焦油香烟对健康的影响。中国的低焦油香烟是由中国烟草总公司，比美国和其他西方国家更加明确认为比普通香烟“低危害”，是其替代品（图表2）。2007年调查发现，在中国的八个主要的大都市地区71%的受访者认为，“低焦油香烟”对健康害处小。由于烟草在不同的国家生产不同，因此重要的是研究中国的低焦油香烟的问题。

本实验研究通过检测对低焦油香烟和普通香烟吸烟者尿液中的尼古丁代谢物和致癌物质存在情况，说明前者对健康的危害更小。在西方国家，我们发现吸所谓“机器测定的低焦油含量”香烟与吸普通香烟的人相比，并没有减少尼古丁和致癌物质的暴露。

## 方法

### 采样步骤

实验数据收集自中国上海，时间从2008年1月至4月。所有入选者均是吸中国品牌香烟的吸烟者。总共543位入选者是从4个上海驾驶员体检中心选取，在这里本地驾照的驾驶员要求每1-6年进行一次体格检查（时间取决于驾照的类型）。要求入选者出示自己最常吸的盒装香烟，记录香烟上标明的焦油含量。入选及排除标准：1. 因为中国女性吸烟人数极少，因此排除女性吸烟者；2. 入选者年龄在18-65岁，无癌症、心脏疾病及呼吸系统疾病病史；3. 入选者平均每日吸烟5支以上；4. 入选者吸此品牌的香烟至少3个月以上。尽管中国的吸烟者吸烟的品牌混杂不一，但是还是选其所吸香烟最主要的品牌的焦油含量作为参考。每个合格的入选者签署知情同意书和调查问卷，并在调查的最后取其25ml尿液样本。

以上步骤由美国加州大学旧金山人类研究委员会和上海疾病控制和预防委员会中心批准通过。

### 吸烟者尿液中烟草烟雾化学成分的检测

尿液标本被冷冻，然后运送到旧金山总医院进行分析，检测由加州大学旧金山分校的海伦·迪勒家庭

综合癌症中心的烟草生物标志物检测设施完成。可替宁和转-3-羟基可替宁，尼古丁的两个主要代谢产物，4-(甲基亚硝胺)-1-(3-吡啶基)-丁醇(NNAL)和NNAL-葡萄糖苷酸代谢物硝基-4-(甲基亚硝胺)-1-(3-吡啶基)-丁醇(NNK的)，烟草特定的亚硝胺和烟草烟雾中的一个最有力致癌物质，我们对多环芳烃(PAHs)的代谢产物，它代表一类产品，其中包括一些致癌物进行了检测。可替宁和转-3-羟基可替宁使用液相色谱测定。NNAL和NNAL-葡萄糖苷酸的测定使用液相色谱质谱法，结果表示为NNAL的总量。多环芳烃的代谢产物1-羟基芘，萘酚，hydroxyfluorenes和hydroxyphenanthrene由液相色谱质谱法测定，结果表示为的PAHs的总量。可替宁，转-3-羟基可替宁，PAHs总量和NNALs

总量由尿肌酐进行标准化，纠正由于尿液的稀释或浓度引起的变化。每支香烟中肌酐标准化可替宁、转-3-羟基可替宁，总PAHs和总NNAL的水平由吸烟者每天的吸烟量进行估算。

543份标本都进行了可替宁及转-3-羟基可替宁水平的检测。考虑到费用问题，我们随机抽取180份尿液标本进行总PAHs及总NNAL的测定。子样本未受到可替宁、转-3-羟基可替宁、香烟、每天吸烟量、人口指标的影响。22名参加者因为具有典型的非吸烟者低可替宁水平(<50毫克/升)被排除在研究之外，由于问卷不完整，另外5名参与者被排除。最后，516参与者的可替宁和转-3-羟基可替宁、177人参与者的PAHs总量和NNAL总量得到了分析。在可替宁、转-3-羟基可替宁、每天的



吸烟量或人口中的多环芳香烃的参与者和NNAL致癌物质无统计学差异存在。

### 统计方法

焦油评级和所有变量之间的关系检验使用Spearman秩序相关检验，将人口变量重新编码。使用非参数Spearman秩序检验相关实际的焦油含量与将数据作为“群体”中的方差分析相比，是更敏感的方法。原因有两个：第一，将样本作为组对待忽略了一个事实，衡量焦油是区间尺度，没有一个绝对的尺度，可能影响数据的有效性；第二，分组数据将增加组内方差并降低分析的准确性。

### 基金来源的作用

基金来源对本研究的实验设计、样本收集、分析、数据处理、文章写作报告、论文的写作发表均没有任何影响。

## 结果

入选者的人口统计资料介绍见表1。吸烟者吸烟的焦油含量与人口统计资料间无显著相关关系。每日吸烟量与焦油水平相关 ( $P < 0.001$ )。吸低焦油香烟的吸烟者与吸高焦油香烟的吸烟者相比会消耗更少的香烟。

### 吸烟更换

在353名低焦油香烟 ( $< 14\text{mg}$ ) 的吸烟者中，以5年为中位数，276名吸烟者从以前的品牌更换到现在的品牌 (IQR 2-7年)。总共有230个从高级别的品牌更换到低级别的品种，包括120名从普通品牌更换来。最经常提到的更换到低焦油品牌香烟的原因是“味道更好” (50%)，价格也是一个重要的原因 (21%)。虽然在中国一般低焦油香烟比普通香烟更昂贵，我们观察到两个价格相关的相反的更换吸烟品种的原因，一些吸烟者是因为目前的品牌更实惠 (5%)，然而另一部分更换的原因是因为目前的品牌更贵，并且请别人抽烟时会“更有面子” (16%)，这是中国的一种常见现象。第三个更换吸烟品种的原因是因为与健康相关，因此会选择低焦油香烟 (15%)。

### 尿液中尼古丁代谢产物的水平，总多环芳烃和总NNAL

标定的焦油评级与对每吸入一支烟后吸烟者尼古丁代谢物可替宁水平及尿液 (图3表1) 中的反-39-hydroxycotinine水平无显著相关关系 (表1)。总PAHs与可替宁和反-39-hydroxycotinine趋势相同，并且与标定焦油评级的不同无显著联系 (图4表1)。

吸烟者尿液总NNAL和香烟焦油评级有显著 ( $P = 0.050$ ) 的负相关关系 (图4和表1)，用每日烟草消耗进行校正后，这一相关关系仍然接近有显著差异 ( $P = 0.053$ )。

## 讨论

中国的烟草业宣称 (图2)：“低焦油香烟是安全的产品”，但是目前的研究结果并不支持这个声明。在美国，我们并没有发现吸低焦油量香烟与吸烟者尿液中尼古丁的代谢物质或者致癌物质的生物标志物PAHs总水平的降低之间有关联。与预期的结果相反的是 (尤其是从报道了吸低焦油香烟的吸烟者烟草消耗水平较低开始)，吸烟者尿液中致癌物质NNAL水平会随着香烟标明的焦油

水平的下降而增加。因此，不仅不能证明减少每支香烟的焦油量是安全的，而且实际上相对于高焦油香烟，低焦油香烟的危害性可能会更高。

我们的研究结果表明中国低焦油香烟营销的健康声明误导了公众。吸低焦油香烟的吸烟者相较于吸普通香烟的吸烟者每天吸了更少的香烟，即使吸低焦油香烟的吸烟者从吸普通香烟转变为低焦油香烟后其每天的吸烟量是增加的。这个结果表明这些转换者可能倾向于更健康的意识，甚至在转换成低焦油香烟之前，较其他吸烟者吸更少的香烟。出于健康的考虑是最经常被提到的转换低焦油量香烟的原因之一。然而，尽管报告的消耗量较低，但是吸低焦油香烟的人的尿液里尼古丁代谢物质和致癌物的水平并不比吸普通香烟的人低。这个结果表明，吸低焦油香烟的吸烟者通过比吸普通香烟者吸入得更深来弥补低焦油香烟产生的尼古丁量。

由于在中国见面后相互递烟是一种常见的社交礼仪，因此吸烟者们可能会在同一时间吸几种不同品牌的香烟。值得幸运的是，规律吸烟的吸烟者吸普通香烟（15毫克焦油）甚至吸几种不同品牌香烟仅仅吸了15毫克的香烟。相同情况也发生在吸少于10毫克的香烟甚至吸8毫克焦油含量香烟的吸烟者。然而，对于吸烟焦油量在10毫克到13毫克之间的吸烟者，在人们吸的一些品牌的香烟中焦油含量水平会有变化，但是所有这些品牌香烟的焦油量低于10毫克到13毫克这个范围。我们分析的尼古丁代谢物质和致癌物与标称的焦油含量之间的关系，是基于这些人中大多数品牌香烟的焦油含量的。

为了检验香烟品牌在吸焦油含量在10毫克到13毫克之间的吸烟者尿液代谢物和焦油含量之间关系的影响，我们检测了尼古丁摄入指标和致癌物质指标（总PAHs,总NNAL），以及相对于每支香烟包含三个焦油含量水平（10毫克、12毫克和13毫克）的上述四个指标的水平，发现这些亚组之间烟草暴露和尼古丁产生量之间没有显著相关性。吸入10毫克到13毫克焦油含量的混合牌子香烟对尿液代谢物及所有样本的焦油产生量的影响应该是最小的。

我们的研究支持以往的研究结果，与普通吸烟者相比，低焦油香烟的吸烟者香烟消耗量调整后的可替宁水平并不减低。

我们的研究是首次通过从烟草烟雾中直接测定致癌物质暴露的生物标志物来评价中国低焦油香烟的安全声明。没有证据显示烟草毒素吸入暴露会减少，因此吸低焦油香烟不可能减少任何害处。来自其他国家的证据显示低焦油含量香烟代替普通香烟并不能降低对人体的危害，而我们的研究支持这一论断。世界卫生组织烟草控制框架公约“烟草控制（FCTC）要求各方制定立法停止使用类似于“低焦油、淡、超淡味的和轻微的”等词语用于香烟烟盒上，因为它们虚假的健康暗示（第11.1条）。中国在2005年批准了“烟草控制框架公约”，但是2010年4月在中国一些此类的词语仍然普遍的出现在了许多香烟的烟盒上。中国烟草总公司这样的推广活动显然违反了“烟草控制框架公约”。

## 参考文献

1. Glantz SA, Slade J, Bero L, et al. The cigarette papers. Berkeley, CA: University of California Press, 1996.
2. National Cancer Institute. Risks associated with smoking cigarettes with low machine-measured yields of tar and nicotine. Bethesda, MD: US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute, 2001.
3. Stratton KR. Institute of medicine (US). Committee to assess the science base for tobacco harm reduction. clearing the smoke. Washington, D.C: Assessing the Science Base for Tobacco Harm Reduction, 2001.
4. Benowitz NL, Hall SM, Herning RI, et al. Smokers of low-yield cigarettes do not consume less nicotine. *N Engl J Med* 1983;309:139e42.
5. Benowitz NL, Jacob P 3rd. Nicotine and carbon monoxide intake from high- and low-yield cigarettes. *Clin Pharmacol Ther* 1984;36:265e70.
6. British American Tobacco. R&D views and potential marketing opportunities. 1984. <http://legacy.library.ucsf.edu/tid/bzs76b00>.
7. Creighton DE, Watts BM. The effect of introducing pinholes in front of the filter on human smoking pattern report no. Rd. 909-R: Brown & Williamson, 1972. <http://legacy.library.ucsf.edu/tid/odw14f00>.
8. Fagan R. Moral issue on FTC Tar. 07. Philip Morris, 1974. <http://legacy.library.ucsf.edu/tid/uou74e00>.
9. Judge Gladys Kessler. Final Opinion: United States of America V. Philip Morris Incorporated, Et Al. Civil Action No. 99-2496. August 172006.
10. Anderson SJ, Ling PM, Glantz SA. Implications of the federal court order banning the terms "light" and "mild": what difference could it make? *Tob Control* 2007;16:275e9.
11. World Health Organization. WHO framework convention on tobacco control. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2003, 2008. <http://www.who.int/fctc/en/index.html> (accessed Apr 2010).
12. Lei Z, Yang J, Chu G, et al. The past, present and future of cigarette tar reduction in china. *cigarette technologies* (In Chinese). 2003;5:29e31.
13. China National Tobacco Corporation. China national tobacco corporation: the new upper limit of cigarette tar level. 2004. <http://www.tobaccochina.com/news/data/20041/z114085554.htm> (accessed 20 Dec 2009).
14. Horizon-China. An analysis of the market of light cigarettes in China. 2007. [http://www.tobaccochina.com/news/analysis/wu/20086/20086118171\\_307124.shtml](http://www.tobaccochina.com/news/analysis/wu/20086/20086118171_307124.shtml) (accessed 20 Dec 2009).
15. China National Tobacco Corporation. The Mid- to Long-Term Technological Development Plan of the Chinese Tobacco Industry (in Chinese). 2006.
16. Blackford AL, Yang G, Hernandez-Avila M, et al. Cotinine concentration in smokers from different countries: relationship with amount smoked and cigarette type. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2006;15:1799e804.
17. Jaakkola MS, Ma J, Yang G, et al. Determinants of salivary cotinine concentrations in chinese male smokers. *Prev Med* 2003;36:282e90.
18. Hecht SS. Human urinary carcinogen metabolites: biomarkers for investigating tobacco and cancer. *Carcinogenesis* 2002;23:907e22.
19. Jacob PI, Yu L, Duan M, et al. Determination of the nicotine metabolites cotinine and trans-3'-hydroxycotinine in biological fluids of smokers and non-smokers using liquid chromatography - tandem mass spectrometry: biomarkers for tobacco smoke exposure and for phenotyping cytochrome P450 2a6 activity. (in preparation). 2009.
20. Jacob P 3rd, Havel C, Lee DH, et al. Subpicogram per milliliter determination of the tobacco-specific carcinogen metabolite 4-(methylnitrosamino)-1-(3-pyridyl)-1-butanol in human urine using liquid chromatography-tandem mass spectrometry. *Anal Chem* 2008;80:8115e21.
21. Jacob P 3rd, Wilson M, Benowitz NL. Determination of phenolic metabolites of polycyclic aromatic hydrocarbons in human urine as their pentafluorobenzyl ether derivatives using liquid chromatography-tandem mass spectrometry. *Anal Chem* 2007;79:587e98.



图 1 在中国市场上，香烟焦油含量下降已超过了 25 年（此图表选用于雷等<sup>12</sup>）。



图 2 一份 2007 年的在中国“中南海”引领低焦油含量香烟的品牌之一的杂志广告。

在图2的底部写着:低一点，更多关爱。低危害香烟给您更多关爱！香烟包含了快乐和危害的矛盾元素。中南海一直致力于制造低危害香烟技术的研究和发展。所有产品都融入了世界上最先进的低危害香烟技术，给您的吸烟生活提供了一个健康的保证（图片由苏珊-劳伦斯无烟草儿童中国办公室提供）。

表 1 以标称的焦油含量分级为标准测定的尼古丁代谢产物和致癌物水平

标称的焦油含量分级（每支烟）	15 mg	13 mg	12 mg	10 mg	8 mg	rs	P 值
样本量	175	43	74	51	165		
平均年龄 (SD)	44.5 (8.9)	46.9 (8.1)	42.2 (8.1)	43.3 (10.5)	43.3 (9.5)	0.075	0.089
文化程度 N (%)						0.063	0.154
初中及以下	52 (30%)	26 (60%)	19 (26%)	19 (37%)	42 (25%)		
中等专科	93 (53%)	13 (30%)	37 (50%)	27 (53%)	86 (52%)		
大专	21 (12%)	4 (9%)	11 (15%)	4 (8%)	27 (16%)		
大学及以上	9 (5%)	0 (0%)	7 (9%)	1 (2%)	10 (6%)		
职业情况 N (%)						0.022	0.617
从业人员	164 (94%)	38 (88%)	69 (93%)	45 (88%)	152 (92%)		
失业人员	11 (6%)	5 (12%)	5 (7%)	6 (12%)	13 (8%)		
月收入 N (%)						0.039	0.373
<500 元	7 (4%)	5 (12%)	4 (5%)	5 (10%)	8 (5%)		
500~999 元	1 (1%)	3 (7%)	0 (0%)	1 (2%)	6 (4%)		
1000~1999 元	30 (17%)	18 (42%)	9 (12%)	5 (10%)	32 (19%)		

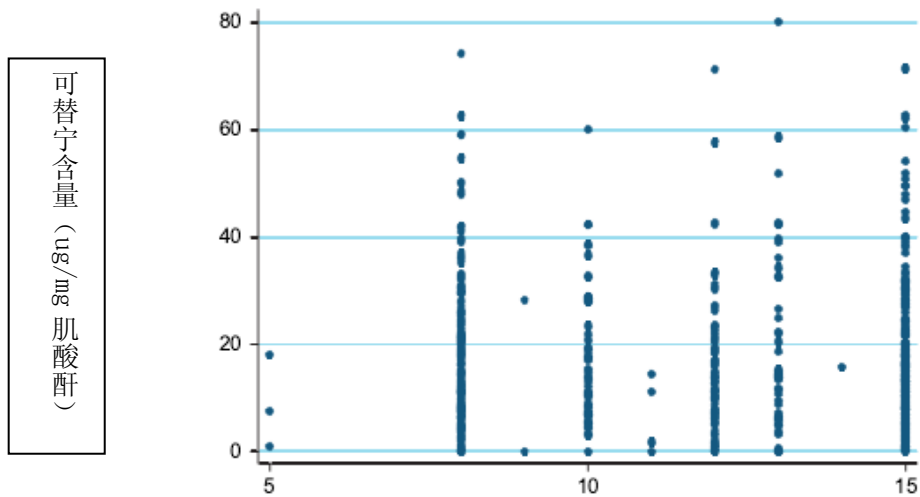
2000~4999元	107 (61%)	16 (37%)	47 (64%)	32 (63%)	100 (61%)		
≥5000元	30 (17%)	1 (2%)	14 (19%)	8 (16%)	19 (12%)		
从普通香烟更换为低焦油含量后日消费变化						-0.052	0.398
下降		11%	14%	14%	13%		
无变化		56%	64%	57%	52%		
上升		33%	21%	28%	34%		
烟量/日	20 (10~20)	18 (10~20)	11 (10~20)	20 (10~20)	15 (10~20)	0.152	0.001
尼古丁代谢产物							
可替宁(mg/mg肌酸酐)	16.1 (8.9~27.0)	14.4 (7.2~32.7)	12.8 (7.1~20.4)	14.9 (7.6~28.0)	16.1 (8.2~25.4)	0.012	0.654
可替宁/每支烟 (mg/mg肌酸酐)	0.84 (0.56~1.50)	0.93 (0.56~1.85)	0.91 (0.60~1.66)	0.71 (0.42~1.75)	1.00 (0.56~1.85)	0.068	0.123
转-3-羟基可替宁 (mg/mg肌酸酐)	33.3 (16.4~63.4)	37.2 (19.3~74.4)	25.8 (10.9~48.0)	31.9 (19.2~64.9)	38.0 (16.9~62.9)	0.001	0.974
转-3-羟基可替宁/每支 (mg/mg肌酸酐)	2.02 (0.92~3.36)	1.99 (1.00~4.51)	2.04 (0.76~4.14)	2.02 (1.06~3.51)	2.39 (1.26~4.11)	0.071	0.109
致癌物							
样本量	60	14	28	18	56		
总 PAHs (pmol/mg肌酸酐)	153 (95~195)	159 (113~206)	142 (94~177)	152 (105~224)	121 (88~166)	0.125	0.999
总 PAHs/每支 (pmol/mg肌酸酐)	8.46 (5.31~13.22)	8.33 (6.99~16.08)	9.66 (6.99~14.30)	10.4 (5.36~16.42)	6.72 (4.40~10.98)	0.109	0.149
NNAL (pmol/mg肌酸酐)	0.22 (0.16~0.37)	0.35 (0.22~0.41)	0.26 (0.20~0.36)	0.33 (0.22~0.45)	0.292 (0.190~0.479)	0.148	0.050

NNAL/每支 (pmol/mg肌酸酐)	0.0160 (0.00918~0.0220)	0.0217 (0.0118~0.0402)	0.0212 (0.0121~0.0406)	0.0198 (0.0146~0.0352)	0.020 (0.0111~0.0324)	0.146	0.053
----------------------	----------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	--------------------------	-------	-------

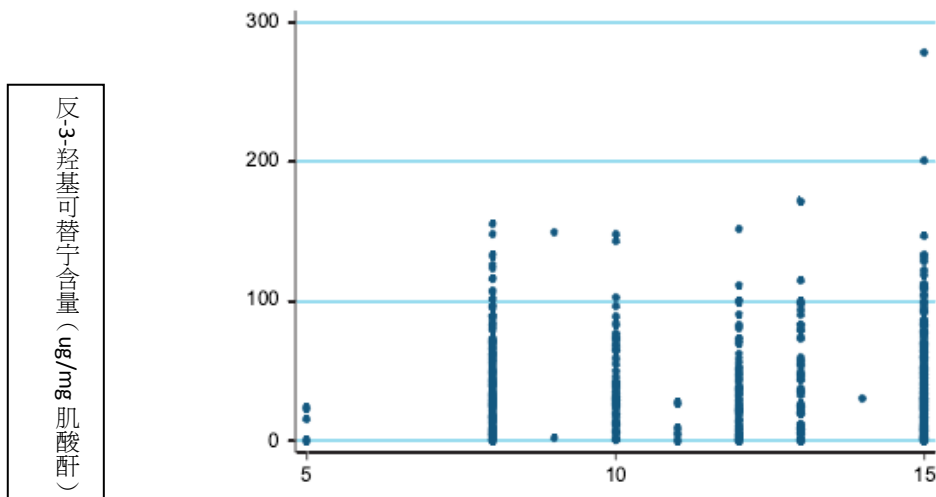
本表中的结果不包括3位吸5毫克焦油含量香烟的参与者，一位吸9毫克焦油含量香烟的参与者，3位吸11毫克焦油含量香烟的参与者，和一位吸14毫克焦油含量香烟的参与者，因为这几个焦油含量组中人员太少。然而，这些数据包含了Spearman顺序相关检验和相关的P值。这些都是双变量的P值；没有任何人口统计变异值的调整。

zMedian (IQR)

NNAL, 4 - (甲基亚硝胺) -1 - (3 - 吡啶基) - 丁醇;PAH, 多环芳烃代谢。



当前的主要品牌 (Mg/cig)



当前的主要品牌 (Mg/cig)

图3 对每吸入一支烟后吸烟者可替宁水平 (RS=0.012, P=0.782) 或反-3-羟基可替宁水平 (RS=0.001, P=0.974) 与当前主要品牌香烟标定的焦油评级之间无显著相关关系。

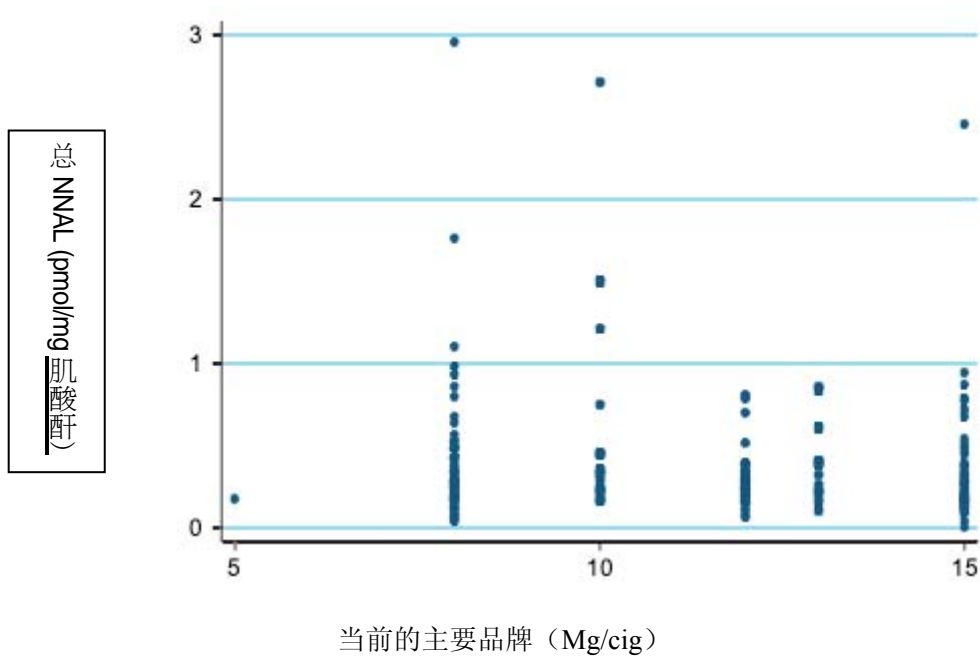
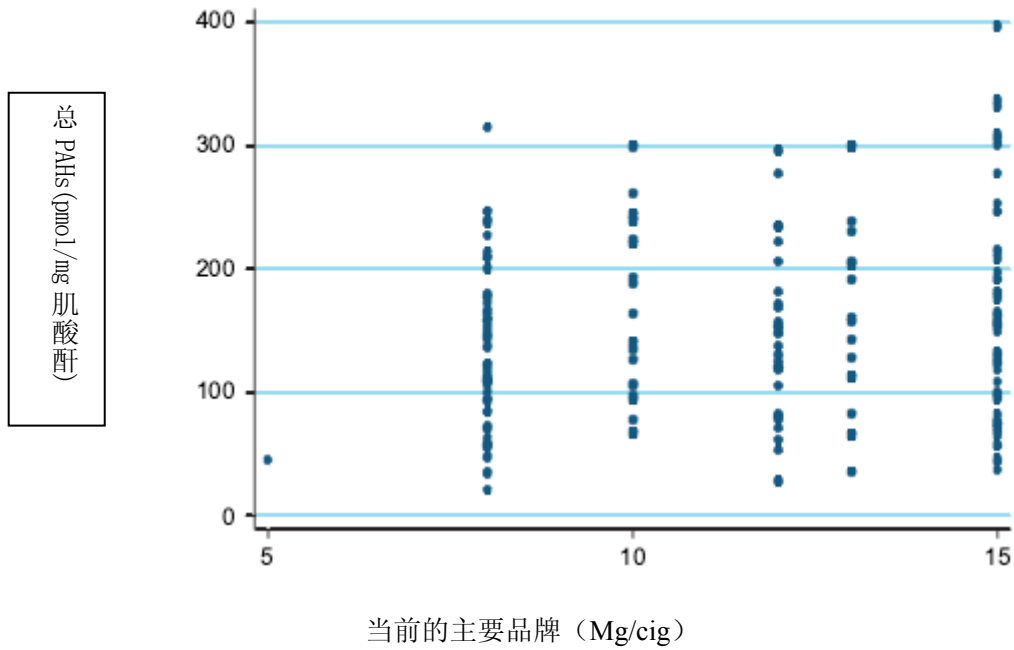


图4 多环芳烃代谢物 (PAHs) 水平 (RS=0.109, P=0.149) 与烟盒上标定的焦油含量水平之间没有显著的相关性。4-(甲基亚硝胺)-1-(3-吡啶基)-丁醇 (NNAL) 和标明的焦油含量之间呈显著相关 (RS=0.148, P=0.050)。吸低焦油含量香烟的吸烟者尿中NNALs的含量增高。

# 中草药卷烟的致癌性和成瘾性与普通卷烟没有差别

甘泉<sup>22</sup>, 杨杰<sup>23</sup>, 杨功焕<sup>23</sup>, Maciej Goniewicz<sup>22 24</sup>,

Neal L. Benowitz<sup>22 24 25</sup>, Stanton A. Glantz<sup>22 25</sup>

**摘要** 目标: 本文将验证中国烟草业的“中草药卷烟比普通卷烟危害小”的声明的正确性。

方法: 本文的研究方法是横断面调查。来自国内一个城市的 135 名中草药卷烟吸烟者和 143 名普通卷烟吸烟者完成了关于吸烟行为的问卷调查并且进行了尿样采集。对尿样中的以下烟草烟雾成分进行了实验室检测: 可替宁和反-3'-羟基可替宁、多环芳烃的代谢物 (1-羟基芘、萘酚、羟基芴、羟基菲) 和烟草特有亚硝胺 4-(methylnitrosamino)-1-(3-pyridyl)-butanol (NNAL) 和 NNAL 葡萄糖醛酸。烟草特有亚硝胺的检测只在随机选择的 47 名中草药卷烟吸烟者和 51 名普通卷烟吸烟者中进行。为了避免尿液浓度的影响, 检测结果进行了肌酐校正。结果: 对于健康的担忧是吸烟者从普通卷烟转吸至中草药卷烟的主要原因之一。转吸至中草药卷烟后, 吸烟者反映其吸烟量有所增加。中草药卷烟吸烟者和普通卷烟吸烟者尿液中四种检测物 (可替宁、反-3'-羟基可替宁、总 NNAL、总多环芳烃) 的水平没有差别 ( $P=0.169$ ,  $P=0.146$ ,  $P=0.171$ ,  $P=0.554$ )。总 NNAL 和总多环芳烃的含量都与可替宁和反-3'-羟基可替宁显著相关 (四组相关性的  $P$  值都小于 0.001)。结论: 本研究的结果显示, 吸烟者从中草药卷烟吸入的致癌物质并不比从普通卷烟吸入的少。公众需要知晓这个事实, 中国烟草业应该避免将中草药卷烟宣传为低害产品, 进而误导公众。(Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2009;18(12):3497-501]

## 背景:

在西方国家, “中草药卷烟”通常指不含有烟草或尼古丁的、由不同草药制成的卷烟。在国内, 烟草公司从 70 年代开始生产既含有中草药、也含有烟草的“中草药卷烟”<sup>[1]</sup>。在生产过程中, 中草药的提取物与烟叶混合或被喷洒至烟叶上<sup>[2]</sup>。很多中草药都被用作卷烟的添加物, 包括常见的人参和绞股蓝<sup>[2]</sup>。<sup>26</sup> 大多数应用于卷烟的中草药都在中医中被广泛用于治疗或补充营养。自国内第一个中草药卷烟品牌“长乐”烟 (北京卷烟厂) 于 1979 年投入市场以来<sup>[2]</sup>, 越来越多的中草药卷烟品牌开始涌现。在 90 年代, 中草药卷烟开始受到消费者的广泛欢迎。迄今为止最畅销的两个中草药卷烟品牌“金圣”和“五叶神”在 2008 年的销量合计超过 200 亿支, 占中国烟草业当年产量的 1% 还多。<sup>27 28 29</sup> [作为比较, Lucky Strike 在 1965 年的时候占美国卷烟市场份额的 1.1%<sup>[3]</sup>, Virginia Slims 占

<sup>22</sup>加州大学旧金山分校烟草研究和教育中心

<sup>23</sup>中国疾病预防控制中心

<sup>24</sup>加州大学旧金山分校医学和生物医药科学系, 临床药物和实验治疗组

<sup>25</sup>加州大学旧金山分校 Helen Diller Family 癌症综合中心, 医学系和心血管研究学院

<sup>26</sup>烟草中国网。“乌兰浩特卷烟厂在国内首创‘19+1’中药香烟”。<http://so.16888.com.cn/snapshot/20021028152616213.html>; 2002。(2012年6月29日查阅)

<sup>27</sup>苏东。“五叶神行销传奇 几个人营销人员就能打出天下”。<http://biz.163.com/05/0531/09/1L2RJNV100020QDS.html>; 2005。(2012年6月29日查阅)

<sup>28</sup>江西中烟市场营销中心“金圣品牌呈现良好发展态势 销量突破12万箱”。



2000 年美国卷烟市场份额的 2.6%。<sup>30</sup>包括金圣和五叶神在内的大多数中草药卷烟的机测焦油释放量都与普通卷烟相同 (15mg)。

虽然中草药卷烟在国内所占的市场份额还相对较小,但是其正在迅速扩张国内市场并出口至国外。金圣在 2008 年出口至菲律宾、新加坡、印度尼西亚、马来西亚、柬埔寨、缅甸、加拿大和台湾。<sup>31</sup> 在 2003 年,金圣在菲律宾首都马尼拉的销量占有进口卷烟的 90%。<sup>32</sup> 中南海是中国第一个低焦油中草药卷烟品牌 (1、3、5、6、8 毫克),其在本国取得了很好的销售业绩。同时,中南海还出口到美国、新加坡、马来西亚、台湾、香港和澳门。<sup>33</sup>

在中国烟草业的宣传中,中草药卷烟通常被描述为低危害、甚至能带来某些健康益处的产品。例如,金圣宣称其可以止咳化痰,对肺、肾等器官有调理作用,并且可以滋阴壮阳。<sup>34</sup> 此外,金圣还曾经把这些宣传印到一张小卡片上,并把小卡片放到烟盒里。<sup>34</sup> 五叶神声称其向卷烟中添加的“神农萃取液”可降低 61.5%亚硝胺和烟草特有亚硝胺的含量,并且可以抑制烟草烟雾中苯并[a]芘的致癌性。<sup>35</sup>

曾经有几项研究通过吸烟机测量主流烟气中的烟草特有亚硝胺或者通过体外实验中对卷烟烟气的细胞生物反应来评价中草药卷烟的健康影响<sup>[4-7]</sup>。但是,目前没有研究通过直接检测吸中草药卷烟的吸烟者体内的致癌物质含量来评价中草药卷烟的安全性。本文的研究第一次在中草药卷烟吸烟者的尿液中检测几种重要的烟草烟雾成分的代谢物的含量。与中国烟草业的宣传不同,本研究没有发现吸中草药卷烟的吸烟者与吸普通卷烟的吸烟者体内的尼古丁或者致癌物的含量有区别。

## 实验材料及方法

采样原则:所有本研究的受试者都是来自于同一个国内城市的吸烟者。我们从该城市的三个区的社区中心招募了 180 名吸中草药卷烟的吸烟者和 180 名吸普通卷烟的吸烟者。(因为目前中草药卷烟的销售还大多集中在产地附近,我们招募的所有吸中草药卷烟的受试者都吸食本地生产的一个中草药卷烟品牌。出于保护我们在当地的合作者免受来自于当地烟草公司的压力的考虑,我们在本文中不会公布该中草药卷烟品牌的名字。)吸普通卷烟的吸烟者吸食的卷烟的机测焦油释放量为 14 或 15 毫克/支。吸中草药卷烟的吸烟者吸食的是当地很受欢迎的中草药卷烟品牌,此品牌的机测焦油含量为 15 毫克/支。参与本研究的吸烟者需符合以下要求:(a) 男性吸烟者(女性吸烟率很低);(b) 年龄在 18 至 65 岁之间,无癌症、心脏病或严重呼吸系统疾病;(c) 平均每天至少吸 5 支烟;(d) 吸食当前卷烟品牌至少 3 个月;(e) 如果受试者经常吸食的品牌不止一个,那么其吸食主要

---

[http://www.tobaccochina.com/news/China/brand/20089/2008913135659\\_323379.shtml](http://www.tobaccochina.com/news/China/brand/20089/2008913135659_323379.shtml); 2008。(2012年6月29日查阅)

<sup>29</sup>曾亦钢。“科技文化—‘双动力’助五叶神实干闯未来”。<http://www.etmoc.com/market/looklist.asp?id=18041>; 2009。(2012年6月29日查阅)

<sup>30</sup> Tobacco.org. "U.S. Tobacco Market Share". <http://www.tobacco.org/Resources/mktshr.html>; 2000。(2012年6月29日查阅)

<sup>31</sup>佚名。“南昌卷烟厂:金圣差异化策略解析”。<http://honesty.jxwmw.cn/system/2008/06/05/010047385.shtml>; 2008。(2012年6月29日查阅)

<sup>32</sup>冯丽。“南昌‘金圣’卷烟挺进欧美市场”。<http://www.tobaccochina.com/news/data/20038/x825091539.htm>; 2003。

(2012年6月29日查阅)

<sup>33</sup>崔璐。“‘中南海’的女性世界”。<http://www.etmoc.com/market/looklist.asp?id=11040>; 2007。(2012年6月29日查阅)

<sup>34</sup>陈言。“‘金圣’香烟咋成了补品?”[http://www.66163.com/fujian\\_w/news/fjgsb/20040603/gb/200406030.htm](http://www.66163.com/fujian_w/news/fjgsb/20040603/gb/200406030.htm); 2004。(2012年6月29日查阅)

<sup>35</sup>中国烟草在线。“五叶神减害技术揭秘”。[http://www.tobaccochina.com/zt/jianhai/revolution\\_3/article4\\_1.htm](http://www.tobaccochina.com/zt/jianhai/revolution_3/article4_1.htm); 2001。

(2012年6月29日查阅)

品牌的比例应超过 90%。

每名受试者都签署了知情同意书并且完成了问卷调查。问卷调查结束后，我们对每名受试者采集了 25 毫升尿样。

加州大学旧金山分校的人类研究委员会和中国疾病预防控制中心的伦理委员会批准了本研究的采样原则。

实验室检测吸烟者尿样中的烟草烟雾成分：尿样被冷冻运输到旧金山总医院，实验室分析在加州大学旧金山分校 Helen Diller Family 癌症综合中心的烟草生物标记物主实验室完成。实验室检测的烟草烟雾成分包括：尼古丁的两种代谢产物可替宁和反-3'-羟基可替宁、烟草中最强的致癌物之一烟草特有亚硝胺 4-(methylnitrosamino)-1-(3-pyridyl)-1-butanone 的代谢物 4-(methylnitrosamino)-1-(3-pyridyl)-butanol (NNAL)和 NNAL 葡萄糖醛酸（报告中为总 NNAL 含量）<sup>[8]</sup>；多环芳烃的代谢物，包括 1-羟基芘、萘酚、羟基芴、羟基菲（报告中为总多环芳烃量）。所有的检测都通过液相色谱仪完成<sup>[9][10]</sup>。可替宁、反-3'-羟基可替宁、总多环芳烃和总 NNAL 的浓度都通过尿液中的肌酐进行校正以避免因为尿液浓度的不同而带来的测量偏差。每支卷烟相关的总多环芳烃、总 NNAL、可替宁和反-3'-羟基可替宁的水平通过将总检测值除以每天的吸烟量计算得出。

可替宁和反-3'-羟基可替宁的检测在所有样本中进行（一共有 360 个样本）。多环芳烃和 NNAL 的检测在从每个吸烟组中随机抽取的 60 个样本中进行（一共 120 个样本）。9 个样本因为问卷中背景的信息缺失而被剔除。3 个样本因为尿肌酐浓度过低而被剔除。27 名中草药卷烟吸烟者和 19 名普通卷烟吸烟者因为尿液中的可替宁浓度过低（<50 微克/升，属于非吸烟者体内可替宁浓度范围，第 11 篇参考文献）而被剔除。7 名普通卷烟吸烟者因为其吸食的主要品牌的机测焦油含量低于 14 毫克而被剔除。本研究的结果基于共 278 个可替宁、反-3'-羟基可替宁的样本和 93 个多环芳烃、NNAL 的样本。

统计分析：问卷的结果是用 chi-square 方法分析完成的。生物标记物水平是用 Mann-Whitney rank sum 方法分析完成的。所有的计算都是通过 Stata 10.1 进行的。

## 结果

受试人员的背景信息见表 1。中草药卷烟吸烟者和普通卷烟吸烟者在年龄、每天的吸烟量、受教育水平、工作状况或收入方面没有差别。

尿样中可替宁、反-3'-羟基可替宁、总多环芳烃和总 NNAL 的浓度：用肌酐标化后，中草药卷烟吸烟者和普通卷烟吸烟者体内的可替宁（ $P=0.169$ ）和反-3'-羟基可替宁（ $P=0.146$ ）没有显著差别（表 1、图 1）。【肌酐标化之前，中草药卷烟吸烟者体内的可替宁（ $P=0.047$ ）和反-3'-羟基可替宁（ $P=0.058$ ）比普通卷烟吸烟者低。】中草药卷烟吸烟者和普通卷烟吸烟者体内的总多环芳烃（ $P=0.554$ ）和总 NNAL 的浓度没有显著差别（ $P=0.171$ ；表 1、图 2 和 3）。

通过每天吸烟量标化后的各种生物标记物的浓度的结果与以上相同（详细结果此处略去）。总

多环芳烃和总 NNAL 的浓度与可替宁(总 NNAL:  $rs=0.535, P<0.001$ ; 总多环芳烃: $rs=0.668, P<0.001$ )和反-3'-羟基可替宁(总 NNAL:  $rs=0.539, P<0.001$ ; 总多环芳烃: $rs=0.674, P<0.001$ ; 可替宁 vs 总 NNAL 和总多环芳烃的散布图见图 4) 显著相关。使用回归模型分析发现, 总多环芳烃和总 NNAL 的浓度与可替宁和反-3'-羟基可替宁的相关性与受试者吸食烟的种类没有关系。

转吸: 吸中草药卷烟的吸烟者和吸普通卷烟的吸烟者的每日吸烟量没有显著差别(表 1)。在 135 名中草药卷烟吸烟者中, 106 名(86%) 曾经只吸普通卷烟, 平均在 6.25 年(中数) 前转吸中草药卷烟【25%-75%, 4-10 年】。吸烟者反映, 转吸后其吸烟量有所增加(表 1)。在转吸中草药卷烟的原因中, “口感更好” 被认为是最主要的原因(47%)。对于健康的顾虑是转吸中草药卷烟第二位主要原因(24%, 表 2)。21%和 15%的吸烟者反映“购买方便”和“支持地方产品和经济”是转吸的另外两个主要原因。对于中草药卷烟的价格有两种截然相反的观点: 有一部分人因为中草药卷烟的价格更低廉而转吸, 而另外一部分因为中草药卷烟价格更高, 给别人敬烟时更“有面子”而转吸。另外, 4%的人认为“没有假烟”是其转吸中草药卷烟的主要原因。

## 讨论

本文是第一例在国内吸烟者中开展体内检测烟草成分水平的研究。我们在中草药卷烟吸烟者中检测了尼古丁的主要代谢物和两组致癌物。我们发现, 中草药卷烟吸烟者和普通卷烟吸烟者体内的总 NNAL(烟草中主要致癌物 4-(methylnitrosamino)-1-(3-pyridyl)-1-butanone 的代谢物)和总多环芳烃的水平没有差别。中草药卷烟吸烟者体内的可替宁和反-3'-羟基可替宁水平较普通卷烟吸烟者体内的水平低, 但是这种差别在经过肌酐标化后不再存在。这意味着中草药卷烟吸烟者从卷烟摄入的尼古丁量更低, 或者其尿液的浓度更高。中草药卷烟吸烟者体内的尼古丁水平更低的具体原因无从知晓, 因为我们没有对各种卷烟的尼古丁含量进行检测。尼古丁的主要毒性表现在使吸烟者成瘾, 本研究中的中草药卷烟和普通卷烟在尼古丁水平的细微差别不太可能在其成瘾性方面有显著意义。无论怎样, 两种卷烟在烟草致癌物的生物标记物水平的没有差别, 这显示中草药卷烟的致癌性与普通卷烟是一样的。

虽然我们的结果显示中草药卷烟吸烟者体内的致癌物水平与普通卷烟吸烟者没有差别, 但我们没有验证烟草业关于中草药添加剂可以抑制致癌物毒性的声明。我们也没有找到验证过或支持此声明的公开发表的研究。

总 NNAL 和总多环芳烃与尼古丁的代谢产物(可替宁和反-3'-羟基可替宁)显著相关, 这种相关性在普通卷烟和中草药卷烟中也分别存在。我们的研究结果与之前的关于吸烟者体内 NNAL 水平和可替宁显著相关的结论一致<sup>[12,13]</sup>。我们的研究结果显示, 国内的普通卷烟和中草药卷烟吸烟者尿液中的可替宁和反-3'-羟基可替宁能够指示其体内总 NNAL 和总多环芳烃的水平。

从普通卷烟转吸至中草药卷烟的吸烟者在转吸后吸烟量有所增加。由于本研究采用的是横断面调查, 因此我们没有办法评价转吸后带来的吸烟量增加对尼古丁和致癌物摄入量的影响。未来的研

究可以探究究竟是中草药卷烟低害的宣传还是中草药添加剂导致转吸后吸烟量的增加。

如果单独使用，中草药卷烟中的很多中草药成分是有治疗效果的（一般是口服，而非燃烧或熏吸）。当和烟草一起燃烧并吸入体内的时候，这些中草药成分很可能会经历复杂的物理化学变化。在国内的三个主要中草药卷烟品牌五叶神、金圣、中南海中，我们没有发现任何文献评价金圣和中南海的健康影响。三个研究曾评价五叶神的健康安全声明<sup>[5-7]</sup>。其中一例研究发现，五叶神卷烟的主流烟气中的烟草特有亚硝胺的含量比普通卷烟低<sup>[7]</sup>。另外两例研究通过动物实验发现，吸五叶神的动物的毒理反应降低，在体外实验中也发现大鼠胚胎细胞和人体表皮细胞的死亡数降低<sup>[4-6]</sup>。这几项研究都不是由独立的研究人员完成的：一例研究由生产五叶神的烟草公司研究人员完成<sup>[7]</sup>，另外两例研究由与烟草公司关系密切的研究人员完成<sup>[5, 6]</sup>。在得出任何关于中草药卷烟的健康影响的结论之前，都需要对中草药卷烟进行系统的独立研究，而这种研究目前还没有开展。

虽然中国烟草业关于中草药卷烟的安全性的宣传是没有根据的，但是其宣传却是有效的；我们发现，在从普通卷烟转吸至中草药卷烟的吸烟者当中，“出于健康考虑”被列为第二主要的转吸原因（表2）。

在2001年，金圣和中南海被中国烟草总公司列入36个名优品牌。36个中草药卷烟品牌在国内几个省非常畅销，同时也出口到日本、韩国、东南亚各国以及北美<sup>[1]</sup>。30 33 由于其关于健康风险更低的宣传以及这些国家的吸烟者的健康意识更高的缘故，中草药卷烟在这些国家的受欢迎程度在增加。这些国家当地的管理部门应该意识到中草药卷烟关于健康的宣传没有根据，并出台措施限制中草药卷烟的宣传。

## 关于利益冲突的声明

N. Benowitz 曾经在几件关于尼古丁成瘾的起诉烟草业的诉讼中作为原告的专家证人。其他作者没有关于利益冲突的声明。

## 致谢

此文章发表的部分费用由页面费用承担。因此，根据 U.S.C. Section 1734，此文章必须声明被标注为广告。

感谢我们在中国当地的采样合作人员，没有他们的帮助，这个项目不可能完成；感谢 Margaret Peng 和 Lisa Yu 完成了化学分析；感谢两位博士 Peyton Jacob III 和 Christopher Havel 监督实验室分析的完成。

---

36 “各时期全国名优烟” 。 <http://www.ctt.cn/elms/portal/detail.jsp?docID=9010&type=74&parentType=7>；(2012年6月29日查阅)

## 参考文献

1. Chen A, Glantz S, Tong E. Asian herbal-tobacco cigarettes: “not medicine but less harmful”? *Tob Control* 2007;16:e3.
2. Lu X. Herbal cigarettes in China: not quite healthy, but. Bates No 325304611-2: British American Tobacco; 1988. <http://legacy.library.ucsf.edu/tid/dpj82a99>.
3. Maxwell JJ. The Maxwell report (a quarterly statistical survey of the cigarette industry). Bates No 1000305800/58141965. <http://legacy.library.ucsf.edu/tid/qti74e00>.
4. Mi N. Effects of Chinese herbal medicine Jinshengxiang on tobacco-induced injuries and the study of its mechanism. Beijing: Chinese Liberation Army Academy of Military Medicine; 2007.
5. Zhu M, Yang Z, Cao Z, Zhang R. The molecular biological assessment of Shennong Extract in reducing harms caused by smoking.
6. Huang H, Zhu M, Zhao M. The application of Shennong Extract in reducing harms from smoking. In: N A, editor. Proceedings of the Symposium on the Harmonious Development of Tobacco Production, Human Health and Environmental Protection. Shanghai: Chinese Association of Tobacco; 2003, p. 248–62.
7. Weng J. Shennong extract reduces TSNAs in mainstream tobacco smoke. *Neijiang Technologies* 2008;2008:127.
8. Hecht SS. Human urinary carcinogen metabolites: biomarkers for investigating tobacco and cancer. *Carcinogenesis* 2002;23:907–22.
9. Jacob P III, Havel C, Lee DH, Yu L, Eisner MD, Benowitz NL. Subpicogram per milliliter determination of the tobacco-specific carcinogen metabolite 4-(methylnitrosamino)-1-(3-pyridyl)-1-butanol in human urine using liquid chromatography-tandem mass spectrometry. *Anal Chem* 2008;80:8115–21.
10. Jacob P III, Wilson M, Benowitz NL. Determination of phenolic metabolites of polycyclic aromatic hydrocarbons in human urine as their pentafluorobenzyl ether derivatives using liquid chromatography-tandem mass spectrometry. *Anal Chem* 2007; 79:587–98.
11. Benowitz NL, Hukkanen J, Jacob P III. Nicotine chemistry, metabolism, kinetics and biomarkers. *Handb Exp Pharmacol* 2009:29–60.
12. Stepanov I, Feuer R, Jensen J, Hatsukami D, Hecht SS. Mass spectrometric quantitation of nicotine, cotinine, and 4-(methylnitrosamino)-1-(3-pyridyl)-1-butanol in human toenails. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2006;15:2378–83.
13. Stepanov I, Hecht SS, Lindgren B, Jacob P III, Wilson M, Benowitz NL. Relationship of Human Toenail Nicotine, Cotinine, and 4-(Methylnitrosamino)-1-(3-Pyridyl)-1-Butanol to Levels of These Biomarkers in Plasma and Urine. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2007;16:1382–6.

表 1.受试者的基本信息.

	中草药卷烟吸烟者	普通卷烟吸烟者	P 值
样本量, N	135	143	
年龄, 中数(25%-75%)	48 (38-56)	48 (39-54)	0.567*
平均每天吸烟量			
中数(25%-75%)	20 (15-20)	20 (15-20)	0.962*
受教育程度, N (%)			
初中级以下	70 (52%)	77(54%)	
中专	41 (30%)	42 (29%)	
大专	20 (15%)	18 (12%)	
大学及以上	4 (3%)	6 (4%)	0.621†
就业状况, N (%)			
就业	81 (60%)	94 (66%)	
失业	54 (40%)	49 (34%)	0.979†
月收入, N(%)			
<500 元	19 (14%)	30 (21%)	
500-999 元	40 (30%)	41 (29%)	
1000-1999 元	58 (43%)	52 (36%)	
2000-4999 元	17 (12%)	18 (12%)	
≥5000 元	1 (1%)	2 (1%)	0.567†
从普通卷烟(14-15 毫克)转吸至中草药卷烟后每日吸烟量的变化			
每日吸烟量增加	47%	-	
每日吸烟量减少	30%	-	
每日吸烟量没有变化	23%	-	
可替宁和反-3'-羟基可替宁 (中数和 25%-75%)			
样本量	134	142	
可替宁 (微克/毫克肌酐)	12.8 (5.57-22.2)	14.3 (8.00-23.7)	p=0.169*
可替宁(纳克/毫升)	1142 (476-2175)	1538 (666-2463)	p=0.047*
反-3'-羟基可替宁 (微克/毫克肌酐)	33.0 (9.88-61.4)	41.1 (15.6-65.7)	p=0.146*
反-3'-羟基可替宁 (纳克/毫升)	2799 (732-6346)	3732 (1518-7230)	P=0.058*
总多环芳烃和总 NNAL (中数和 25%-75%)			
样本量	44	49	

总多环芳烃 (p 摩尔/毫克肌酐)	172 (87.1-245)	159 (126-225)	p=0.554*
总 NNAL (p 摩尔/毫克肌酐)	0.454 (0.256-0.862)	0.410 (0.291-0.649)	p=0.171*

\*根据 Mann-Whitney signed rank test; †根据 chi-square test.

表 2. 从普通卷烟(14-15 毫克)转吸至中草药卷烟的原因.\*

原因排序	具体原因	应答数 (%)
1	口感更好	50 (47%)
2	健康的顾虑	26 (24%)
3	购买更方便	22 (21%)
4	支持地方产品和经济	15 (15%)
5	价格	10(9%)
6	没有假烟	4 (4%)

\*135 名吸中草药卷烟的受试者中的 106 人回答了此问题。因为允许答案超过一个原因，因此总百分比相加超过 100%。

图 1. 普通卷烟吸烟者和中草药卷烟吸烟者体内的可替宁和反-3'-羟基可替宁水平没有差别 (为避免尿液浓度不同的影响, 检测结果经过肌酐标化)。

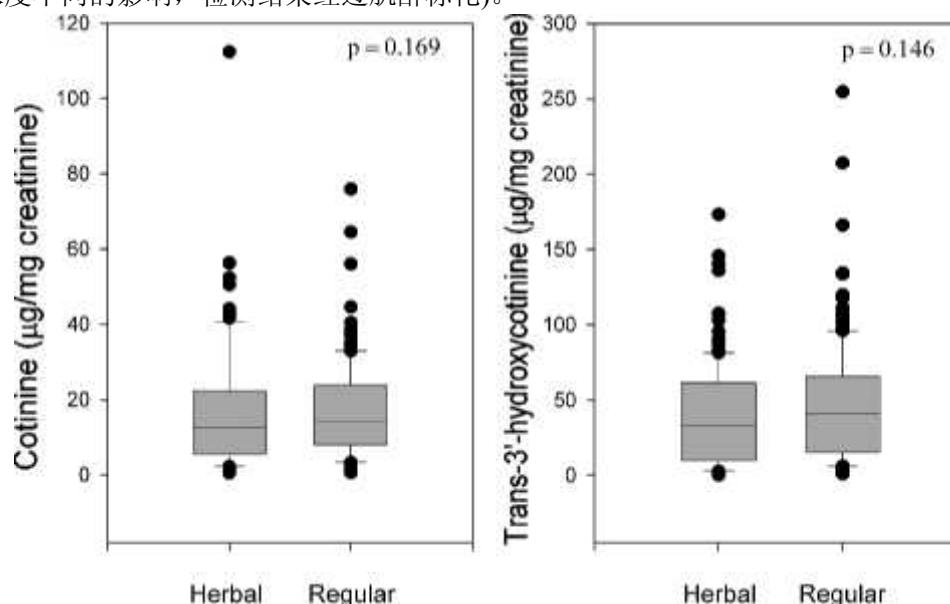


图 2. 普通卷烟吸烟者和中草药卷烟吸烟者体内的总多环芳烃水平没有差别。

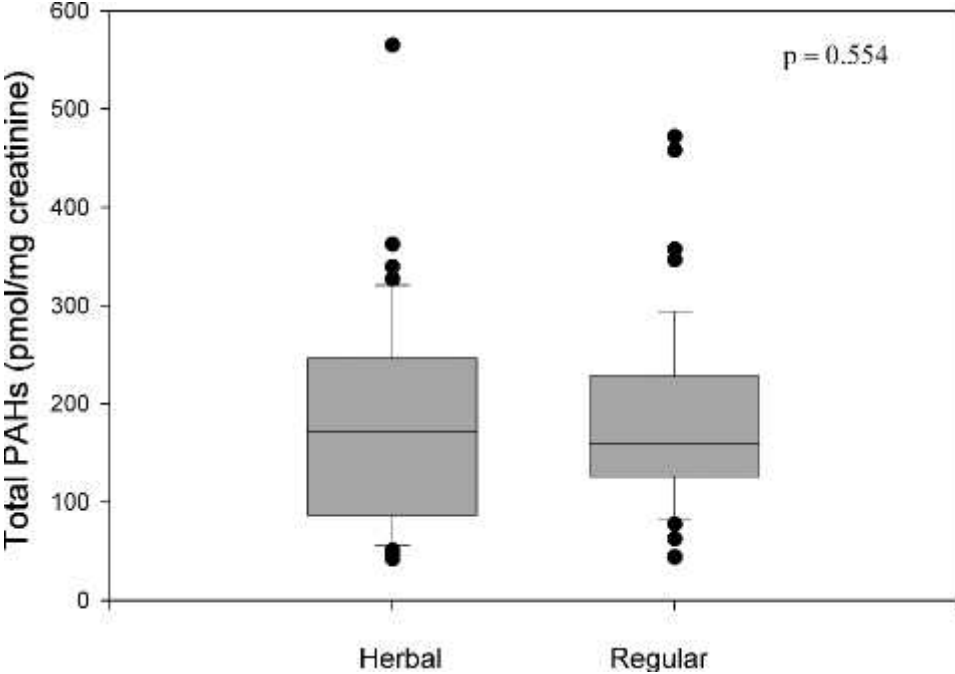
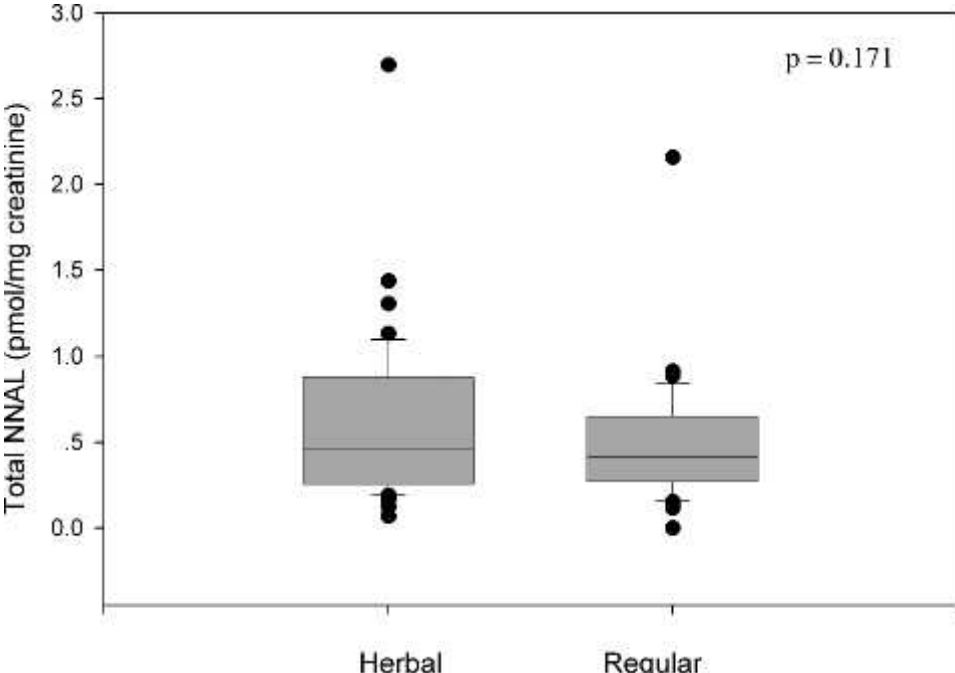


图 3. 普通卷烟吸烟者和中草药卷烟吸烟者体内的总 NNAL 水平没有差别。





# 卷烟减焦不能减害流行病学研究新进展

杨璞娜 王小平 李国光

华中科技大学同济医学院

**摘要:** 吸烟可造成健康、生命、生育以及国民经济多方面损害。烟草企业仍然宣称“减焦可减害”误导公众。本文对流行病学关于“减焦不能减害”的研究作了回顾。生态学研究发现, 随着 50 年来烟草降焦产品广泛销售, 全球肺癌组织学类型显著变化: 女性所有类型肺癌在上升, 少数地区男性肺鳞癌下降, 大多数地区男性肺鳞癌无明显变化, 但男性肺腺癌明显上升。病例-对照研究和队列研究分析吸不同等级焦油卷烟者患肺癌的危险性, 在控制混杂因素后, 吸不同等级焦油卷烟者的危险性是相同的。流行病学调查和实验研究证实吸较低焦油卷烟者存在补偿行为, 吸低焦油卷烟者尿液强致癌物烟草特异性亚硝胺代谢产物 NNAL 浓度反高于吸高焦油卷烟者。

2006 年第 19 个“世界无烟日”主题是“烟草吞噬生命”; 2012 年第 25 个“世界无烟日”主题是“烟草业干扰控烟”, 口号是“生命与烟草的对抗”。之所以说生命与烟草对抗, 是因为烟草的流行, 每年吞噬 500 万人的生命, 如不对烟草实施强力控制, 到 2020 年时, 这一数字将达到 1000 万!

大量医学研究证明, 吸烟是心脑血管疾病、癌症、慢性阻塞性肺病等 25 种常见病、多发病的危险因素。1950 年第一次大规模流行病学调查确证吸烟导致肺癌, 并确定存在剂量-反应关系; 随后数十年, 不仅被数百项前瞻性队列研究和病例对照研究所证实, 而且也被许多生物性检测和卷烟中致癌物鉴定所支持<sup>[1]</sup>。

吸烟除了导致多种疾病外, 还可害生命、害生育、害生殖、害后代、害经济。吸烟对健康的损害, 带来了沉重的疾病负担和巨额医疗费用。杨练等研究报道, 2008 年我国  $\geq 35$  岁人群归因于吸烟的 3 类疾病(癌症、心血管病和呼吸系统疾病)的经济负担共计 2269.531 亿元, 这一估计可能是很保守的<sup>[2]</sup>。

虽然烟草业一直声称该行业带来的就业及税收对世界经济有很大贡献, 但根据 WHO 提供的数据, 烟草业对经济的贡献远远不够抵消它对家庭开支、公共健康、环境及国民经济等造成的损失。

西方烟草公司为了巩固和增加卷烟销售, 早在 20 世纪 50 年代就打出了“低焦油、低危害”的旗号, 做了许多欺骗性宣传。后来许多流行病学研究表明, “低焦油”并非“低危害”。在科学证据面前, 西方烟草公司在西方国家不得不有所收敛, 但却把欺骗宣传传播到发展中国家。中国的烟草企业却紧跟上来, 拣起“降焦减害”宣传策略, 误导公众。

本文对流行病学关于“减焦不能减害”的系统研究证明, 作简要回顾。

## 一、生态学研究：发现肺腺癌发病率/死亡率随低焦油卷烟销售而上升

### 1. 卷烟 50 年变迁带来新危害

Hoffmann 等研究指出，自 1950 年代以来，卷烟的结构、成分和烟味已逐渐发生了改变。如美国卷烟焦油和尼古丁平均含量 1954 年分别为 38mg 和 2.7mg，到 1992 年分别降低到 12mg 和 0.95mg。欧共体国家大多数焦油低于 15mg，如英国焦油和尼古丁分别从 32mg、2.2mg 降低到低于 12mg、1.0mg。香港市场销售的卷烟，从 1983 年到 1998 年，焦油量从 17.6mg 降低到 12.4mg。多数国家，烟草混合着白肋烟使用，硝酸盐含量增加。如美国卷烟硝酸盐含量从 0.3% 增到 0.6~1.35%，硝酸盐增加虽然增强了烟草的燃烧性，减少致癌物质多环芳烃类（PAH），但却增强了强致癌物质亚硝胺的形成，尤其是烟草特异性 N-亚硝基化合物（TSNA），具有特别重要的意义[1]。我国卷烟焦油已从 1983 年的 27mg 下降到目前的 15mg。

### 2. 减焦卷烟流行后肺癌发病率仍在上升

烟草减焦并没有获得减少危害的效果，以烟草为主要致癌因素的肺癌发病率或死亡率在全球大多数国家仍在上升。

Devesa SS 等<sup>[3]</sup>从国际癌症研究所（IARC）数据库中研究 1980-1982 年到 1995-1997 年多国肺癌年龄调整发病率。发现北美和某些欧洲国家男性肺鳞癌发病率下降 $\geq 30\%$ ，其他地区肺鳞癌变化不显著，而女性中肺鳞癌和小细胞癌普遍上升，尤其是在荷兰和挪威。更值得注意的是在所有地区男性和女性肺腺癌发病率实际上都上升，在欧洲许多地区男性腺癌发病升高超过 50%；在挪威、意大利和法国发病率上升超过两倍。Wynder EL 与 Muscat JE 报道<sup>[4]</sup>，近数十年来，美国肺腺癌发病率比肺鳞癌显著地增加，1950 年，男性肺腺癌与肺鳞癌的比例约为 1:18，而如今此比例约为 1:1.2-1.4。

许多西方国家女性所有类型肺癌和男性肺腺癌发病率持续上升，这种现象是在从 20 世纪 50 年代以后卷烟产品转换为过滤嘴/低焦油卷烟情况下发生的[3]。

## 二、病例-对照研究：吸不同等级焦油卷烟患肺癌危险性无显著差别

Wilcox HB 等<sup>[5]</sup>采用新泽西州白人男性中发生的原发性肺癌进行病例-对照研究。危险因素是指在 1973-1980 年所吸卷烟焦油时间加权平均水平。未经调整的危险性估计，与吸最高焦油卷烟（21.1-28mg/支）相比，吸最低焦油卷烟（ $<14\text{mg/支}$ ）者危险性显著降低，其比值比（OR）=0.53（95%CI 为 0.29-0.97）。然而，当按年龄和吸烟总年-包数进行调整后，其显著性消失。Wilcox 等研究发现，吸低焦油卷烟的肺癌病例为了补偿低尼古丁效应，就增加吸烟支数，从 1963-1972 年到 1973-1980 年间，几乎每天增加半包，而同期对照和吸高焦油卷烟的肺癌病例都未增加吸烟支数。

Stellman SD 等<sup>[6]</sup>在 1977 年和 1995 年间，采用病例-对照研究方法，研究终生吸非过滤嘴烟对比终生吸过滤嘴烟者肺鳞癌及肺腺癌的危险性。此研究中，包括肺癌病例 2292 例及 1343 例医院对

照，他们都是吸烟者。对于肺鳞癌，在男性吸过滤嘴烟对吸非过滤嘴烟，一生中比值比  $OR = 0.8$  (95%CI 为 0.5-1.2) (笔者注：根据流行病学分析原理，凡 95%CI 上下限区间值包括 1，就无显著性)，没有统计学显著性，在女性则明显减少( $OR = 0.4$ ; 95%CI 为 0.2-0.8)。对于肺腺癌，在男性和女性均没有观察到风险降低。

### 三、队列研究：进一步确证减焦不能减害

Harris JE 等<sup>[7]</sup>采用严格的队列研究方法分析 1982 年吸标有焦油等级卷烟者与随后 6 年肺癌死亡率之间的联系。采用多变量比例风险分析方法来评估相对危险度 (RR)，并按下述变量进行调整：入学年龄、种族、受教育水平、婚姻状况、蓝领就业、石棉职业性暴露、蔬菜、柑橘类水果和维生素的摄入量、当前和先前吸烟者、开始吸烟年龄及每日吸烟数量等。队列包括 364239 名男性和 576535 名妇女，年龄  $\geq 30$  岁。结果发现，不论目前吸何种品牌、焦油含量何种等级的烟，目前所有的吸烟者比已停止吸烟或从未吸过烟的人患肺癌的危险大。与吸中等焦油 (15-21 毫克) 过滤嘴卷烟者相比，男性和女性吸高焦油 ( $\geq 22$  毫克) 非过滤嘴品牌烟者风险较高 (男性 RR 为 1.44, 95%CI 为 1.20~1.73, 女性为 1.64, 95%CI 为 1.26~2.15)。在男性中，吸极低焦油烟或吸低焦油烟与吸中等焦油烟比较，其 RR 分别为 1.17(95%CI 为 0.95 ~1.45)和 1.02(95%CI 为 0.90 ~ 1.16)，但二者均无显著差异。同样在女性中分别为 0.98,(0.80 ~ 1.21)和 0.95, (0.82 ~1.11)，二者亦无显著差异。研究结论为，吸中等焦油烟 (15~21mg)、低焦油烟 (8 ~14mg) 和极低焦油烟者肺癌发病风险升高是相同的。

### 四、实验流行病学研究的支持

#### 1. 吸减焦卷烟者补偿机制研究

本文“二、”中介绍 Wilcox 的研究中发现补偿行为的存在。Peach H 等对吸低焦油烟者补偿行为进行了实验流行病学研究。他们先向 19366 户居民发送吸烟问卷，回收问卷 64%，从中发现 604 个年龄 20-44 岁、吸中等水平焦油卷烟者，再从中产生出 183 个男性志愿者参加该双盲随机对照试验。183 人中，99 名被随机分配到售予中等水平焦油卷烟组，88 名随机分配到售以低等水平焦油卷烟组。两组卷烟外观相同。卷烟是降价售予的。要求参与者吸售予的卷烟 5 周。每周或每 2 周收集一次烟头，试验开始、试验第 3、第 5 周末收集尿样。结果两组对象尿中尼古丁代谢产物浓度、吸烟支数和烟头平均重量均无显著性差别。这一结果表明，吸低焦油烟者通过增加吸烟频率和每口吸入深度来补偿尼古丁 37% 的降低<sup>[8]</sup>。吸烟频率增加和吸入深度加深，使肺周围组织暴露于卷烟致癌物剂量就增加，因而导致肺腺癌危险性增加<sup>[4]</sup>。

#### 2. 低焦油卷烟致癌物浓度反而高于较高焦油卷烟

Gan Q 等<sup>[9]</sup>近年对上海 543 名吸中国产不同水平焦油卷烟 (15mg、12-13mg、<10mg) 的男性检测其尿液尼古丁代谢产物和致癌物浓度，结果发现，吸低焦油卷烟者尿液尼古丁代谢产物可铁宁和致癌物浓度并不低于吸较高焦油卷烟者，其中烟草特异性亚硝胺化合物 4-甲基亚硝胺-1-3' 吡啶

-丁酮（NNK）的代谢产物 4-甲基亚硝胺-1-3-吡啶-丁醇（NNAL）浓度，在吸低焦油卷烟者反而高于吸较高焦油卷烟者；这表明，事实上并不像烟草公司所宣传的那样“低焦油卷烟可减低危害”。

### 参考文献

1. Hoffmann D, Hoffmann I. The changing cigarette, 1950-1995. *J Toxicol Environ Health*. 1997 Mar; 50(4):307-64.
2. 杨练,毛正中,饶克勤.我国2008年归因于吸烟的疾病经济负担研究. *中国卫生经济*,2010;29(1):75-78.
3. Devesa SS, Bray F, Vizcaino AP, et al. International lung cancer trends by histologic type: male:female differences diminishing and adenocarcinoma rates rising. *Int J Cancer*. 2005 Nov 1;117(2):294-9.
4. Wynder EL, Muscat JE. The changing epidemiology of smoking and lung cancer histology. *Environ Health Perspect*. 1995 Nov;103 Suppl 8:143-8.
5. Wilcox HB, Schoenberg JB, Mason TJ, et al. Smoking and lung cancer: risk as a function of cigarette tar content. *Prev Med*. 1988 May;17(3):263-72.
6. Stellman SD, Muscat JE, Thompson S, et al. Risk of squamous cell carcinoma and adenocarcinoma of the lung in relation to lifetime filter cigarette smoking. *Cancer*. 1997 Aug 1;80(3):382-8.
7. Harris JE, Thun MJ, Mondul AM, et al. Cigarette tar yields in relation to mortality from lung cancer in the cancer prevention study II prospective cohort, 1982-8. *BMJ*. 2004 Jan 10;328(7431):72.
8. Peach H, Hayward DM, Shah D, et al. A double-blind randomized controlled trial of the effect of a low- versus a middle-tar cigarette on respiratory symptoms--a feasibility study. *IARC Sci Publ*. 1986;(74):251-63.
9. Gan Q, Lu W, Xu J, et al. Chinese 'low-tar' cigarettes do not deliver lower levels of nicotine and carcinogens. *Tob Control*. 2010 Oct;19(5):374-9. Epub 2010 May 27.

# 烟草使用监测中的烟草生物标志物

夏杨

美国疾病预防控制中心烟草生物标志物实验室

烟草使用监测是控烟的一个重要部分。烟草使用监测通常采用问卷调查方法,而检验被调查人群的烟草生物标志物是其监测中另外一个重要方法。因为烟草生物标志物监测的结果准确地报告烟草吸入或二手烟暴露的量,所以烟草生物标志物检测方法可以避免抽样调查或流行病学调查的低估及非抽样误差。在这个报告中,我将介绍美国疾病预防和控制中心(US Centers for Disease Control and Prevention, CDC)的烟草生物标志物实验室(Tobacco Exposure Biomarkers Laboratory)如何将检测烟草生物标志物用于烟草使用监测。

美国疾病预防和控制中心的烟草生物标志物实验室使用液相色谱和质谱连用(LC/MS/MS)和严格的质量控制方法去测定尿样或血样中烟草生物标志物。烟草生物标志物是烟草产品在人体内特有的代谢产物。测定方法包括血清可丁宁(serum cotinine,尼古丁代谢物)和尿样烟草特有的烟草特有致肺癌代谢物,亚硝胺(urinary TSNAs)。可丁宁和亚硝胺是美国国家级最大的健康调查中的两项检测指标。我们对美国全国健康和营养状况调查(The National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES))的样本(样本量为每年 5000 人)进行血清可丁宁检测。检测结果显示从 1988 年到 2008 年,被动吸烟人群的血清可丁宁从 0.25 ng/mL 下降到 0.06 ng/mL。这样的大幅下降(-76%)标志着美国控烟政策是非常有效的。我们从 2007 年开始了 NHANES 尿样烟草特有亚硝胺的检测。因为烟草特有亚硝胺是致癌物(NNK 和 NNN 导致肺癌,胰腺癌和喉癌),对吸烟人群体内亚硝胺的长期监测可以将这类致癌物和各类癌症的病发率联系起来。在不同的年龄的二手烟人群中(4-11, 12-19, 20+),不论是可丁宁还是亚硝胺,4-11 岁的小孩体内含量最高,12-19 岁的青少年体内含量第二,20 岁以上的成年人最低。

烟草生物标志物的检测是当前对吸烟人群和吸二手烟人群研究最有效的定量分析方法,不仅精确而且可靠。在大量人群的吸烟调查中,结合合适的采样方法,生物标志物在部分代表性人群中的数据可以用来估计整体人群的吸烟和吸二手烟状况。生物标志物是检验控烟工作成效不可缺少的方法。

## 个人简介:

1995 年毕业于武汉大学化学系。1999 年获美国佐治亚理工学院博士。自从 2000 年在美国 CDC 烟草生物标志物实验室任研究员。同时在分析化学和烟草生物标志物研究领域发表多篇文章。从 2005 年起任烟草生物标志物实验室科研项目负责人。

# 阻塞性肺疾病盛行率死亡率认知与运动的关系

温启邦, 蔡旻光, 吴宣蓓, 郑永鸿

(国家卫生研究院, 群体健康科学研究所, 中国医药大学附设医院)

**摘要** 背景 大部分吸烟者不知道自己是否有阻塞性肺部疾病 (COPD), 也不知道其危害。方法 以近五十万人的健检资料分析, 以 Gold 分类订出 COPD 的四个等级。各级 COPD 死亡风险与各型运动能减少之风险, 考虑年龄、性别、社经、教育、地位后推估台湾全民之阻塞性肺部疾病人数及认知率及各死因的死亡率。结果 吸烟者中有 6.3% 患 COPD, 而不吸烟者有 4.4% COPD, 全台湾有 83 万 5 千人患 COPD, 知道有肺部问题的吸烟者只有五分之一, COPD 的全死因增加 78%, COPD 并非都死于肺部疾患, 吸烟者的 58%, 不吸烟者的 78% 死于肺部以外的疾患, 如心血管、糖尿病等, 中强度符合建议的运动可显著减少总死因达 19% (吸烟者) 或 50% (不吸烟者)。结论 绝大多数吸烟者不知阻塞性肺部疾病之严重性 (80% 不知), 多数 COPD 没有症状, 最后也并非死于肺部疾患, 而是全身性问题。如能达到每日至少三十分钟刻意运动的要求, 全死亡率可下降 19% (吸烟者) 及 50% (不吸烟者), 好处超出吾人想象。

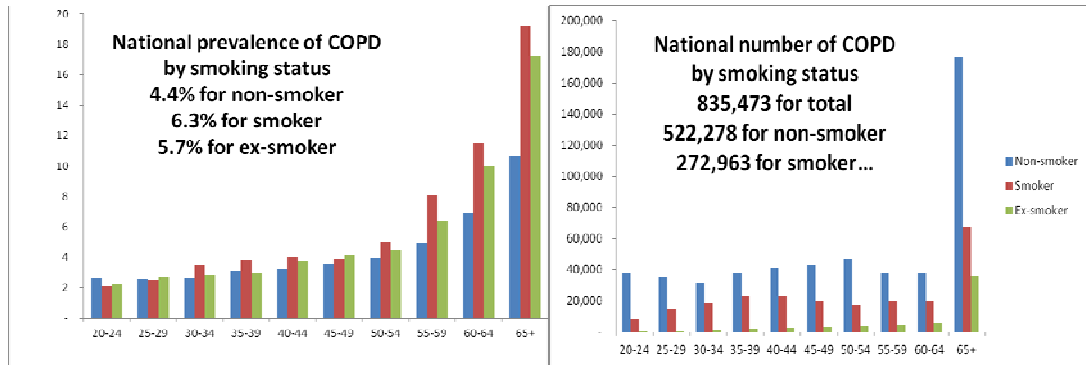
## 背景

慢性阻塞性肺病 (COPD) 在全世界对于健康的危害愈来愈大, 是世界最主要的慢性病之一, 到 2020 年, COPD 将成为世界第三大死因之一, 吸烟被认为是最主要的危险因子, 但并非只有吸烟者会患 COPD, COPD 在非吸烟者的盛行率也很高, 且不论是吸烟者或是非吸烟者, 对于 COPD 的危害并不清楚, 绝大多数的 COPD 病人并不知道自己有病, 其实 COPD 对于身体的影响并非只局限在肺部的疾病, COPD 影响的是慢性全身性的发炎, 例如糖尿病、高血压、心血管疾病、中风、肾脏病等都有影响, 本研究希望利用一大型的健康检查数据库, 进而分析 COPD 对于全身性危害的影响, 根据第一秒吐气量及用力肺活量来判定 COPD 的不同期别, 考虑年龄、性别及社经地位, 推估台湾吸烟者与不吸烟者的慢性阻塞性肺病盛行率, 同时也分析 COPD 病人对于此疾病的认知程度。

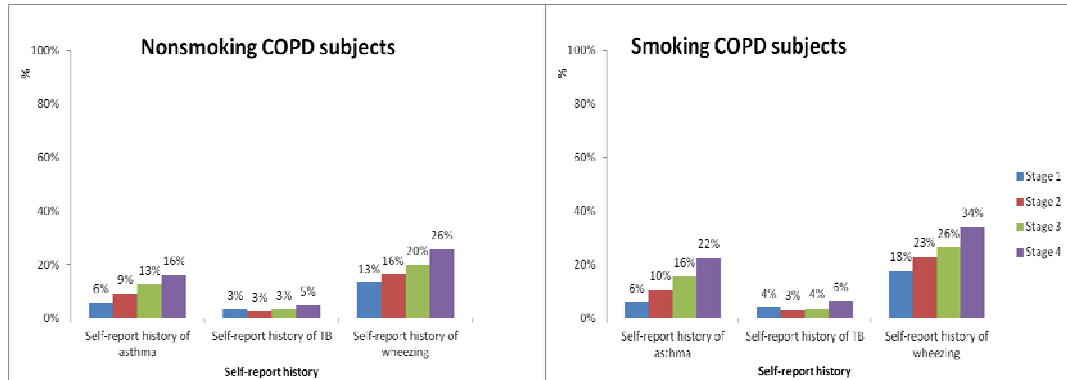
## 方法

以近五十万人的健检资分析, 以 Gold 分类订出 COPD 的四个等级。各级 COPD 死亡风险与各型运动能减少之风险, 考虑年龄、性别、社经、教育、地位后推估台湾全民之 COPD 人数及认知率及各死因的死亡率。

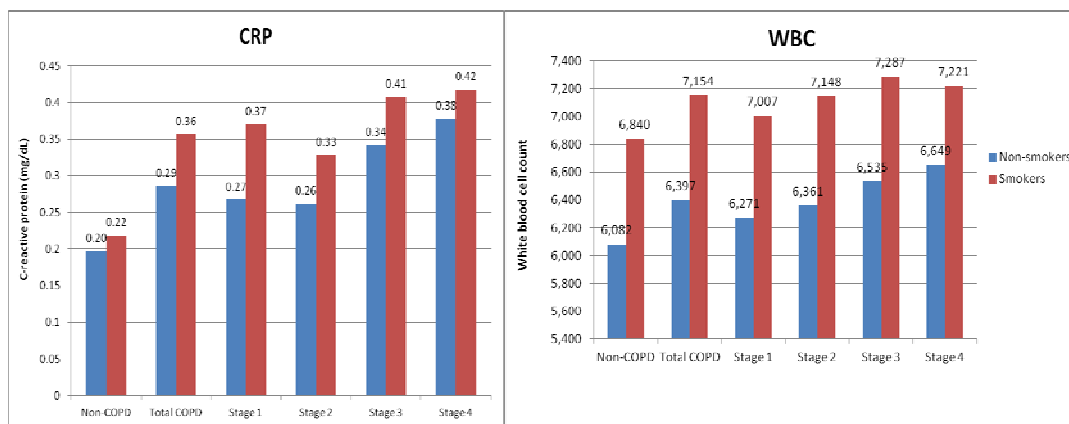
## 结果



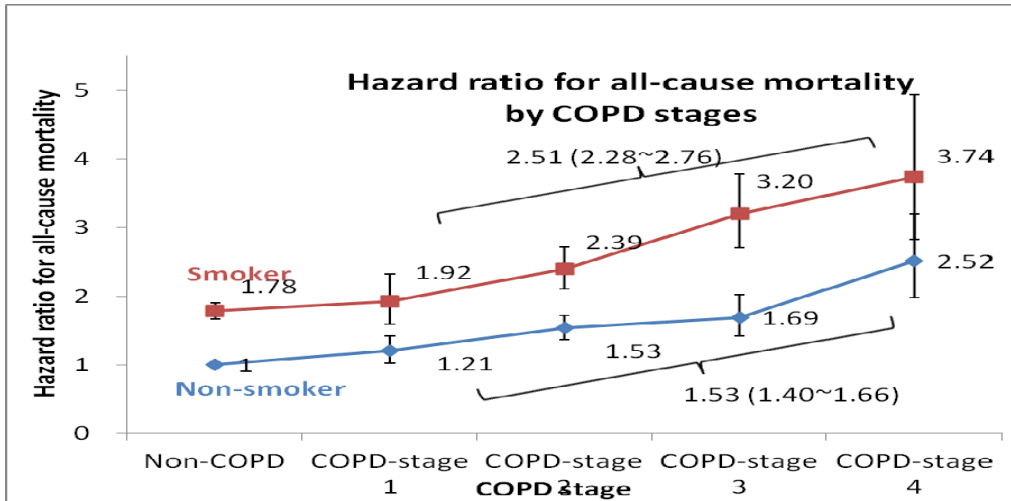
上图为调整年龄及性别所计算出台湾罹患 COPD 的盛行率及人数分布，分为不吸烟者，吸烟者及戒烟者，从图中可以看出，COPD 的盛行率随着年龄增加而增加，65 岁以上的吸烟者每五人就有一人有 COPD，非吸烟者则是每十人有一人有 COPD，依据人口数的资料，非吸烟者的 COPD 则是占大多数，有近三分之二的 COPD 是非吸烟者。



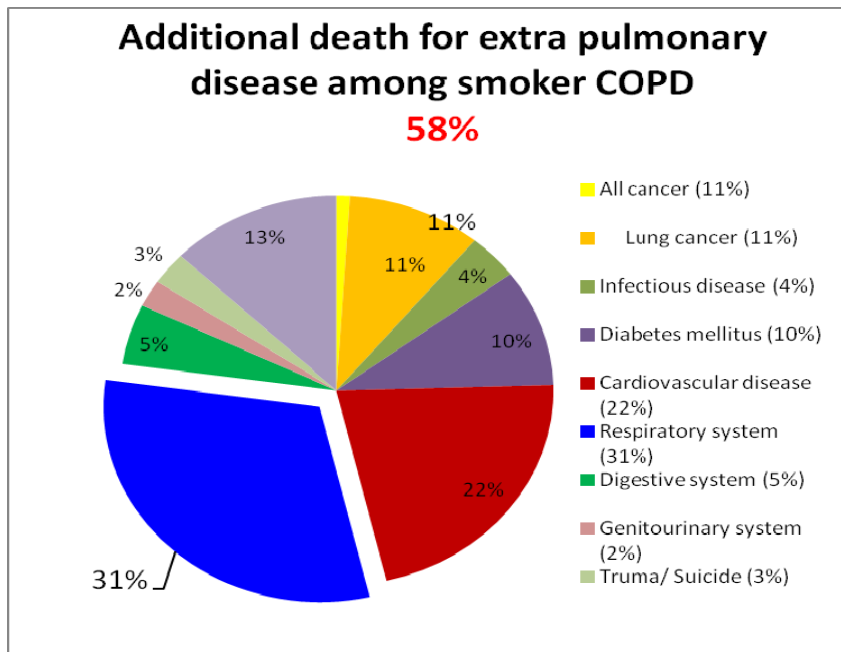
在 COPD 疾病的认知度，我们用自述是否有气喘、是否曾得过肺结核及是否在喘气时有嘘嘘声来评估，整体来说，不论是吸烟者及非吸烟者，检查出有 COPD 但自述有 COPD 症状者只有三分之一，不吸烟者更只有四分之一，换句话说，吸烟者 COPD 有三分之二以上都未察觉自己是否有 COPD，不吸烟者 COPD 更达到四分之三以上。



从身体的发炎指标来看，我们是以 C-反应蛋白及白血球数量来评估，吸烟者的 C-反应蛋白及白血球数量都较不吸烟者来得高，且随着 COPD 严重度的增加，身体的发炎指标也随着增加。



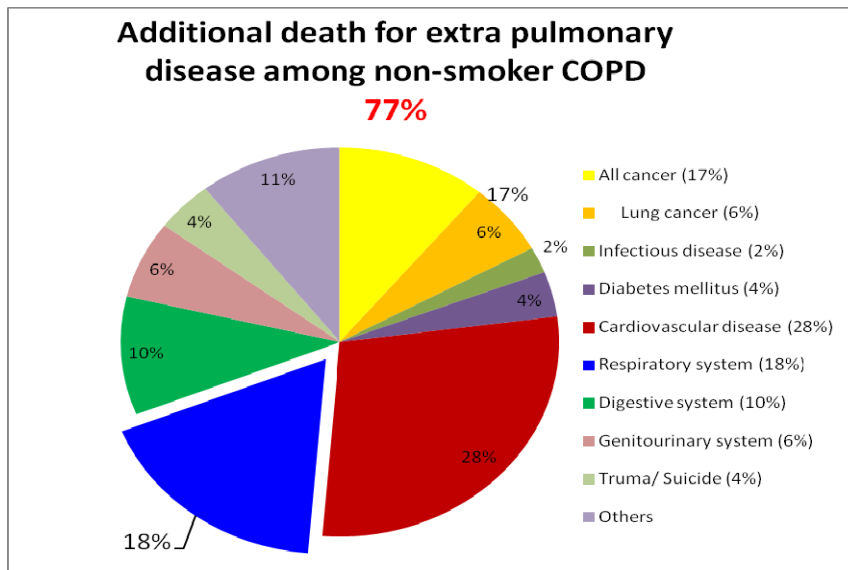
上图为不同 COPD 严重度与死亡率的关系图，吸烟者有 COPD 的死亡率都比不吸烟者有 COPD 的死亡率要高，COPD 的死亡率也都明显比没有 COPD 的死亡率要高，整体来说，不吸烟者，若有 COPD，死亡率增加 53%，在吸烟者中若有 COPD，相对于没有吸烟也没有 COPD 的人，死亡率增加到 151%。



分析 COPD 吸烟者的额外死因

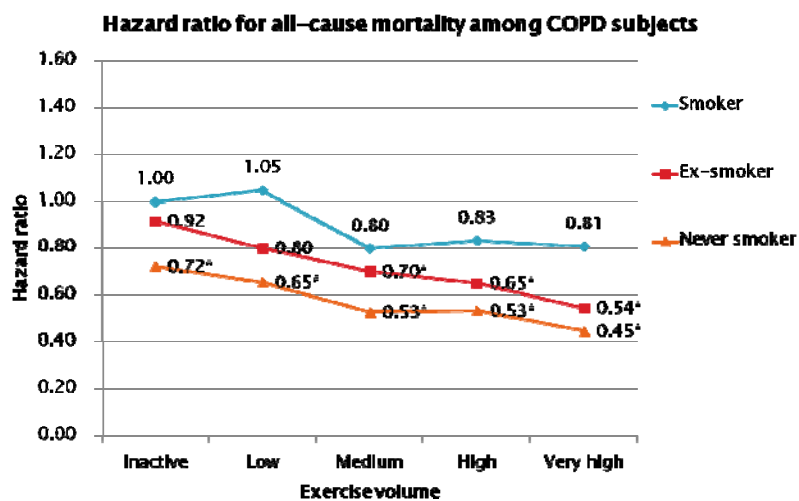
吸烟者有 58% 是死于肺部疾病及肺癌以外的疾病死因





分析 COPD 不吸烟者的额外死因

不吸烟者的 COPD 则有 77% 是死于肺部疾病及肺癌以外的疾病死因，四分之三的死亡是死于肺部以外的心血管、糖尿病等死因。



如能达到每日至少三十分钟运动的要求, COPD 的病人全死亡率可下降 19%(吸烟者)及 50%(不吸烟者), 好处超出吾人想象。

## 结论

绝大多数吸烟者不知阻塞性肺部疾病之严重性(80%不知), 多数 COPD 没有症状, 最后也并非死于肺部疾患, 而是全身性问题。如能达到每日至少三十分钟刻意运动的要求, 全死亡率可下降 19%(吸烟者)及 50%(不吸烟者), 好处超出吾人想象。

# 吸烟与中风

温启邦, 吴宣蓓, 蔡旻光, 郑永鸿

(国家卫生研究院, 群体健康科学研究所, 卫生政策研究组, 竹南, 台湾)

**背景:** 亚洲人之心血管疾病死亡以中风最多, 大约占四成, 而中风的成因除高血压以外, 即为吸烟。

**方法:** 本研究乃利用一大型台湾世代追踪数据, 共 412,387 人, 追踪 1996 至 2008 年死于中风之人数, 共有 836 人死于中风, 其中缺血性中风共 488 人, 出血性中风共 348 人。

**结果:** 吸烟者较非吸烟者死于中风之风险显著较高, HR 为 1.73(95%CI:1.42~2.11), 其中, 死于缺血性中风的风险为 1.97(1.52~2.55), 高于出血性中风 1.43(1.05~1.95)。在所有中风死亡当中, 烟害贡献超过四成(42.3%), 若区分中风类型, 缺血性中风死亡, 烟害贡献 49.2%, 高于出血性中风的 30.0%。

**讨论:** 吸烟而导致的中风死亡大约占四成, 其中, 缺血性中风死亡较出血性中风更为显著。吸烟者若能成功戒烟, 将有效降低中风死之风险, 特别是缺血性中风。

# 戒烟可大幅减少罹患肝癌的死亡率

温启邦, 蔡旻光, 吴宣蓓, 郑永鸿

(国家卫生研究院, 群体健康科学研究所医疗保健组, 中国医药大学附设医院)

**摘要** 背景: 亚洲人肝癌多, 丙肝带原者是高风险族群, 死亡率是一般人的三倍, 寿命会短七至八年, 治疗丙肝费用高, 又有如化疗之严重副作用。方法: 利用大型健检数据分析 54 万人中 13 万多人已知丙肝有无之成年人, 自 1994 年到 2007 年追踪其肝癌发生率(癌症登记档)与死亡率(全国死亡档), 分别吸烟与不吸烟者之差距。结果: 有 3362 人有丙肝, 占 3.6%, 其中约 1/3 吸烟(30.3%)。有 416 人得肝癌, 总死因有 2005 人死亡。吸烟者的丙肝比不吸烟者多 60%, 丙肝有吸烟总死亡率增 4 倍, 肝癌增 57 倍, 若能不吸烟总死亡率可减四成。2/3 的丙肝带原者不知自己有丙肝。结论: 带有丙肝之高风险族群死亡率高, 短命七年。若能戒烟, 死亡率可大幅减少, 肝癌风险可减半, 总死因也几乎可减半, 是很值得一试的。

## 前言

丙肝病毒比乙肝病毒对于肝癌高出两倍的风险, 丙肝的全死因的二分之一(55%)可归因于丙肝, 而有丙肝的人, 寿命减少 6-10 年。在男性乙肝较重要, 而在女性丙肝较重要。除乙肝丙肝以外, 肝癌的危险因子依序为 AFP、AST、ALT、糖尿病、肥胖与吸烟。

## 研究方法

研究样本为 1994 至 2008 年 20 岁以上且参与标准化健检流程之受检者共 487,369 人。有 3,362 人为丙肝阳性, 共有 416 人得到肝癌, 风险对比值(Hazard ratio, HR)乃利用 Cox proportionate hazard model 来计算。

## 结果

	Cohort	HCV sub-cohort	HCV (-) HBV (-)	HCV (-) HBV(+)	HCV (+) HBV (-)	HCV (+) HBV (+)	(3) +(4)
	543,412	130,632	109,091	18,179	3,056	306	3,362
盛行率			83.5%	12.9%	3.3%	0.3%	3.6%
肝癌发生率	2,465	416 (100%)	65 (16%)	181(44%)	151(36%)	19(5%)	170 (41%)
肝癌死亡率	1,545	223	31	91	88	13	101
男性%	1,062	151	13% (19)	49%(74)	33% (50)	5% (8)	38% (58)

女性%	483	72	17% (12)	24%(17)	53% (38)	7% (5)	60% (43)
平均年龄	41.4	39.9	39.9	38.2	49.7	47.6	49.4
自觉是否有肝炎	32.2%	37.6%	3.5%	37.2%	33.4%	42.9%	34.4%
低教育程度	26.3%	18.8%	18.3%	15.3%	55.0%	45.6%	54.1%
吸烟	27.9%	26.1%	25.5%	28.4%	30.3%	28.4%	29.9%
嚼槟榔	9.6%	7.5%	7.2%	8.9%	11.2%	11.7%	11.1%

HBV 带原者的盛行率：为 HCV 盛行率的四倍(3.6%) (男性 3.5%、女性 3.6%)，其中 0.3% 的受检者同时有 HBV 与 HCV 带原。HCV 带原者的盛行率与社经地位呈现负相关，低教育与高教育盛行率相距约九倍。自己知道有肝炎的人，在丙肝只有 34.4%，三分之二以上有丙肝的人不知道自己带原。丙肝有吸烟者约 30%，比没有肝炎的人要来得高。

	Cohort	HCV sub-cohort	HCV (-) HBV (-)	HCV (-) HBV(+)	HCV (+) HBV (-)	HCV (+) HBV (+)	(3) +(4)
	543,412	130,632	109,091	18,179	3,056	306	3,362
<b>All causes</b>	<b>18,747</b>	<b>2005</b>	<b>1.0 (1,403)</b>	<b>2.0 (326)</b>	<b>2.9 (276)</b>	<b>3.1 (23)</b>	<b>2.9 (276)</b>
All cancer	7,139	902	1.0(587)	2.4 (168)	3.6(129)	5.9 (18)	3.8 (147)
Liver cancer	1,545	223	1.0 (31)	23.3 (91)	48.1 (101)	81.5 (13)	51.1(101)
Lung cancer	1,505	189	1.0 (163)	0.9 (17)	0.7 (9)	2.2 (2)	0.8(9)
All cancer – liver and lung	4,089	490	1.0 (393)	1.2 (60)	1.4 (37)	1.5(3)	1.4 (37)
Liver, other than liver cancer	827	101	1.0 (31)	8.3 (32)	18.7 (35)	18.8 (3)	18.7 (38)
Cirrhosis	675	81	1.0 (20)	10.7 (28)	25.9 (30)	29.9 (3)	26.2 (33)
CVD	3,772	358	1.0 (294)	1.1 (34)	1.5 (48)	1.7 (4)	1.8 (48)
Diabetes	1,248	78	1.0 (59)	1.4 (8)	2.6 (11)	0	2.6 (11)
Non-liver-related other than CVD and DM	11,355	1,245	1.0 (988)	1.3 (161)	1.5 (91)	1.0 (5)	1.5(96)

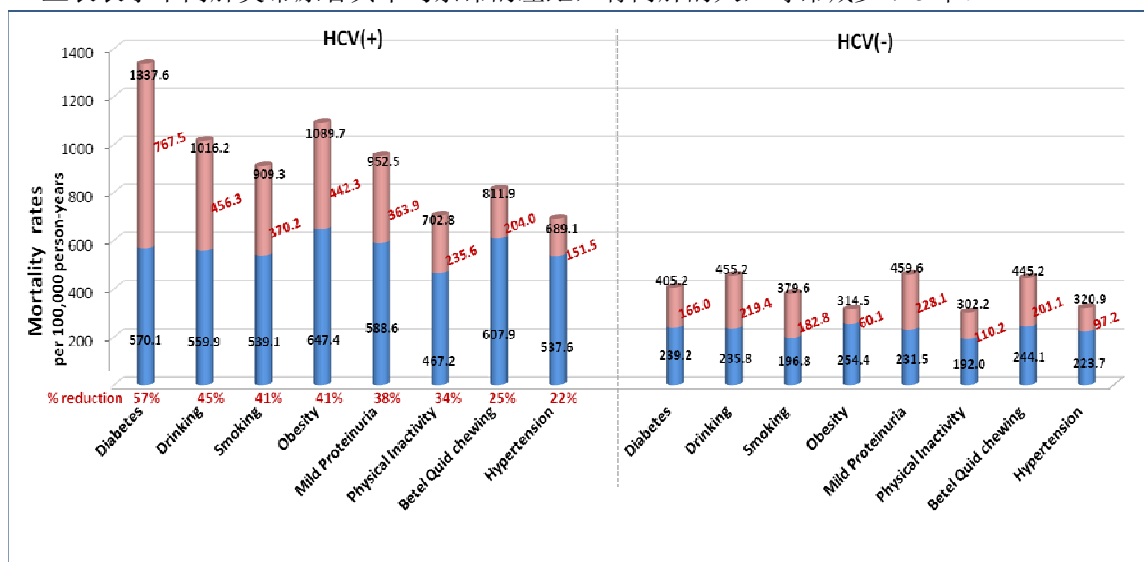
上表表示不同肝炎带原者死亡数及死亡率的关系，我们以非乙肝及非丙肝带原者为参考组，丙肝带原者是一般人的 3 倍，肝癌的死亡率则达到一般人的 51 倍，

### Comparison of life expectancy and shortening effects of HCV with HBV

Male	Total cohort	HBV (+)			HCV (+)		
		L.E※	△d1§	(95% CI)	L.E※	△d2§	(95% CI)
20	63.9	60.5	<b>3.4</b>	(0.8 ,5.9)	56.5	<b>7.4</b>	(4.8 ,9.9)
30	54.3	51.1	<b>3.1</b>	(1.7 ,4.6)	50.1	<b>4.2</b>	(2.9 ,5.5)
40	44.6	41.7	<b>2.9</b>	(1.7 ,4.2)	40.7	<b>3.9</b>	(2.8 ,5.0)
50	35.3	32.7	<b>2.6</b>	(1.6 ,3.7)	31.7	<b>3.6</b>	(2.6 ,4.6)
60	26.8	24.9	<b>1.8</b>	(1.0 ,2.6)	24.1	<b>2.6</b>	(1.8 ,3.4)
Female							
20	68.3	67.2	<b>1.1</b>	(-1.2 ,3.3)	59.8	<b>8.5</b>	(6.1 ,10.8)
30	58.4	57.4	<b>1.1</b>	(-0.3 ,2.4)	52.9	<b>5.6</b>	(4.2 ,6.9)
40	48.7	47.7	<b>1.0</b>	(-0.1 ,2.2)	43.1	<b>5.6</b>	(4.4 ,6.7)
50	39.1	38.2	<b>0.9</b>	(-0.1 ,1.9)	33.9	<b>5.3</b>	(4.2 ,6.3)
60	30.0	29.4	<b>0.6</b>	(-0.2 ,1.4)	25.1	<b>4.9</b>	(4.0 ,5.7)

\*

上表表示不同肝炎带原者其平均余命的差距，有丙肝的人，寿命减少 7-8 年。



丙肝有吸烟的总死亡率增 4 倍，肝癌增加 57 倍，若能戒烟总死亡率可减少四成(41%)。

**结论：**带有丙肝之高风险族群若能戒烟，死亡率可大幅减少，虽然肝癌风险可减半，但是总死因可减少四成以上，是值得一试的。

# 北京市礼品烟的调查与分析

崔小波<sup>1</sup>, 李星明<sup>2</sup>, 张萌<sup>3</sup>

(首都医科大学卫生管理与教育学院, 北京, 10069)

为了解北京市民吸烟情况, 首都医科大学于 2011 年 8 月完成了全市吸烟情况调查。调查采取多阶段随机抽样方法, 选取东城、丰台、海淀、大兴、顺义、怀柔 6 个区为抽样单位, 在此基础上共选取 22 社区 6500 人作为调查对象进行问卷调查。调查发现吸烟者 1343 人, 平均每天吸烟量平均数为 14.05 支, 标准差 13.11 支。吸烟者对我们设定了礼品烟的两个问题进行了回答。

(1) 在过去 30 天里, 您所吸的烟主要是

1=自己买的    2=别人送的    3=自己买和别人送各占一半    4=不知道

(2) 您最近次吸的卷烟多少钱一盒? 请填在下面横线上

\_\_\_\_\_元

调查显示在 1343 例吸烟者中, 有 1103 人自己买烟, 约占 82.13%; 57 人属于自己吸食别人的送烟, 占 4.240%, 而自己买和别人送各占一半占 12.14%, 共有 163 人。

表 1 北京市吸烟人群购烟形式的性别分布情况

购烟形式	指标	(1)男	(2)女	合计
自己买的	频数	1009	94	1103
	率 (%)	82.98	74.02	82.13
别人送的	频数	46	11	57
	率 (%)	3.78	8.66	4.24
自己买和别人送各占一半	频数	153	10	163
	率 (%)	12.58	7.87	12.14
不知道	频数	8	12	20
	率 (%)	0.66	9.45	1.49
合计	频数	1216	127	1343
	率 (%)	100.00	100.00	100.00

$$\chi^2 = 69.35, p=0.00$$

在全部接受礼品烟的人群中, 女性吸烟群体比例高于男性烟民一倍。在自己买烟和别人赠送礼品烟男性吸烟者高于女性吸烟者。

表 2 北京市吸烟人群购烟形式的年龄组分布情况

购烟形式	指标	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 以上	合计
自己买的	频数	160	213	239	268	132	73	1085
	率 (%)	75.12	78.60	83.86	85.90	90.41	81.11	82.38
别人送的	频数	11	15	9	8	3	4	50
	率 (%)	5.16	5.54	3.16	2.56	2.05	4.44	3.80
自己买和别人 送各占一半	频数	33	40	33	32	10	12	160
	率 (%)	15.49	14.76	11.58	10.26	6.85	13.33	12.15
不知道	频数	9	3	4	4	1	1	22
	率 (%)	4.23	1.11	1.40	1.28	0.68	1.11	1.67
合计	频数	213	271	285	312	146	90	1317
	率 (%)	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

$\chi^2 = 27.78$ ,  $p=0.02$ , 购烟形式在年龄分组中的分布存在统计学意义

30-39 岁年龄组的人员吸别人赠送卷烟比例最高。而自己买和别人送各占一半的 18—29 岁年龄组最高。说明年轻人在使用烟草作为交际的工具, 积极发展自己的社会网络。另外家中子女对老年人的孝敬也用赠送卷烟的行为表现出来。说明烟草的礼品性是深入人心的。

表 3 北京市吸烟人群购烟形式的户籍分布情况

购烟形式	指标	(1)具有	(2)外地	(3)临时	(4)其它(包括	合计
		北京市户 籍人口	户籍北京 市长期居 住(已超 过半年)	来京人员 (来京已 居住半年 以内)	对户籍情况 不清楚)	
自己买的	频数	904	175	21	3	1103
	率 (%)	84.24	75.86	63.64	42.86	82.12
别人送的	频数	43	9	5	1	58
	率 (%)	4.01	3.88	15.15	14.29	4.29
自己买和别人 送各占一半	频数	118	39	4	2	163
	率 (%)	10.99	16.81	12.12	28.57	12.05
不知道	频数	8	8	3	1	20
	率 (%)	0.75	3.45	9.09	14.29	1.48
合计	频数	1073	231	33	7	1343
	率 (%)	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

$\chi^2 = 53.38$ ,  $p=0.00$ ,

购烟形式在户籍状况中的分布存在统计学意义，临时来京人员别人送烟比例最高。

可以解释为专为来京办事的人员中，使用卷烟作为交际手段的可能性较高。把卷烟作为礼物送人时需要秉承互惠原则，这是人类学礼物研究的创始人马林诺夫斯基最早确立的模式之一，作为送礼者自己不认为好的东西不能送人，在中国也就是“己所不欲，勿施于人”。送烟者只有自己吸烟，才可以送给别人卷烟。这是卷烟流动的潜规则。

表 4 北京市吸烟人群购烟形式的文化程度分布情况

购烟形式	指标	(1)没上过学	(2)小学	(3)初中	(4)高中 / 中专	(5)大专	(6)大学本科及以上	
自己买的	频数	23	55	273	341	213	198	1103
	率 (%)	65.71	79.71	86.67	84.65	78.02	79.52	82.08
别人送的	频数	5	6	8	13	10	15	57
	率 (%)	14.29	8.70	2.54	3.47	3.66	6.02	4.31
自己买和别人送各占一半	频数	6	5	29	46	46	31	163
	率 (%)	17.14	7.25	9.21	11.39	16.85	12.45	12.12
不知道	频数	1	3	5	2	4	5	20
	率 (%)	2.86	4.35	1.59	0.50	1.47	2.01	1.49
合计	频数	35	69	315	404	273	249	1345
	率 (%)	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

$\chi^2 = 36.06$ ,  $p=0.00$ , 购烟形式在文化程度中的分布存在统计学意义。

在接受礼品烟的人群中，高学历者多于低学历人群。作为礼物的层级性在中国存在明显的特征，在等级情景下，礼物是沿着社会地位的阶梯单向的赠送的。收礼比送礼更被视为声望的标志。送礼的人往往有求于收礼的人，一般来讲，受教育高的人社会地位较高；受教育较低的人送礼给受教育高并在一定地位上希望可以帮助办事。

表 5 北京市吸烟人群购烟形式的每盒烟花费情况 (元)

购烟形式	N	均数 (元)	标准差	F 值	P 值
自己买的	1103	9.00	8.05	19.40	0.00
别人送的	57	17.00	13.95		
自己买和别人送各占一半	163	18.98	42.64		
不知道	20	8.33	4.66		
合计	1343	10.52	17.09	-	-

显示在北京一般吸烟者的卷烟价格每盒平均为 9 元，属于三类烟的范围；而接受别人赠送的卷烟平均价格在 17 元，属于一类卷烟或所谓的“名优卷烟”范围<sup>[1]</sup>。自己买烟和别人赠送各占一半的所吸食的卷烟平均价格是 18.98 元，实际自己在卷烟的消费上和买烟者基本一致，只是自己买的少些，就可以买的贵一些。因为中国的吸烟者一般秉承“高消费，低危害”的原则，认可烟草公司



的低焦油、低危害的欺骗理论。自己买和别人送各占一半每盒烟的花费高于送烟的平均价格，说明接受赠送的卷烟的比例高于 50% 的可能性大。

统计显示在北京市调查的 1343 名吸烟者中，只有 4.24% 的吸烟者（57 人）完全吸别人赠送卷烟，且烟价为一类烟，他们使用的烟价平均是 17:00 元，如按照被调查吸烟者每人每天平均吸烟 14 支计算，收礼者每天的吸食的卷烟价格 11.9 元，接受礼品烟的价格为 678.3 元，在吸烟者中还有 12.58%（163 人）人是自己买烟和被人送各占一半，我们取 6.29%（81.5 人）的卷烟为礼品烟，此类礼品烟一日的销售额为 969.85 元。合计每天有 1648.15 元的一类卷烟是礼品烟。另外还有被礼品烟带动的自购的一类卷烟 968.5 元，市场每天为被调查者提供了一类卷烟为 2616.65 元。和市场每天销售给被调查者的三类卷烟总值 7074.90 元相比较，一类烟的销售占一日销售额的 36.98%。

**表 6 被调查者一日吸烟的市场价值分析**

购烟形式	N	每支烟价格 均数（元）	吸烟形式 比例%	销售额 （元）	类 别	按价值所占 份额比例
自己买的	1103	0.45	82.13	6948.90	三 类	71.75
别人送的	57	0.85	4.24	678.30	一 类	7.00
自己买和别人送各占一半	163	0.95	12.14	1939.70	一 类	20.00
不知道	20	0.42	1.49	117.60	三 类	1.21
合计	1343	0.667	100	9684.50		100

说明一类烟所占市场的份额并不因为购买者少所占份额就少。如果进一步计算一类烟的利润，我们会发现有奇迹出现。

中国烟草的利润情况是复杂的，其利润率根据烟草的类别不同有很大的差别。中国对外经贸大学国际经济贸易学院郑榕教授根据国家烟草专卖局（2010 年）数据计算得出中国卷烟利润率：

表 7 中国卷烟利润率

卷烟规格		生产到批发 名义利润率 (官方公 布)	生产到批发 实际利润率	批发到零售 名义利润率	批发到零售 实际利润率	从出厂到零 售利润率
1 类烟	15 元以及	34%	51.52%	15%	56.25% (最 高的)	107.77%
	15 元以下	29%	40.85%	15%	11.65%	52.5%
2 类烟		25%	33.33%	15%	11.11%	44.44%
3 类烟		25%	33.33%	15%	13.64%	46.97%
4 类烟		20%	25%	10%	11.11%	36.11%
5 类烟		15%	17.65%	10%	11.11%	28.76%
注：根据国家烟草专卖局（2010 年）数据计算						

如果我们仍然按照被调查吸烟者平均每天吸 14 支烟计算，可以发现吸一类卷烟的吸烟者一天的购买总额（即烟草公司的市场销售额）为 27.00%，总价为 2818.00 元。按照一类烟从批发到零售的实际利润率 56.25% 计算，烟草企业从被调查者吸食的一类烟中一天获得的利润为 1600.99 元，而 1096 名自买烟者每天只吸 9 元的三类卷烟计算，合计总消费价格为 7066.50 元，虽然占销售总额的 71.03%；但从三类烟中得到的企业利润率 13.64% 计算，每天从被调查者中的获利不过 949.73 元，合计被调查者一天消费的卷烟为烟草公司创造的利润是 2433.51 元，但综合分析发现北京烟草销售中一类卷烟所占的利润可以达到总利润的 60.41%。而人数众多的普通吸烟者每日创造的利润只有 39.00%。从中可以发现来自礼品烟的价值，是礼品烟带动了市场一类烟的销售。

表 8 北京市吸烟人群购烟花费及与销售额和烟草利润情况（元）

购烟形式	N	均数 (元)	类别	销售额 (元)	占市场 份额	利润 率%	利润收 入(元)	所占利 润份额
自己买的	1109	9.00	三类	6948.90	71.75	13.64	947.83	38.95
别人送的	57	17.00	一类	678.30	7.00	56.25	381.54	15.57
自己买和 别人送各 占一半	163	18.98	一类	1939.70	20.00	56.25	1091.08	44.84
不知道	20	8.33	三类	117.60	1.21	11.11	13.06	0.05
合计	1328	10.52		9684.50	100		2433.51	100

本调查显示在北京市居民中吸食一类卷烟的人只占 10.53%，但一类卷烟占市场销售额在 27% 左右，但计算发现一类卷烟所产生的利润达到烟草公司利润份额的 60.41%，所以一类卷烟是烟草公司追求的价值最大化的产品，是所谓的拳头产品，也是烟草企业维系其生存和发展的关键产品。该

调查与中国疾病预防控制中心控烟办公室《2010 年全球成人烟草调查-中国报告》取得的全国一类烟吸烟者占吸烟总人口 10.7%的数据一致。

该调查分析取得的利润份额与中烟总公司公布的数据一致。根据 2012 年 3 月兴业银行公布新股认购对象时披露，2010 年，中国烟草总公司（简称“中烟”）当年营收 7704 亿元，实现净利润 1177 亿元。国家统计局的数据显示，2011 年，我国烟草行业累计实现销售收入达 10111.4 亿元，实现工商税利 7529 亿元。其中，烟草业实现工商利润 2000 多亿元。如果根据以上调查推算，一类卷烟利润对中烟总公司的贡献在 2010 年约为 4548.26 亿元左右，即占公司总利税的 60.41%左右。

也正如中国烟草专卖局 2006 年正式出版的《WHO<烟草控制框架公约>对案及对中国烟草影响对策研究》报告提到：“目前我国高档卷烟的消费中以礼品形式的转移消费占了很大的份额，但由于包装的巨大改变，将可能导致我国高档卷烟从礼品形式的转移消费领域快速减少或退出。而我国的烟草业利税特别是利润，在很大程度上依赖仅占一成的高档卷烟，烟草业的利润下降将可能是巨大的。”<sup>[2]</sup>

结论：礼品烟是中国烟草企业的主要利润来源，围绕礼品烟所做的“降焦减害”、精美包装，拒绝在烟盒上印制吸烟有害的图片和警句等等，都是围绕礼品烟这一拳头产品所做出的不得不为之的决策行为。目前伴随中国人均消费水平的提高，对奢侈品的追捧，中国烟草企业一定要把卷烟做成更加精美的礼品烟，除此没有别的道路可走。如果履行烟草控制框架公约，印上烟草危害的图象和警句，仅此一项措施将严重威胁中烟公司生存。这是中烟企业绝不能允许发生的事情。

### 三、讨论

将烟草做成精美的礼品形式，并用高档烟的形式赚取企业利润是中国独有的现象。送礼与中国人的人情和面子密不可分。礼物是一种符号，或一种依靠性关系中传达人情的工具。无尽的礼物交换过程构成了礼物经济。礼物的意义发源于地方道德世界背后更为广阔的关系和人情背景。维系着社会生活的长期秩序，具有稳定的相互性的特点。<sup>[3]</sup>根据阎云祥 1991 年中国人类学田野调查发现，“香烟是礼物交换中最受欢迎的物品”。中国是一个人情伦理的社会，人情伦理适用于一个人关系网络的全部过程。“中国社会中一个引人注目的有趣社会现象是，人们倾向于将尽可能多的人拉入他们的关系网。”敬烟和敬酒都是具有中国特点的人际关系现象，烟草在人情关系网建设和维护中，在人情的回报、沾光和面子等行为方式里面都是独领风骚的礼品形式。<sup>[4]</sup>

中国国家烟草公司利用国人送礼的形式，将烟草做成礼品形式在最近几年达到了登峰造极的程度。烟盒包装精美、华丽；烟草品牌大气、高尚并具有文化的底蕴；烟草科学获得十几项国家科技最高奖，研究烟草的专家可以成为中国工程院院士等等。每一支烟的低焦油、低危害都预示着吸烟者在享用世界最新的科技成果。所以潜台词就是越贵的烟危害越小，买高价烟是身份和地位的象征。目前国内数个品牌的礼品烟每条的价格已经超过 1500 元（约 230 美元），而且有继续向上攀升的迹象。但这种做法是建立在欺骗消费者和违背中国政府签署的 FCTC 的基础上的。

1、用高价烟的危害是烟草企业的骗人伎俩。烟草有害健康已成为全球共识的今天，中国烟草

业却逆着科学和历史的潮流，打着“降焦减害”的大旗极力阻挠中国的烟草控制进程，中国烟草专卖局在 2006 年 1 月 9 日全国人大已经批准《烟草控制框架公约》生效的情况下，于 2009 年 8 月提交全国人大第十一届全国人民代表大会常务委员会第十次会议修改的《中华人民共和国烟草专卖法》草案时，没有做任何原则性修改，依然保留 1991 年《烟草专卖法》第五条的内容：国家加强对烟草专卖品的科学研究和技术开发，提高烟草制品的质量、降低焦油和其他有害成份的含量”<sup>[5]</sup>。就是在国家烟草专卖法的支持下，近 10 年来，中国烟草业已有 7 项研究获国家科技进步奖二等奖。2012 年《中式卷烟特征理论体系构建及应用》又名列中国科学技术进步奖，即将获得中国科学最高奖。这些奖项的获得都为国产“安全卷烟”和“高品质卷烟”树立了科学榜样。而烟草院士的产生更为“降焦减害”披上了科学的外衣。

2、中国烟草业之所以热衷在科学界获奖的动力，来自于卷烟企业的高利润主要来自礼品烟。高价烟、礼品烟是目前中国烟草业的唯一救命稻草，一旦没有了礼品烟，中国烟草企业就会成为低利或微利企业。因为中国烟草一直在走“为低档烟补贴发展烟民，从高档烟赚钱赢取利润”的道路。因此，拒绝警示图形的本质，是为了部门政绩、行业利润，人民健康根本不在其考虑范围之内。极力反对烟包警语和图片的目的是为了保留中国卷烟的礼品性特征。2011 年两会期间，工信部长在回答记者提问时提出“烟草包装印图形警示与中国文化不合”<sup>[6]</sup>。国家烟草专卖局拒绝图形警示印上烟包。

3、中国烟草行业将烟草确定为走奢侈品道路已经是穷途末路。奢侈品在国际上被定义为一种超出人们生存与发展需要范围的，具有独特、稀缺、珍奇等特点的消费品；而烟草产品对于烟民来讲却是生活必需品，卷烟产品具有弱需求弹性的性质，吸食者没有其他替代产品。中国烟草业将烟民的这种软性生理需要按照毒品的硬性需要，用所谓降焦减害的欺骗方式，将中国烟草的价格确定在 5 元~1800 元一条，我国高价烟和低价烟的差距在 45~120 倍<sup>[7]</sup>，远远超过国际进口卷烟平均 67 元/条，高价和低价标准差仅有 15 元。国外烟草的市场占有率日益扩大，而烟价虚高并不具市场竞争能力的国产卷烟不会被反烟人士打败，但迟早会被具有市场竞争能力的国外品牌所打败。

4、中国的烟草专卖制度的生存环境已完全改变，制度的法理基础和运行成本都已经走到变迁的边缘。

近几年来，对中国烟草专卖制度存在的环境研究日益兴盛。通过对烟草专卖制度成立的两大理论基石展开成本—收益分析，发现烟草专卖制度在保证国家财政收入、保障消费者和烟农利益方面缺乏制度绩效，已不能支撑烟草专卖制度的存在合理性<sup>[8]</sup>。国家签署 FCTC 以后，向国际社会承诺中国将减少烟草供应，降低烟草需求。但 5 年过去，中国的烟草供应不减反升，烟草的需求在欺骗中被拉动起来。逆世界卷烟包装平装化的方向而动，更华丽、精美和礼品化方向发展，中国烟草在履约的六年中不断创造世界最丑陋的奇迹—侵害更多生命和健康的，令全球惊讶。

烟草专卖法的立法目的是赚钱，虽然《烟草专卖法》明确标识立法目的，一是“要维护消费者利益”；二是要保证“国家财政收入”。但这两个目的是很可疑的，事实上目的只有一个，就是保

证所谓的国家财政收入。烟草专卖谈不上维护消费者利益，实施烟草专卖制度，必然产生高烟价，损害消费者的利益。<sup>[9]</sup>烟草专卖垄断限制了中国烟草的国家利益，弱化了烟草工业和零售者利益，边缘化了烟农利益。近年来有学者研究认为，烟草专卖制度使中国政府直接获得的税收比例与国外没有实行烟草专卖垄断的国家相比低了 30%。<sup>[10]</sup>

张中祥(2008)认为烟草专卖局与商业企业合二为一，不仅使专卖垄断获得的扭曲利润格局侵占了上、下游的获利可能性与发展机会，而且还在本部门形成了既得利益集团，极大地阻碍烟草体制改革进一步深化。

刘艳丽、刘瑞新(2009)从利益相关者理论出发，认为实行烟草专卖制度损害了公众权益、背离了市场竞争、助长了不良风气、不利于社会和谐，并且烟草专卖日渐势微，取消专卖是国际烟草业发展趋势。法国、日本、韩国、匈牙利、西班牙等都曾经有过烟草专卖制度，但历行数十年甚至百年以后，都逐渐被 21 世纪的市场经济所取代，走上了不完全国家专卖和严格市场限制的道路<sup>[11]</sup>。

另外中国加入 WTO 以后，市场的格局已经发生了很大的改变，中国即使是实行烟草专卖，也不能够阻止国际烟草产品进入中国市场。从烟草品牌的销量看，进口烟和国产烟比较，中国烟草总公司垄断下的所有品牌卷烟都难以匹敌。国际三大烟草集团菲莫、英美、日本烟草集团的综合实力比国内任何一家中烟公司的实力均要强很多，品牌知名度和产量也是国内卷烟品牌无法比拟的。

对于中国烟草专卖制度，从制度运行效率的视角出发，张德荣(2005)认为，中国烟草专卖制度是一种具行政收入导向性质的国家垄断制度，中同烟草专卖制度的财政效率是以牺牲市场效率为代价的。<sup>[12]</sup>邹方斌(2009)认为，<sup>[13]</sup>昂贵的礼品烟已经成为社会腐败和寻租的敲门砖，烟草专卖局能够获得可观的利润，对礼品烟听之任之，并让其大行其道，腐败社会。这种政企合一的专卖制度，已经丧失了必要的规制职能。伴随中共中央反腐倡廉的决心，礼品烟的消费下降，烟草专卖下的国家财政收入上升的目标将越来越难以实现。

万斌的研究表明，自 1998 年以来，即使在高估烟农收益的情况下，烟草专卖制度的成本仍大于收益，根据成本—收益决定于制度变迁关系，制度成本一旦超过其收益，就存在推动其改革的内在动力，最终导致制度变迁。因此烟草专卖制度从本质上需要改革。<sup>[14]</sup>

建议：

1、国家重新审查烟草专卖制度的存在基础和存在环境的变化，对烟草公司的发展战略进行法理研究，对其管理体制的成本效益进行研究和伦理学审查，从而加快中国烟草专卖制度政企分开的改革，即从完全国家专卖向不完全国家专卖和市场限制的方向发展；逐步实现烟草控制框架公约的步骤。按照国际烟草行业普遍上缴的利税标准要求中国烟草行业，够迫使中国烟草业逐步参与到有规制的国际市场竞争的大国行列。

2、取缔礼品烟，逐步实现包装平装化，维护消费者利益，还烟草以本来面目。履行烟草控制框架公约第 11 条“烟草制品包装和标签”的要求，不得再使用虚假、误导和欺骗的手段推销卷烟。烟草包装要上警句和图片；制定卷烟价格限价标准，所有卷烟价格差价不应超过一倍，同时，提高

烟草的税率，将国家烟草税利转入社会医疗保险，支持开展烟草控制和戒烟服务。这些措施对国家反腐倡廉和人民健康水平的提高功不可没。

3、烟草专卖局和烟草总公司应研究在取消高档烟、高挡烟和礼品烟后，烟草行业的市场发展方向和管理措施。即要发展民族品牌又要限制烟草企业的无序化竞争，同时采用税收、市场准入等手段，用提高烟草税的方法，保持国家税利不减，达到既为国家财政服务也为人民健康考虑的双重目的。积极学习发达国家和地区在履行烟草控制框架公约后的国家行为和履约政策，为在国际上树立对国民健康负责任的大国形象和廉洁政府做出贡献。

4、通过送烟就是送危害的宣传，教育国民改变以个人获取社会网络，再获取社会利益的堕距文化，提高国民素质从送礼文化开始发生积极的改变。

### 参考文献

- [1] 杨功焕主编 中国疾病预防控制中心《2010年全球成人烟草调查-中国报告》三峡出版社2011年11月 第144页
- [2]周瑞增 程永照 《WHO<烟草控制框架公约>对案及对中国烟草影响对策研究》经济科学出版社2006，08第246页
- [3]阎云祥《礼物的流动》上海人民出版社2000，03第219页
- [4]阎云祥《礼物的流动》上海人民出版社2000，03第142页
- [5]中华人民共和国《烟草专卖法》
- [6]2011年“两会”报导
- [7] 吴宜群教授《谁在为高价烟和低价烟买单？》来源：新探健康发展研究中<http://www.tcalliance.org.cn/bbs/viewthread.php?tid=365>
- [8] 万斌著《新中国烟草专卖制度成本效益分析》江西人民出版社2010，07第171页
- [9]邹方斌建议废除烟草专卖制度南方人物周刊 2009年 第23期
- [10] 刘艳丽 刘瑞新 论烟草专卖制度下的利润分配格局 基于利益相关者理论的一个描述性分析 现代商贸工业2009 年第1 期39
- [11] 刘艳丽、刘瑞新(同上)
- [12] 张德荣 烟草专卖制度的两难选择:财政效率还是市场效率 当代财经 (2005)7期
- [13] 万斌著《新中国烟草专卖制度成本效益分析》江西人民出版社2010，07第9页
- [14] 万斌著《新中国烟草专卖制度成本效益分析》江西人民出版社2010，07第173页

# 1124 名吸烟者的尼古丁依赖性及其影响因素的调查分析

邹小农, 陈功博, 陈元立, 陈永红, 代珍, 付凤环, 赵平

(北京协和医学院, 中国医学科学院肿瘤医院)

**摘要** 目的 了解吸烟者的吸烟习惯、控烟相关知识的认识、对烟草的依赖程度以及影响因素, 为有效开展控烟工作, 加强健康教育提供科学依据。方法 通过方便取样方法, 调查收集北京、河北、山东、河南、海南 5 个地区的 1124 名吸烟者的吸烟情况、对吸烟和被动吸烟的认识、受教育程度、家庭经济收入等方面的资料建立数据库, 用尼古丁依赖评估量表 (FTND) 测量其尼古丁依赖程度, 进行统计分析。结果 调查对象首次吸烟的年龄平均为 20 岁, 累计吸烟时间平均为 14.18 年, 吸烟行为认识得分为 27.98, 认识吸烟和被动吸烟与疾病危害联系的得分分别为 26.56 和 19.26; 吸烟者的平均尼古丁依赖得分为 3.96 分。单因素分析的结果表明: 不同职业、常住地、受教育程度、收入、人际关系、工作压力、吸烟年数、健康意识以及购烟价格的吸烟者对尼古丁的依赖水平存在着显著的统计学差异。控制混杂因素后, 多元 logistic 回归结果表明: 常住地为河北 (OR=2.490, P=0.004)、中专以下受教育程度 (OR=1.982, P=0.012)、工作环境高度紧张 (OR=4.109, P=0.002)、吸烟 30 年以上 (OR=3.886, P<0.001) 及对不知道吸烟有害 (OR=3.904, P=0.002) 的吸烟人群更容易出现尼古丁高度依赖。结论 常住地、受教育程度、工作压力、累计吸烟时间和健康意识是对尼古丁高度依赖有显著影响的因素。

**关键词:** 尼古丁依赖; 控烟认识; 影响因素

## Investigation of nicotine dependence and influencing factors in 1124 smokers

ZOU Xiao-nong, CHEN Gong-bo, CHEN Yun-li, DAI Zheng, FU Feng-huan, ZHAO Ping  
Peking Union Medical College, Cancer Hospital of Chinese Academy of Medical Sciences,

**Abstract:** Objective To explore the smoking habits, awareness of tobacco control, nicotine dependence and influencing factors of smokers, so as to provide a scientific basis for the effective implementation of tobacco control and improvement of health education. Methods With the use of the questionnaire designed by ourselves, all 1124 smokers selected in five areas of Beijing, Hebei, Shandong, Henan and Hainan were investigated of basic information, smoking habits and dangers of tobacco use. In addition, smokers' nicotine dependence was assessed with The Fagerstrom Test of Nicotine Dependence (FTND). Results 1124 smokers' average age of smoking initiation is 20 years old and their average cumulative smoking time is 14.18 years. The score of awareness of smoking behavior is 27.98. The scores of knowledge of the relationship between smoking and disease and the relationship between passive smoking and diseases are 26.56 and 19.26, the average score of smoker's nicotine dependence is 3.96. The results of univariate analysis indicated that statistically significant differences exist in the nicotine dependence of smokers in different occupations, places of residence, levels of education, incomes,

relationships, work stress levels, cumulative duration of smoking, health awareness and share cigarette prices. After controlling confounding factors, the results of multiple logistic regression analysis indicated that smokers with residence of Hebei, lower level of education, more intense work environment, longer cumulative smoking time and deficiency of health knowledge are more likely to cultivate stronger nicotine dependence. Conclusion In terms of smokers, residence, level of education, work pressure, cumulative duration of smoking and health consciousness are impact factors of high dependence on nicotine significantly.

Key words: nicotine dependence; understanding of tobacco control; impact factor;

自 20 世纪下半叶以来,我国的烟草消耗量不断上升,如今中国已成为了世界上最大的烟草生产和消费国。我国现在的吸烟者总数已达到 3.01 亿,男性吸烟率为 52.9%,女性为 2.4%<sup>[1]</sup>,人群的吸烟状态和被动吸烟状态均处于较高水平,烟草控制面临巨大挑战<sup>[2]</sup>。吸烟是导致人们失能和早死的主要原因,全国目前每年约有 100 万人死于与吸烟有关的疾病<sup>[3]</sup>,烟草对人群健康的危害已成为我国最严重的公共卫生问题之一。研究表明,尼古丁是导致机体对烟草产生依赖的重要首要活性物质,作用于中枢神经系统,引起多巴胺等神经递质的释放<sup>[4]</sup>。为了解吸烟者的尼古丁依赖状况,探索其危险因素,从而为控烟工作提供科学依据,我们在全国的 5 个地区进行了一次关于吸烟习惯、对控烟相关知识的认识、对烟草依赖程度的问卷调查。

## 1 对象与方法

### 1.1 对象

由于此研究项目主要是针对吸烟者的尼古丁依赖性及其影响因素,我们于 2010 年 5 月—11 月在北京、河北、山东、河南、海南 5 个地区采用方便抽样和匿名的方法对吸烟者进行了问卷调查。

### 1.2 方法

自行设计问卷。内容包括一般人口学资料;调查者的吸烟情况及吸烟习惯;对控烟的认识;尼古丁耐量问卷(Fagerstrom Test of Nicotine Dependence Questionnaire, FTND)<sup>[5]</sup>。

对吸烟者控烟知识的回答进行量化赋值:有序问题按 5、4、3、2、1 或 4、3、2、1 赋分(按照完全正确、部分正确、不明确、部分错误、完全错误,由高至低等距递减)。

利用调查问卷中设计的尼古丁依赖评估量表计算吸烟者的 FTND 分值,并根据 FTND 分值分组: $<5$  为低依赖组, $\geq 5$  为高依赖组。

查阅国内相关文献并结合此次问卷调查内容归纳出可能影响吸烟者尼古丁依赖性的因素有常住地、性别、年龄、职业、婚姻状况、学历、收入、人际关系、工作压力、烟龄、健康意识、购买香烟的价格等<sup>[6-9]</sup>。分别以上述因素为分组变量将调查对象分组,运用卡方检验比较组间尼古丁依赖程度的差异性并将差异有统计学意义的因素引入多元 logistic 回归模型,前进法筛选变量。

### 1.3 统计分析



采用Epidata3.0软件进行问卷录入和整理，SPSS20.0软件进行统计处理。分类资料组间比较运用卡方检验；采用logistic回归分析影响吸烟者尼古丁依赖性的因素及其变化趋势。

## 2 结果

### 2.1 一般人口学资料

调查共收回问卷1229份，剔除空白项>50%、信息前后矛盾或不明确者后，获得有效问卷1124份进入分析，有效率为91.46%。

在分析问卷中，男性占90.3%，女性占9.7%；年龄为20-34岁及34-49岁之间的分别占47.4%和35.4%；22.0%的吸烟者为大学本科及以上文化程度，大专占27.5%。已婚吸烟者占66.4%；48.3%的吸烟者工作环境比较紧张，31.6%比较随意。

### 2.2 吸烟情况及习惯

调查对象初次吸烟的平均年龄为20.02岁，中位年龄为19岁。95%的吸烟者初始吸烟年龄集中在10~30岁之间。累计吸烟时间平均为14.18年，中位数为10.25年。尼古丁依赖得分平均为3.96分，中位数为4分；82.4%的吸烟者每日吸烟量为20支以内，53.9%的吸烟者吸的烟的价格在5-10元之间；9.4%的吸烟者曾尝试戒烟5次以上。

### 2.3 控烟认识

调查对象对吸烟的认识得分均值为27.98分（满分45分），应答情况见表1。对吸烟与疾病联系的认识得分均值为26.56分（满分40分），对被动吸烟与疾病的联系认识得分均值为19.26分（满分28分），应答情况见表2。

表 1 调查对象对吸烟的认识

是否同意下列说法	反对		不太反对		成		不太赞成		赞成	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
少量吸烟对健康危害小	247	21.98	169	15.04	158	14.06	129	11.48	421	37.46
低焦油等于低危害	209	18.59	138	12.28	218	19.40	161	14.32	398	35.41
被动吸烟危害很小	439	39.06	103	9.16	228	20.28	158	14.06	196	17.44
烟龄长的病人少吸烟非戒烟	136	12.10	121	10.77	214	19.04	116	10.32	537	47.78
吸烟成瘾是慢病,需治疗	182	16.19	105	9.34	230	20.46	172	15.30	435	38.70
有意愿戒烟就可以成功	101	8.99	80	7.12	217	19.31	152	13.52	574	51.07
医生应树立不吸烟的榜样	46	4.09	68	6.05	190	16.90	119	10.59	701	62.37
医院应全面禁烟	47	4.18	61	5.43	196	17.44	91	8.10	729	64.86
允许不接触病人者院内吸烟	318	28.29	85	7.56	211	18.77	164	14.59	346	30.78

表2 调查对象对吸烟与疾病联系的认识

项目	相关		可能相关		不相关		不知道	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
主动吸烟与疾病风险								
前列腺炎	194	17.26	236	21.00	211	18.77	483	42.97
高血压	330	29.36	267	23.75	170	15.12	357	31.76
骨关节炎	141	12.54	197	17.53	302	26.87	484	43.06
肺癌	671	59.70	162	14.41	77	6.85	214	19.04
缺血性心脏病	290	25.80	236	21.00	146	12.99	452	40.21
性功能障碍	267	23.75	259	23.04	174	15.48	424	37.72
肺结核	495	44.04	218	19.40	128	11.39	283	25.18
II型糖尿病	172	15.30	223	19.84	229	20.37	500	44.48
急性牙龈坏死或溃烂	319	28.38	256	22.78	166	14.77	383	34.07
肺气肿	525	46.71	214	19.04	97	8.63	288	25.62
被动吸烟与疾病风险								
白血病	160	14.23	234	20.82	255	22.69	475	42.26
肺癌	583	51.87	215	19.13	91	8.10	235	20.91
缺血性心脏病	218	19.40	262	23.31	197	17.53	447	39.77
支气管炎	516	45.91	239	21.26	118	10.50	251	22.33
中风	206	18.33	236	21.00	247	21.98	435	38.70
细支气管炎	485	43.15	230	20.46	125	11.12	284	25.27
哮喘	543	48.31	222	19.75	116	10.32	243	21.62

#### 2.4 尼古丁依赖性影响因素的单因素分析

组间差异性检验的结果显示，不同常住地、职业、受教育程度、收入、人际关系、工作紧张程度、烟龄、控烟认识以及购烟价格的吸烟者的尼古丁依赖程度存在显著的统计学差异。

5个地区中，住址为河北的吸烟者中高依赖者比例高于北京、山东、河南、海南地区，从事制造、加工、林牧工作的高依赖者的比例高于其他职业。低依赖组人群在受教育程度、收入、人际关系、控烟认识等方面优于高依赖组人群，而后者的工作环境更紧张，累计吸烟时间更长，见表3。

表3 吸烟者的尼古丁依赖程度及各因素分布特征

		$\bar{x} \pm SD$	尼古丁低依		尼古丁高依		x <sup>2</sup>	P
			赖		赖			
			N	%	N	%		
常住地	北京	4.05±2.15	187	58.44	133	41.56	26.48	0.000
	河北	4.89±2.31	36	43.37	47	56.63		
	山东	2.98±2.47	132	72.53	50	27.47		
	河南	3.67±2.64	65	58.56	46	41.44		
	海南	3.88±2.66	27	56.25	21	43.75		
	其他	4.62±2.18	57	49.57	58	50.43		
职业	建筑、加工制造业	4.52±2.29	87	48.33	93	51.67	23.22	0.002
	农、林、牧、园林业	4.65±2.26	44	48.89	46	51.11		
	在校(大学)学生	3.89±2.33	46	61.33	29	38.67		
	武警、公安、部队	3.72±2.31	49	57.65	36	42.35		
	文艺、传播业	4.25±2.16	31	49.21	32	50.79		
	医疗卫生	3.19±2.50	105	70.00	45	30.00		
	公司职员	3.87±2.43	106	63.10	62	36.90		
	其他	3.35±2.67	48	60.76	31	39.24		
	受教育程度	中专以下	4.49±2.36	89	47.85	97		
中专		4.00±2.39	145	57.54	107	42.46		
大专		3.73±2.43	160	62.26	97	37.74		
本科及以上		3.66±2.42	129	63.24	75	36.76		
收入	小于4000元	4.15±2.30	102	51.78	95	48.22	11.438	0.022
	4000-7999元	4.36±2.47	83	51.23	79	48.77		
	8000-1.9万	3.86±2.41	100	57.47	74	42.53		
	2万-5.9万	3.64±2.45	159	64.63	87	35.37		
	6万以上	3.95±2.42	77	62.10	47	37.90		
人际关系	良好	3.75±2.48	357	60.71	231	39.29	10.560	0.005
	一般	4.23±2.29	140	55.12	114	44.88		
	较差	5.27±1.37	8	30.77	18	69.23		
工作紧张程度	休闲型	4.18±2.70	27	52.94	24	47.06	32.886	0.000
	较随意	3.83±2.36	157	62.06	96	37.94		
	比较紧张	3.61±2.35	267	63.12	156	36.88		

	高度紧张	5.22 ±2.40	36	33.64	71	66.36		
吸烟年数	0-10 年	3.91 ±2.30	242	58.88	169	41.12	15.168	0.002
	10-20 年	3.38 ±2.42	147	68.37	68	31.63		
	20-30 年	4.41 ±2.63	72	51.80	67	48.20		
	30 年以上	4.45 ±2.24	38	47.50	42	52.50		
是否知道吸烟有害	知道	3.86 ±2.44	478	59.60	324	40.40	11.964	0.001
	不知道	5.10 ±1.84	23	37.10	39	62.90		
吸的烟的价格	不到 5 元/盒	4.69 ±2.34	57	44.88	70	55.12	17.520	0.001
	5-10 元/盒	3.68 ±2.39	327	63.37	189	36.63		
	11-14 元/盒	4.18 ±2.27	82	51.90	76	48.10		
	15 元以上/盒	4.06 ±2.57	58	57.43	43	42.57		

(注：吸烟者的尼古丁依赖得分只计算有效值，忽略缺失值)

## 2.5 尼古丁依赖性影响因素的多元回归分析

二元逻辑回归分析结果表明，最终5个因素进入logistic回归方程，常住地为河北 (OR=2.490, P=0.004)、中专以下受教育程度 (OR=1.982, P=0.012)、工作环境高度紧张 (OR=4.109, P=0.002)、吸烟30年以上 (OR=3.886, P<0.001) 及对不知道吸烟有害的吸烟人群更容易出现尼古丁高度依赖 (OR=3.904, P=0.002)，见表4。

表4 尼古丁依赖影响因素的多元 logistic 回归分析

	B	S.E.	Wals	P	OR	EXP(B) 的 95% C.I.	
						下限	上限
常住地			22.257	0.000			
北京					1.000		
河北	0.912	0.318	8.243	0.004	2.490	1.336	4.641
山东	-0.702	0.270	6.780	0.009	0.496	0.292	0.841
河南	0.318	0.276	1.326	0.250	1.374	0.800	2.361
海南	0.280	0.383	0.535	0.464	1.323	0.625	2.800
其他	0.157	0.304	0.266	0.606	1.170	0.645	2.120
受教育程度			12.115	0.007			
本科及以上					1.000		
中专以下	0.684	0.271	6.375	0.012	1.982	1.165	3.371
中专	-0.181	0.258	0.492	0.483	0.834	0.503	1.384
大专	0.027	0.251	0.011	0.915	1.027	0.628	1.679
工作紧张程度			17.802	0.000			
休闲型					1.000		
较随意	0.187	0.390	0.230	0.632	1.205	0.562	2.587

	比较紧张	0.283	0.383	0.545	0.460	1.327	0.626	2.813
	高度紧张	1.413	0.451	9.798	0.002	4.109	1.696	9.953
吸烟年数				21.366	0.000			
	0-10年					1.000		
	10-20年	-0.122	0.226	0.293	0.589	0.885	0.568	1.378
	20-30年	0.433	0.264	2.685	0.101	1.541	0.919	2.586
	30年以上	1.357	0.326	17.289	0.000	3.886	2.049	7.368
是否知道吸烟有害						1.000		
	知道					1.000		
	不知道	1.362	0.435	9.811	0.002	3.904	1.665	9.156

### 3 讨论

本次调查结果显示, 95%的吸烟者初始吸烟年龄集中在10~30岁之间, 调查对象主要是男性吸烟者, 所以此年龄段男性应该作为控烟工作的重点干预对象, 尽量避免未成年人和青年男性对烟草的暴露。93.2%的调查对象在上班时间段吸烟, 提示应加强对工作场所禁烟的管理力度, 创建无烟工作环境, 减少工作场所的二手烟暴露。虽然90.4%的吸烟者知道吸烟有害健康, 但仅19.37%的调查对象反对“低焦油等于低危害的说法”; 对吸烟和被动吸烟与缺血性心脏病、白血病的关系有正确认识的比例仅为28.21%和15.6%, 表明多数吸烟者在吸烟危害的认识上仍存在严重误区。

由多元回归分析的结果可见, 常住地为河北、受教育程度低、工作环境高度紧张、烟龄时间长、对吸烟危害认知不足与尼古丁高度依赖的有统计学意义的相关。这提示必须加强关于烟草危害的健康教育, 尤其在受教育程度较低、工作环境比较紧张的人群和青少年中的普及性健康教育, 抵制烟草公司和广告商对烟草产品的错误宣传, 防止青少年和工作环境比较紧张人群因尼古丁依赖成为长期吸烟的受害者。此外, 在吸烟者的戒烟过程中除必要的药物干预和心理引导之外<sup>[9]</sup>, 给予一定的社会支持, 例如亲友的正确引导劝阻, 避免紧张的工作环境; 开展控烟宣传教育, 提高对烟草危害的认识, 激发吸烟人群的戒烟意愿<sup>[11]</sup>, 减轻吸烟者的经济负担很有必要。

### 参考文献

- [1] 中国疾病预防控制中心. 2010全球成人烟草调查—中国报告/杨功焕主编 [M]. 北京: 中国三峡出版社, 2011.11
- [2] 徐涛,李卫,胡泊等. 中国 11 省市成年人吸烟和被动吸烟情况调查[J]. 中国慢性病预防与控制,2010,18(3): 229~230
- [3] 杨焱. 烟草的危害、流行特点及控制策略[J].中国健康教育, 2006,22(5): 387~389
- [4] 郝伟,谭林湘,唐全盛等. 尼古丁依赖与烟瘾戒除[J]. 中国药物依赖性杂志, 2009,18(4): 346~370
- [5] Hatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, et al. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence:a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire [J]. Br J Addict, 1991, 86:1119~ 1127.
- [6] 张维森,江朝强,林大庆等. 广州市工厂职工吸烟行为与尼古丁依赖性调查. [J]中华流行病学杂志, 2008,29 (11): 1061~1063
- [7] 肖丹,王辰,翁心植. 烟草依赖是一种慢性疾病. [J]中国健康教育,2008,24(9):721~722
- [8] 裘欣,项海青,程彬等. 公共场所从业人员烟草使用状况及其影响因素研究. [J]中国预防医学杂志. 2008,9 (8): 732~734
- [9] 张巧耘,朱宝立,张恒东. 两家工厂工人吸烟行为与烟瘾的调查. [J]中华劳动卫生职业病杂志. 2009,27 (6): 349-351
- [10] 云妙英, 孙江平, 高文静等. 1379 名青年职工吸烟原因调查分析[J]. 中国工业医学杂志, 2002,15(2): 71~74
- [11] 蔡忠元, 陈婷, 朱燕红. 社区居民戒烟状况及影响因素分析[J]. 健康教育与健康促进, 2009,4(3): 14~17

# 吸烟量与 *CHRNA7* 基因多态性对高血糖的联合作用

周珊宇, 吴晓瑛, 刘涛, 谢传波, 王辉, 邱泉, 丁鹏, 陈维清\*

(中山大学公共卫生学院医学统计与流行病学系, 广州, 510080)

**摘要** 目的 探讨吸烟量与 *CHRNA7* 基因多态性对高血糖的联合作用。方法 调查 909 名男性吸烟者的社会人口学信息及吸烟行为等信息, 并采静脉血检测空腹血糖及 *CHRNA7* 上 SNP 位点 rs2337980 的多态性。在控制年龄、职业和糖尿病家族史后, 应用多因素 logistic 回归模型, 分析吸烟量和 *CHRNA7* 基因多态性对高血糖的联合作用。结果 909 名男性吸烟者中, 有 166 人(18.3%) 为高血糖, 743 人(71.7%) 血糖正常。在控制年龄、职业和糖尿病家族史等后, 每日吸烟量 >15 支的男性比每日吸烟量为 1~15 支者患高血糖症的风险显著增高 (OR=1.51, 95%CI=1.06~2.14), 携带变异基因型 (CC/CT) 的个体较携带 rs2337980 野生基因型 (CC) 患高血糖症的危险性显著增高 (OR=1.74, 95%CI=1.22~2.48)。在控制年龄、职业、糖尿病家族史和吸烟年数后, 进一步根据 *CHRNA7* 上 SNP 位点 rs2337980 的多态性和每日吸烟量进行分层分析, 以携带 rs2337980 野生基因型且每日吸烟量 1~15 支者为参照组, 携带野生基因型且每日吸烟量 >15 支者、携带变异基因型且每日吸烟 1~15 支者和携带变异基因型且每日吸烟者量 >15 支者患高血糖症的危险性呈递增趋势, OR 值分别为 1.81 (95%CI=1.07~3.07)、2.06 (95%CI=1.26~3.38) 和 2.52 (95%CI=1.52~4.17)。但未发现每日吸烟量和 rs2337980 多态性对高血糖症有交互作用。结论 每日吸烟量与 *CHRNA7* 基因多态性对高血糖有联合作用。

**关键词** 吸烟量; *CHRNA7*; 基因多态性; 高血糖症; 联合作用

## Joint effects of smoking quantity and *CHRNA7* polymorphisms on hyperglycemia

ZHOU Shan-yu, WU Xiao-ying, LIU Tao, XIE Chuan-bo, WANG Hui, QIU Quan, DING Peng, CHEN Wei-qing. Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Public Health, Sun Yat-Sen University, 74, Zhongshan Road 2, 510080, Guangzhou, China.

Corresponding author: CHEN Wei-qing, E-mail: chenwq@mail.sysu.edu.cn

**Abstract Objective** To explore the joint effects of smoking quantity and  $\alpha 7$  nicotinic acetylcholine receptor subunit gene (*CHRNA7*) on hyperglycemia. **Methods** A total of 909 male smokers were interviewed with a structured questionnaire about socio-demographic status and smoking behavior. Venous blood samples were collect to measure fasting serum glucose and a single nucleotide polymorphisms (SNPs) rs2337980 in *CHRNA7* were measured with iMLDR method. A series of multivariate logistic regression models were performed to assess the join effects of smoking quantity and *CHRNA7* gene polymorphisms on hyperglycemia with adjustment for age, occupation and family history

of diabetes. **Results** There were 166(18.3%) hyperglycemia and 743(71.7%) normoglycemia individuals in 909 male smokers. Multivariate logistic regression analysis indicated that individuals smoking >15 cigarettes per day significantly increased the risk of hyperglycemia (OR=1.51, 95%CI=1.06~2.14) than those smoking 1~15 cigarettes/day after adjusting the potential confounders. In addition, compared to those with wild type (CC) of rs2337980, individuals with variant type (CT/TT) of rs2337980 had an increased risk of hyperglycemia (OR=1.74, 95%CI=1.22~2.48). A further stratified analysis by smoking quantity and rs2337980 genotypes indicated that compared with individuals smoking 1~15 cigarettes per day and carrying wild type of rs2337980, the increased risk of hyperglycemia was observed in ones smoking >15 cigarettes per day and carrying wild type (OR=1.81, 95% CI=1.07~3.07), ones smoking 1~15 cigarettes per day and carrying variant type (OR=2.06, 95%CI=1.26~3.38) and ones smoking >15 cigarettes per day and carrying variant type (OR=2.52, 95%CI=1.52~4.17) after adjusting for the potential confounders. But, it was not found that smoking quantity and rs2337980 polymorphisms interactively affected on hyperglycemia. **Conclusions** These findings suggested that smoking quantity and *CHRNA7* polymorphisms might exert the synergistic effects on hyperglycemia.

**Key words** Smoking quantity; *CHRNA7*; Genetic polymorphisms ; Hyperglycemia; Joint effect

高血糖症是一种以空腹血糖和/或 2h 餐后血糖升高为特征的糖代谢异常症状,包括空腹血糖受损 (IFG)、糖耐量减低 (IGT) 和 2 型糖尿病 (T2DM) [1]。高血糖症的病因十分复杂,有环境因素和基因因素,相关研究表明吸烟是高血糖症的重要危险因素[2, 3],且存在剂量效应关系,每日吸烟量越多,发生高血糖症的危险性越大[4, 5]。然而,即使吸烟者的每日吸烟量和吸烟年数相同,但并不是所有吸烟者都能发生高血糖症,因此我们推测个体的基因易感性在其中起着重要作用。我们前期的研究已证实细胞色素 P450 2A6 酶基因(*CYP2A6*)基因多态性与吸烟行为有关[6],并且 *CYP2A6* 基因多态性在吸烟量和 2 型糖尿病的关系中起效应修饰作用[7]。此外,相关研究证实尼古丁乙酰胆碱受体 (nicotine acetylcholine receptors, nAChR) 基因多态性与吸烟行为以及吸烟相关疾病 (如肺癌、COPD 和外周动脉疾病等) 相关[8-11]。然而,  $\alpha 7$  尼古丁乙酰胆碱受体基因 (*CHRNA7*) 多态性在吸烟量和高血糖症的关系中是否起修饰作用,以及吸烟量与 *CHRNA7* 基因多态性对高血糖症是否有联合作用,目前的研究尚未阐明。因此,我们的研究旨在探讨这一问题。

## 对象与方法

1. 研究对象: 研究对象来源于 2006 年 7 月至 2007 年 6 月在广州市和珠海市开展的社区慢性病流行病学调查人群,抽样方法为多级随机抽样[12]。本次研究共调查了 7293 名(2465 名男性和 4828 名女性)年龄  $\geq 20$  岁并符合条件的社区居民。由于女性吸烟者较少 (113 名),为了减小吸烟状态和性别的混杂效应,我们只纳入男性吸烟者。在 1327 名男性吸烟中,选取了 909 名男性吸烟者 (完

成调查问卷并保留血样)作为此次研究对象。研究得到了中山大学伦理委员会的批准,并在研究开始前所有的调查对象都签署了知情同意书。

2. 资料收集:资料收集由经过培训的医科学生和临床医生作为调查员与调查对象进行面对面的访谈,以获得调查对象的社会人口学信息,吸烟行为以及糖尿病家族史等信息。研究对象抽取早晨空腹静脉血,采用葡萄糖氧化酶法(加氟化钠)检测血糖。对于空腹血糖 $\geq 5.6\text{mmol/L}$ 的被调查者,进行OGTT试验检测餐后2h的血糖(2hPG)。

3. 吸烟行为的定义和测量:“现在吸烟者”是指一生中吸烟量 $\geq 100$ 支,并在调查当时吸烟量 $\geq 1$ 支/天的人。“过去吸烟者”是指一生中吸烟量 $\geq 100$ 支,但调查当时已经戒烟的人<sup>[13]</sup>。所有吸烟者均要报告距本次调查最近的一段吸烟期的每天吸烟的支数。根据每天吸烟量将所有的吸烟者分为两组:每日吸烟量为1~15支者和每日吸烟量 $>15$ 支者<sup>[14]</sup>。对于现在吸烟者,“吸烟年数”是指吸烟者现在的年龄减去开始规律吸烟的年龄。对于过去吸烟者,“吸烟年数”是指吸烟者戒烟的年龄减去开始规律吸烟的年龄<sup>[6]</sup>。

4. 高血糖症的定义:根据WHO1999年制订的2型糖尿病诊断标准<sup>[15]</sup>:“2型糖尿病”定义为空腹静脉血糖 $\geq 7.0\text{mmol/L}$ 或2hPG $\geq 11.1\text{mmol/L}$ ,或以往已诊断为2型糖尿病并正在服用降糖药或使用胰岛素者。“空腹血糖受损(IFG)”定义为空腹静脉血糖为 $6.1\sim 7.0\text{mmol/L}$ 。“糖耐量减低(IGT)”定义为空腹静脉血糖 $<7.0\text{mmol/L}$ 且2hPG为 $7.8\sim 11.1\text{mmol/L}$ 。“高血糖症”则包括IFG,IGT和2型糖尿病<sup>[1]</sup>。“正常血糖”定义为空腹静脉血糖 $<6.1\text{mmol/L}$ 且2hPG $<7.8\text{mmol/L}$ 。

5. *CHRNA7*多态性检测:采用宝生物工程(大连)有限公司的血液基因组DNA提取试剂盒提取全血中的DNA。本研究选择了位于*CHRNA7*基因上的SNP位点rs2337980,采用iMLDR SNP分型技术(基于多重PCR和多荧光双重连接检测反应原理)进行多态性检测,并分型为CC(纯合野生型)、CT(杂合变异型)、TT(纯合变异型)。所有检测样本在完成第一次检测后随即抽取5%样本进行重测,一致性接近100%。

6. 统计分析:分类变量采用构成比(P)表示。根据是否高血糖把所有909名男性吸烟者分为高血糖症组和正常血糖组,采用 $\chi^2$ 检验分析两组之间一般人口学特征及临床特征的差别,并在控制年龄、文化程度、糖尿病家族史和吸烟年数后,采用多因素logistic回归的方法分析每日吸烟量(0=1~15支/天,1= $>15$ 支/天)和rs2337980多态性(0=野生型(CC),1=变异型(CT+TT))与高血糖症的关联,并分析吸烟量与rs2337980多态性对高血糖症的联合作用。

所有检验均采用双侧检验,显著性水平为0.05。Hardy-Weinberg平衡采用Stata statistical package (version12/SE, Stata Corp., College Station, Texas)进行分析,其它统计处理均由SPSS version 17.0 for Windows (SPSS, Inc., Chicago, IL USA)完成。

## 结 果

1. 研究对象一般特征:909名调查对象有166人(18.3%)为高血糖症,743人(71.7%)血糖正常。



两组间的年龄和职业分布差异有显著性意义( $P<0.05$ ), 其它人口学特征无统计学意义, 详见表 1。

表1 909名吸烟者中高血糖和正常血糖组间的人口学特征对比

人口学特征	正常血糖组 (n=743)		高血糖组 (n=166)		$\chi^2$	P
	例数	%	例数	%		
年龄 (岁)					30.501	<0.001
<30	18	2.4%	1	0.6%		
30-39	90	12.1%	3	1.8%		
40-49	140	18.9%	27	16.3%		
50-59	247	33.3%	52	31.3%		
60-69	195	26.2%	58	34.9%		
$\geq 70$	53	7.1%	25	15.1%		
职业					14.544	0.042
工人	181	24.4%	37	22.3%		
农民	81	10.9%	10	6.0%		
管理人员	42	5.7%	12	7.2%		
技术人员	31	4.2%	11	6.6%		
服务人员	97	13.1%	15	9.0%		
退休人员	198	26.6%	58	34.9%		
无业者	86	11.6%	13	7.8%		
其他	27	3.6%	10	6.0%		
教育程度					6.270	0.180
文盲	11	1.5%	2	1.2%		
小学	115	15.5%	32	19.3%		
初中	249	33.5%	67	40.4%		
高中或职高	251	33.8%	43	25.9%		
大学及以上	117	15.7%	22	13.3%		
婚姻状况					1.590	0.452
未婚	34	4.6%	4	2.4%		
已婚	687	92.5%	157	94.6%		
离异或丧偶	22	3.0%	5	3.0%		
家庭月收入(元)					6.176	0.186
<1000	97	13.1%	22	13.3%		
1000~2999	222	29.9%	62	37.3%		

3000~4999	220	29.6%	35	21.1%		
≥5000	132	17.8%	32	19.3%		
不清楚	72	9.7%	15	9.0%		
糖尿病家族史					3.324	0.068
无	641	86.3%	134	80.7%		
有	102	13.7%	32	19.3%		

2. 吸烟量和 rs2337980 多态性与高血糖症的关系：如表 2 所示，在 909 名男性吸烟者中经多因素 logistic 回归分析发现，在控制年龄、职业和糖尿病家族史等后，每日吸烟量>15 支的男性比每日吸烟量为 1~15 支者患高血糖症的风险显著增高（OR=1.51, 95%CI=1.06~2.14）。

Rs2337980 的等位基因频率符合 Hardy-Weinberg 遗传平衡定律，且最小等位基因频率 > 0.05。以携带 rs2337980 野生基因型（CC）为对照组，携带变异基因型（CC/CT）的个体患高血糖症的危险性更高，差异有统计学意义（OR=1.74, 95%CI=1.22~2.48）。

表2 吸烟行为和rs2337980基因多态性与高血糖的关联

	正常血糖组 (n=743)		高血糖组 (n=166)		OR#(95%CI)	P
	例数	%	例数	%		
吸烟量						
1-15 支/天	442	59.5%	82	49.4%	1.00	
>15 支/天	301	40.5%	84	50.6%	1.51(1.06,2.14)	0.023
CHRNA7						
rs2337980						
CC	413	55.6%	71	42.8%	1.00	
CT+TT	330	44.4%	95	57.2%	1.74(1.22,2.48)	0.002

#：校正调整年龄、职业及糖尿病家族史

3. 吸烟量与rs2337980多态性对高血糖的联合作用：在控制年龄、职业、糖尿病家族史和吸烟时间后，并根据 CHRNA7 上 SNP 位点 rs2337980 的多态性和每日吸烟量进行分层，以携带 rs2337980 野生基因型且每日吸烟量 1~15 支者为参照组，携带野生基因型及每日吸烟量 >15 支者、携带变异基因型及每日吸烟 1~15 支者和携带变异基因型及每日吸烟者量 >15 支者患高血糖症的危险性呈递增趋势，OR 值分别为 1.81（95%CI=1.07~3.07）、2.06（95%CI=1.26~3.38）和 2.52（95%CI=1.52~4.17）。但每日吸烟量与 rs2337980 基因型对高血糖无交互作用。见表 3。

表3 909名吸烟者中每日吸烟量与rs2337980基因多态性对高血糖的联合作用

CHRNA7 rs2337980	吸烟量	正常血糖组 (n=743)		高血糖组 (n=166)		OR#(95%CI)	P
		例数	%	例数	%		
		CC	1-15 支/天	264	35.5		
	>15 支/天	149	20.1	36	21.7	1.81(1.07,3.07)	0.027
CT+TT	1-15 支/天	178	24.0	47	28.3	2.06(1.26,3.38)	0.004
	>15 支/天	152	20.5	48	28.9	2.52(1.52,4.17)	<0.001
交互作用(CT+TT)×(>15 cig/day)						0.68(0.33,1.37)	0.274

#: 校正调整年龄、职业、糖尿病家族史和吸烟年数

## 讨 论

以往大量流行病学研究证明吸烟与糖耐量异常和胰岛素抵抗有关, Willi等<sup>[4]</sup>对25项队列研究结果进行了meta分析, 发现吸烟导致高血糖症(校正OR值=1.44, 95%CI=1.31~1.58), 且存在剂量效应关系。本研究中发现每日吸烟量>15支的男性比每日吸烟量为1~15支者患高血糖症的风险显著增高。其原因可能吸烟量越多者, 吸入尼古丁及其它烟草有害物质就越多, 而多项基础和临床研究发现慢性尼古丁和其他烟草有害物质暴露可影响胰岛素分泌、降低胰岛素敏感性、导致胰岛β细胞凋亡等, 进一步使血糖升高<sup>[16-18]</sup>。

CNRNA7基因多态性与精神分裂症、阿尔兹海默症和抑郁症的关系已有报道<sup>[19-21]</sup>, 其致病机制可能与CNRNA7基因所编码的成熟蛋白质α7尼古丁乙酰胆碱受体(α7nAChR)是神经型乙酰胆碱受体的主要组成部分, 该型受体广泛分布在丘脑、海马、黑质和脊髓<sup>[22]</sup>, 影响大脑的学习、记忆和感觉门控功能。近年来的研究相继发现在巨噬细胞、单核细胞和淋巴细胞中存在α7nAChR<sup>[24-26]</sup>, 并通过基因敲除小鼠实验证实α7nAChR在胆碱能抗炎通路中处于核心地位<sup>[27]</sup>。另有研究提示2型糖尿病是全身炎性反应性疾病, 以静脉血TNF-α、IL-6和C反应蛋白升高为特征<sup>[28]</sup>。以上研究说明为什么本研究结果发现携带CNRNA7 rs2337980变异基因型(CC/CT)的个体比携带野生基因型(CC)的个体患高血糖症的风险高, 即CNRNA7基因多态性与患高血糖症有关联。

烟草中的重要活性物质尼古丁是一种具有抗炎作用的生物碱, 同时也是尼古丁乙酰胆碱受体的激动剂<sup>[29]</sup>。尼古丁与巨噬细胞上的α7nAChR结合后激活胆碱能抗炎通路, 通过影响NF-κB信号通路和Jak2/STAT3信号通路共同抑制免疫炎性因子如CRP、TNF-α、IL-6、HMGB-1的产生, 同时还可以促进TGF-β、IL-10等抗炎因子的产生, 两种机制同时激活起到协同抗炎的作用<sup>[30-32]</sup>。由于携带rs2337980变异基因型的个体, 其α7nAChR功能可能受到影响, 因此尼古丁不能和α7nAChR有效结合激活胆碱能抗炎通路, 导致炎性因子浓度增加, 从而加快胰岛素抵抗和2型糖尿病的发生和发展,

导致高血糖症。上述机制解释了本研究的结果，级根据*CHRNA7*上SNP位点rs2337980的多态性和每日吸烟量分层分析发现，同携带野生基因型的每日吸烟量1~15支者相比，携带野生基因型且每日吸烟量>15支者、携带变异基因型且每日吸烟1~15支者和携带变异基因型且每日吸烟者量>15支者患高血糖症的危险性呈递增趋势。同为携带rs2337980野生基因型的个体，但每日吸烟量越多，发生高血糖症的危险也越大，其机制在前面已经阐述。同为每日吸烟量1~15支者，携带变异基因型者其 $\alpha 7nAChR$ 功能受到影响，不能有效结合尼古丁，从而影响胆碱能抗炎通路，导致炎症因子浓度增加，发生高血糖症的危险性也相应增大。而携带变异基因型且每日吸烟者量>15支者发生高血糖症的危险性最大，不仅与吸入更多的尼古丁和其他有害物质有关，还与rs2337980基因变异影响 $\alpha 7nAChR$ 功能有关，两者之间对高血糖症的发生有联合作用。

本次研究存在以下缺陷和不足。首先，因为本次研究是横断面调查，因果关系的推断受到一定的限制。其次，烟草中有很多复杂化学成分，吸烟过程可能有多种代谢相关基因参与，例如由于编码CYP2A6酶的基因变异，可能会影响尼古丁向可替丁的代谢<sup>[33]</sup>，代谢相关基因和尼古丁乙酰胆碱受体基因在吸烟导致高血糖的遗传易感性中可能有相互作用。此外，由于rs2337980位于*CHRNA7*内含子上，不能进行进一步的功能学研究验证，其作用路径可能是通过和其它真正的易感功能性SNPs间存在连锁不平衡，从而间接影响受体功能。

本研究首次报道吸烟量与*CHRNA7*基因多态性对高血糖症有联合作用，该结果可促进阐明吸烟引发高血糖症机制，为控制吸烟提供科学依据，因此具有重要的公共卫生意义。

(致谢：本文获2005年度广州市医药卫生科技重大项目(2005-Zda-001)基金资助。)

## 参考文献

- [1] Li N, Wang M, Wang H, et al. Prevalence of Primary Aldosteronism in Hypertensive Subjects with Hyperglycemia[J]. Clin Exp Hypertens,2012.
- [2] Hu F B, Manson J E, Stampfer M J, et al. Diet, lifestyle, and the risk of type 2 diabetes mellitus in women[J]. N Engl J Med,2001,345(11):790-797.
- [3] Borissova A M, Tankova T, Kirilov G, et al. The effect of smoking on peripheral insulin sensitivity and plasma endothelin level[J]. Diabetes Metab,2004,30(2):147-152.
- [4] Willi C, Bodenmann P, Ghali W A, et al. Active smoking and the risk of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis[J]. JAMA,2007,298(22):2654-2664.
- [5] Tonstad S. Cigarette smoking, smoking cessation, and diabetes[J]. Diabetes Res Clin Pract,2009,85(1):4-13.
- [6] Liu T, David S P, Tyndale R F, et al. Associations of CYP2A6 genotype with smoking behaviors in southern China[J]. Addiction,2011,106(5):985-994.
- [7] Liu T, Chen W Q, David S P, et al. Interaction between heavy smoking and CYP2A6 genotypes on type 2 diabetes and its possible pathways[J]. Eur J Endocrinol,2011,165(6):961-967.
- [8] Thorgeirsson T E, Geller F, Sulem P, et al. A variant associated with nicotine dependence, lung cancer and peripheral arterial disease[J]. Nature,2008,452(7187):638-642.
- [9] Hung R J, Mckay J D, Gaborieau V, et al. A susceptibility locus for lung cancer maps to nicotinic acetylcholine receptor subunit genes on 15q25[J]. Nature,2008,452(7187):633-637.
- [10] Amos C I, Wu X, Broderick P, et al. Genome-wide association scan of tag SNPs identifies a susceptibility locus for lung cancer at 15q25.1[J]. Nat Genet,2008,40(5):616-622.
- [11] Pillai S G, Ge D, Zhu G, et al. A genome-wide association study in chronic obstructive pulmonary disease (COPD): identification of two major susceptibility loci[J]. PLoS Genet,2009,5(3):e1000421.
- [12] Wang H, Qiu Q, Tan L L, et al. Prevalence and determinants of diabetes and impaired fasting glucose among urban community-dwelling

adults in Guangzhou, China[J]. *Diabetes Metab*,2009,35(5):378-384.

[13] Early Release of Selected Estimates Based on Data From the January-September 2007 National Health Interview Survey[Z].Centers for Disease Control,2007.

[14] Primates P, Falaschetti E, Gupta S, et al. Association between smoking and blood pressure: evidence from the health survey for England[J]. *Hypertension*,2001,37(2):187-193.

[15] Organization W H. definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus: report of a WHO consultation[EB/OL]. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1999.

[16] Attvall S, Fowelin J, Lager I, et al. Smoking induces insulin resistance--a potential link with the insulin resistance syndrome[J]. *J Intern Med*,1993,233(4):327-332.

[17] Godsland I F, Walton C. Insulin resistance and cigarette smoking[J]. *Lancet*,1992,340(8819):607.

[18] Frati A C, Iniestra F, Ariza C R. Acute effect of cigarette smoking on glucose tolerance and other cardiovascular risk factors[J]. *Diabetes Care*,1996,19(2):112-118.

[19] 徐鹰, 单可人, 任锡麟, 等. 阿尔茨海默病患者的神经型尼古丁受体 $\alpha 7$ 亚单位基因多态性[J]. *贵阳医学院学报*,(5).

[20] Leonard S, Gault J, Hopkins J, et al. Association of promoter variants in the alpha7 nicotinic acetylcholine receptor subunit gene with an inhibitory deficit found in schizophrenia[J]. *Arch Gen Psychiatry*,2002,59(12):1085-1096.

[21] Ancin I, Barabash A, Vazquez-Alvarez B, et al. Evidence for association of the non-duplicated region of CHRNA7 gene with bipolar disorder but not with Schizophrenia[J]. *Psychiatr Genet*,2010,20(6):289-297.

[22] Chini B, Raimond E, Elgoyhen A B, et al. Molecular cloning and chromosomal localization of the human alpha 7-nicotinic receptor subunit gene (CHRNA7)[J]. *Genomics*,1994,19(2):379-381.

[23] 彭志珍, 万晓娜, 蒋廷云, 等. 神经型烟碱乙酰胆碱受体 $\alpha 7$ 亚单位基因多态性与精神分裂症的关联研究[J]. *汕头大学医学院学报*,(5).

[24] Breese C R, Adams C, Logel J, et al. Comparison of the regional expression of nicotinic acetylcholine receptor alpha7 mRNA and [125I]-alpha-bungarotoxin binding in human postmortem brain[J]. *J Comp Neurol*,1997,387(3):385-398.

[25] Gotti C, Clementi F. Neuronal nicotinic receptors: from structure to pathology[J]. *Prog Neurobiol*,2004,74(6):363-396.

[26] de Jonge W J, Ulloa L. The alpha7 nicotinic acetylcholine receptor as a pharmacological target for inflammation[J]. *Br J Pharmacol*,2007,151(7):915-929.

[27] Wang H, Yu M, Ochani M, et al. Nicotinic acetylcholine receptor alpha7 subunit is an essential regulator of inflammation[J]. *Nature*,2003,421(6921):384-388.

[28] Bullo M, Garcia-Lorda P, Megias I, et al. Systemic inflammation, adipose tissue tumor necrosis factor, and leptin expression[J]. *Obes Res*,2003,11(4):525-531.

[29] Lakhan S E, Kirchgessner A. Anti-inflammatory effects of nicotine in obesity and ulcerative colitis[J]. *J Transl Med*,2011,9:129.

[30] Chen Y, Guo Q, Pan X, et al. Smoking and impaired bone healing: will activation of cholinergic anti-inflammatory pathway be the bridge?[J]. *Int Orthop*,2011,35(9):1267-1270.

[31] Walker J G, Smith M D. The Jak-STAT pathway in rheumatoid arthritis[J]. *J Rheumatol*,2005,32(9):1650-1653.

[32] de Jonge W J, van der Zanden E P, The F O, et al. Stimulation of the vagus nerve attenuates macrophage activation by activating the Jak2-STAT3 signaling pathway[J]. *Nat Immunol*,2005,6(8):844-851.

[33] Tutka P, Mosiewicz J, Wielosz M. Pharmacokinetics and metabolism of nicotine[J]. *Pharmacol Rep*,2005,57(2):143-153.

# 澳门大学生吸烟程度及其相关因素分析

欧家辉<sup>1</sup>、区耀荣<sup>1,2,3</sup>、何伟鸿<sup>2,3</sup>、施远鸿<sup>2,3</sup>、许子琪<sup>2,3</sup>、陈建新<sup>1,3,4</sup>

(1 澳门戒烟保健会、澳门健康协会, 2 澳门大学政府与行政学系同学会, 3 澳门社会保障学会, 4 澳门大学政府与行政学系)

## 一、引言

澳门青少年的吸烟情况越趋严重, 据统计, 在2011年澳门15岁及以上人口的烟草使用率为16.9%, 15岁及以上男女烟草使用率分别为31.4%及3.8%<sup>xx</sup>, 除了预防青少年吸烟, 协助青少年戒烟亦是控烟工作的重要一环。青少年对尼古丁的依赖除了是受到个人的背景社因素如工作、年龄、工作之外, 很大程度上亦是由于心理因素、行为和信仰所影响。清楚认识这些因素对吸烟程度的影响才能找到相应的法方协助青少年戒烟。为了加强对澳门青年对香烟依赖程度加深的成因的了解, 本文将针对其心理状况、行为和信仰对吸烟程度影响, 并以澳门大学生为例进行分析。

## 二、文献回顾

从过去的研究可知, 个人背景因素(如年龄、性别、工作状况等)、心理状况、行为和信仰都是影响吸烟程度的重要原因, 针对心理状况和行为对烟民吸烟程度的影响, 概述如下:

### 心理状况

#### ◇抑郁状况

在心理因素中, 抑郁状况与吸烟程有重要的关联, 抑郁是指人们处于一种情绪低落、意志消沉、经常为事情烦恼、不安的状态。Anda 等学者的研究利用 CES-D(Center for Epidemiologic Studies Depression Scale)量表测量吸烟者的抑郁状况, 发现有抑郁状况的吸烟者较无抑郁状况的吸烟者较难成功戒烟<sup>xxi</sup>。Glassman 的研究亦有类似发现, 有较高的抑郁征状的吸烟者较难成功戒烟<sup>xxii</sup>, 主要是因为烟民通常透过吸烟来减低心理压力, 可见改善烟民抑郁状况已成为戒烟研究的一个重要方法。

#### ◇自我效能

除了抑郁, 自我效能是另一个影响戒烟行为的重要心理因素, Condiotte 等学者在一项戒烟研究中, 发现戒烟者的自我效能程度越高, 越容易成功戒烟<sup>xxiii</sup>。Schnoll R. A.等学者的研究亦发现, 有较高自我效能的戒烟者戒烟成的率相对较高<sup>xxiv</sup>。Heale R. & Griffin M. T. 的一项关于青少年戒烟的研究发现, 青少年戒烟与其自我效能有着重要的关联<sup>xxv</sup>。自我效能是一种自我观念, 是对个人对自己能否成功应对特殊情境的能力的看法<sup>xxvi</sup>, 而过去的各种成败经验会使人们形成一般性自我效能(General Self-Efficacy), 主导其在日常生活中能否达成目标和克服阻碍的看法<sup>xxvii</sup>。不少研究亦发现提升吸烟人士的自我效能会增加其戒烟的倾向<sup>xxviii</sup>。不难理解具有较高自我效能的吸烟者能够尝试戒烟及成功戒烟。

#### ◇自尊

人们一般认为个人自尊程度低与其不良健康行为如吸毒等有关联，Mcgee & William 的研究发现，个人自尊程度与青少年的部分不良健康行为有关联<sup>xxxix</sup>。Kowalski 的研究利用 Self-Esteem 量表测量戒烟者自尊状况，发现戒烟者的自尊状况与其戒烟状况存明显关系<sup>xxx</sup>。

#### 行为和信仰

#### ◇饮酒

Burge 等学者透过大量的文献回顾指出，对于一般人而言，吸烟和饮酒这两种不良健康行为存在高度的相关性，即饮酒会增加人们对吸烟的消费，反之亦然<sup>xxxix</sup>。Johnson 等学者曾对青少年进行大规模的吸烟与饮酒调查，亦发现饮酒的青少年很大机会会有吸烟的习惯<sup>xxxii</sup>。换句话说，吸烟与饮酒是互补性很强的消费品。

#### ◇宗教信仰

烟税很多时被容易为一种“罪恶税”，背后其实是反映出在宗教角度看吸烟被视为一种“罪恶”(Sin)的看法，换言之，宗教并不鼓励吸烟，这个理念得到一些研究支持，例如 Koenig 的研究指出在宗教活动较为活跃的人吸烟的可能性较低，即使吸烟，依赖程度亦较小<sup>xxxiii</sup>，Wasserman 的研究亦发现出席宗教活动较多的人在吸烟和饮酒的机会率亦较小<sup>xxxiv</sup>。

### 三、研究目的

综合上述，是次研究尝试了解大学生个人背景、心理状况、饮酒行为、宗教信仰与其吸烟程度之间的关系。

### 四、方法

是次研究于 2012 年 4 月至 5 月进行，研究人员向四间大专院校派共 1,500 份问卷，有效问卷为 1,074 份，比率为 71.6%，问卷用 SPSS 软件进行分析。在统计分析中，除了一般的描述性统计分析外，主要会利用变异数分析 (ANOVA)，相关度分析和有序逻辑回归分析 (Ordinal Logistic Regression) 去验证各项因素与吸烟程度之间的关系。而逻辑回归分析中的变项如下：

#### 自变项(Independent Variables)

#### ◇个人背景因素

年龄：以 21 岁以上和 21 岁或以下区分

性别：男和女

学校：澳门大学、澳门理工学院、镜湖护理学院和澳门旅游学院

年级：大学一至四年级

独生子女：是和否

住户收入：大于 30,000 元和小于 30,000 元

工作状况：全职、兼职、没有工作

#### ◇心理状况

抑郁状况:本研究会采取经广泛使用的 CES-D  
(Center for Epidemiologic Studies Depression Scale)

抑郁量表中文版。该量表有 20 个项目,例如“我对未来充满希望”、“我觉得我的一生是个失败”。从 1 分“非常少或根本没有”到 4 分“多半是或总有”来测量受访者的抑郁状况。

自我效能:本研究会采取经广泛使用的一般自我效能量表(The Chinese Version of General Self-Efficacy Scale)中文版。该量表有 10 个项目,例如“如果我努力去尝试的话,我必能把困难解决”,从 1 分“完全不正确”到 4 分“完全正确”来测量受访者的自我效能。

自尊量:本研究会采取经广泛使用的罗斯伯自尊量(Rosenberg Self-esteem Scale)中文版。该量表有 10 个项目,例如“我用正面的态度看自己”,从 1 分“非常不同意”到 5 分“非常同意”来测量受访者的自尊。

◇行为及信仰

饮酒:有否饮酒经验

宗教信仰:没有宗教信仰、佛教、基督教和天主教

### 因变项(Dependent Variables)

◇吸烟程度:在受访者过去三十日内的吸烟情况,以 0 代表有吸烟但这段时没有、1 代表 1 至 9 日、2 代表 10 至 30 日去测量。

## 五、结果

### 描述及变异数统计分析

首先,表一结果为受访者的个人资料变项(包括年龄、性别、学校、年级、宗教、独生子女、住户收入、工作状况、饮

表一、描述及变异数统计分析

	樣本	吸煙程度	顯著值
<b>個人背景因素</b>			
年齡			0.845
21或以下	52	0.58	
21以上	36	0.61	
性別			0.914
女	43	0.58	
男	45	0.60	
學校			0.371
澳門大學	57	0.56	
澳門理工學院	12	0.50	
澳門旅遊學院	10	1.00	
鏡湖護理學院	9	0.44	
年級			<b>0.079</b>
一年級	18	0.39	
二年級	28	0.75	
三年級	22	0.82	
四年級	20	0.30	
獨生兒女			0.648
是	10	0.70	
否	78	0.58	
住戶收入			0.416
大於等於30,000	29	0.69	
5,000 - 29,999之間	49	0.59	
小於5,000	10	0.30	
雙職家庭			0.980
否	34	0.59	
是	54	0.59	
工作狀況			<b>0.091</b>
全職	8	1.13	
兼職	50	0.60	
沒有工作	30	0.43	
<b>行爲及信仰</b>			
飲酒經驗			0.868
無	3	0.67	
有	85	0.59	
宗教			0.942
沒有	61	0.57	
佛教	10	0.70	
基督教	9	0.67	
天主教	8	0.50	
	<b>平均值</b>	<b>標準差</b>	<b>顯著值</b>
心理狀況			
自我效能(Cronbach's $\alpha=0.872$ )	2.48	0.51	0.472
抑鬱狀況(Cronbach's $\alpha=0.891$ )	2.16	0.47	<b>0.196</b>
自尊(Cronbach's $\alpha=0.814$ )	2.61	0.54	<b>0.046</b>



酒的比例)、吸烟程度与各变量吸烟程度的 ANOVA 分析。

在各变项中, 量度吸烟程度的数值普遍小于 0.7, 而数值较大的类别包括澳门旅游学院 (1)、二年级 (0.75) 和三年级 (0.82)、全职 (1.13)。

在 ANOVA 分析中, 由于样本数目较少, 故采取 0.2 显著水平, 依此发现在吸烟程度方面有显著不同的因素包括年级和受访者的工作状况。

在年级方面, 二年级和三年级的吸烟大学生吸烟程度明显较一年级和二年级为高 (p-value=0.079), 数值分别为 0.75 和 0.82, 一、二年级的数值分别为 0.39 和 0.44。

在受访者的工作状况方面, 全职吸烟大学生吸烟程度明显较兼职没有工作的吸烟大学生为高 (p-value=0.091), 全职吸烟大学生数值为 1.13, 兼职的吸烟大学生是 0.6, 没有工作的吸烟大学生只是 0.43。

在心理状况方面, 自我效能表的平均数为 2.48, 标准偏差为 0.51, 抑郁状况量表的平均数为 2.16, 标准偏差为 0.47, 自尊量表的平均数为 2.61, 标准偏差为 0.54。另外, 抑郁状况和自尊与吸烟程度的相关系数的显著值分别为 0.196 和 0.046, 显示两者与吸烟程度分别在 0.2 和 0.05 的显著水平存在明显关系,

#### 多元逻辑回归分析

在检视各变项与吸烟程度的逻辑回归分析中 (见表二), 经筛选后在统计学上 (显著水平 0.05) 明显与吸烟程度相关的因素包括年级、住户收入、工作状况。

表 2 多元逻辑回归分析

	迴歸系數(B)	標準差	顯著值(p-value)
<b>個人背景因素</b>			
年級(以一年級為參照組別)			
二年級	1.528	0.565	<b>0.007</b>
三年級	1.731	0.608	<b>0.004</b>
住戶收入			
小於5,000元	-1.874	0.949	<b>0.048</b>
工作狀況(以兼職為參照組別)			
全職	2.150	0.782	<b>0.006</b>

注: 因变量为吸烟程度 (0=“曾吸烟, 但目前没有”、1=“1 到 9 天”、2=“10 到 30 天都有”量度)。解释力(R-squared) = 0.246, 适合度(Goodness of Fit)显著值 p-Value=0.436 > 0.05。

在年级方面, 以一年级为参照组别, 二年级 (Beta 值=1.528>0, P-value=0.007) 与三年级 (Beta 值=1.731>0, P-value=0.004) 两组别的回归系数都为正, 显示相对一年级学生来说, 二年级和三年级的吸烟学生的吸烟程度较高。

在住户收入方面, 以住户收入大于 5,000 元为参照组别, 住户收入小于 5,000 元这一组别的回归系数都为负 (Beta 值=-1.874<0, P-value=0.048), 反映相对住户收入大于 5,000 元的吸烟大学生来说, 住户收入小于 5000 元的吸烟大学生的吸烟程度相对较低。

在工作状况方面，以兼职的大学生为参照组别，全职这一组别的回归系数为正（Beta 值=2.15，P-value=0.006），显示相对兼职的吸烟大学生来说，全职的吸烟大学生较兼职的吸烟程度较高。

## 六、讨论

这次主要是透过问卷调查分析澳门现时大学生的个人背景因素，心理状况与吸烟程度的关系。虽然在回归分析中，心理状况如抑郁状况和自尊对大学生吸烟程度的影响力未达显著水平，但变异数分析显示两者之间亦存在一定的关系，故未来在控烟政策方面应继续加强对大学生心理健康尤其在改善抑郁状况和自尊方面的工作。

在回归分析中，部分个人背景变项就对大学生吸烟程度影响达显著水平，对控烟政策有一定的启示。

首先，在年级方面，大学二年级和三年级的吸烟大学生较一年级的吸烟大学生吸烟程度较高，由于大学二年级和三年级的学生是大学生的重要组成部分，随着他们慢慢适应和融入大学生活，未来协助戒烟的工作可以注入更多与大学生活相关的元素，透过大学各类学生活动进行针对吸烟大学生的控烟工作。

第二，在住户收入方面，由于庭收入小于 5,000 元的吸烟大学生的吸烟程度较住户收入大于 5,000 元的吸烟大学生的吸烟程度相对较低，换言之，收入较高的家庭的吸烟大学生在香烟消费量方面比较高，未来政府可以考虑进一步提高烟草税，透过提升吸烟的成本来减少他们的吸烟行为。

第三，在工作状况方面，全职的吸烟大学生较兼职的吸烟大学生吸烟程度较高，由于全职学生的工作时间较长，这可能反映出工作环境对大学生的吸烟程度存在一定的影响，故未来的控烟工作可加强针对全职吸烟学生，透过了解影响其吸烟程度的工作环境因素，制定相应的协助他们戒烟的措施。

## 参考文献

- <sup>1</sup> 澳門衛生局澳門人口煙草使用調查報告，取自：  
[http://www.ssm.gov.mo/docs/3898/3898\\_717cbac17e0e4ab18c09cb10600bbcb0\\_000.pdf](http://www.ssm.gov.mo/docs/3898/3898_717cbac17e0e4ab18c09cb10600bbcb0_000.pdf)
- <sup>2</sup> Anda, R. F. et al. (1990). Depression and the dynamics of smoking: A national perspective. *The Journal of the American Medical Association*, 264 (12), 1541-1545.
- <sup>3</sup> Glassman, A. H. et al. (1990). Smoking, smoking cessation, and major depression. *The Journal of the American Medical Association*, 264(12), 1546-1549.
- <sup>4</sup> Conditte, M. M. (1981). Self efficacy and relapse in smoking cessation programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49 (5), 648-658.
- <sup>5</sup> Schnoll, R. A. et al. (2011). Increased self-efficacy to quit and perceived control over withdrawal symptoms predict smoking cessation following nicotine dependence treatment. *Addictive Behaviors*, 36 (1-2), 144-147.
- <sup>6</sup> Heale, R. & Griffin, M. T. (2009). Self-efficacy with application to adolescent smoking cessation: a concept analysis. *Journal of Advance Nursing*, 65 (4), 912-918.
- <sup>7</sup> Bandura, A. (1978). Reflections on self-efficacy. In S. Rachman (Ed.), *Advances in behavior research and therapy*
- <sup>8</sup> Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. W. (1982). The Self-Efficacy Scale: Construction and validation. *Psychological Reports*, 51, 663-671.
- <sup>9</sup> Warnecke, R.B. (2001). Changes in Self-efficacy and Readiness for Smoking Cessation among Women with High School or Less Education. *Journal of Health and Social Behavior*, 42, 97-110.
- <sup>10</sup> Mcgee, R. & William, S. (2000). Does low self-esteem predict health compromising behaviours among adolescents? *Journal of Adolescent*, 23 (5), 569-582.
- <sup>11</sup> Kowalski, S. D. (1997). Self-esteem and self-efficacy as predictors of success in smoking cessation. *Journal of Holistic Nursing*, 15 (2), 128-142.
- <sup>12</sup> Bien, T.H. (1990). Smoking and drinking: a review of the literature. *International Journal of Addict*. 25 (12), 1429-1454.
- <sup>13</sup> Johnson, P.B. (2000). The co-occurrence of smoking and binge drinking in adolescence. *Addictive Behavior*. 25 (5), 779-783.
- <sup>14</sup> Koeing, H.G. (1999). The Relationship Between Religious Activities and Cigarette Smoking in Older Adults. *The Journal of Gerontology*, 53A(6), M426-434. (Vol. 1., pp. 237-269). Oxford: Pergamon..
- <sup>15</sup> Koeing, H.G. (1996). The influence of religion on smoking and alcohol consumption : Alberta case. *International review of modern sociology*, 26(2), 43-56.

# 中国 4, 130 名男性吸烟者的尼古丁依赖评分和颈总动脉弹性的相关性研究

肖丹<sup>1, 2</sup>, 张春梅<sup>1, 2</sup>, 郭瑞君<sup>1</sup>, 李治安<sup>3</sup>, 陈文丽<sup>1, 2</sup>, 王辰<sup>2, 4</sup>,  
黄品同<sup>5</sup>, 马琳<sup>6</sup>

(1 北京朝阳医院, 2 北京呼吸疾病研究所, 世界卫生组织烟草或健康合作中心, 3 北京安贞医院,  
4 北京医院, 5 浙江大学附属第二医院, 6 河北联合大学附属医院)

**目的** 探讨尼古丁依赖程度(每日吸烟支数×吸烟年数, Brinkman index, BI)与颈总动脉弹性的相关性。**方法** 2009年8月~2011年8月, 选取全国20个省46家医院体检门诊就诊的4130名吸烟者作为研究对象, 收集尼古丁依赖程度和颈总动脉弹性数据。根据有无合并高血压或/和糖尿病或/和高脂血症, 将研究对象分成健康吸烟组和吸烟伴合并症组。尼古丁依赖程度通过尼古丁依赖评分量表(FTND, Fagerström Test for Nicotine Dependence)、吸烟强度指数、晨起第一支烟时间三种方法进行评价; 评估颈总动脉弹性的指标, 包括僵硬度( $\beta$ )、弹性模量( $E_p$ )、顺应性(AC)、膨大指数(AI)和脉搏波传导速度(PWV $\beta$ )。根据尼古丁依赖程度, 继续将研究对象分组, 并设健康不吸烟者为对照组, 以比较不同尼古丁依赖程度组间的颈总动脉弹性。**结果** 在健康吸烟者中, 随着尼古丁依赖程度增加, 左颈总动脉和右颈总动脉的僵硬度、弹性模量、膨大指数和脉搏波传导速度呈增加趋势, 而左右颈总动脉的顺应性则为降低趋势, 差异有统计学意义。在吸烟伴合并症者中, 不同尼古丁依赖程度组的颈总动脉弹性差异无统计学意义。

**关键字** 尼古丁依赖程度; 颈总动脉; 动脉弹性; 血管回声跟踪技术

**通讯作者:** 李治安, 首都医科大学附属北京安贞医院, 100029

邮箱: lizhian\_anzhen@yahoo.com.cn

# 中老年人戒烟的健康效应

## —戒烟与心脑血管病死亡的前瞻性研究

何耀<sup>1</sup>、李良寿<sup>2</sup>、李兰荪<sup>2</sup>、孙冬玲<sup>1</sup>、吴蕾<sup>1</sup>、林大庆<sup>3</sup>

(1 解放军总医院老年医学研究所; 2 第四军医大学; 3 香港大学公共卫生学院)

### 目的

戒烟对减少我国中老年人群死亡的健康效应,特别是心脑血管病死亡的影响尚缺乏前瞻性研究证据,且有“中老年人戒烟影响健康”、“老年人戒烟可致早死”等谬误。本研究旨在一个随访 33 年的队列人群中探讨戒烟与主要烟草相关疾病死亡的关系。

### 对象与方法

前瞻性队列研究设计。研究对象为西安市某企业 1976 年对 35 岁及以上职工进行健康体检的人群共计 1696 人(其中男性 1124 人,女性 572 人),基线调查数据包括:人口特征学、血压、血清总胆固醇和甘油三酯,吸烟及饮酒史等。1994 年对上述人群再次进行调查和体检,其中符合要求和数据完整者为 1494 人(其中男性 961 人,女性 533 人)。本研究对戒烟者的定义为 1976 年基线时为吸烟者,而在 1994 年随访时为戒烟者但已停止吸烟两年及以上,不吸烟者和吸烟者则定义为 1976 年和 1994 年两次调查时均未吸烟者和均为现在吸烟者。本次随访的终点时间为 2009 年 3 月 31 日,人年计算的起始时间为 1994 年 4 月 30 日。终点事件为:烟草相关疾病的死亡和总死亡,采用 COX 模型计算相对危险度(RR)及 95%可信限(CI)。

### 结果

1、该队列 1976 年~1994 年间的戒烟率为 33.7%(男 34.4%,女 29.0%),其间共死亡 396 人(男性 298 人,女性 98 人),其中肿瘤 131 人(男性 103 人,女性 28 人),心脑血管疾病 142 人(男性 107 人,女性 35 人),呼吸系统疾病 69 人(男性 55 人,女性 14 人)。

2、吸烟致烟草相关死亡的 RR 及 95%CI: 肿瘤 1.35(0.92~1.97),心脑血管病 1.55(1.08~2.24),呼吸系统疾病 1.80(1.08~3.10)。烟草相关疾病 1.95(1.48~2.58),总死亡为 1.55(1.25~1.93)。

3、戒烟的益处:戒烟者中大多数烟草相关疾病死亡的风险均有不同程度的下降,如与持续吸烟者比较(RR=1),各主要病种在戒烟 2~7 年组和戒烟超过 8 年及以上组的 RR 值:肺癌为 0.51 和 0.31,冠心病为 0.68 和 0.44,COPD 为 0.77 和 0.38,烟草相关疾病的总死亡为 0.60 和 0.32。

### 结论

吸烟可增加中老年人烟草相关疾病(肿瘤、心血管及呼吸系统疾病)的死亡风险,而戒烟(即使 50 岁以后开始戒烟)则可明显降低其死于烟草相关疾病(特别是呼吸系统疾病)的风险。应在中老年人群中强调中年戒烟对健康的保护作用,并提供必要的医疗服务和社会环境支持。

# 昆明青少年暴露于烟草零售店的调查报告

李晓亮, 王晓丹, 宋红霞, 吴文春, 曹虹

全球范围内,烟草业为了寻求新的烟草使用者,一直把青少年作为烟草促销的重点对象。为达目的,烟草业针对青少年心理特点,运用各种营销手段,削弱青少年对烟草使用的危害意识,促使他们使用烟草。

中国政府开始履行世界卫生组织《烟草控制框架公约》后,中国烟草业把广告和促销的重点转向烟草零售店,因而增加了青少年对烟草广告的暴露,并更加容易获得烟草制品。为了揭示昆明市主要城区学校周边及社区的烟草零售店分布、店内广告和中小学生的烟草暴露情况,审视现有相关法律法规在禁止烟草零售终端向青少年售烟方面的保护作用,预防和减少未成年人吸烟。我们于2012年3-5月进行了该项研究。

## 1. 研究对象和定义

1.1 烟草零售店:限于有可见的卷烟陈列、有烟草专卖证的烟草销售点。

1.2 烟草广告:包括烟草制品的包装设计、直接或间接的烟草广告、烟草制品的陈列、折扣销售或有奖销售等。

1.3 禁止售烟的标识:指按照相关法律,出售烟草的商店应在显著位置放置“禁止中学生吸烟,不向未成年人售烟”的标识牌。

1.4 青少年:指未满18周岁的未成年人,主要为学校中小学生。

1.5 青少年“暴露”于烟店:指青少年路过零售店、进入烟草零售店和买烟。

## 2. 研究方法

### 2.1 实地调查制图(On-site Survey & Mapping)

本次烟草零售店分布调查选择位于昆明市二环路内东、西、南、北、中五个区域,总调查区域占昆明市二环以内总面积的36.3%。

根据所选择区域内的街道分布状况,划分为更小的调查单元,由经过培训的调查人员实地勘察,详细记录烟店的地理位置及店内售烟的相关信息。完成后将所有数据通过数字化输入GIS(Geographic Information System)系统,进行空间分析并制图。

### 2.2 专题小组讨论(Focus Group Discussion)

在5个研究区域所覆盖的范围内,各选择1所小学和1所中学,使用统一的访谈提纲,各召开一个学生专题小组讨论会。

### 2.3 非参与性观察法

每个区域选择中、小学各一所,在学校放学的30分钟内,观察和计数中小学校学生路过和进

入学校附近烟草零售店的情况，以及学生购买卷烟的情况。

### 3. 结果

#### 3.1 一般情况

本次调查了昆明市二环路内的五个区域，总占地面积为 16.6 平方公里，为二环路内总面积的 36.3%，调查街道的总长度为 230 公里；

共采集了 998 个烟店的基本信息，995 个烟店的信息合格，纳入分析；

调查区域内有 48 所中小学（含职中）；

在 48 所学校中选取了 12 所举办了了专题小组讨论会，共 88 名学生参加；

选取了 10 家学校附近的烟店，观察和计数了中小学生在中午放学时路过和进入的情况。

#### 3.2 烟草零售店分布及其特征

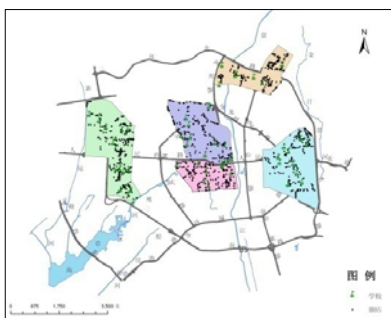


图 2. 昆明二环路内城区学校与烟店的分布示意

##### 3.2.1 烟草零售店分布密度：

五个调查区域的烟店分布不均衡，密度从 40 至 90 个/平方公里不等，平均为 60 个/平方公里。烟店分布的平均密度高于北京 2008 年 52 个烟店/平方公里街道的结果xxxv。

调查以学校为中心，50 米为半径进行分析，发现 56%（27/48）的学校周围有烟店分布，平均 1.7 个；88%（42/48）

的学校在半径 100 米方圆内有烟店分布，平均 3 个。

##### 3.2.2 烟草零售店的类型

本次研究发现，销售烟草的商店以杂货店和便利店最多，其次为烟草专卖店，其他类型包括打印店、干洗店等，甚至在皮鞋护理店也有烟草出售。

表 1 不同区域内烟草零售店的类型, n(%)

	东区	西区	南区	北区	中心区	合计
便利店	65 (35.52)	98 (38.28)	58 (34.12)	50 (25.64)	40 (20.94)	311 (31.25)
杂货店	48 (26.23)	77 (30.08)	40 (23.53)	48 (24.62)	78 (40.84)	291 (29.25)
烟草专卖店	32 (17.49)	48 (18.75)	54 (31.76)	24 (12.31)	21 (10.99)	179 (17.99)
报刊亭	21 (11.48)	13 (5.08)	13 (7.65)	54 (27.69)	43 (22.51)	144 (14.47)

食品店	17 (9.29)	17 (6.64)	2 (1.18)	15 (7.69)	8 (4.19)	59 (5.93)
其他	0 (0.00)	3 (1.17)	3 (1.76)	4 (2.05)	1 (0.52)	11 (1.11)
合计	183 (100.0)	256 (100.0)	170 (100.0)	195 (100.0)	191 (100.0)	995 (100.0)

值得注意的是，与整体情况相比较，学校周边的便利店、杂货店和食品店更多，从而也更加“方便”青少年的日常消费，让他们更频繁的暴露在烟草销售的广告、陈列中。

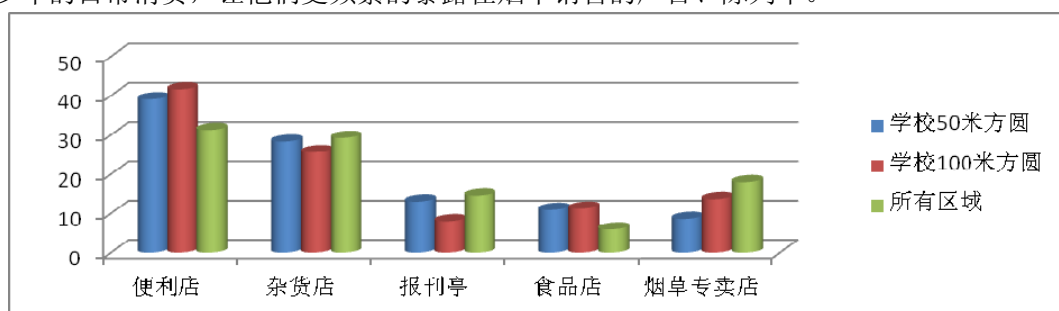


图3 学校方圆 50 米、100 米内烟店类型与所有区域内的烟店类型比较

小组讨论的结果与观察结果一致。按学生提及次数多少排序，他们在学校附近最常见到的烟店为食品店、专卖店、杂货店、便利店和报刊亭等。

### 3.2.4 烟草零售店内的烟草广告

本次研究主要观察烟店内是否有下列形式的烟草广告：用烟草企业名称作为烟店店名的门楣、烟草品牌的宣传海报或灯箱、宣传促销方法的海报等。

结果发现，在 995 个烟店中，77%的张贴了至少一种烟草广告，69%的零售店都张贴了由烟草专卖局配发的海报。其次为门楣广告，平均 23%的店使用烟草名称作为商店名称。几乎所有的烟草专卖店都摆放了一种、甚至多种形式的烟草广告（见表 2）。

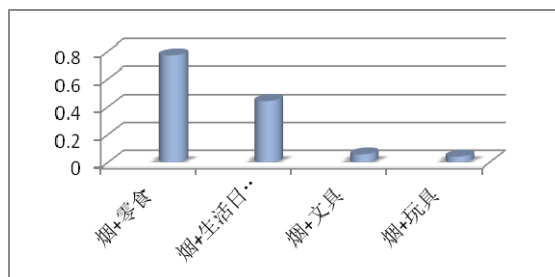
表 2：不同烟草零售店中的广告形式，n (%)

烟店数	海报	门楣	灯箱	布标	宣传单	无广告
便利店	224 (72.02)	43 (13.82)	30 (9.65)	3 (0.96)	3 (0.96)	69 (22.19)
杂货店	195 (67.01)	67 (23.02)	42 (14.43)	7 (2.41)	1 (0.34)	65 (22.34)
烟草专卖店	139 (77.65)	111 (62.01)	54 (30.17)	10 (5.59)	7 (3.91)	14 (7.82)
报刊亭	76 (52.78)	2 (1.39)	7 (4.86)	2 (1.39)	2 (1.39)	65 (45.14)
食品店	43 (72.88)	5 (8.47)	2 (3.39)	5 (8.47)	1 (1.69)	13 (22.03)
其他	6 (55.54)	0 (0.00)	1 (9.09)	1 (9.09)	0 (0.00)	3 (27.27)
合计	683 (68.64)	228 (22.91)	136 (13.67)	28 (2.81)	14 (1.41)	229 (23.02)

### 3.2.5 卷烟的陈列

在所观察的 995 个零售店中，卷烟均以一包烟或整条烟的方式整齐陈列在统一定做的货柜中。由于柜高均在 90 公分左右，卷烟置于其中，很容易让青少年看到。

研究还发现，有 994 个烟店中，有 597（60%）的店在同一货柜中不只摆放了卷烟，而且还把烟和零食、烟和生活日用品一起陈列，甚至有 36 个店把卷烟与文具放在一起，26 个店把卷烟与玩具放在一起。最多见的混合陈列的方式是把烟和零食放在一起（77%）。



### 3.2.6 禁止售烟的标识

调查中发现接近一半的烟店没有摆放任何禁止售烟的标识。

图 4 零售店同时陈列卷烟和其他商品的情况

表 3 不同类型的烟店中摆放禁止售烟给未成年的警示牌情况，n(%)

	烟店数	平面警示	立体警示	无警示
烟草专卖店	179	70 (39.11)	96 (53.63)	58 (32.4)
便利店	311	86 (27.5)	115 (36.98)	147 (47.27)
杂货店	291	63 (21.65)	113 (38.83)	140 (48.11)
报刊亭	144	31 (21.53)	18 (12.50)	97 (67.36)
食品店	59	8 (13.56)	15 (25.42)	37 (62.71)
合计	984	258 (26.22)	357 (36.28)	479 (49.68)

注：平面警示牌指张贴在墙上的警示牌；立体警示牌可置放在柜台上。

### 3.3 中小学生学习买烟情况

在放学的 30 分钟内，观察到 138 名小学生进入附近烟店，平均每个烟店有 21.6 人进入；中学附近有 278 名学生进入烟店，平均每个店有 55.6 人进入。中学生进店倾向于和同伴一起进入，而小学生更多有成年人陪伴。（见表 4）

表 4 中小学生学习进入附近烟店时的情形，n(%)

	独自一人	和同学一起	和成人一起	合计
中学生	77 (27.69)	201 (72.30)	0 (0)	278
小学生	51 (36.95)	57 (41.30)	30 (21.74)	138
合计	128 (30.77)	267 (64.18)	30 (7.21)	416

在观察的 5 所小学附近烟店，均未发现进入商店的学生买烟。但在中学旁的烟店内，共有 15 名中学生买了卷烟。即在放学后，平均每个店有 3 名学生买到了卷烟。其中，除 2 人买盒烟外，13 人均买的散烟。

几乎所有参与小组讨论的学生都反映青少年可以很容易的买到卷烟。绝大多数的受访学生声称



见过学生买烟。买烟的学生中甚至有小学生。

他们反映，学生买烟有时成包的买，但很多时候也买散烟。因为散烟可以“按计划”当天抽完，家里人不会发现；此外，由于他们没有很多钱，就从早点钱中挤出一些买散烟。

## 4. 结论

4.1 昆明市二环路内主城区 16.6 平方公里内共有烟店 998 个，密度为 60 个/平方公里。

4.2 中小学周围半径 50 米及 100 米范围内烟店密集，店内通过张贴烟草广告、陈列卷烟等方式，使学生们暴露于烟草之中。

4.3 在学生频繁进入的便利店、杂货店、食品店内均有卷烟出售。

4.4 烟草零售店中近 50%没有任何“不向未成年人售烟”的告示。店家售烟时并不询问买烟者的年龄，青少年可以买到散烟。

4.5 学生们对学校周围设置烟店不置可否，把这一现象看做是正常的。

## 5. 建议

5.1 建议我国加速履行世界卫生组织的《烟草控制框架公约》，由国家立法全面禁止烟草广告、促销和赞助，特别禁止烟草零售店陈列卷烟、张贴广告；并尽快在烟盒上使用图形健康警示语，提高烟税，从保护青少年健康权、生存权和发展权的角度出发，有效减少青少年对烟草的暴露、以及对烟草的可获得性；

5.2 对中小学附近的烟店分布做出明确的全国性法律规定，在没有新的法律依据出台的情况下，至少按照昆明市当前的规定，限期清除学校周围 100 米范围内的烟店；

5.3 明确《未成年人保护法》和《预防未成年人犯罪法》中的执法主体，对售烟给青少年的烟店店主的违法行为给予相应处罚；

5.4 建立投诉机制，为民众举报向青少年售烟的违法行为提供有效的法律途径，切实保护青少年群体的身心健康发展。

（致谢云南财经大学公共管理学院志愿者。）

# 中国健康吸烟男性的吸烟指数与颈总动脉弹性的相关性研究

张春梅<sup>1,2</sup>, 肖丹<sup>1,2</sup>, 郭瑞君<sup>1</sup>, 李治安<sup>3</sup>, 陈文丽<sup>1,2</sup>,  
王辰<sup>2,4</sup>, 黄品同<sup>5</sup>, 马琳<sup>6</sup>

(1 首都医科大学附属北京朝阳医院, 2 北京呼吸疾病研究所, 世界卫生组织烟草或健康合作中心,  
3 首都医科大学附属北京安贞医院, 4 卫生部北京医院, 5 浙江大学附属第二医院,  
6 河北联合大学附属医院)

**目的** 探讨吸烟指数(每日吸烟支数×吸烟年数, Brinkman index, BI)与颈总动脉弹性的相关性。

**方法** 2009年8月-2011年8月, 选取全国20个省46家医院体检门诊就诊的2,781名健康吸烟者(由国人吸烟人群动脉弹性研究多中心协作项目组收集)作为研究对象, 收集吸烟指数和颈总动脉弹性数据。吸烟指数为每日吸烟支数与吸烟年数的乘积。颈总动脉弹性则通过僵硬度( $\beta$ )、弹性模量( $E_p$ )、顺应性( $AC$ )、膨大指数( $AI$ )和脉搏波传导速度( $PWV\beta$ )五个数值反映。根据吸烟指数, 将研究对象分成 $0 < BI \leq 200$  (A1组),  $200 < BI \leq 400$  (A2组)和 $BI > 400$  (A3组)三组, 并设健康不吸烟者为对照组, 以比较不同吸烟指数组间的颈总动脉弹性。**结果** 在健康吸烟者中, 随吸烟指数增加, 左颈总动脉和右颈总动脉的僵硬度、弹性模量、膨大指数和脉搏波传导速度呈增加趋势, 而左右颈总动脉的顺应性则为降低趋势, 差异有统计学意义。

**关键字** 吸烟指数; 颈总动脉; 动脉弹性; 血管回声跟踪技术

**通讯作者:** 肖丹, 王辰。北京呼吸疾病研究所, 世界卫生组织烟草或健康合作中心,  
danxiao@263.net; cyh-birm@263.net

张春梅, 肖丹, 郭瑞君和李治安为共同第一作者

# 《公共卫生学生控烟调查问卷》信度与效度评价 1

马丽，师佳佳，孙喜望，冯丽云#

郑州大学公共卫生学院卫生统计学教研室 郑州 450001

**摘要** 目的 评价《公共卫生学生控烟调查问卷》的信度与效度。方法 用 Spearman-Brown 公式计算问卷的折半信度,用 Cronbach's  $\alpha$ 系数评价问卷的内部一致性信度;采用 Spearman 秩相关分析条目与其所属领域的相关性来评价内容效度,采用因子分析方法评价结构效度。**结果** 折半信度系数为 0.895,对控烟相关措施的态度、对控烟相关活动的意向以及对吸烟行为的态度及做法三个维度以及总问卷的 Cronbach's  $\alpha$ 系数分别为 0.821、0.820、0.635、0.828。内容效度中,各条目得分与其所属维度总分的相关系数在 0.506~0.847,各条目得分与总分的相关系数为0.315~0.683。应用因子分析法提取了3个公因子,累计方差贡献率为 56.29%,56.25%的条目提取公因子后的共同度超过 0.50。**结论** 《公共卫生学生控烟调查问卷》的信效度良好,可以用于对公共卫生学生控烟相关行为及态度的调查。

**关键词:** 公共卫生学生;控烟调查;态度;信度;效度

## To Evaluate The Validity and Reliability of the Questionnaire of The Tobacco Control Among the Students of Public Health

MA Li, SHI Jia-jia, SUN Xi-wang, FENG Li-yun<sup>#</sup>

Department of Health Statistics, College of Public Health, Zhengzhou University,Zhengzhou 450001

**Abstract Objective** To evaluate the validity and reliability of the questionnaire of the tobacco control among the students of public health. **Methods** The split-half reliability was calculated by using Spearman-Brown formula and Cronbach's  $\alpha$  coefficient was used to evaluate internal consistency reliability; Spearman rank correlation was used to analysis the correlation between items and their subordinate fields to evaluate the content validity, and factor analysis was used to assess the construct validity of the questionnaire. **Results** The split-half reliability was 0.884. Cronbach's  $\alpha$  coefficient of the measures and relative measures of tobacco control ,the intention about the act ivies of tobacco control ,the attitudes and measures toward smoking and total questionnaire were questionnaire were 0.821,0.820,0.635,0.828 ,respectively. The correlation coefficients of scores of the items with its subordinate dimensionality were 0.506 ~ 0.847 and the correlation coefficients of scores of the items with the total scores of were 0.315~0.683. Three common factors were abstracted by using factor analysis, and the cumulative variance contribution rate was 56.29% .The communality of 56.25% items after extraction of common factor was greater than 0.50. **Conclusion** The validity and reliability of the questionnaire of the tobacco control among the students of public health is well , and it can be used to survey the tobacco control

attitudes among the students of public health.

**Key words:** The students of public health; The survey of tobacco control; Attitude; Reliability; Validity

中国的吸烟问题目前受到了国际卫生组织的广泛关注,已成为我国一种严重的公共卫生问题,且由于吸烟和被动吸烟的原因致使慢病的患病率也在逐渐上升。据专家估算在我国现有 13~18 岁青少年 1.3 亿中,青少年现在吸烟者约 1500 万,尝试吸烟者不下 4000 万<sup>[1]</sup>,遭受二手烟雾危害的人数高达 6500 万<sup>[2]</sup>,且这种变化趋势正在逐年上升。因此为了有效地预防和控制我国人群总吸烟率,首先应该从青少年的吸烟行为进行干预控制。作为公共卫生专业的学生,该人群在烟草的预防和控制方面有着不容忽视的影响。为了解公共卫生学生的控烟行为及活动的相关态度,浙江大学控烟中心设计编制了《公共卫生控烟调查问卷》(以下简称“问卷”)。是否具有良好的信度和效度,对问卷的调查结果起着决定性的作用,但是目前关于此问卷这方面的研究较少。因此本文利用 2010 年公共卫生专业学生控烟态度的调查数据,对该问卷的信效度进行分析评价。

## 1 调查对象和方法

### 1.1 调查对象和内容

采用典型调查方法,对本校本科生预防医学二年级 112 人进行现场问卷调查。该问卷来自控烟总课题组,主要包括一般情况和控烟行为及活动的相关态度,属于结构式问卷且均为单选题。控烟行为及活动的相关态度部分共 16 个条目,详见表 1。分为 3 个维度,即该人群对控烟相关措施的态度、对控烟相关活动的意向以及对吸烟行为的措施及态度。

表 1 控烟行为及活动的相关态度的条目及内容

维度	条目内容(条目编号)	维度	条目内容(条目编号)
公共卫生学 生对控烟相 关措施的态 度(维度1)	对公共场所控烟的态度(1)	对控烟相关活 动的意向 (维度2)	你对控烟活动有兴趣么(12)
	对在烟盒上标注吸烟有害健康信息 的态度(2)		如果有机会进行一些控烟活动的志愿者活动愿意 参加么(13)
	对禁止吸烟广告的态度(3)		愿意找与控烟相关的工作么(14)
	对医学院拒绝烟草业任何慈善和科 研资助的态度(4)		如果将来从事疾病控制工作,愿意将控烟作为一 项重要的工作内容么(15)
	对提高卷烟价格的态度(5)		别人在你周围吸烟的话介意么(9)
	对在医学院实施无烟措施的态度(6)		主张在自己家中对吸烟采取哪种做法(10)
	对公共卫生专业人员在拒绝吸烟方 面做出表率的态度(7)		主张在自己宿舍对吸烟采取哪种做法(11)
	对公共卫生学生禁止吸烟的态度(8)		如果将来有机会参与某些公共政策决策制定,对 控烟的态度(16)

## 1.2 调查的质量控制

问卷属于自填式，由学生独立完成，采用不记名集体实测方式。由郑州大学公共卫生学院流行病学与统计学教研室的研究生为调查员，选择在课间休息时间进行，并进行现场指导与监督，问卷完成后及时收回并检查问卷的完整性，对于漏填的项目及时进行补充。

## 1.3 统计分析方法

采用 Epidate3.1 软件建立数据库，双录法输入数据，采用 SPSS12.0 统计软件进行信、效度的分析。问卷采用由负向态度或兴趣（最低为 1 分）到正向态度或兴趣（最高为 5 分）的依次递增等级赋分原则进行赋分，然后分别计算每个条目的得分。用 Spearman-Brown 公式计算问卷的折半信度，用 Cronbach's  $\alpha$  系数评价问卷的内部一致性信度；采用 Spearman 秩相关分析条目与所属领域相关性评价内容效度，采用探索性因子分析评价结构效度。检验水准  $\alpha=0.05$ 。

# 2 结果

## 2.1 调查对象的一般情况

本次调查发放问卷 112 份，回收 110 份，回收率 98.21%，有效问卷 110 份，有效率 100%。其中男性 36(32.7%)，女性 74(67.3%)。年龄  $21.82 \pm 1.10$ ，父亲初中及以下文化水平为 57(51.8%)，高中及以上文化水平 53 (48.2%)；母亲初中及以下文化水平 72 (64.5%)，高中及以上文化水平 38 (34.6%)。

## 2.2 信度

### 2.2.1 折半信度

采用奇、偶分半法将条目分为两半，两部分包括 8 个条目，两部分的相关系数是 0.810，经 Spearman-Brown 公式校正，得到折半信度系数  $r=0.895$ 。

### 2.2.2 内部一致性信度

整个问卷的 Cronbach's  $\alpha=0.828$ ，各维度的 Cronbach's  $\alpha$  系数，见表 2。

表2 问卷各维度的Cronbach's  $\alpha$  系数

维度	条目数	Cronbach's $\alpha$
对控烟相关措施的态度	8	0.821
控烟相关活动的意向	4	0.820
对吸烟行为的态度及措施	4	0.635

## 2.3 效度

### 2.3.1 内容效度

经 Spearman 秩相关分析，各条目得分与问卷总分以及各自所属维度总分的相关系数，见表 3。

表3 条目所属维度总分与及问卷总分的相关系数

条目编号	各维度总分 r 值	总分r 值	条目编号	各维度总分 r 值	总分r 值
1	0.506	0.446	9	0.602	0.315
2	0.664	0.509	10	0.753	0.473
3	0.667	0.540	11	0.529	0.432
4	0.784	0.590	12	0.751	0.644
5	0.719	0.477	13	0.798	0.678
6	0.624	0.556	14	0.814	0.564
7	0.664	0.589	15	0.847	0.683
8	0.650		16	0.677	0.651

注：P < 0.01（双侧）

### 2.3.2 结构效度

采用探索因子分析方法评价问卷的结构效度探索因子分析前的适合性检验<sup>[3]</sup>：（1）样本含量，探索因子分析要求样本量是变量数的 5~10 倍，变量不少于 10 个，且总样本量不得少于 100 或 150<sup>[4]</sup>。本研究 110 个被调查者，16 个变量，符合探索因子分析对样本含量的要求。（2）相关性检验，即 Bartlett, s 球形检验和 KMO 检验，本研究 KMO=0.814 > 0.5，Bartlett' s 球形检验  $\times 2=758.314$ ,  $df=120$ ,  $P < 0.001$ , 可认为相关矩阵为非单位矩阵。以上检验结果表明数据符合因子分析的条件，适宜进行探索因子分析。采用主成分、方差最大旋转法并结合碎石图提取公因子。从累计贡献率、特征和碎石图、因子负荷等方面综合考虑决定提取 3 个公因子，此时的累计方差贡献率为 56.29%。详见表 4 和表 5。

表4 公因子的特征根和贡献率

公因子	特征根	方差贡献率 (%)	累计方差贡献率 (%)
对控烟相关措施的态度	5.065	31.658	31.658
控烟相关活动的意向	2.467	15.418	47.076
对吸烟行为的态度及措施	1.473	9.209	56.285

表5 各条目旋转后不同维度因子载荷和共同度

各因子包含的条目及内容	因子载荷	共同度
对控烟相关措施的态度（维度1）		
1 对公共场所控烟的态度	0.544	0.344
2 对在烟盒上标注吸烟有害健康信息的态度	0.593	0.427
3 对禁止吸烟广告的态度	0.650	0.423
4 对医学院校拒绝烟草业任何慈善和科研资助态度	0.551	0.417
5 对提高卷烟价格的态度	0.478	0.303
6 对在医学院实施无烟措施的态度	0.868	0.788
7 对公共卫生专业人员在拒绝吸烟方面做出表率态度	0.881	0.809
8 对公共卫生学生禁止吸烟的态度	0.867	0.795
对控烟相关活动的意向（维度2）		
12 你对控烟活动有兴趣么	0.776	0.655
13 如果有机会进行一些控烟的志愿者活动愿意参加么	0.842	0.729
14 你愿意找与控烟相关的工作么	0.766	0.591
15 如果将来从事疾病控制工作，愿意将控烟作为一项重要工作内容么	0.819	0.712
对吸烟行为的态度及措施（维度3）		
9 别人在你周围吸烟的话介意么	0.638	0.443
10 主张在自己家中对吸烟采取哪种做法	0.652	0.459
11 主张在自己宿舍对吸烟采取哪种做法	0.755	0.606
16 如果将来有机会参与某些公共政策制定，对控烟的态度	0.514	0.504

### 3 讨论

#### 3.1 信度评价

本调查问卷采取的是不记名的调查方式，难以进行重测信度的分析，因此采用折半信度和 Cronbach' s  $\alpha$  系数进行问卷的信度分析。

采用 Spearman-Brown 公式计算折半信度系数为 0.895，一般要求大于 0.7<sup>[5]</sup>，说明此问卷的等值性较好。Cronbach' s  $\alpha$  系数是目前公认的信度评价方法，反应条目间的相关程度。 $\alpha$  系数越大条目间的相关性越好，一般而言  $\alpha$  大于 0.8 表示内部一致性极好， $\alpha$  在 0.6 到 0.8 表示较好，而低于 0.6 表示内部一致性较差<sup>[6]</sup>。本研究总问卷的 Cronbach' s  $\alpha$  系数为 0.828，公共控烟相关措施的态度、对控烟相关活动的意向以及对吸烟行为的态度及措施三个维度的 Cronbach' s  $\alpha$  系数分别

0.821、0.820、0.635,表明本问卷的内部一致性较好。

### 3.2 效度评价

内容效度指的是从内容上看问卷的条目能否反映调查目的,或问卷是否包含足够的条目来反映所测特征。各条目及各维度和总分经正态性检验后不符合正态分布,因此采用 Spearman 秩相关分析方法计算每个条目与其所属领域的相关系数作为内容效度指标,相关系数越大,问卷的内容效度越好。一般来说相关系数大于 0.7 为强度相关,0.3~0.7 为中度相关,小于 0.3 为弱相关。本研究各条目得分与其所属维度总分的相关系数在 0.506~0.847,为中、强度相关,各条目得分与总分的相关系数为 0.315~0.683 为中度相关,说明问卷的内容效度较好。

结构效度由于有理论逻辑为基础,同时又根据实际所得数据来检验理论的正确性,因此是一种相当严谨的检验方法<sup>[7]</sup>。一般来说,如问卷的公因子能解释 50%以上的变异,而且每个条目在相应的因子上面有足够强度的因子载荷(大于等于 0.4)<sup>[8]</sup>。则认为该问卷具有较好的结构效度。本研究采用主成分分析方法提取了 3 个公因子,累计方差贡献率为 56.29%,各条目在各自所属公因子的负荷值在 0.478~0.881,同时,除条目 26、30 外,56.25%条目提取公因子的共同度超过 0.5,说明问卷的结构效度较好。

综上所述,认为《公共卫生学生控烟调查问卷》的信度和效度良好,可以将其用于对公共卫生学生控烟相关活动及行为的调查。

# 通讯作者:冯丽云,女,1956 年 11 月生,教授,研究方向:居民健康与卫生统计学方法,  
Email:fly@zzu.edu.cn

1 基金项目:国际防痨和肺部疾病联合会资助的《中国公共卫生控烟倡导促动能力建设》  
(China—RI1—15)

### 参考文献

- [1] 季成叶主编:中国青少年健康相关/危险行为调查综合报告2005.北京:北京大学出版社.2007.
- [2] The GTSS Collaborative Group. A cross country comparison of exposure to secondhand smoke among youth. Tobacco Control 2006,14(Supp 1 II): ii4—ii19.
- [3] 秦浩,林志娟,陈景武.思维风格量表的信度效度评价[J].中国卫生统计,2007,(5): 498-504.
- [4] 张宏梅,陆林. 国外旅游问卷调查及数据分析的有关问题[J].安徽师范大学学报(自然科学版).2006,29(1):88-93.
- [5] 秦浩,陈景武. 医学量表条目的筛选考评方法及其应用[J].中国行为医学科学,2006,15(4):375-376.
- [6] 蒋小花,沈卓之,张楠楠,等.问卷的信度和效度分析[J].现代预防医学,2010,37(3):429-431.
- [7] 黄润平,王旗,韩萍,等. 儿童膳食营养知-信-行问卷的编制及信效度评价[J].中国全科医学,2011,14(12):3918-3920.
- [8] 何夏婷. 高校学生乙型肝炎知识-态度-行为问卷的编制、评价以及应用[D].广州:暨南大学,2010.



# 2010 年郑州市社区居民吸烟行为调查

冯丽云, 孙亮, 孙锦峰, 孙喜望, 师佳佳

(郑州大学公共卫生学院, 河南郑州, 450001)

**摘要** 目的:了解郑州市社区居民的吸烟和被动吸烟流行特点, 为本地区采取控烟措施提供依据。方法:采用多阶段随机抽样, 对本市两个社区 1163 名居民进行问卷调查。结果:居民总吸烟率为 33.9%, 标化吸烟率 32.8%, 男性吸烟率 59.3%, 女性吸烟率为 3.4%; 不同年龄、职业、文化程度人群吸烟率有差别( $p < 0.5$ ); 有规律吸烟年龄为 21.1 士 4.2 岁, 平均吸烟年限为 19.6 士 11.3 年, 日平均吸烟量为 11.3 士 8.5 支; 人群戒烟意向率为 45.8%, 戒烟尝试率为 40.5%; 人群被动吸烟率为 61.8%, 男性为 64.6%, 女性为 54.5%。结论:本地区烟草控制仍面临巨大挑战。为降低慢病发病率, 创造良好的无烟环境, 应提高社区健康教育覆盖面, 针对不同人群开展多种形式的控烟干预。

**关键词** 吸烟 被动吸烟 现况调查

国内外大量的研究表明, 慢性病的流行与吸烟和被动吸烟有关。吸烟已成为全球性的重大公共卫生问题, 由于我国吸烟人群众多, 所造成的危害已发展到成为严重影响人群健康的问题之一。虽然我国已成为全球《烟草控制框架公约》的缔约国, 但控烟形式依旧不容乐观, 世界卫生组织最新的缔约国控烟效果调查显示, 中国控烟履约绩效得分仅为 37.3 分, 各项得分均为“倒数”。对本地区居民吸烟行为进行调查研究, 可发现其行为特征及流行规律, 为今后开展控烟工作制定有效干预措施提供科学依据。虽然河南省也曾在 2005 年我国加入《烟草控制框架公约》前进行了 3 次吸烟行为调查, 但目前尚无履约 5 年间的调查资料。因此在国际防痨与肺部疾病联合会基金研究项目支持下, 于 2010 年 10 月在郑州市开展了吸烟行为的相关调查研究。

## 1 对象与方法

**1.1 调查对象** 本调查采用多阶段随机抽样法, 在市内随机抽取两个区, 每个区随机抽取两个街道, 每个街道随机抽取两个居民区, 每个居民区随机抽取若干家庭, 调查时间为 2010 年 10 月。按我国目前人群中吸烟者的比例为确定样本大小的计算标识, 确定调查 1000 人, 实际调查 1163 人(男性 634 人, 占 54.5%; 女性 529 人, 占 45.5%); 最小 15 岁, 最大 84 岁, 平均年龄 39.1 士 12.1 岁。

**1.2 调查方法** 现场调查采取问卷访谈的方式, 由经过培训的调查员对调查对象进行一对一的问卷调查。调查内容包括: 人口学信息、吸烟行为、戒烟意愿等。

**1.3 质量控制** 问卷完成后, 调查通过电话回访方法进行了严格的现场质控。为保证数据的录入的准确性, 减少系统误差, 应用 EpiData 软件采用双人双机双录的方式进行数据录入。

**1.4 统计学分析** 对调查者的基本情况进行描述性分析。采用对计量资料进行描述。对两组或多组率的比较采用卡方检验, 采用趋势性检验对各年龄组率的变化趋势进行分析。应用 SPSS17.0 进行数据分析软件。

## 2 结果

**2.1 人口学特征** 被调查居民总吸烟率为 33.9%, 标化吸烟率 32.8% (以 20 年全国人口普查数据进行标化) 其中男性吸烟率为 59.3%, 女性吸烟率为 3.4%。青年 (< 25 岁) 人群吸烟率已达 23.0%, 45-55 组人群的吸烟率最高达 41.5%, 不同文化程度的人群中高中文化程度人群的吸烟率最高约 40.4%, 随着文化程度的增加, 吸烟率呈逐渐降低趋势。不同收入人群吸烟率无明显差异 ( $\chi^2=8.39, P>0.05$ ), 不同职业人群的吸烟率差异有统计学意义 ( $\chi^2=36.98, P<0.001$ ), 体力劳动者吸烟率最高, 达 54.9%, 吸烟率由高到低依次为商业或服务人员为 39.6%, 行政管理为 38.7%, 技术工作为 38.3%, 退休人员为 31.4%, 教师或科技人员为 26.8%, 其他职业为 24.4%, 详见表 1。

**表1 2010年郑州市居民吸烟基本情况分析**

指标	调查人数	吸烟人数	吸烟率(%)	$\chi^2$	P
性别					
男	634	376	59.3	400.97	0.000
女	529	18	3.4		
年龄(岁)					
25 岁以下	126	29	23.0	33.4	0.000
25 ~	319	99	31.0		
35 ~	345	119	34.5		
45 ~	248	103	41.5		
55 ~	89	34	38.2		
65及以上	34	10	29.4		
文化程度					
小学及以下	29	11	37.9		
初中	168	61	36.3		
高中	461	186	40.4		
大专及以上	501	134	26.7		
年均收入(万)					
< 1	133	31	23.3	8.39	0.136

1~	438	150	34.2		
2~	360	128	35.6		
3~	147	56	38.1		
4~	55	19	34.5		
≥5	27	10	37.0		
职业					
行政管理	111	43	38.7	36.98	0.000
教师或科技人员	71	19	26.8		
服务行业人员	298	118	39.6		
技术人员	141	54	38.3		
体力劳动	71	39	54.9		
退休	105	33	31.4		
其他	357	87	24.4		

**2.2 开始规律吸烟年龄与吸烟年限** 本次被调查的吸烟者平均开始规律吸烟年龄为 21.1 士 4. 2 岁，其中 67.0%的吸烟者是在 17~23 岁青少年时期开始规律吸烟。被调查吸烟者最短吸烟年限不足 1 年，最长的为 61 年，平均吸烟年限为 19.6 士 11.3 年，78.7%的被调查吸烟者烟龄在 10 年以上，不同吸烟年限构成见表 2。

表2 2010,年郑州市居民吸烟年限构成

吸烟年限	人数	构成比(%)
<1	3	0.8
1~	26	6.6
5~	55	14.0
10~	119	30.2
≥20	191	48.5
合计	394	100.0

**2.3 吸烟量、烟草价格与来源** 被调查的吸烟者每日平均吸烟量为 11.3 士 8.5 支，最多者每日吸 50 支烟，每天吸 10 支的人所占的比例相对较高(21.1%)。

所吸烟草的价格多处在 5 元-不足 10 元的水平，约占吸烟人群的 51.1% 其次是 10 元-不足 15 元的水平，约占吸烟人群的 31.8%；5 元以下占吸烟人群的 9.2%，15 元以上的不足 8.0%。另外调查显示，93.9%的被调查吸烟者多数情况下所吸烟草是自己购买，其中整包购买的占 63.1%，整条购买的占 30.9%。还有部分烟民所吸烟草由别人赠送(4.6%)或向他人索要(2.0%)。

**2.4 戒烟意向及尝试情况** 调查结果显示,打算戒烟的人群占被调查吸烟者的45.8%,其中,计划在一个月内开始戒烟的约占15.2%,半年内开始戒烟的约占18.7%,半年后开始戒烟的约占10.9%。到目前为止,曾经尝试戒烟超过三次以上的吸烟者约有40.5%。不同性别、年龄、职业、文化程度、收入和烟龄的被调查吸烟者间其戒烟意向情况和戒烟尝试情况差异无统计学意义,详见表3。

**表3 2010年郑州市吸烟者不同特征分析**

特征	戒烟意向			戒烟尝试		
	调查人数	意向人数	意向率(%)	调查人数	尝试人数	尝试率(%)
性别						
男	368	166	45.1	375	154	41.1
女	18	7	38.9	18	5	27.8
年龄(岁)						
<25						
25~	29	14	48.3	29	11	37.9
35~	98	40	40.8	98	37	37.8
45~	115	54	47.0	119	51	42.9
55~	33	15	45.5	34	15	44.1
≥65	10	5	50.0	10	5	50.0
职业						
行政管理	43	20	46.5	43	14	32.6
教师或科技人员	19	11	57.9	19	13	32.6
商业或服务人员	118	51	43.2	117	40	34.2
技术工作	54	28	51.9	54	23	42.6
体力劳动	38	15	39.5	39	18	46.2
退休	33	15	45.5	33	13	39.4
其他	80	22	41.3	87	38	43.7
文化程度						
小学及以下	10	4	40.0	11	7	63.6
初中	59	29	49.2	61	41	67.2
高中	181	76	42.0	186	108	58.1
大专及以上	134	64	47.8	133	77	57.9
年均收入(万)						
<1	28	12	42.9	31	9	29.0
1~	147	68	46.3	149	57	38.3

2~	126	59	46.8	128	53	41.4
3~	56	26	46.4	56	29	51.8
4~	19	6	31.6	19	8	42.1
≥5	10	2	20.0	10	3	30.0
吸烟年限(年)						
<1	3	11	33.3	2	1	50.0
1~	26	11	42.3	26	9	34.6
5~	55	27	49.1	55	21	38.2
10~	114	55	48.2	119	49	41.2
≥20	188	79	42.0	191	79	41.4

**2.5 被动吸烟情况** 被调查不吸烟人群中, 59.0%的人每天会有 > 15min 的时间暴露于别人吸烟产生的烟雾中, 其中女性被动吸烟率为 58.1%, 男性被动吸烟率为 60.7%, 男女被动吸烟率差异无统计学意义。体力劳动者的被动吸烟率为 66.7%, 与其吸烟率一样在职业分组中最高, 差异有统计学意义 ( $\chi^2=18.61$ ,  $P<0.05$ ), 详见表 4。

**表4 2010年郑州市被动吸烟调查分析**

指标	调查人数	被动吸烟人数	被动吸烟率(%)	$\chi^2$	P
性别					
男	257	156	60.7	0.49	0.485
女	508	295	58.1		
年龄(岁)					
25 岁以下	97	46	47.4	9.61	0.087
25 ~	220	123	55.9		
35 ~	226	140	61.9		
45 ~	144	94	65.3		
55 ~	55	34	61.8		
65及以上	23	14	60.9		
职业					
行政管理	40	68	58.8	18.61	0.005
教师或科技人员	52	31	54.6		
商业或服务人员	180	86	54.6		
技术人员	87	56	54.6		
体力劳动	32	23	66.7		

退休	71	37	52.1
其他	269	176	65.4

### 3 讨论

调查结果显示,郑州市居民总吸烟率 33.9%,标化吸烟率为 32.8%。以及 2010 年全国总人群的 28.1%吸烟率水平,与我国部分大中城市水平基本相当,而同 2002 年河南省城市居民吸烟率 14.7%相比,有了大幅度的增加,郑州市控烟形势不容乐观。男性吸烟率为 59.3%,与 2010 年我国男性吸烟率 52.9%相比,高出约 6.4 个百分点,按郑州市区男性人口 190.87 万计算,郑州市比全国平均水平多出约 12.2 万男性烟民。另有资料表明,我国女性吸烟率有所上升,大中城市女性吸烟率平均约为 3.9%,而此次调查人群中的女性吸烟率为 3.4%,稍低于我国大中城市水平,但仍高于常熟(0.8%)、北京(2.9%)等控烟力度较强的地市。另外,此次调查还发现,文化程度越低,吸烟率越高,这可能是由于文化程度较低的人群,其对吸烟的危害认识的不够全面和深入,接受健康教育较少等原因。

研究表明,戒烟意愿与性别、职业、文化程度和烟龄均有关,女性、公务员、文化程度较高者和烟龄较短者更愿意戒烟。而本次调查并未发现上述特征吸烟人群戒烟意愿的分布差异有统计学意义,郑州市吸烟人群的戒烟意识和戒烟尝试具有一定的普遍性。本次调查中 45.8%的吸烟者有戒烟意愿,40.5%的吸烟者曾有过至少三次戒烟尝试,表明吸烟者中有戒烟需求的人不在少数。因此在加强健康教育提高吸烟者戒烟意识的同时,还应采取一些有效地干预措施帮助和孤立吸烟人群成功戒烟。如何在医院设立戒烟门诊、在社区建立戒烟俱乐部从心理、生理等多角度科学的帮助吸烟者完成戒烟过程。

本次调查人群被动吸烟率为 61.8%,男性被动吸烟率 64.6%,女性被动吸烟率 54.5%,均高于 2002 年的全国水平。职业分布被动吸烟的人群同吸烟人群一样,体力劳动者居多。此次调查对象为市区范围内常住居民,其体力劳动者以工厂工人为主,这也与北京地区调查结果相一致,其原因可能与工人工作环境和心理压力有关。为此,除对学生、医生、公务员和教师吸烟重点人群关注外,还应加强对工人这一庞大群体的控烟和健康教育工作。综上所述,郑州市烟草控制仍面临巨大挑战。应针对不同人群开展多种形式的控烟干预措施,提高健康教育覆盖面,从而为广大居民创造良好的无烟环境。

# 2010年北京市中学生烟草流行现状分析

郭欣<sup>1</sup> 刘亨辉<sup>1</sup> 符筠<sup>1</sup> 肖征<sup>2</sup>

(<sup>1</sup>北京市疾病预防控制中心, 首都医科大学公共卫生与家庭医学学院;

<sup>2</sup>北京市宣武区疾病预防控制中心)

**摘要 目的** 了解2010年北京市中学生烟草使用相关行为和二手烟暴露的现状, 以及中学生对烟草有关的认知和态度的现状。 **方法** 采用分层整群抽样的方法, 于2010年4-5月对北京市各类中学(初中、高中、职高)共计33所学校中11242名学生进行匿名自填式问卷调查。 **结果** 共回收有效问卷11208份, 中学生尝试吸烟率为24.70%, 现在吸烟率为9.11%, 吸烟率为5.06%; 不吸烟中学生的二手烟暴露率为38.47%。男生、住宿生的烟草使用率均显著高于女生和非住宿生; 郊区、非重点校、职业中学的烟草使用率分别高于城区、重点校和普通中学。 **结论** 北京市中学生现在吸烟率和吸烟率较2008年均略有下降, 二手烟暴露率有了明显下降, 提示北京市近两年来学校控烟工作取得了初步的成效; 但中学生尝试吸烟率依然居高不下, 学生对于烟草危害及有关态度的认识有待于进一步提高。中学生烟草使用行为依然严重, 建议继续加强对中学生开展健康教育, 引导和教育中学生坚决“拒吸第一支烟”。

**关键词** 中学生; 烟草; 流行现状

## The Survey of Tobacco Use among Middle School Students in Beijing in 2010

Guo Xin ; Xiao zheng ;

**Abstract Objective** To collect data of the prevalence and epidemic characters of smoking and second-hand smoking, knowledge and attitudes related to smoking in secondary school students of Beijing in 2010. **Methods** With stratified cluster sampling, an anonymous self-administered questionnaire was administered to 11242 students from 33 schools, including junior middle school, senior high school and vocational high school. **Results** A total of 11208 students participated in the study (effective rate of 99.70%). Among the participants, 24.70% say they have tried to smoke; 9.11% have smoked at least 1 cigarette during the past 30 days; 5.06% report they have smoked 1 cigarette or more every weeks for at least 3 months; among non-smokers the passive smoking rate is 38.47%. The rates of tobacco use among boys and live-on-campus students are significantly higher than that among girls and non-live-on-campus students respectively, and The rates of tobacco use among suburban, ordinary school, and vocational school students are significantly higher than that among urban, key school, and general middle school students respectively. **Conclusions** Compared with the results of 2008, the rates of tobacco use among middle school students are slightly lower, and the passive smoking rate is significantly lower than that of

2008. It implies that a preliminary achievement was achieved by school tobacco control in the past 3 years; but attempting smoking rate is still very high, and the knowledge of tobacco use and the related attitude are still to be improved. According to the situation of tobacco use in middle school, the authors suggest that more effective measures including health education should be taken to tell them “refuse to smoke the first cigarette”.

**【key words】** Middle school student; Tobacco use; Knowledge; Attitude; Associated factors

烟草对人类健康的危害早已被众多研究所证实，尤其严重危害青少年的健康成长。从青少年就开始吸烟的人，将有一半的机会因吸烟引起的疾病而早死。WHO 估计中国 20 岁以下的青少年与儿童将有 2 亿变成吸烟者，其中至少有 5000 万人将因吸烟而早逝<sup>[1]</sup>。我国现有 13-18 岁青少年 1.3 亿，据保守估算，青少年现在吸烟者约 1500 万，尝试吸烟者不下 4000 万，遭受二手烟雾危害的人数高达 6500 万<sup>[2]</sup>。

以往调查研究显示<sup>[3-4]</sup>，估计北京市中小学生中尝试吸烟者达到 20 万左右，现在吸烟者约达 7-8 万人。为掌握北京市青少年烟草流行现状和后奥运时期首都青少年烟草流行趋势，笔者于 2010 年 4-5 月份在北京市中学生中开展了烟草流行状况抽样调查。

## 1 对象与方法

### 1.1 对象

按城乡、学校类型分层，采用分层整群抽样的方法，抽取北京市 8 个区县 33 所中学的在校学生作为调查对象。

### 1.2 调查内容与方法

采用匿名、班级集中填写的方法进行问卷调查。调查内容包括：（1）吸烟行为及二手烟暴露情况，包括尝试吸烟及其原因、地点等、现在吸烟、烟草获取途径等内容；（2）烟草危害相关知识，包括获取知识来源、烟草有关疾病、烟草有害成分等内容；（3）吸烟行为的相关态度，包括对父母、老师、同学及自己吸烟的态度、以及与吸烟有关的看法等内容；（4）与学生吸烟行为有关的个体和环境因素，包括自我评价以及家庭环境、学校环境、及烟草广告等内容；（5）学生个人基本信息，包括性别、出生日期、年级、住宿情况等内容。

### 1.3 指标定义

分析指标包括：尝试吸烟率、现在吸烟率、吸烟率、二手烟暴露率、烟草危害知识的知晓率、吸烟有关态度的正确持有率等。尝试吸烟的定义为到调查时为止，至少吸过一口烟；吸烟的定义为到调查时为止，有过每周至少吸 1 支烟连续或累计 3 个月或以上者；现在吸烟的定义为最近 30 天内，至少有一天吸过 1 支或 1 支以上的烟；二手烟暴露的定义为不吸烟者每周至少一天内有 15 分钟以上暴露于吸烟者呼出的烟雾中。



## 1.4 数据处理与统计方法

数据由专业录入公司采用专门录入系统进行双录入。数据经清理、核查、比对后采用 SAS9.1.3 统计软件包进行分析。采用描述性统计分析方法,描述并比较不同特征(性别、地区、学校类型、年级等)中学生的烟草使用行为及相关知识和态度的现状;吸烟率等指标经标化后与 2008 年调查结果进行比较和检验,标化因素包括性别、城乡、学校类型、年级。

## 2 结果

### 2.1 基本情况

共回收问卷 11242 份,其中有效问卷 11208 份。男生 5261 人(46.9%),女生 5947 人(53.1%);城区中学 5767 人(51.5%),郊区中学 5441 人(48.5%);初级中学 5547 人(49.5%),高级中学 3310 人(29.5%),职业高中 2351 人(21.0%)。

### 2.2 中学生尝试吸烟状况

北京市中学生的尝试吸烟率为 24.70% (见表 1),其中男生为 35.29%,女生为 15.34%,男生显著高于女生( $\chi^2=595.970$ ,  $P<0.001$ );普通初中、普通高中、职业高中学生的尝试吸烟率分别为 15.75%、22.67%和 48.70%,差异有显著性( $\chi^2=971.946$ ,  $P<0.001$ );城区中学生的尝试吸烟率为 17.52%,郊区中学生的尝试吸烟率为 32.30%,差异有显著性( $\chi^2=328.175$ ,  $P<0.001$ );住宿生的尝试吸烟率为 35.25%,非住宿生的尝试吸烟率为 20.93%,二者有显著性差异( $\chi^2=237.557$ ,  $P<0.001$ )。与 2008 年相比,北京市中学生尝试吸烟率没有显著变化( $P>0.05$ )。在普通中学(非职业中学)中,重点中学和非重点中学的尝试吸烟率分别为 13.19%和 23.16%,前者显著低于后者( $\chi^2=146.441$ ,  $P<0.001$ ),初、高中均如此。

表1 2010年北京市中学生的尝试吸烟率(%)

		调查人数	尝试吸烟人数	尝试吸烟率	$\chi^2$	P
学校	初中	5537	872	15.75	971.946	<0.001
	高中	3299	748	22.67		
	职高	2345	1142	48.70		
性别	男生	5248	1852	35.29	595.970	<0.001
	女生	5933	910	15.34		
城乡	城区	5748	1007	17.52	328.175	<0.001
	郊区	5433	1755	32.30		
是否住宿	住宿生	2902	1028	35.25	237.557	<0.001
	非住宿生	8179	1720	20.93		
重点学校+	重点	4276	564	13.19	146.441	<0.001
	非重点	4560	1056	23.16		

合计	11181	2762	24.70
----	-------	------	-------

+注：重点学校仅针对除职业高中以外的普通中学而言，后表同。

调查发现，超过 6 成的学生首次吸烟年龄位于 12-18 岁之间，也就是说，在尝试吸烟者中的 60% 是在中学阶段开始吸第一支烟的。值得注意的是，仍有 3 成以上的尝试吸烟者是在小学阶段（12 岁以下）开始吸第一支烟的。男女生尝试吸烟者开始吸第一支烟的年龄分布有显著性差异（ $\chi^2=15.152, P=0.019$ ），男生早于女生开始第一支烟，前者吸第一支烟的年龄相对更多的集中在 7-13 岁，后者相对更多集中在 14-18 岁。与 2008 年相比，尝试吸烟的低龄化趋势有所缓解，在小学阶段（12 岁以下）开始吸烟的比例略低于 2008 年，而在中学阶段开始吸烟的比例高于 2008 年。

中学生尝试吸烟的首位原因是出于好奇，超过一半以上的尝试吸烟者是出于好奇而尝试吸烟，男女生均如此；其次是缓解压力和无聊，二者比例均在 12% 左右。总的来说男女生尝试吸烟原因分布不同（ $\chi^2=20.889, P<0.001$ ），主要表现在女生出于好奇而尝试吸烟的比例高于男生，而因为“从众”（别人吸我就跟着吸）而尝试吸烟的比例则明显低于男生。结果见表 2。

表2 男女中学生尝试吸烟原因的构成

	男生 (%)	女生 (%)	合计 (%)
好奇	934 (55.76)	449 (59.16)	1383 (56.82)
缓解压力	208 (12.42)	100 (13.18)	308 (12.65)
无聊	209 (12.48)	97 (12.78)	306 (12.57)
别人吸我就跟着吸	187 (11.16)	41 (5.40)	228 (9.37)
其他	137 (8.18)	72 (9.49)	209 (8.59)
合计	1675 (100.00)	759 (100.00)	2434 (100.00)

此外调查还发现，近半数尝试吸烟学生的“第一支烟”是从同学或朋友那里获得的，可见从同学或朋友处获得烟草，是中学生尝试吸烟最主要的烟草获得途径；另外有接近 20% 的尝试吸烟者是自己获得香烟的。

### 2.3 中学生现在吸烟状况

9.11% 的被调查中学生报告在近 30 天内至少吸过 1 支烟（现在吸烟率），其中男生为 16.19%，女生为 2.87%，男生显著高于女生（ $\chi^2=592.977, P<0.001$ ）；城区中学生的现在吸烟率为 5.15%，郊区中学生的现在吸烟率为 32.29%，郊区显著高于城区（ $\chi^2=222.795, P<0.001$ ）；住宿生的现在吸烟率为 15.58%，非住宿生的现在吸烟率为 6.80%，住宿学生显著高于非住宿学生（ $\chi^2=199.575, P<0.001$ ）。与 2008 年相比，北京市中学生现在吸烟率有所下降，差异有显著性（ $\chi^2=28.261, P<0.001$ ），下降主要体现在高中和职高阶段。

表3 2010年北京市中学生的现在吸烟率(%)

		调查人数	现在吸烟人数	现在吸烟率	$\chi^2$	P
学校	初中	5517	208	3.77	919.932	<0.001
	高中	3276	223	6.81		
	职高	2335	583	24.97		
性别	男生	5214	844	16.19	592.977	<0.001
	女生	5744	170	2.87		
城乡	城区	5712	294	5.15	222.795	<0.001
	郊县	5416	720	13.29		
是否住宿	住宿生	2902	452	15.58	199.575	<0.001
	非住宿生	8179	556	6.80		
是否重点	重点	4246	100	2.36	114.224	<0.001
	非重点	4547	331	7.28		
合计		11128	1014	9.11		

在普通中学(非职业中学)中,重点中学的现在吸烟率为3.56%,非重点中学的现在吸烟率为7.28%,重点中学的现在吸烟率明显低于非重点中学( $\chi^2=114.224, P<0.001$ ),初高中均是如此。现在吸烟的中学生中,近30天获得烟草的途径主要为“自己购买”和“其他人给”的,二者的比例分别为71.3%和60.3%。

北京市中学生的吸烟率为5.06%(见表4),其中男生为9.33%,女生为1.29%,男生显著高于女生( $\chi^2=655.850, P<0.001$ );城区中学学生的吸烟率为4.84%,郊区中学学生的吸烟率为13.75%,郊区显著高于城区( $\chi^2=111.296, P<0.001$ );住宿生的吸烟率为8.78%,非住宿生的吸烟率为3.74%,前者显著高于后者( $\chi^2=112.783, P<0.001$ )。与2008年相比,北京市中学生的吸烟率也略有下降,差异有显著性( $\chi^2=5.822, P=0.016$ ),具体体现在高中阶段男生的吸烟率下降较明显。

表4 2010年北京市中学生的吸烟率(%)

		调查人数	吸烟人数	吸烟率	$\chi^2$	P
学校	初中	5509	101	1.83	581.115	<0.001
	高中	3273	119	3.64		
	职高	2333	342	14.66		
性别	男生	5209	486	9.33	655.850	<0.001
	女生	5906	76	1.29		
城乡	城区	5706	164	2.87	116.296	<0.001
	郊县	5409	398	7.36		

是否住宿	住宿生	2894	254	8.78	112.783	<0.001
	非住宿生	8176	306	3.74		
是否重点	重点	4245	48	1.13	63.549	<0.001
	非重点	4537	172	3.79		
合计		11115	562	5.06		

在普通中学（非职业中学），重点学校学生的吸烟率为 1.13%，非重点学校学生的吸烟率为 3.79%，前者显著低于后者（ $\chi^2=63.549, P<0.001$ ），初、高中均如此。在吸烟的中学生中，超过 60% 的吸烟中学生都选择与校内同学或朋友一起吸烟，其次为独自一人吸和与校外认识的朋友一起吸，二者比例分别为 18.58%和 13.24%；同样在吸烟的中学生中，6 成以上的吸烟者选择在路上、学校和家中吸烟，三者的比例分别为 22.75%、20.98%和 19.02%，其次是在社交场合与公共场所，二者比例分别为 13.73%和 12.94%。

#### 2.4 中学生二手烟暴露状况

38.47%的不吸烟中学生在过去30天内每周至少有1天暴露于二手烟雾环境中（见表5），其中，平均每周暴露天数达到3天及3天以上的比例为17.16%。与吸烟状况类似，城郊区、初高中和职高、重点与非重点学校中学生的暴露率均不相同。与2008年相比，2010年北京市不吸烟中学生的二手烟暴露率下降了8个百分点（ $\chi^2=131.153, P<0.001$ ）。

表5 2010年北京市中学生的二手烟暴露率（%）

		不吸烟人数	二手烟暴露人数	二手烟暴露率	$\chi^2$	P
学校	初中	5206	1902	36.53	21.281	<0.001
	高中	3016	1193	39.56		
	职高	1712	727	42.46		
性别	男生	4288	1616	37.69	1.9759	0.1598
	女生	5646	2206	39.07		
城乡	城区	5313	1829	34.42	79.101	<0.001
	郊县	4621	1993	43.13		
是否住宿	住宿生	2400	1013	42.21	18.525	<0.001
	非住宿生	7494	2795	37.30		
是否重点	重点	4079	1447	35.47	16.217	<0.001
	非重点	4143	1648	39.78		
合计		9934	3822	38.47		

## 2.5 烟草相关知识与态度

从获得烟草与健康知识的来源来看，中小学生有关吸烟与健康的知识来源主要是通过电视（75.8%）获得，其次是通过老师（67.8%）、广告牌（63.5%）、宣传画（63.0%）、家长（61.7%）获得，但仍有9.3%的学生表示从来没有听到或看到过有关吸烟与健康的知识。

95%以上的同学表示知道吸烟和吸二手烟对健康有害；对于吸入烟草烟雾可致疾病的知晓率从高到低的顺序依次为肺癌（81.34%）、气管炎（67.03%）、冠心病（28.64%）、脑血管病（28.01%）、胃癌（25.99%）、高血压（22.46%）和糖尿病（12.66%），但仍有15.9%的同学不知道吸入烟草烟雾会导致疾病。与2008年相比，知道二手烟有害健康的比例有所升高，但对于烟草所致个别疾病的认识上仍有待于提高（表6）。

对于烟草有毒有害成分的知晓率从高到低的顺序依次为：尼古丁（93.69%）、焦烟油（79.46%）、致癌物质苯胺类（62.25%）、一氧化碳（49.67%），仅有17.38%的中学生知道烟草烟雾中含有放射性物质，可见学生对于烟草有毒成分的认知还不够深入全面。此外，对于吸烟影响肺活量、血压、一氧化碳浓度等身体机能以及影响发育和性功能的认识较2008年明显提高，但认识到“不将烟雾吸入肺中就不会危害健康”错误的比例较2008年有所降低。

**表6 2008年和2010年北京市中学生烟草危害知识的知晓率（%）**

	2008	2010	知晓率差 d
吸烟有害健康	95.42	95.92	0.50
吸入他人呼出的烟雾有害健康	92.46	95.38	2.92**
吸入烟草烟雾容易导致的疾病			
气管炎	68.35	67.03	-1.32
肺癌	90.96	81.34	-9.62**
胃癌	20.92	25.99	5.07**
冠心病	31.56	28.64	-2.92
高血压	25.84	22.46	-3.38
糖尿病	9.79	12.66	2.87
脑血管病	26.89	28.01	1.12
烟草烟雾中含有的有毒有害物质			
尼古丁	93.39	93.69	0.30
烟焦油	81.85	79.46	-2.39**
一氧化碳	51.61	49.67	-1.94**
放射性物质	13.26	17.38	4.12**
致癌物质苯胺类	58.23	62.25	4.02**

吸烟会影响一个人的肺活量及运动表现	87.92	88.69	0.77
吸烟会使人心跳加快血压上升, 易导致心脏病	73.19	83.79	10.60**
吸烟会影响发育及性功能	80.28	87.12	6.84**
常吸烟的人体内一氧化碳浓度比不吸烟者高	82.81	89.18	6.37**
开始吸烟的年龄越小, 得到癌症的机会越大	86.72	92.07	5.35**
吸烟时若不将烟雾吸入肺中, 就不会危害健康#	78.33	73.15	-5.18**

#注: 该项指不赞同的比例; \*\*表示  $P<0.01$

对于吸烟的态度上, 女生、非吸烟者的持有正确态度的比例均显著高于男生、吸烟者。不赞同“吸烟的样子很酷、很潇洒”、“吸烟对异性有吸引力”、“不接受别人递的烟不礼貌”分别为 86.64%、88.95%、80.74%, 与 2008 年相比均无显著变化; 不赞同“吸烟可以表现出成熟的样子”的比例、赞同“应该禁止未成年人吸烟”、“学校应该帮助有吸烟的习惯的学生戒烟”、“吸烟会让人产生牙垢, 破坏个人的形象”的比例较 2008 年相比有所降低; 其余态度的正确持有率均较 2008 年有显著升高 (表 7)。

表7 2008年和2010年北京市中学生烟草相关态度的持有率 (%)

	2008	2010	知晓率差 d
吸烟可以表现出成熟的样子#	85.36	83.61	-1.75**
吸烟的样子很酷很潇洒#	86.22	86.64	0.42
吸烟对异性有吸引力#	88.14	88.95	0.81
不接受别人递的烟不礼貌#	81.55	80.74	-0.81
吸烟有助于社会交往#	78.39	79.77	1.38*
应该禁止未成年人吸烟*	90.48	88.00	-2.48**
烟品广告的美好信息, 使我想要尝试吸烟#	86.57	88.89	2.32**
吸烟会让人产生牙垢, 破坏个人的形象&	90.40	86.71	-3.69**
既然大人可以吸烟, 青少年也可以吸烟#	87.73	90.56	2.83**
吸烟是让人提神的好方法#	78.07	81.24	3.17**
青少年吸烟是勇于挑战权威的行为#	90.16	91.61	1.45**
学校应该帮助有吸烟的习惯的学生戒烟&	90.51	89.17	-1.34**

注: #表示不赞同该项的比例, &表示赞同该项的比例; \*表示  $P<0.05$ , \*\*表示  $P<0.01$ 。

### 3 讨论

本次调查是以自填式匿名问卷对学生的吸烟使用行为、烟草危害相关知识、对吸烟行为的态度、及围绕个体和家庭、学校、社会环境中有关烟草使用的因素进行的调查, 在调查内容、方法、

指标等方面与 2008 年的调查基本保持一致，因此与 2008 年调查结果具有较高的可比性，可在大体上对 2008 年以来学校控烟工作的效果进行初步评估。

经过对城乡、性别、学校类型、年级等样本构成不同的因素进行标准化后，2010 年北京市中学生烟草流行状况有所改善，中学生现在吸烟率、吸烟率均略有下降，被动吸烟率有了明显下降，但尝试吸烟率依然高企，每 4 个中学生中就有 1 个中学生尝试过吸烟，这与 2008 年李恂<sup>[xxxvi]</sup>等人的研究结果相差不大。与欧美发达国家青少年烟草流行率呈逐年下降的趋势不同<sup>[4]</sup>，我国青少年的烟草流行趋势仍处于上升或高位平台期。本次调查显示，北京市中学生的尝试吸烟率、现在吸烟率远高于欧美及台湾、马来西亚等地区<sup>[5]</sup>，甚至也远高于埃塞俄比亚部分城市青少年的烟草使用率<sup>[6]</sup>；与国内相关研究相比，尝试吸烟率高于 2007 年的全国平均水平<sup>[7]</sup>和上海市的结果<sup>[8]</sup>。

从尝试吸烟年龄来看，与 2008 年调查结果相比，虽然总体上尝试吸烟的低龄化趋势有所缓解，在小学阶段开始吸烟的比例略有降低，但在中学阶段开始吸烟的比例明显升高，达到六成以上。此结果与 2005 年曹若湘的调查结果<sup>[9]</sup>也基本一致。由于这个年龄段的学生面临较大升学压力，加上好奇、无聊等青春期心理特征的双重影响，导致这部分学生尝试吸烟的可能性加大。如果不能得到及时的教育而放弃吸烟，烟草的危害将在他们的成年时期表现出来<sup>[10]</sup>。这提示应该重视中学阶段的“拒吸第一支烟”的控烟宣传教育，甚至从某种程度上来说，中学应该成为比小学更重要的开展“拒吸第一支烟”控烟工作的重点。

调查显示，不吸烟中学生在近 30 天内的二手烟暴露率为 38.47%，低于 2008 年郭欣等人的调查结果<sup>[4]</sup>。这可能跟中学生对烟草危害尤其是二手烟危害的认识得到提高有关。与 2008 年相比，中学生在对烟草危害、烟草有毒成分、烟草所致疾病、烟草对机体功能的影响等知识的认识上均略有提高，对吸烟行为的正确态度也有了明显的改观；尽管如此，在对烟草危害知识的全面性、深度、以及否定错误态度的坚决性等方面仍存在不足，有待于进一步提高。

总体来看，调查结果提示 2008 年以来学校控烟工作取得了初步的成效，中学生烟草流行的上升趋势得到了一定的遏制，学生对烟草危害的认识与态度有了一定程度的改善，但对于不吸烟青少年人群的控烟工作效果有限，青少年“拒吸第一支烟”的宣传与教育力度仍有待于进一步加大<sup>[12]</sup>，重点应加强对中学生的控烟干预工作。因此，本文建议一方面加大吸烟与被动吸烟危害的健康教育力度，重点关注非吸烟人群，预防其“吸第一支烟”；另一方面应关注吸烟学生的干预，采取各种综合干预措施，帮助吸烟学生摆脱烟草。同时，针对各种可能造成学生开始吸烟的因素，加强对相关危险因素干预；加强学生的心理疏导，促进心理健康；积极营造无烟环境，创建无烟学校、无烟家庭、无烟社区，减少社会环境危险性，以获得更好的控烟效果。

作者简介：郭欣（1972-），女，山东省，硕士，副主任医师，主要研究方向为儿童青少年疾病预防控制。

## 参考文献

- [1] 罗春燕,彭宁宁,朱蔚. 上海市青少年危险行为状况研究(三)[J]. 中国校医,2003,17(2):104-107.
- [2] 卫生部履行《烟草控制框架公约》领导小组办公室. 2008年中国控制吸烟报告[R]. [EB/OL][2008-05-13]. <http://www.chinacdc.net.cn/n272442/n272530/n3479265/n3479306/appendix/report.pdf>.
- [3] 曹若湘. 2005年北京市儿童青少年烟草流行现状调查分析[J]. 中国健康教育. 2008, 24(9):669-703.
- [4] 郭欣, 邓瑛, 陶立元. 北京市2008年学生主动和被动吸烟状况[J]. 中国学校卫生, 2009, 30(4):320-322.
- [5] 李恂,董丽君,杨楠,等. 中学生吸烟影响因素及控制对策[J]. 中国预防医学杂志,2008,9(9):782-785.
- [6] Meg Riordan. TOBACCO USE AMONG YOUTH [R],Campaign for Tobacco-Free Kids, June 16, 2010.
- [7] David Hammond, Foong Kin, Aree Prohmmo, etc. Patterns of Smoking Among Adolescents in Malaysia and Thailand: Findings From the International Tobacco Control Southeast Asia Survey[J]. Asia-Pacific Journal of Public Health, Vol. 20, No. 3, 193-203 (2008).
- [8] Emmanuel Rudatsikira, Abdurahman Abdo, Adamson S Muula. Prevalence and determinants of adolescent tobacco smoking in Addis Ababa, Ethiopia[J]. BMC Public Health 2007, 7:176.
- [9] 吴曦, 杨焱, 姜垣等. 我国青少年被动吸烟现状及其影响因素分析[J]. 中国健康教育, 2008,24(9):661-686.
- [10] 徐继英, 姚海宏, 李新建等. 上海市青少年吸烟行为及其影响因素分析[J]. 环境与职业医学, 2008,25(5):429-433.
- [11] 曹若湘. 北京市城区大中学生吸烟人群危险行为分析[J]. 中国学校卫生, 2008,29(12):1155-1156.
- [12] 刘菲菲, 周小军, 汪华杰等. 南昌市大中小学生吸烟现状调查[J]. 中国校医,2005,19:51.
- [13] 徐小生, 赵赞, 凌建军等. 长沙市中小学生控烟效果的研究[J]. 中国预防医学杂志, 2005, 6:289-300.



# 2011年长春市公务员吸烟状况调查研究

赵萍 丁春生 许兆瑞 翟前前

(长春市健康教育中心)

**摘要 目的** 为了解长春市政府公务员吸烟现状,为长春市创建无烟城市提供科学依据和制定控烟策略提供技术支持。**方法** 从长春市五个区抽取 1510 名政府公务员进行问卷调查。**结果** 长春市政府公务员吸烟率为 20.4%, 男性吸烟率为 38.4%, 女性为 1.4%。均低于 2002 年的调查结果,即人群吸烟率 35.8%, 男性吸烟率 66.8%, 女性 3.08%。公务员吸烟量 10.2 支/天也低于 2002 年的人均吸烟量 14.8 支/天。**结论** 长春市政府公务员吸烟率较低,烟草消费量也较低,有助于推动长春市创建无烟城市进程。本中心将依据调查结果,积极制定公务员控烟干预策略和措施,加快长春市控烟履约步伐。

**关键词** 公务员; 吸烟率; 无烟城市; 调查研究

## Study on Smoking Status of The Changchun City Civil Servants in 2011

**Abstract Objective** To understand the smoking status of the Changchun City civil servants , and to provide a scientific basis to create a smoke-free city of Changchun City and provide technical support to develop tobacco control strategy. **Methods** 1510 civil servants were randomly selected from five districts of Changchun City to answer questionnaires. **Results** Changchun City civil servants smoking rate was 20.4%, male smoking rate was 38.4%, and 1.4% for women were lower than the results of the survey in 2002, 35.8% of the population smoking rate, male smoking rate of 66.8%, and 3.08% of women. Civil servants cigarette consumption 10.2 / day lower than the 14.8/ day cigarette consumption in 2002. **Conclusion** Changchun City civil servants smoking rates and tobacco consumption is lower , and contribute to the Changchun City to create a smoke-free city process. The center will be based on the survey results, positive development of civil servants tobacco control intervention strategies and measures to accelerate the pace of Changchun City Tobacco Control compliance.

**Keywords** Civil servants; Smoking prevalence; Smoke-free city; Investigation

烟草危害是当今世界最严重的公共卫生问题之一。吸烟与健康关系密切,2002年世界卫生组织报告中指出,影响健康的前十大危险因素中,吸烟排在第4位<sup>[1]</sup>。肺癌已知主要危险因素有吸烟、职业暴露、室内外环境污染、遗传因素等,其中吸烟被认为是最主要的危险因素<sup>[2]</sup>。在我国,被动吸烟的主要受害者是妇女和儿童,55%的15岁以上女性每天都遭受被动吸烟的危害,儿童被动吸烟的情况更为严重<sup>[3]</sup>。有研究显示,中国人群吸烟和被动吸烟对肺癌发病的归因危险度分别为42.3%和10.9%<sup>[4]</sup>。在欧洲和北美,男性肺癌吸烟归因危险度分别达到90%和95%<sup>[5]</sup>。2002年我国15岁及以上居民吸烟率为24.0%,男性(50.2%)明显高于女性(2.8%)<sup>[6]</sup>。自我国加入《烟草控

制框架公约》以来，长春市重视控烟履约，积极创建无烟城市。为了解长春市不同性别，不同年龄和职业人群的公务员吸烟现状，从而为干预和制定控烟策略提供科学依据，根据长春市创建无烟城市--盖茨中国控烟项目组制定的政府机构工作场所调查方案，进行了本次公务员控烟调查。

## 1 调查对象与调查方法

### 1.1 调查对象

长春市朝阳区、南关区、绿园区、二道区、宽城区政府机关公务员 1510 名。

### 1.2 调查方法

#### 1.2.1 抽样方法

采用分层随机抽样方法，在长春市 14 个县（市）区中随机抽取 5 个区，最终选取朝阳区、南关区、绿园区、二道区、宽城区五个城区作为抽样城区。在每个城区政府中随机抽取 300 名公务员进行问卷调查。正式调查之前在南关区随机抽取 10 名公务员进行预调查。

#### 1.2.2 调查内容

本研究根据长春市创建无烟城市--盖茨中国控烟项目组制定的政府机构工作场所调查方案,进行公务员控烟调查。本研究所有问卷均为自填式问卷调查。调查内容包括：调查对象的特征、吸烟率与烟草消费、控烟规定、戒烟情况以及对烟草的知识、态度和观念等。

#### 1.2.3 相关标准

本研究将现在吸烟者、既往吸烟者和从未吸烟者按照以下标准进行定义：

- (1) 现在吸烟者：定义为每天或少于每天吸烟的应答者。
- (2) 既往吸烟者：定义为非现在吸烟，但过去每天或少于每天吸烟的应答者。
- (3) 从未吸烟者：定义为非现在吸烟者，并在过去也未吸烟。

#### 1.2.4 质量控制

调查人员为长春市朝阳区卫生局控烟工作负责人、南关区卫生局控烟工作负责人、绿园区卫生局控烟工作负责人、二道区机关事务管理局控烟工作负责人、宽城区爱卫会控烟工作负责人组成。由长春市健康教育中心对所有调查员进行培训。调查员采用相同的调查问卷和调查标准调查。每日调查完毕，校验问卷的完整性和合理性，对于不合格问卷予以筛除。采用 Epidata3.0 软件进行数据录入，实行双人双重录入制，并作一致性检查，依照原始资料修改不一致的记录。由长春市健康教育中心进行最终质量控制。

#### 1.2.5 统计分析

用 SPSS17.0 对数据进行统计分析，计量资料采用均值±标准差表示，计数资料采用率表示。统计分析方法主要为描述性统计分析。

## 2 结果

### 2.1 调查对象的特征

本研究共调查 1510 名公务员，收回有效问卷 1466 份，问卷有效率为 97.1%。其中男性 752 人

(51.3%)，女性 714 人 (48.7%)；平均年龄为 (39.2±9.0) 岁；主要为汉族 97.7% (1432/1466)；已婚者占 84.6% (1240/1466)；大专及以上学历占 80.5% (1180/1466)；主要职务为政府部门工作人员，占 71.6% (1050/1466)；在单位工作多为 5 年以上，占 63.3% (928/1466)，见表 1。

**表1.调查对象的特征**

	特    征	人    数	(%)
性别	男	752	51.3
	女	714	48.7
民族	汉族	1432	97.7
	其他	34	2.3
婚姻状况	已婚或同居	1240	84.6
	离婚或分居	25	1.7
	丧偶	7	0.5
	单身	194	13.2
学历	小学以下	22	1.5
	初中未毕业	6	0.4
	初中毕业	16	1.1
	高中/中专	106	7.2
	大专及本科	1180	80.5
	研究生	136	9.3
职位	工作人员	1050	71.6
	中层管理人员	303	20.7
	高级管理人员或领导	86	5.9
	其他	27	1.8
工作时间	少于半年	51	3.5
	半年到一年	86	5.9
	一年到两年	125	8.5
	两年到五年	276	18.8
	五年以上	928	63.3

## 2.2 吸烟率与烟草消费

### 2.2.1 不同城区、不同性别吸烟情况

本研究调查结果显示，现在吸烟者占调查人群的 20.4% (299/1466)，其中男性吸烟者占吸烟者的 96.7% (289/299)。各城区男性吸烟者均较女性吸烟者多，男性吸烟者所占比例以二道区最多 (47.3%)，以宽城区最少 (33.5%)，“现在吸烟者”以二道区最多 (24.3%)，以南关区最少 (16.8%) 见表 2



### 2.2.2 不同城区现在吸烟者每日烟草消费量

“现在吸烟者”每日烟草消费量如表 3 所示，以南关区消费量最大（ $12.1 \pm 16.2$ ），绿园区消费量最小（ $7.1 \pm 7.5$ ）。

表3. 不同城区现在吸烟者每日烟草消费量

场 所	每日烟草消费量（均值±标准差）
朝阳区 (n=61)	10.0 ± 7.6
宽城区 (n=57)	9.8 ± 9.3
南关区 (n=52)	12.1 ± 16.2
绿园区 (n=57)	7.1 ± 7.5
二道区 (n=72)	11.7 ± 8.9
合计 (N=299)	10.2 ± 10.2

### 2.2.3 现在吸烟者晨醒与当天所吸第一支烟间隔时间

现在吸烟者晨醒与当天所吸第一支烟间隔时间主要在 60 分钟以上，占 39.8%（119/299）；31-60 分钟者占 19.7%（59/299）；6-30 分钟者占 27.8%（83/299）；晨醒 5 分钟以内者最少，占 12.7%（38/299），见表 4。

表4 现在吸烟者晨醒与当天所吸第一支烟间隔时间（N=299）

晨醒与当天所吸第一支烟间隔时间	人数	(%)
5 分钟以内	38	12.7
6-30 分钟	83	27.8
31-60 分钟	59	19.7
60 分钟以上	119	39.8

## 3 讨论

本次对长春市主要城区政府公务员政府机构工作场所调查结果显示，公务员吸烟率为 20.4%，男性吸烟率为 38.4%，明显高于女性的 1.4%。均低于 2002 年的调查结果，即人群吸烟率 35.8%，男性吸烟率 66.8%，女性 3.08%<sup>[7,8]</sup>。公务员吸烟量 10.2 支/天也低于 2002 年的人均吸烟量为 14.8 支/天<sup>[8]</sup>。虽然长春市属于我国北方吸烟率偏高地区，但自我国 2003 年 11 月 10 日签署《世界卫生组织烟草控制框架公约》（以后简称《公约》），并且 2006 年 1 月 9 日，《公约》在我国生效以后，长春市致力于创建无烟城市，积极倡导健康生活，加快了长春市控烟履约，减少烟草危害的步伐。

目前长春市无烟城市项目积极推进了无烟城市的进程，但是，长春市尚未出台相关控烟法律，将控烟纳入法律规范的体系。我国已有许多城市通过控烟立法来控制烟草危害，且有一定成效，例如香港控烟立法后对餐饮行业、酒吧等娱乐场所做了 10 个月的对比调查，调查结果表明，控烟立法不但未对餐饮行业、酒吧等娱乐场所每日收入带来影响，反而呈增高状态。这说明，在民众心中，希望通过法律来保护他们的健康，来维护环境的清新。希望本次调查能为长春市创建无烟城市工作提供科学依据和合理数据，能有助于长春市控烟立法的规范和建立，争创无烟城市，共享蔚蓝家园！

### 参考文献

- [1] WHO.The world health report 2002.Geneva : WHO , 2002 .3-6.
- [2] 张国钦,王宁,王涛,等.北京市城区居民烟草消费和大气污染对肺癌死亡率的影响[J].环境与健康杂志,2009,26(8):666-669.
- [3] 中华人民共和国卫生部疾病预防控制局,中国疾病预防控制中心.中国慢性病报告[R]. 2006, 5.
- [4] 么鸿雁,施倡元.中国人群肺癌发病危险因素的 Meta 分析[J].中华流行病学杂志,2003,24(1):45-49.
- [5] Parkin M,Bray F,Ferlay J,et al.Global cancer statistics,2002[J].A Cancer Journal for Clinicians,2005,55:74-108.
- [6] 马冠生,孔灵芝,栾德春,等.中国居民吸烟行为的现状分析[J].中国慢性病预防与控制,2005,13(5):195-199.
- [7] 杨功焕.中国人群死亡及其危险因素:流行水平、趋势和分布的主要发现[J]. 医学与哲学(人文社会医学版). 2007(06)
- [8] 杨功焕,马杰民,刘娜,等.中国人群 2002 年吸烟和被动吸烟的现状调查[J]. 中华流行病学杂志. 2005(02)

# 2011 年长春市公务员吸烟率及戒烟情况的调查研究

翟前前, 丁春生, 许兆瑞

(长春市健康教育中心)

**摘要 目的** 为了解长春市政府公务员吸烟现状及戒烟情况, 为长春市制定控烟策略提供技术支持。**方法** 从长春市五个区抽取 1510 名政府公务员进行问卷调查。**结果** 长春市政府公务员吸烟率为 20.4%, 低于 2002 年的调查结果 35.8%。64.9% 的吸烟者有戒烟的想法, 有 53.5% 的吸烟者认为其考虑戒烟的原因是为孩子树立榜样, 有 46.1% 的吸烟者认为 6 个月内实施戒烟行动益处非常多。**结论** 长春市政府公务员吸烟率较低, 希望戒烟者比例较高, 有助于加快长春市控烟履约进程。本中心将依据调查结果, 积极制定公务员控烟干预策略和措施, 加快长春市创建无烟城市步伐。

**关键词** 公务员; 吸烟率; 戒烟; 无烟城市

## Study on Smoking Prevalence And Quit Smoking of The Changchun City Civil Servants in 2011

**Abstract Objective** To understand the smoking prevalence and quit smoking of the Changchun City civil servants, and to provide technical support to develop tobacco control strategy of Changchun City and provide. **Methods** 1510 civil servants were randomly selected from five districts of Changchun City to answer questionnaires. **Results** Changchun City civil servants smoking rate was 20.4% which was lower than the results of the survey in 2002, 35.8% of the population smoking rate. 64.9% of smokers have quit smoking idea. 53.5% of smokers consider quitting because of setting an example for their children, and 46.1% of smokers believe that within six months of the implementation of the benefits of smoking cessation action. **Conclusion** Changchun City civil servants smoking rates is lower, and a higher proportion of ex-smokers. Help speed up the process of Changchun City Tobacco Control compliance. The center will be based on the survey results, and actively develop civil servants tobacco control intervention strategies and measures to accelerate the Changchun City to create a smoke-free city pace.

**Keywords** Civil servants; Smoking prevalence; Quit smoking; Smoke-free city

中国是烟草生产和消费大国, 生产和消费均占全球 1/3 以上。目前全国约有 3.5 亿吸烟者, 2000 年由吸烟导致的死亡人数近 100 万, 2002 年我国男性吸烟率为 66.0%, 女性吸烟率为 3.08%。1984 年、1996 年、2002 年三次全国吸烟调查结果表明, 我国青少年吸烟率上升, 目前青少年吸烟人数高达 5000 万。烟民趋于低龄化, 与 1984 年比, 2002 年开始吸烟的年龄提前 4-5 岁。如不采取控制措施, 预计到 2020 年时这个比例将上升至 33%, 死亡人数将达到 200 万, 其中有一半人将在 35-64

岁之间死亡<sup>[1]</sup>。2002年世界卫生组织报告指出,吸烟是影响健康的第四大危险因素<sup>[2]</sup>,吸烟同样也是肺癌的危险因素之一<sup>[3]</sup>。烟草危害是当今世界最严重的公共卫生问题之一。吸烟与健康关系密切。自中国加入《烟草控制框架公约》以来,长春市重视控烟履约,积极创建无烟城市。为了解长春市不同性别,不同年龄和职业人群的公务员吸烟现状,从而为干预和制定控烟策略提供科学依据,根据长春市创建无烟城市--盖茨中国控烟项目组制定的政府机构工作场所调查方案,进行了本次公务员控烟调查。

## 1 调查对象与调查方法

### 1.1 调查对象

长春市朝阳区、南关区、绿园区、二道区、宽城区政府机关公务员 1510 名。

### 1.2 调查方法

1.2.1 抽样方法 采用分层随机抽样方法,在长春市 14 个县(市)区中随机抽取 5 个区,最终选取朝阳区、南关区、绿园区、二道区、宽城区五个城区作为抽样城区。在每个城区政府中随机抽取 300 名公务员进行问卷调查。正式调查之前在南关区随机抽取 10 名公务员进行预调查。

1.2.2 调查内容 本研究根据长春市创建无烟城市--盖茨中国控烟项目组制定的政府机构工作场所调查方案,进行公务员控烟调查。本研究所有问卷均为自填式问卷调查。调查内容包括:调查对象的特征、吸烟率与烟草消费、控烟规定、戒烟情况以及对烟草的知识、态度和观念等。

1.2.3 相关标准 本研究将现在吸烟者、既往吸烟者和从未吸烟者按照以下标准进行定义:

- (1) 现在吸烟者:定义为每天或少于每天吸烟的应答者。
- (2) 既往吸烟者:定义为非现在吸烟,但过去每天或少于每天吸烟的应答者。
- (3) 从未吸烟者:定义为非现在吸烟者,并在过去也未吸烟。

### 1.2.4 质量控制

调查人员为长春市朝阳区卫生局控烟工作负责人、南关区卫生局控烟工作负责人、绿园区卫生局控烟工作负责人、二道区机关事务管理局控烟工作负责人、宽城区爱卫会控烟工作负责人组成。由长春市健康教育中心对所有调查员进行培训。调查员采用相同的调查问卷和调查标准调查。每日调查完毕,校验问卷的完整性和合理性,对于不合格问卷予以筛除。采用 Epidata3.0 软件进行数据录入,实行双人双重录入制,并作一致性检查,依照原始资料修改不一致的记录。由长春市健康教育中心进行最终质量控制。

### 1.2.5 统计分析

用 SPSS17.0 对数据进行统计分析,计量资料采用均值±标准差表示,计数资料采用率表示。统计分析方法主要为描述性统计分析。

## 2 结果

### 2.1 调查对象的特征



本研究共调查 1510 名公务员，收回有效问卷 1466 份，问卷有效率为 97.1%。其中男性 752 人 (51.3%)，女性 714 人 (48.7%)；平均年龄为 (39.2±9.0) 岁；主要为汉族 97.7% (1432/1466)；大专及本科学历占 80.5% (1180/1466)，见表 1。

表 1.调查对象的特征 (N=1466)

特 征		人数	率 (%)
性别	男	752	51.3
	女	714	48.7
民族	汉族	1432	97.7
	其他	34	2.3
学历	小学以下	22	1.5
	初中未毕业	6	0.4
	初中毕业	16	1.1
	高中/中专	106	7.2
	大专及本科	1180	80.5
	研究生	136	9.3

## 2.2 吸烟率

本研究调查结果显示，“现在吸烟者”占调查人群的 20.4% (299/1466)，“既往吸烟者”占 3.1% (46/1466)，“从不吸烟者”占 76.5% (1121/1466)。“现在吸烟者”以二道区最多 (24.3%)，以南关区最少 (16.8%)，“从不吸烟者”以绿园区最多 (79.6%)，以二道区最少 (73.3%)，见表 2。

表 2. 不同城区吸烟情况

场所	现在吸烟者		既往吸烟者		从不吸烟者	
	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)
朝阳区(N=299)	61	20.4	4	1.3	234	78.3
宽城区(N=267)	57	21.3	10	3.7	200	75.0
南关区(N=310)	52	16.8	22	7.1	236	76.1
绿园区(N=294)	57	19.4	3	1.0	234	79.6
二道区(N=296)	72	24.3	7	2.4	217	73.3
合计 (N=1466)	299	20.4	46	3.1	1121	76.5

## 2.3 戒烟情况

### 2.3.1 不同城区现在吸烟者的戒烟行为

现在吸烟者曾经尝试戒烟者共 168 人，占 56.2%；尝试在过去 12 个月内戒烟者共 69 人，占 23.1%；正在尝试戒烟者共 45 人，占 15.1%。不同城区现在吸烟者戒烟行为不同，绿园区曾经尝试戒烟者最多，占 82.5% (47/57)，尝试在过去 12 个月内戒烟者最多，占 35.1% (20/57)，正在尝试戒烟者最多，占 26.3% (15/57)，见表 3。

表 3 不同城区现在吸烟者的戒烟行为

场 所	曾经尝试戒烟		尝试在过去 12 个月 内吸烟		正在尝试戒烟	
	人数	率 (%)	人数	率 (%)	人数	率 (%)
朝阳区 (n=61)	30	49.2	15	24.6	10	16.4
宽城区 (n=57)	37	64.9	12	21.1	5	8.8
南关区 (n=52)	22	42.3	9	17.3	7	13.5
绿园区 (n=57)	47	82.5	20	35.1	15	26.3
二道区 (n=72)	32	44.4	13	18.1	8	11.1
合 计 (N=299)	168	56.2	69	23.1	45	15.1

### 2.3.2 不同城区现在吸烟者的戒烟想法

按照时间，将现在吸烟者的戒烟想法分为四种，打算在一个月之内戒烟、打算一年之内戒烟、打算一年或更久以后戒烟和不打算戒烟。其中二道区打算在一个月之内戒烟者最多，达 15.3% (11/72)；南关区打算在一个月之内戒烟者最多，达 30.8% (16/52)，并且打算一年或更久以后戒烟者也最多，达 32.7% (17/52)；绿园区不打算戒烟者最多，达 40.4% (23/57)，见表 4。

表 4. 不同城区现在吸烟者的戒烟想法

场 所	打算在一个月 之内戒烟		打算一年之内 戒烟		打算一年/更久 以后戒烟		不打算戒烟	
	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)
朝阳区 (n=61)	6	9.8	14	23.0	19	31.1	22	36.1
宽城区 (n=57)	7	12.2	14	24.6	14	24.6	22	38.6
南关区 (n=52)	5	9.6	16	30.8	17	32.7	14	26.9
绿园区 (n=57)	8	14.0	10	17.5	16	28.1	23	40.4
二道区 (n=72)	11	15.3	20	27.8	17	23.6	24	33.3
合 计 (N=299)	37	12.4	74	24.7	83	27.8	105	35.1

### 2.3.3 现在吸烟者关于 6 个月内实施戒烟行动益处的认同度

将 6 个月内实施戒烟行动益处的认同度分为三个维度即完全没有益处、有一些益处和益处非常多。其中绿园区受访者认为完全没有益处的最多，达 24.6% (14/57)；朝阳区受访者认为有一些益处的最多，达 59.0% (36/61)；绿园区受访者认为益处非常多的也最多，达 56.1% (32/57)，见表 5。

**表 5. 不同城区现在吸烟者关于 6 个月内实施戒烟行动益处的认同度**

场所	完全没有		有一些		非常多	
	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)
朝阳区 (n=61)	8	13.1	36	59.0	17	27.9
宽城区 (n=57)	7	12.2	23	40.4	27	47.4
南关区 (n=52)	4	7.7	26	50.0	22	42.3
绿园区 (n=57)	14	24.6	11	19.3	32	56.1
二道区 (n=72)	15	20.8	17	23.6	40	55.6
总计(N=299)	48	16.1	113	37.8	138	46.1

### 2.3.4 现在吸烟者中，在过去六个月内考虑戒烟的原因

将戒烟的原因分为以下 9 类①个人健康，②对非吸烟者的影响，③社会舆论环境，④香烟价格，⑤公共场所、工作场所禁止吸烟，⑥控烟宣传，⑦卷烟包装上的健康警句，⑧为孩子树立榜样，⑨亲人反对。受访者基于对个人健康的影响 (43.6%)、对非吸烟者的影响 (59.1%)、社会舆论环境 (59.6%)、公共场所、工作场所禁止吸烟 (57.0%)、控烟宣传 (59.9%)、卷烟包装上的健康警句 (45.2%) 而有一点想戒烟；基于为孩子树立榜样 (53.5%) 和亲人反对 (47.0%) 而非常想戒烟；相反，完全没有因为香烟价格 (49.0%) 想戒烟的人所占比例也很大，见表 6。

**表 6. 现在吸烟者中，在过去六个月内考虑戒烟的原因**

过去六个月内考虑戒烟的原因	完全没有		有一些		影响非常大	
	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)
个人健康 (n=287)	38	13.2	125	43.6	124	43.2
对非吸烟者的影响 (n=259)	20	7.7	153	59.1	86	33.2
社会舆论环境 (n=255)	35	13.7	152	59.6	68	26.7
香烟价格 (n=241)	118	49.0	86	35.7	37	15.4
公共场所、工作场所禁止吸烟 (n=256)	31	12.1	146	57.0	79	30.9
控烟宣传 (n=252)	30	11.9	151	59.9	71	28.2
卷烟包装上的健康警句 (n=248)	85	34.3	112	45.2	51	20.6
为孩子树立榜样 (n=258)	28	10.9	92	35.7	138	53.5
亲人反对 (n=264)	18	6.8	122	46.2	124	47.0

## 3 讨论

### 3.1 长春市公务员的吸烟率

本次对长春市主要城区政府公务员政府机构工作场所调查结果显示, 公务员吸烟率为 20.4%, 均低于 2002 年的调查结果, 即人群吸烟率 35.8%<sup>[4,5]</sup>, 同时也低于 2002 年我国 15 岁及以上居民吸烟率为 24.0%<sup>[6]</sup>。2003 年么鸿雁的研究显示, 中国人群吸烟对肺癌发病的归因危险度为 42.3%<sup>[7]</sup>。在欧洲和北美, 男性肺癌吸烟归因危险度分别达到 90%和 95%<sup>[8]</sup>。可见, 烟草是危害健康的重要因素, 吸烟也与肺癌的发生密切相关, 降低吸烟率是保障健康的有效手段。

### 3.2 长春市公务员吸烟者戒烟意愿

本次调查显示, 有 64.9%的吸烟者有戒烟的想法, 不打算戒烟者只有 35.1%。并且有 53.5%的吸烟者认为其考虑戒烟的原因是为孩子树立榜样; 47.0%的吸烟者是基于亲人的反对; 43.2%的吸烟者基于健康的考虑而戒烟。戒烟的目的是成功戒烟的一大挑战, 在吸烟者尚无明确戒烟目的的时候, 开展戒烟宣传, 进行烟包警示巡展, 组织控烟培训讲座能够带来戒烟的益处。调查结果显示, 有 46.1%的吸烟者认为 6 个月内实施戒烟行动益处非常多, 37.8%认为有一些益处。健康教育和控烟履约, 是推动戒烟的良好推动力。

### 3.3 长春市公务员控烟方向

2005 年 8 月 28 日,第十届全国人大常委会第十七次会议正式批准《公约》, 为第 89 个批准《公约》的国家。2005 年 10 月 13 日, 我国政府举行了履行《公约》启动仪式。说明我国政府对烟草危害的重视逐步加大。虽然我国有一些法律法规涉及控烟领域, 但是, 我国尚无一部具有实效性和可操作性的控烟立法, 同时我国政府控烟干预的力度、控烟干预的行为等都很弱, 甚至不如民间的控烟干预, 政府控烟干预的部门职能仍然是弱化的趋势, 我国政府中没有专门的控烟机构, 所以在实际的执法中也没有专门的执法部门, 这是对控烟履约工作最大的掣肘。

目前长春市无烟城市项目积极推进了无烟城市的进程, 但是, 长春市尚未出台相关控烟法律, 将控烟纳入法律规范的体系。希望本次调查能为长春市创建无烟城市工作提供科学依据和合理数据, 能有助于长春市控烟立法的规范和建立, 争创无烟城市, 共享蔚蓝家园! 控制烟草危害, 减少烟草使用刻不容缓。

## 参考文献

- [1] 中华人民共和国卫生部疾病预防控制局,中国疾病预防控制中心.中国慢性病报告[R]. 2006, 5.
- [2] WHO.The world health report 2002.Geneva : WHO , 2002 .3-6.
- [3] 张国钦,王宁,王涛,等.北京市城区居民烟草消费和大气污染对肺癌死亡率的影响[J].环境与健康杂志,2009,26(8):666-669.
- [4] 杨功焕.中国人群死亡及其危险因素:流行水平、趋势和分布的主要发现[J]. 医学与哲学(人文社会医学版). 2007(06)
- [5] 杨功焕,马杰民,刘娜,等.中国人群 2002 年吸烟和被动吸烟的现状调查[J]. 中华流行病学杂志. 2005(02)
- [6] 马冠生,孔灵芝,栾德春,等.中国居民吸烟行为的现状分析[J].中国慢性病预防与控制,2005,13(5):195-199.
- [7] 么鸿雁,施侣元.中国人群肺癌发病危险因素的 Meta 分析[J].中华流行病学杂志,2003,24(1):45-49.
- [8] Parkin M, Bray F, Ferlay J, et al. Global cancer statistics, 2002 [J]. A Cancer Journal for Clinicians, 2005, 55: 74-108.

# 北京市朝阳区卫生机构人员吸烟现状及其影响因素研究

肖琴 孔浩南

**【摘要】目的** 了解北京市朝阳区卫生机构人员吸烟状况及其影响因素，为开展控烟工作提供科学依据。**方法** 采用问卷调查方法，对抽取的 760 名卫生机构人员进行调查，描述吸烟现状；应用 logistic 回归模型分析吸烟的影响因素。**结果** 卫生机构人员吸烟率为 12.4%，其中男性为 41.7%，女性为 0.2%；logistic 回归分析显示，性别、学历是卫生机构人员是否吸烟的影响因素。**结论** 针对男性、低学历卫生机构人员加强烟草危害、控烟策略以及戒烟技巧的健康教育，降低其吸烟率。

**【关键词】** 卫生机构；吸烟；影响因素

**Study on smoking status and influencing factors among health agency staff in Chaoyang district, Beijing city**

*Xiao Qin, Kong Haonan*

*Chaoyang District Centre for Disease Control and Prevention, Beijing 100021, China*

**【Abstract】 Objective** To investigate the current situation of smoking among health agency staff in Chaoyang district, Beijing city, and to analyze its influencing factors, so as to provide the scientific basis for smoking control. **Methods** 760 health agency staff were investigated with questionnaire to describe the current situation of smoking, and binary logistic regression was used to analyze the influencing factors of smoking. **Results** The smoking rate of health agency staff was 12.4% in total. The smoking rate among male staff were 41.7%, while female were 0.2% respectively. The logistic regression analysis showed that the influencing factors of smoking among health agency staff were sex and education. **Conclusion** It is essential to strengthen health education of the knowledge of dangers of tobacco, tobacco control strategies and smoking cessation skills among male staff and staff with lower education, so as to reduce their smoking rates.

**【Key words】** Health agency staff; Smoking; Influencing factors

烟草危害是当今世界严重的公共卫生问题之一，WHO 已将烟草流行作为全球最严重的公共卫生问题列入重点控制领域<sup>[1]</sup>。烟草流行后果严重，是中国慢性病快速上升的主要危险因素，已成为

---

作者单位：北京市朝阳区疾病预防控制中心，北京 100021

作者简介：肖琴(1970-)，女，安徽桐城人，主管医师，博士，主要从事健康教育与健康促进工作。

中国人群健康的“第一大杀手”<sup>[2]</sup>。2003 年我国政府签署了《烟草控制框架公约》，表明了我国政府对控烟工作的责任和决心，而医务人员是健康的倡导者、维护者和宣传者，在预防和控制烟草工作中起着极其重要和特殊的作用<sup>[3]</sup>。为掌握北京市朝阳区卫生机构人员吸烟现状及其影响因素，2009 年 7-9 月对朝阳区 6 类卫生机构的工作人员进行了调查和分析。

## 1 对象与方法

**1.1 对象** 北京市朝阳区卫生机构人员 760 人。

### 1.2 方法

**1.2.1 抽样方法** 采用多阶段分层随机抽样方法，抽取区卫生局、区疾控中心、区妇幼保健院、三级综合医院 2 家、二级综合医院 2 家、社区卫生服务中心 3 家，共 9 家医疗卫生机构，然后在选中的卫生机构中随机抽取 760 名工作人员。

**1.2.2 调查内容** 调查内容包括卫生机构人员吸烟情况、吸烟和被动吸烟知识和态度、人口学信息等。

**1.3 指标定义** 吸烟者是指吸烟超过 100 支，最近一个月仍在吸烟者。戒烟者是指曾经符合吸烟定义的吸烟者，但是现在不吸烟的人<sup>[4]</sup>。

**1.4 统计分析** 采用 EpiData3.0 软件建立数据库并进行双录入，采用 SPSS13.0 软件进行统计分析。率的比较采用卡方检验，多因素分析采用 Logistic 回归分析方法。

## 2 结果

**2.1 一般情况** 共调查 760 人，其中男性 223 人，女性 537 人；年龄最小 18 岁，最大 62 岁，平均 38.07±10.26 岁；文化程度以本科人数最多（34.3%），其次为大专（29.9%）、高中/中专及以下（22.8%）和硕士及以上（13.0%）；工作岗位中以业务科室人数最多，占 79.3%，行政管理、后勤科室和其他科室分别占 6.8%、11.4%和 2.4%。

**2.2 卫生机构人员吸烟情况** 调查显示，卫生机构人员中吸烟者占 12.4%，已戒烟者占 2.5%，从未吸烟者占 85.1%。不同性别、年龄、文化程度、工作岗位之间吸烟率存在显著差异（ $P < 0.01$ ，见表 1）。

表 1 不同特征调查对象吸烟状况 n(%)

特征	吸烟	已戒烟	从未吸烟	$\chi^2$	$P$
<b>性别</b>					
男	93(41.7)	19(8.5)	111(49.8)	311.689	0.000
女	1(0.2)	0(0.0)	536(99.8)		
<b>年龄</b>					
18-29	18(8.9)	2(1.0)	183(90.1)	33.657	0.000
30-39	18(7.8)	6(2.6)	206(89.6)		

40-49	27(13.8)	3(1.5)	166(84.7)		
50-62	31(23.7)	8(6.1)	92(70.2)		
<b>婚姻状况</b>					
未婚	14(9.2)	1(0.7)	138(90.2)	7.430	0.115
在婚	76(13.1)	18(3.1)	487(83.8)		
其他*	4(15.4)	0(0.0)	22(84.6)		
<b>文化程度</b>					
高中/中专及以下	43(24.9)	9(5.2)	121(69.9)	51.987	0.000
大专	17(7.5)	1(0.4)	209(92.1)		
本科	29(11.2)	9(3.5)	222(85.4)		
硕士及以上	4(4.0)	0(0.0)	95(96.0)		
<b>工作岗位</b>					
业务科室	60(10.0)	12(2.0)	531(88.1)	34.110	0.000
行政管理	6(11.5)	1(1.9)	45(86.5)		
后勤科室	27(31.0)	6(6.9)	54(62.1)		
其他	1(5.6)	0(0.0)	17(94.4)		
<b>合计</b>	94(12.4)	19(2.5)	647(85.1)	—	—

**2.3 吸烟与被动吸烟知识知晓情况** 卫生机构人员对于“烟中的尼古丁不是引起大多数癌症的化学物质”这一知识点知晓率较低，为 8.4%。不同性别比较仅“被动吸烟对健康的危害也很大”知识点知晓率具有统计学差异 ( $P < 0.01$ ，见表 2)。

**表 2 吸烟与被动吸烟知识知晓率情况 (%)**

知识点	男性	女性	合计	$\chi^2$	P
低焦油、低尼古丁的烟对身体的危害也很大	57.4	62.8	61.2	1.904	0.168
过滤嘴不会降低吸烟的危害	46.6	50.7	49.5	1.016	0.313
烟中的尼古丁不是引起大多数癌症的化学物质	10.3	7.6	8.4	1.466	0.226
外国烟的危害不比国产烟的危害小	75.3	77.3	76.7	0.334	0.564
被动吸烟对健康的危害也很大	83.9	93.7	90.8	18.141	0.000
吸烟成瘾是一种慢性疾病	81.6	84.2	83.4	0.745	0.388

**2.4 卫生机构人员吸烟状况的多因素分析** 将从不吸烟者和已戒烟者作为不吸烟者，以卫生机构人员是否吸烟作为应变量，以性别、年龄、婚姻状况、学历、工作岗位作为自变量，按进入概率为 0.05，剔除概率为 0.10 的标准，采用逐步向前回归法进行 logistic 回归分析。结果显示，性别、学历是卫生机构人员是否吸烟的影响因素，男性吸烟的可能性是女性的 417.567 倍（见表 3）。

表3 调查对象吸烟影响因素logistic回归分析结果

影响因素	$\beta$	SE	Wald	P	OR	95%CI
性别	6.034	1.014	35.412	0.000	417.567	57.379~2747.014
学历			21.760	0.000		
高中/中专及以下(对照)						
大专	-0.727	0.404	3.244	0.072	0.483	0.219~1.066
本科	-1.112	0.336	10.983	0.001	0.329	0.170~0.635
硕士及以上	-2.431	0.588	17.106	0.000	0.088	0.028~0.278
常数	-5.556	1.020	29.691	0.000	0.004	

### 3 讨论

卫生机构是提供医疗和公共卫生服务的特殊场所，卫生机构人员具有表率的作用。国际控烟实践证明，只有医生吸烟率下降，才有全民吸烟率的下降；只有医院做“无烟”表率，才能带动全社会公共场所实现无烟环境<sup>[5]</sup>。因此，了解卫生机构人员吸烟状况及影响因素，并以此进行相关干预，对于整体的控烟工作具有特殊的指导意义。

调查对象中吸烟率为 12.4%，低于 2008 年北京市居民吸烟率 21.46%<sup>[6]</sup>，这应该与北京市政府控烟政策有关。北京市历年来致力于控烟工作，于 2008 年出台《北京市公共场所禁止吸烟范围若干规定》（“政府令”），在很大程度上促进了控烟工作的进展。

卫生机构人员大多数人认为尼古丁是引起大多数癌症的化学物质，事实上尼古丁是成瘾性物质，而不是引起大多数癌症的化学物质。由于尼古丁会使人产生欣快感，从而导致人们对尼古丁的依赖。因此，世界卫生组织已经将烟草依赖作为一种慢性疾病，并列入国际疾病分类，属精神神经障碍<sup>[7]</sup>。

多因素分析结果显示，性别、学历是医疗卫生机构人员是否吸烟的影响因素。这可能是由于社会文化风俗的影响，女性吸烟不被社会接受<sup>[8]</sup>，尤其在卫生机构中体现的更加显著。现代社会男性压力越来越大，而吸烟在一定程度上可以提神、解乏、缓解心理压力，获得暂时精神上的快感<sup>[9]</sup>，长此以往，吸烟会成为他们的生活习惯。提示应加强对男性吸烟者的重视，针对男性重点开展控烟宣传。吸烟与否与文化程度呈密切负相关性，随着文化程度增高呈现下降趋势，这与其他城市的研究结果一致<sup>[10]</sup>。低学历人群由于知识水平有限，不能正确认识到吸烟所造成的危害，更容易吸烟成瘾。

总之，控烟工作是一个长期的过程，需要持续进行，要对卫生机构中的男性、低学历人群采取针对性的控烟宣传和行为干预，加强烟草危害、控烟策略以及戒烟技巧的健康教育，使其对吸烟危害有更深刻的认识，从而改变吸烟的行为，降低吸烟率。此外，营造支持性的社会环境也是控烟的重要环节<sup>[9]</sup>。



## 参考文献

- [1]彭先导,余松林.美国控制吸烟运动三十年[J].国外医学社会医学分册,1997,14(1):19-22.
- [2]杨功焕,胡鞍钢.控烟与中国未来:中外专家烟草使用与烟草控制联合评估报告[M].北京:经济日报出版社,2011:1-2.
- [3]David Satcher. Treating tobacco use and dependence[M]. Washington DC: U.S. Department of Health and Human Services. 2000,46.
- [4]刘兆炜,刘影,方青,等.四川省两市医生吸烟行为调查及其影响因素研究[J].中国健康教育,2009,25(6):421-423.
- [5]曹荣桂,许桂华,赵娜,等.60家医院创建无烟医院对医生控烟知识态度行为的影响[J].中国医院,2011,15(7):24-28.
- [6]崔晓丽,崔小波,李春雨,等.《北京市公共场所禁止吸烟范围若干规定》实施前后居民吸烟情况变化分析[J].心肺血管病杂志,2009,28(3):198-202.
- [7]肖丹,王辰,翁心植.烟草依赖是一种慢性疾病[J].中国健康教育,2008,24(9):721-722.
- [8]徐越,徐水洋,吴青青,等.浙江省医生吸烟行为及控烟知识现状调查[J].中国健康教育,2009,25(8):577-579.
- [9]姜垣,魏小帅,陶金,等.中国六城市医生吸烟状况[J].中国健康教育,2005, 21(6):403-407.
- [10]李丽霞,邹宇华,郜艳艳,等.广东省居民吸烟现状调查[J].中国公共卫生,2007,23:790-792.

# 深圳市心血管专科医院医务人员控烟行为 及状况调查

王萍

(深圳市孙逸仙心血管医院, 广东, 518020)

**摘要 目的** 了解心血管专科医院医务人员对控烟知识的掌握、对医疗机构禁烟的态度、提供戒烟服务情况及其影响因素。 **方法** 在院内以随机抽样的方法对 212 名医务人员进行问卷调查。 **结果** 95.01% 的医务人员认同医务人员不应吸烟, 96.02% 的医务人员认为医院应全面禁烟, 67.5% 的医务人员会经常建议病人戒烟; 82.3% 的吸烟者听说过戒烟药物但无人使用过; 97.3% 的医务人员对烟草危害的认知度较高; 吸烟率为 6.6%, 男性吸烟率为 17.5%, 女性无吸烟者; 46.11% 的医务人员从未参加过任何形式的戒烟方法培训。 **结论** 心血管专科医院医务人员对控烟知识和戒烟方法的认知度较高, 但控烟意识和能力仍需加强。

**关键词** 心血管; 医务人员; 控烟相关知识; 调查

## Investigation on Knowledge, Attitude, Practice and influencing factors of Tobacco Control among Medical Staff in Shenzhen Sun Yat-sen Cardiovascular Hospital

Wang Ping, Sun Yat-sen Cardiovascular Hospital, Shenzhen, 518020, China

**Abstract Objective** To investigate the medical staff in cardiovascular hospital's knowledge of tobacco controlling and the attitudes toward tobacco control in hospital. **Methods** A questionnaire survey was conducted among the medical staff selected by a random sampling method. **Results** Totally 95.01% of medical staff approved of the statement that doctors should be non-smoking, 96.02% thought that smoking should be banned in hospital, 67.5% of the doctors could suggest patients quitting smoking. 82.3% of the smokers have heard about smoking cessation drugs but no one have used. 97.3% of medical staff are fully aware of the adverse health effects of tobacco. The total smoking rate was 6.6%. The male smoking rate was 17.5% and the female rate was zero. 46.11% of medical staff had never taken part in any smoking cessation training. **Conclusion** Medical staff in cardiovascular hospital have a quite good knowledge of tobacco control, but they should strengthen the awareness and ability of providing smoking-cessation services.

**Keywords** Cardiovascular Hospital; Medical staff; Knowledge of Tobacco control; Survey

《烟草控制框架公约》中特别强调: 帮助吸烟者戒烟是控烟的有效手段之一。

规劝吸烟者戒烟, 医生是最佳人选。这不仅因为医生是健康形象的代言人, 而且因为医生直接

面对患者，吸烟者在患病的时候最容易遵守医嘱，医生的劝阻将会比没患病时家人朋友的劝诫更加有效。特别是心血管专科的医务人员，在这方面更是得天独厚。因为戒烟是心血管病人必须遵循的生活方式。因此，作为心血管专科的医务人员，不仅自身要做不吸烟的榜样，还应该具备提供戒烟帮助的专门技能。为了解心血管专科医务人员吸烟相关行为及控烟态度、能力，我们于 2011 年 3 月对我院 212 名医技护人员吸烟相关行为及其影响因素进行了问卷调查。

## 1 对象与方法

**1.1 对象** 本院的心内科、心外科及所有辅诊科室的全体医技护人员共 212 名。其中女性 146 名，男性 66 名。

**1.2 方法** 采取整群抽样的方法，由医院接受过培训的健教专职人员进行面对面的问卷调查。调查表“重点人群吸烟相关行为调查问卷”由深圳市疾病预防控制中心提供。

**1.3 统计分析** 采用 EpiData3.0 进行数据录入，SPSS17.0 软件对数据进行统计分析。

## 2 结果

### 2.1 基本信息

本次调查回收有效问卷 212 份，其中男性 29.6%，女性 70.3%。学历在硕士及以上的有 39 人，占 18.3%；本科 110 人，占 51.8%；大专及以下 63 人，占 29.7%。内科系统 78 人，占 36.7%；外科系统 69 人，占 32.5%；医技人员 65 人，占 30.6%。总体吸烟率为 6.6%，男性吸烟率为 17.5%，女性无吸烟者。内科吸烟率为 5.1%，外科吸烟率为 8.6%，医技人员吸烟率为 7.6%。

### 2.2 心血管专科医务人员控烟知识掌握情况和对控烟的态度

#### 2.2.1 心血管专科医务人员对吸烟危害的认知

绝大部分对烟草的危害认知度较高，但有一部分对“低焦油、低尼古丁的烟对身体的危害小”、“过滤嘴可以降低吸烟的危害”、“烟中的尼古丁是引起大多数癌症的化学物质”等问题存在误解。（表 1）

表 1 心血管专科医务人员对吸烟危害的认知

	同意	不同意	不知道
	N (%)	N (%)	N (%)
低焦油、低尼古丁的烟对身体的危害小	47 (22.1)	112 (52.8)	53 (25.0)
过滤嘴可以降低吸烟的危害	88 (41.5)	102 (48.1%)	22 (10.)
尼古丁是引起大多数癌症的化学物质	178 (83.9)	30 (14.1)	4 (1.8)
外国烟的危害比国产烟小	11 (5.1)	188 (88.6)	13 (6.1)
被动吸烟对健康的危害小	14 (6.6)	192 (90.5)	6 (2.8)
让烟龄很长的病人减少吸烟量更现实	78 (36.7)	126 (59.4)	8 (3.7)
吸烟成瘾是一种慢性疾病	167 (78.7)	26 (12.2)	19 (8.9)

### 2.2.2 心血管专科医务人员对吸烟与疾病危害的认知

询问了医务人员对吸烟与冠心病、肺癌、肺气肿、前列腺炎、骨质疏松等 8 种疾病相关关系的认知, 结果见表 2

表 2 心血管专科医务人员对吸烟与疾病危害的认知

	相关	可能相关	不相关	不知道
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
冠心病	212 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
肺癌	201 (94.8)	4 (1.8)	0 (0)	7 (3.3)
肺气肿	199 (93.8)	6 (2.8)	0 (0)	7 (3.3)
肺结核	167 (78.7)	17 (8)	10 (4.7)	18 (8.4)
前列腺炎	89 (41.9)	41 (19.3)	18 (8.4)	64 (30.1)
骨质疏松	138 (65)	58 (27.3)	11 (5.1)	5 (2.3)
男性性功能障碍	153 (72.1)	30 (14.1)	4 (1.8)	25 (11.7)
急性牙龈坏死或溃烂	149 (70.2)	25 (11.7)	8 (3.7)	30 (14.1)

### 2.2.3 心血管专科医务人员戒烟的责任与态度

98.1%的医务人员赞同医生应是不吸烟的榜样, 只有 1.8%的持反对态度。57.5%的认为医生应主动向病人提供戒烟服务, 31.6%持反对态度。98.1%的医务人员认为应该在医院所有范围内禁烟。(表 3)

表 3 心血管专科医务人员戒烟责任与态度

	同意	不同意	不知道
	N (%)	N (%)	N (%)
医生应是不吸烟的榜样	208 (98.1)	4 (1.8)	0 (0.0)
应该在医院所有范围内禁烟	208 (98.1)	4 (1.8)	0 (0.0)
不直接接触病人的员工可在医院内吸烟	18 (8.4)	182 (85)	12 (5.6)
医生应主动向病人提供戒烟服务	122 (57.5)	67 (31.6)	23 (10.8)

### 2.2.4 心血管专科医务人员帮助戒烟者戒烟情况:

统计结果显示, 72%的医生给病人看病时能经常或总是询问病人的吸烟情况, 医生不询问病人吸烟情况的主要原因是认为病人的病情和吸烟无关; 在知道病人吸烟的情况下, 98%的医生都会建议病人戒烟。有 57.3%的医生了解部分戒烟方法及戒烟药物, 门诊医生戒烟知识和方法的掌握程度较病房医生要高, 与接受相关培训率高有关。

### 2.2.5 心血管专科医务人员参加戒烟方法培训的情况

本次调查的212位医务人员中,有116人(占52.7%)人参加过医院组织的讲座形式的“无烟医院”控烟知识培训;有9人参加过戒烟门诊的专门培训,占4.2%;有2人参加过戒断症状处理方法的培训,医院有全员发放戒烟方法、戒烟药物使用的培训教材。

### 3 讨论

#### 3.1 加强监管力度,杜绝医务人员在工作场所吸烟

心血管专科医院的医务人员吸烟率较我国医务人员平均吸烟率(23%)要低,对吸烟危害的认知程度较高,绝大部分医务人员认为吸烟及被动吸烟与心血管系统疾病和呼吸系统疾病相关,但对吸烟与被动吸烟对其他疾病所产生影响的认知尚不足。有少数医务人员有在上班时间吸烟的行为。因此应当在医院中进一步落实禁烟制度和健全监督机制,在病房、门诊等患者、家属集中区域,医务人员要首先严格做到自身不吸烟,才能承担起劝阻不吸烟的职责,成为健康生活方式的榜样。

#### 3.2 大部分医务人员在控烟技能上尚不能满足患者的要求,需加强控烟技能和戒烟药物使用方面的专业培训

帮助吸烟者戒烟,为病人制定戒烟计划,指导戒烟药物的使用应是心血管专科医务人员提供戒烟服务的基本技能,但调查显示,只有57.5%的医生给病人看病时能经常或总是询问病人的吸烟情况,有13.6%的医生听说过戒烟药物,有相当一部分医生对控烟药物非常陌生。能根据患者吸烟状况给予专业戒烟方法指导的医生数量很小。因此,有必要在医院更加深入的提高医生的控烟意识,加强对医务人员控烟技能的培训,使他们具备正确宣传烟草危害、正确提供戒烟指导、有效使用戒烟药物的能力。

#### 3.3 心血管专科医务人员开展戒烟指导有专科优势,应大力倡导

吸烟是导致冠状动脉硬化栓塞和慢性肺部疾患的主要危险因素,戒烟和无烟环境尤为重要。医务人员对吸烟导致病程改变的专业描述,势必使吸烟者意识到烟草的危害,容易做出立即戒断的决定,戒烟效果往往超过其他手段,戒断率较高。因此,应倡导心血管专科医院开展戒烟门诊,同时发展多元化的戒烟服务形式,如戒烟热线、戒烟诊所和网上互动戒烟中心等,为戒烟者提供科学的戒烟咨询、戒烟流程、心理辅导和戒烟药物等服务。

作为心血管专科医院的医务人员,职业决定了他们注定应当成为健康生活方式倡导的使者,决定了他们应当是烟草控制的先驱,决定了他们应当是无烟形象的代言。医生寥寥数语的简短建议对吸烟者的劝解效果可能胜过家人朋友成年累月的唠叨;护士的个别咨询可能胜过吸烟者无数次的戒烟尝试。医务人员完全应当更有效的参与控烟,为改变我国严峻的吸烟形势做出无可替代的贡献。

### 参考文献

- [1] 杨功焕. 烟草对健康的危害及控烟策略[J]. 中国慢性病预防与控制, 1999, 7(3): 97.
- [2] 史晓丽, 李芳, 我国医务人员戒烟现状[J]. 中国健康教育, 2010, 12(26): 938-938
- [3] 潘冰莹, 刘伟佳, 徐浩峰, 等. 广州市医生吸烟及控烟知识、态度、行为现状调查分析[J]中国健康教育, 2005, 2(12): 891-894

# 长春市中学生吸烟状况调查

许兆瑞 翟前前

(长春市健康教育中心)

**摘要 目的** 了解长春市中学生吸烟状况及影响因素,为制定学校控烟干预对策提供科学依据,推动无烟城市建设进程。**方法** 采用整群随机取样方法,从长春市5所中学中抽取1369名调查对象进行问卷调查。**结果** 长春市中学生吸烟率为14.4%,男生吸烟率为19.9%,女生吸烟率为7.4%,男生吸烟率显著高于女生;中学生父母的吸烟情况对中学生是否吸烟具有显著影响;好朋友的吸烟情况对中学生是否吸烟也具有显著影响。**结论** 控烟干预要关注家庭环境、朋辈群体及社会观念等因素的影响作用,针对重点人群,在家庭、学校及中学生群体中共同开展控烟教育工作。

**关键词** 吸烟调查 中学生 控烟干预

## Survey on the smoking status of middle school students in Changchun

**Abstract: Objective** To understand the smoking status and influencing factors of the middle school students in Changchun, and provide a scientific basis for the strategies of school tobacco intervention in order to promote city smoke-free. **Method** A cluster random sampling was used, and the size of the simple is 1369 that is from 5 middle schools of Changchun. **Result** The smoking rate of middle school students in Changchun is 14.4%. According to gender classification, it is 19.9% for males correspond to 7.4% for females. This difference reached statistical significance. Both parents and peers would do significant contribution to the smoking behavior of middle school students. **Conclusion** Considering the compact of family environment, peers and social factors, we should be to the family, school, students attach equal importance when we engaged in anti-smoking education.

**Keywords** Survey on smoking; Middle school students; Smoking cessation intervention

吸烟是一种严重危害健康的不良行为,会引起心血管病、慢性支气管炎及肺癌等多种疾病<sup>[1]</sup>。中学阶段是生活方式形成的关键时期,但同时也是开始吸烟的高峰期<sup>[2]</sup>。大量研究证明,大多数吸烟者都是从青少年时期开始吸烟并形成习惯的,并且开始吸烟的年龄越早,发展成吸烟更高阶段的可能性就越大,而成功戒烟的可能性也越小<sup>[3]</sup>。尽管《未成年人保护法》中明确规定禁止中小学生学习吸烟,但有大量报道显示,吸烟人数在逐年增多的同时,吸烟年龄也在逐年下降,尤其是中小学生学习吸烟人数已成为新增烟民数的重要组成部分<sup>[4-5]</sup>。许多研究都表明,吸烟会给青少年带来严重的身心问题<sup>[6]</sup>。因此,预防和控制青少年吸烟已成为备受全社会关注的重要课题。为了解长春市中小学生的吸烟现状,掌握中学生吸烟的重要影响因素,制定科学有效的学校控烟干预对策,推动无烟城市

建设进程, 2011年11月, 长春市健康教育中心对全市5所中学的学生吸烟状况进行了抽样调查, 调查结果如下。

## 1 对象与方法

### 1.1 对象

选取长春市监测区的5所中学, 学校包括初中和高中。共抽取12~17岁在校学生1369人为调查对象, 其中男生718人, 女生634人, 缺失值17个; 初中生769人, 高中生593人, 缺失值7个。

### 1.2 方法

调查采用随机整群取样的方法, 在5所学校中各抽取调查对象300人, 共收回有效问卷1369份。调查工具采用的是基于全球青少年烟草调查, 专为“艾默瑞大学全球健康研究所-无烟城市项目”的项目城市设计的学生版自填式调查问卷。调查数据采用SPSS12.0统计软件进行描述统计及卡方检验。

## 2 结果

### 2.1 调查对象基本情况

本次调查共发放问卷3000份, 收回有效问卷1369份。其中, 男生718人, 有效百分比为53.1%, 女生634人, 有效百分比为46.9%; 初中生769人, 有效百分比为56.5%, 高中生593人, 有效百分比为43.5%。调查对象年龄在12-17岁, 平均年龄为14.54, 标准差为1.62。

### 2.2 烟草使用情况

调查显示, 1369名中学生中有197名表示曾尝试过吸烟, 中学生吸烟率为14.4% (见表1)。其中, 男生吸烟率为19.9%, 女生吸烟率为7.4%, 性别差异显著 ( $\chi^2=43.1$ ,  $p<0.01$ ), 男生的吸烟率显著高于女生。初中生中曾吸过烟的占8.9%, 高中生曾吸过烟的占21.2%, 初中生和高中生的吸烟情况差异显著 ( $\chi^2=41.67$ ,  $p<0.01$ ), 高中生的吸烟率显著高于初中生。调查还了解到, 中学生曾尝试吸第一支烟时的年龄主要集中在14-15岁。

表1 中学生吸烟率

	男生	女生	总体
吸烟的	19.9%	7.4%	14.4%
不吸烟	80.1%	92.6%	85.6%

对中学生父母的吸烟情况进行调查, 父母都不吸烟的中学生占总人数的53%。统计分析显示, 中学生父母的吸烟情况对中学生是否吸烟具有显著影响 ( $\chi^2=56.34$ ,  $p<0.01$ ), 并且, 在父母都吸烟的情况下, 中学生的吸烟率要高于只有父亲或母亲一人吸烟的情况 (见表2)。对中学生同伴的吸烟情况进行调查发现, 好朋友的吸烟情况对中学生是否吸烟也具有显著影响 ( $\chi^2=138.78$ ,  $p<0.01$ ),

好朋友中吸烟的人数越多，中学生的吸烟率越高（见表 3）。另外，当好友劝诱吸烟时，有 10%的中学生表示会接受好友递予的香烟。其中，男生中表示会接受的占 11.8%，女生中表示会接受的占 7.6%。通过比较发现，同伴吸烟对中学生吸烟的影响比父母吸烟对中学生吸烟的影响更显著。

**表 2 父母吸烟情况对中学生吸烟的影响**

	父母都不吸烟	只有父亲吸烟	只有母亲吸烟	父母都吸烟
吸烟的	8.3%	19.5%	24.0%	33.8%
不吸烟	91.7%	80.5%	76.0%	66.2%

$\chi^2=56.34, p<0.01$

**表 3 朋友吸烟情况对中学生吸烟的影响**

	朋友全都不吸烟	一部分朋友吸烟	大部分朋友吸烟
吸烟的	4.5%	25.7%	41.2%
不吸烟	95.5%	74.3%	58.8%

$\chi^2=138.78, p<0.01$

据调查，吸烟学生获得卷烟的途径主要是通过从商店或烟摊上购买，而因年龄太小被拒绝售烟的仅占 36.8%。

### 2.3 知识和态度

中学生在自己是否会吸烟的态度上，认为会在一年之内吸烟的学生占总数的 5.6%。男生中表示自己在一年之内肯定或可能会吸烟的占 7.7%，女生中表示自己在一年内肯定或可能会吸烟的占 3.2%。认为自己会在五年之内吸烟的学生占总数的 6.8%，其中，男生中表示肯定或可能会吸烟的占 9.4%，女生中表示肯定或可能会吸烟的占 3.9%。在对吸烟的性别的态度上，认为男生吸烟会有更多朋友的占 16.0%，认为女生吸烟会有更多朋友的占 5.7%（见表 4）。认为吸烟能使男生的吸引力增加的学生人数占总体的 11.2%，认为吸烟能使女生的吸引力增加的学生人数占总体的 8.4%。

**表 4 对于吸烟的男生和女生的看法**

	会拥有更多朋友	会拥有更少朋友	没差别
男生吸烟	16.0%	54.0%	30.0%
女生吸烟	5.7%	78.6%	15.7%

中学生在对吸烟是否有害健康的态度上，认为吸烟可能和肯定会有害健康的中学生占总体的 79.1%，有 20.9%的中学生则认为吸烟可能不会或肯定不会有有害健康。在对是否会接受好友递予的香烟的态度上，有 10%的中学生表示会接受好友递予的香烟，男生中表示会接受的占 11.8%，女生



中表示会接受的占 7.6%。

## 3 讨论

### 3.1 控烟干预要关注家庭环境的影响

影响青少年吸烟的因素既有来自个体的心理因素，也有来自家庭、学校、周围群体及社会的环境因素。家庭是青少年生活、成长的重要场所之一，因而家庭因素对青少年吸烟行为起到不容忽视的作用<sup>[7]</sup>。众所周知，父母是孩子的第一任老师，父母对吸烟的态度以及父母的吸烟行为对中学生吸烟行为的形成必然有着潜移默化的影响<sup>[8]</sup>。本次调查显示，父母中有人吸烟和父母都不吸烟的情况下，中学生的吸烟率具有显著差异，父母都吸烟的情况下中学生的吸烟率最高，母亲吸烟比父亲吸烟的影响更大。家庭环境因素中，父母的吸烟情况确实对中学生的吸烟行为具有重要影响，但这种影响不单纯只是榜样的作用，父母对子女吸烟的默许态度及较小的干涉力度也是促成中学生吸烟的重要原因。因而，学生控烟工作不能孤立于家庭环境进行，在开展预防及干预中学生吸烟的活动同时，也应该重视对家长进行控烟教育，改变其吸烟行为及态度，营造无烟家庭，从而使中学生控烟能够得到良好的家庭环境支持。

### 3.2 控烟干预要关注朋辈群体的影响

周围存在吸烟人群可以在很大程度上诱发学生的吸烟行为。大量研究指出，同伴吸烟是青少年开始吸烟的最主要危险因素之一<sup>[9]</sup>。吸烟的同伴越多，则青少年吸烟的可能性越大。本次调查结果与以往研究结论相符，中学生的吸烟率在不同程度的同伴吸烟人数上具有显著差异。中学生正处于青春发育期，伙伴关系日益密切，相互之间的影响力很大。对于中学生而言，从同伴的接纳、鼓励与支持中获得满足，无疑是特别重要的。因而，中学生在同伴的榜样作用及引诱下，加之好奇心驱使，很容易走上吸烟之路。在此次调查结果中，同伴吸烟情况对中学生吸烟的影响比父母吸烟情况对家庭的影响要更显著，因此，中学生控烟工作更应重视朋辈群体间的相互作用，通过同伴互助来共同抵制香烟。在今后的控烟教育中，可以采取开展课题小组研究的形式，鼓励中学生积极参与进来，通过自学、互助，共同了解烟草危害，掌握控烟技巧，学会如何抵御来自同伴及社会的不良影响，让烟草远离自己、远离同伴、远离校园。

### 3.3 控烟干预要关注社会观念的影响

社会观念会影响到人们的社会行为，中学生吸烟行为自然也不例外。在本次调查结果中发现中学生对男生吸烟和女生吸烟的看法存在着明显差异。比较之下，女生吸烟更难被中学生所接受。相应的，男生吸烟率也远高于女生。由此可见，社会观念也是一个影响中学生吸烟行为的重要因素。但社会观念影响与家庭环境、朋辈群体影响有着一点重要区别，那就是社会观念有其自己的演化规律，不像家庭环境和朋辈群体那样容易改变。因而，在控烟工作中我们仅仅倡导反对吸烟的社会观念是不够的，还需要针对特定的社会观念采取相应的措施。例如，人们通常将女孩吸烟与不良的社会形象相联系，周围环境对女性吸烟的压力较大，而社会观念对男孩吸烟则宽松许多。针对这一现

象，我们在控烟工作中需要更多地关注男孩吸烟的问题，以便弥补错误社会观念所造成的不良影响，从而更好地实施控烟工作。

### 参考文献

- [1] 姜文洁,惠立升,严伟平,张东峰.青岛市市区居民对吸烟有害健康的认知及态度调查[J].青岛大学医学院学报.2005,41(3): 243-245.
- [2] Ma JM, Tao Q, Song HX. Study on the factors affecting smoking among high schools in China [J]. Dis Surv, 2002, 17(2): 68-69.
- [3] S B Pokomy, L A Jason and M E Schoeny JS, et al. Current smoking among young adolescents: assessing school based contextual norms[J]. Tobacco Control. 2004, 13: 30-307.
- [4] 刑军. 青少年吸烟危害及干预策略[J]. 中国健康教育. 1996, 12(4): 40.
- [5] 黎明, 李明珠. 上海市中学生吸烟现状调查[J]. 上海预防医学杂志. 2005, 17: 119-120.
- [6] Weitzman M, Cook S, Auinger P, et al. Tobacco smoke exposure is associated with the metabolic syndrome in adolescents[J]. Circulation. 2005, 112(6): 862-869.
- [7] 孙玉芝, 何佩穗. 中国控烟健康教育现状及研究进展[J]. 公共卫生与预防医学. 2008, 19(5): 103-105.
- [8] 陈秀玲, 王卫峰, 赵庆法. 家长对中学生吸烟影响的调查与分析[J]. 中国健康教育. 1998, 14(6): 22-23.
- [9] Ennett J, Bauman E. The contribution of influence and selection to adolescent peer group homogeneity: the case of adolescent cigarette smoking[J]. Journal of Personality and Social Psychology. 1994, 67(4): 653-663.

# 唐山市公务人员吸烟行为及控烟认知现状调查

刘静<sup>\*</sup>，康雪露<sup>\*\*</sup>，郑季民<sup>\*</sup>

(<sup>\*</sup>唐山市健康教育所，<sup>\*\*</sup>唐山市爱卫办，河北唐山，063000)

**目的** 了解唐山市公务人员吸烟行为和对控烟的认知，为选定有效的干预措施及制定控烟相关法律提供依据。**方法** 整体抽样和问卷调查。选取唐山市 19 家机关 1780 名工作人员进行问卷调查。**结果** 公务人员吸烟率为 28.35%，其中男性和女性分别为 44%和 1.85%；有戒烟意愿的吸烟者为 53.9%；吸烟集中的场所是办公室、卫生间；有 83.5%的调查对象支持出台严格的控烟政策法规；对烟草危害的认知较低。**结论** 公务人员吸烟率较高，有采取干预措施的必要性。有意戒烟者为控烟工作的可塑对象，改变他们的吸烟行为可起到社会示范作用。办公室、卫生间等区域为控烟的关注点。应加大烟草危害的宣传力度。出台严格的控烟法律是可行的。

**关键词** 政府机关 公务人员 吸烟率 控烟

刘静（1971- ），女，汉族，河北唐山人，在职研究生，主要从事健康教育与健康促进研究

康雪露，女，河北唐山人，大专学历，主要从事爱国卫生及健康教育工作

郑季民（1971- ），男，汉族，河北唐山人，大专学历，主要从事健康教育与健康促进研究

# 民族和宗教信仰对吸烟率及相关认知情况的影响

周煜光

(银川市健康教育所)

**摘要** 吸烟是我国日益严重的公共卫生问题之一, 如何对该问题进行预防控制十分重要。中国是一个多民族多宗教信仰的国家, 不同的民族和宗教信仰对吸烟存在不同的认知和习俗, 因此, 我们可以通过宗教场所进行相关的宣传教育, 从而提高认知率, 降低吸烟率。然而, 目前并没有明确的证据表明民族和宗教信仰与吸烟的相关性。银川市卫生局健康宣传教育所对 20 家宗教场所进行了对吸烟认知程度和情况的问卷调查。研究发现民族及宗教信仰均与吸烟率存在统计学相关, 而认知程度并无此相关性, 但其普遍认知情况较好。这提示着通过宗教场所对其教民进行控烟宣传的可行性。

**关键词:** 吸烟, 认知情况, 宗教, 民族

## 1. 前言:

中国是一个多民族国家, 有 56 个少数民族, 每个民族均有其特有的风俗习惯和宗教信仰。而银川市位于宁夏回族自治区, 其民族组成主要为汉族和回族, 而回族人民大多信仰伊斯兰教。它与佛教和基督教并成为世界的三大宗教。其教义中提到“信道的人们啊! 饮酒、赌博、拜像、求签, 只是一种秽行, 只是恶魔的行为, 故当远离, 以便你们成功。<sup>[1]</sup>”佛教的戒律中没有对吸烟的明确规定, 但其教义中提及戒贪戒痴, 而烟草成瘾即为贪, 而明知有害而为之即为痴, 因此佛门中人很少有人吸烟。关于基督教, 圣经中虽然对吸烟没有明确的规定, 但多数基督徒是不吸烟的。另外, 一项在宁夏省银川市农村的调查显示: 回族的吸烟率低于汉族<sup>[2]</sup>。可以想见, 民族和宗教信仰与吸烟具有一定的相关性, 但目前没有直接的研究证据证实宗教和民族与吸烟的关联性, 因此, 银川市卫生局健康宣传教育所选取了 20 家宗教场所, 针对其工作人员和教民进行了问卷调查, 以研究宗教和民族对吸烟率及相关知识认知情况的关系。

## 2. 方法:

本研究由比尔盖茨基金会的资助, 由艾默瑞大学全球健康研究所共同参与。研究采用了“艾默瑞大学全球健康研究所-无烟城市项目”的自填式宗教场所调查问卷及宗教场所组织机构领导调查问卷对随即抽取的 20 家宗教场所进行了问卷调查。经过数据清理提出不合理数据后, 共 201 个数据可进行统计学分析。在对烟草危害的认知的分析中, 计算对烟草危害认知分数, 总分 10 分, 其中 7 分为吸烟危害的知识, 3 分关于二手烟危害。应用 SAS 9.3. 对数据进行统计学分析: 使用人数及其占该组的百分比对定性数据进行描述, 使用均数及标准差对定量数据进行描述。应用 student t 检验对年龄及认知分数与吸烟率的关系进行检验; 应用卡方检验对不同认知情况、民族和宗教的分组

内的吸烟率进行统计学差异性分析，对于不适用卡方分析者，采用 fisher 精确检验对其进行分析。检验水准为 0.05。

### 3. 结果：

#### 3.1 人群的基本情况与吸烟率的相关性（表 1）

本次调查的 201 人中，男性 166 人，占 82.59%；女性 35 人，占 17.41%。平均年龄 50 岁，最小者 20 岁，最大者 76 岁。其中，回族占 57%，其余 43% 为汉族。被调查人群中主要存在 3 种宗教信仰：佛教、基督教和伊斯兰教即回教，其比例分别为 17.75%、16.57% 和 57.99%，其余 7.69% 为无宗教信仰者。文化程度主要在初中水平，占 36.32%，其次为初中以下者，占 28.86%，高中及中专者占 22.39%，大学本科及大专者有 24 人，占 11.94%，大学以上者 1 人，占 0.5%。本次调查的 201 人中，有 10 人吸烟，占 4.98%，其余 95.02% 为非吸烟者。

表 1. 2011 年银川市宗教场所不同年龄、婚姻状况、民族及不同文化程度人群的吸烟情况

影响因素	吸烟人数 N (%)	非吸烟人数 N (%)	$\chi^2$ 值	P 值
<b>性别</b>				
男性	10 (6.02)	156 (93.98)	<sup>1</sup> 3.9353	<sup>1</sup> 0.0473
女性	0 (0.00)	35 (100.00)		
<b>婚姻状况</b>				
已婚或同居	7 (4.19)	160 (95.81)	<sup>1</sup> 6.2695	<sup>1</sup> 0.0992
离婚或分居	2 (40.00)	3 (60.00)		
丧偶	0 (0.00)	4 (100.00)		
未婚	1 (4.00)	24 (96.00)		
<b>民族</b>				
汉族	9 (10.47)	77 (89.53)	<sup>1</sup> 10.29	<sup>1</sup> 0.0013
回族	1 (0.88)	113 (99.12)		
<b>文化程度</b>				
初中以下	2 (3.45)	56 (96.55)		<sup>2</sup> 0.3849
初中毕业	3 (4.11)	70 (95.89)		
高中及中专	2 (4.44)	43 (95.56)		
本科及大专	3 (12.50)	21 (87.50)		
本科以上	0 (0.00)	1 (100.00)		
部分室内区域允许吸烟	3 (25.00)	9 (75.00)		
所有室内区域均禁止吸烟	4 (2.65)	147 (97.35)		

## 宗教

佛教	4 (13.33)	26 (86.67)	. $^2 8.554 \times 10^{-6}$
基督教	0 (0.00)	28 (100.00)	
回教	0 (0.00)	98 (100.00)	
无宗教信仰	4 (30.77)	9 (69.23)	

注：卡方分析的结果为各影响因素分组间吸烟率的差异性分析；<sup>1</sup> Likelihood ratio 卡方分析；<sup>2</sup> fisher 精确检验；

经统计学分析，在 0.05 的检验水准下，性别、民族、政策及宗教信仰与吸烟率存在相关性。10 名吸烟者均为男性，女性无吸烟者；汉族的吸烟率为 10.47%，明显高于回族的吸烟率 0.88%。在总共 20 家宗教场所中，仅 1 家未有室内禁烟政策，92.07% 的单位所有室内区域禁止吸烟，其余 7.32% 者有部分室内禁烟政策。其中具有部分室内禁烟政策的单位吸烟率最高，占 25%，而具有完全室内禁烟的单位，吸烟率为 2.65%。在 3 种宗教信仰中，仅佛教有 4 名吸烟者，吸烟率为 13.33%，基督教和伊斯兰教中无吸烟者，而无宗教信仰者中的吸烟率为 30.77% 最高。此外，年龄、婚姻状况及文化程度与吸烟率无统计学相关，其 P 值分别为 0.9326、0.0992 和 0.3849。

### 3.2 烟草知识的认知情况与民族的关系

汉族和回族人员对烟草知识的认知程度无统计学差异，有 96.34% 汉族人员及 96.46% 的回族人员认为吸烟会导致严重疾病，92.77% 汉族人员及 89.19% 回族人员认为吸二手烟会导致严重疾病。吸烟所致的 10 项主要疾病中，了解一手烟所致的全部疾病者有 68 人，占 33.83%，而了解二手烟所致的全部疾病者有 124 人，占 61.69%。

表 2 民族与烟草认知情况的关系

	汉族	回族	概率	P 值
<b>吸烟会导致严重疾病</b>				
会	79 (96.34)	109 (96.46)	0.1281	0.6547
不会	1 (1.22)	0 (0.00)		
不知道	2 (2.44)	4 (3.54)		
<b>吸二手烟会导致严重疾病</b>				
会	77 (92.77)	99 (89.19)	0.0473	0.2491
不会	1 (1.2)	0 (0)		
不知道	5 (6.02)	12 (10.81)		
<b>认知分数</b>				
	7.13 (2.84)	7.28 (2.74)		0.7012

注：认知相关性分析使用 fisher 精确检验，认知分数差异性分析使用 t 检验，检验水准 0.05

对于烟草和肺癌选购关性的认知情况较好，其中，了解吸烟会导致肺癌者最多，其次为牙齿发黄，再次为过早衰老。了解二手烟导致成人肺癌者最多，其次为儿童肺部疾病者（表3）。

**表3 银川市行政中心工作人员对被动吸烟与相关疾病的认知情况**

	汉族 N (%)	回族 N (%)	P 值
<b>认为主动吸烟会导致下列疾病</b>			
中风	41 (50.00)	57 (50.44)	0.8158
心脏病发作	52 (63.41)	65 (57.52)	
肺癌	80 (97.56)	106 (93.81)	
肺气肿	73 (89.02)	105 (92.92)	
牙齿发黄	65 (97.01)	91 (93.81)	
阳痿	39 (47.56)	66 (58.41)	
过早衰老	58 (70.73)	74 (65.49)	
<b>认为被动吸烟会导致下列疾病</b>			
成人心脏疾病	53 (63.86)	77 (69.37)	0.5452
儿童肺部疾病	75 (90.36)	92 (82.88)	
成人肺癌	77 (92.77)	97 (87.39)	

注：P 值由 fisher 精确检验算得，检验水准0.05

### 3.3 认知程度与民族及宗教信仰的关系

不同的宗教信仰与烟草危害的认知无统计学相关性，多数人同意吸烟及二手烟会导致严重疾病（表4）。其中，佛教中全部知晓吸烟可导致的7种疾病者有11人，占36.67%，全部知晓二手烟所致的3种疾病者由13人，占43.33%；同样的知晓率，基督教的二项全部知晓率分别为42.86%和75%，而伊斯兰教的全部知晓率分别为40.82%和63.24%。

**表4 宗教信仰与认知情况的关系**

	佛教 N (%)	基督教 N (%)	伊斯兰教 N (%)	无宗教信仰 N (%)	P 值
<b>吸烟会导致严重疾病</b>					
会	25 (92.59)	27 (100.00)	93 (95.88)	12 (92.31)	0.1682
不会	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (7.69)	
不知道	2 (7.41)	0 (0.00)	4 (4.12)	0 (0.00)	
<b>吸入二手烟会导致严重疾病</b>					
会	24 (85.71)	27 (96.43)	84 (88.42)	12 (92.31)	0.1348
不会	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (7.69)	
不知道	4 (14.29)	1 (3.57)	11 (11.58)	0 (0.00)	

注：P 值由 fisher 精确检验得出，检验水准为 0.05

### 3.4 认知情况、政策及吸烟率的关系

应用两独立样本的 t 检验，发现认知分数及吸烟率存在统计学相关，吸烟者的认知分数为 5.30（标准差 2.35），而非吸烟者的认知分数为 7.33（标准差 2.77），T 值为 2.28 其相应的 P 值为 0.0239。而通过 fisher 精确检验，政策与吸烟率也存在统计学相关性，P 值为 0.0209。而认知程度与政策并无统计学相关。此外，民族及宗教信仰与政策具有统计学相关，其 fisher 精确检验的 P 值分别为  $1.75 \times 10^{-12}$  和  $9.69 \times 10^{-12}$ 。

## 4 讨论：

由于本次调查的男女比例相差较大，女性样本远少于男性，因此未发现女性吸烟者，这可能会对检验结果产生影响，P 值与普通人群相比相对较大。2010 全球成人烟草调查（GATS）中国报告中显示：文化程度与吸烟率存在相关，而在本研究中并无此关系，分析其原因：①在 GATS 中，文化程度与吸烟率的统计学相关主要存在于高中以上文化程度组，而本调查人群的主要文化程度主要在高中及以下，因此无统计学差异；②由于调查人群中的吸烟率总体较低，每一个分组的吸烟人数更少，因此由于样本量的限制未发现统计学相关性；③文化程度与吸烟率的相关性主要是与对烟草危害的认知程度有关，而宗教场所的从业人员对烟草危害普遍认知度较高，因此未发现文化程度与吸烟率相关性。此外政策与吸烟的关系中，发现无吸烟政策的单位无人吸烟，原因有二：①由于该单位本无人吸烟，因此未设立相关政策；②由于样本量少，未发现吸烟者。

根据认知程度、吸烟率及政策与民族和宗教信仰的关系，因此采用有向无环图（DAG）可对其表示如下（图 1）。民族及宗教信仰对吸烟率的影响可能同国以下两个途径：①民族和宗教信仰直接对吸烟率产生影响，由于不同民族的风俗习惯和宗教信仰不同，其对吸烟的习惯及看法亦不同，因此吸烟率不同；②一些民族和宗教的文化影响其对于吸烟的规定和政策，而政策与吸烟率相关，从而影响吸烟率。本研究中，宗教信仰与民族与烟草危害的认知无明显相关性，且宗教场所从业人员对烟草知识的了解情况较为统一，认知水平较高，这提示着通过宗教场所对外进行烟草知识的相关健康宣传教育的可行性较好。

由于样本量的限制，民族和宗教信仰与政策是否存在交互作用，其作用是否与认知程度相关还有待进一步的研究。但本研究针对宗教场所从业人员进行了系统性调查，首次提供了民族及宗教信仰与吸烟率的相关性证据，为后续的各项研究奠定了基础。

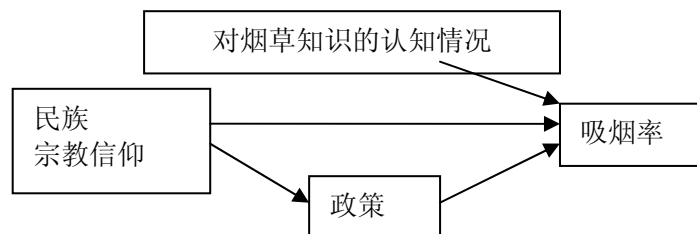


图 1 民族、宗教信仰、认知、政策及吸烟率的 DAG 图示



# 影响住院患者对无烟医院认知及依从性因素调查分析

刘玉琦

(广东省深圳市眼科医院, 518000)

**目的:** 了解住院吸烟患者及家属对无烟医院工作的认知和依从难点, 提出有针对性的措施, 有效落实医院场所的控烟工作。**方法:** 自行设计调查表, 内容包括吸烟患者及家属烟龄, 无烟医院的要求认知, 住院吸烟患者或陪护、探访家属每天吸烟支数, 住院吸烟患者或陪护、探访家属个人在医院禁烟的难点: 吸烟区的设置合理性, 家属等候患者手术, 病情严重程度等对吸烟场所依从性的影响。由护士对吸烟住院患者或陪护、探访家属, 进行一对一的调查。**结果:** 调查吸烟患者或陪护、探访家属 79 人, 均为男性, 烟龄最少 0.5 年, 最长 34 年, 平均烟龄 13.5 年。了解无烟医院要求 72 人, 占 91%, 认为吸烟区的设置不合理, 存在不便利、不人性化 54 人, 占 68%, 病情的严重程度引起的焦虑 31 人, 占 39%。**结论:** 占 68%吸烟患者或家属认为医院无烟区域禁烟难点为吸烟区位置设置不合理, 在排序中列第一。目前医院吸烟区的设置标准太高, 降低吸烟患者及家属自觉到吸烟区吸烟的依从性。医院住院病区提供便利可及的吸烟区的设置能提高吸烟患者及家属到吸烟区吸烟的依从性。

**关键词:** 住院患者 无烟医院认知 依从性 调查分析

# 控烟工作中的媒体倡导

## ——云南超轶健康咨询中心媒体倡导为例

宋红霞

【作者单位】 云南超轶健康咨询中心，云南，650021

**【摘要】**随着世界卫生组织《烟草控制框架公约》的逐步实施，中国已形成政府主导、民间参与的控烟局面。各方力量采取多种控烟策略，积极宣传普及控烟知识、培养健康文明的社会理念，同时倡导政府采取强有力的控烟政策，在这些工作开展过程中，媒体倡导的作用不容忽视。本文以民间控烟机构——云南超轶健康咨询中心为例，探讨媒体倡导的有效策略，分享媒体倡导所产生的效果，并对接下来开拓更为开阔的倡导空间进行探讨。

**【关键词】**控烟 媒体倡导 策略

2003年，中国政府签订世界卫生组织《烟草控制框架公约》并于三年后正式实施。在此背景下，2007年云南超轶健康咨询中心成立。秉承着控制烟草保护公众健康的理念，超轶在烟草生产的腹地展开了控烟工作。调查研究、媒体倡导、政策倡导是超轶三管齐下的工作策略，其中媒体倡导成为实现政策倡导的重要手段。

据统计，在超轶开展工作前，云南媒体2007~2008年两年内仅有10家媒体、19位记者发表控烟报道41篇，而自2008年7月至2012年7月，四年时间内收集到的控烟报道已涵盖45家媒体、百余名记者，报道数为423篇（期），网易、腾讯等门户网站及新华社、凤凰网等新闻网站转载超过2000次。

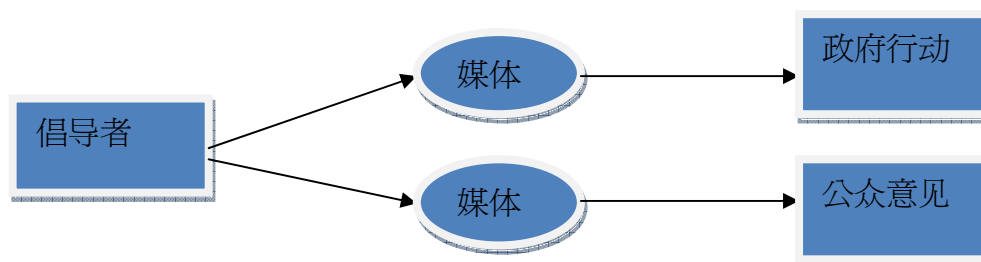
在中国最大的烟草生产省份，政府财政依赖烟草、媒体几乎无不刊登烟草广告、民众以烟草品牌为荣，面对这些现状，超轶采用什么样的媒体倡导策略赢得以上改变？下文将分享这些策略，并希望对更多的控烟人士或参与媒体倡导工作的人士有所裨益。

### 一、为何开展媒体倡导

大众媒体作为信息传播的工具，其“天赋”的功能便是传递信息，且传播范围广、持续时间长、影响群体众多。随着大众媒体的发展，人们逐渐认识到媒体已成为一个社会发展的助推器，它会凝聚公众意见形成某方面的社会舆论，同时监督政府政策的制定和实施。媒体宣传“能改变公众的态度让您获得支持，能扩大运动的影响力和渗透力。”

因此，控烟工作者可以利用大众媒体的基本功能及社会特性，使其更好地服务于控烟行动，即开展专业、有策略的媒体倡导。媒体倡导是指倡导者通过大众媒体发布并传达与政策有关的信息，其目的是改变或实施某种公共政策或措施，或者是改变公众对某一问题的看法。因此，控烟领域中的

媒体倡导就是将控烟信息传播给广泛的受众，对政府的承诺和社会行动加以监督，从而形成强有力的社会舆论环境，影响政策的决策。作为控烟工作的重要组成部分，媒体倡导扮演着公众教育、政策改变的角色。



## 二、媒体倡导的策略

有效的媒体倡导必是要借助大众媒体引导公众意见，影响政府决策。但是作为社会公器的媒体，秉承独立、客观、公正的理念，不为不当利益所驱使，也不被某一团体所支配，因此控烟工作者要想赢得媒体对控烟话题的关注与支持，必须要进行专业、策略性地媒体倡导。

### 1、让媒体有意愿进行控烟报道——建立并培养良好的媒体关系

赢得媒体对控烟议题的关注的前提是控烟倡导者与媒体建立良好的关系，使记者有意愿参与控烟报道，调动其追求新闻的内生需求。同时，建立并培养良好的媒体关系，有利于控烟倡导者在一定程度和范围内防止媒体传递不正确的信息，假若出现此类情况时能迅速、有效地做出回应。

#### 1) 与多家媒体建立联系

不管是以媒体所属地域区分的本土媒体、中央及香港驻当地媒体，还是不同媒体形态的报纸、广播、电视、互联网（门户网站、博客、微博）等，控烟倡导者应收集尽可能多的媒体信息，并在充分了解的基础上，发挥不同媒体具有的独特用途。

#### 2) 尊重记者

记者并非宣传工具，而是一种职业，为客观报道事实推动社会进步而工作。因此倡导者应尊重记者，了解他们的需求，还可将记者和媒体视作维护公众健康的盟友，开展合作。

#### 3) 充分准备，为媒体提供可靠信息

记者每天面对海量信息，专注于某一问题的精力有限，因此倡导者应提供详细的背景情况、了解此问题的专家等，这样会帮助记者高效完成新闻报道。同时，倡导者必须提供可靠信息，将自己打造成媒体获取控烟资源的专业平台。

#### 4) 与媒体保持持续的联系

控烟是一项长期工作，而媒体是一个“健忘”的行业，因为它追求的新闻价值最重要的是“新”。因此为避免控烟议题淹没于层出不穷的新闻中，倡导者应与媒体保持长期的联系，使记者保持对控烟的持续关注，控烟议题见诸于媒体的频度保持张弛有度的节奏。

#### 5) 采用多样的活动方式与媒体保持联系。如新闻发布会、记者见面会、记者沙龙、微博互动、

QQ 联系等。

## 2、让媒体有新闻可报——用新闻价值满足媒体的需求

与媒体、记者建立良好关系的基础上，让媒体有新闻可报就成了控烟倡导者苦心经营的工作。媒体的最大需求是“新闻”，将控烟工作变成吸引媒体的“新闻”，就需要赋予信息或活动新闻价值。

### 1) 赋予信息或活动时宜性

特定的时间会给一条信息或活动带来不同于寻常的价值和意义，使其具有新闻价值——时宜性。因此，控烟倡导者可选择具有某种特殊意义的日子，发布控烟信息，将内容的重要性与日子的特殊性叠加，成为吸引媒体的“时宜性”。如超轶在“三八国际妇女节”前夕，邀请女性记者参加“无烟下午茶”共度节日，促使其将亲身体验转化成有趣味的新闻。

### 2) 挖掘调查研究中具有“新鲜性”的“新”发现

控烟工作是一项系统的社会工程，揭露烟草危害、推行无烟法律、提供戒烟服务等都离不开专业的调查研究，这些数据为制定政策提供科学依据的同时，也是珍贵的新闻素材。倡导者可充分挖掘研究的特殊性，如“首次发现”“第一次”，这一“新鲜性”将使一次科学研究变为公众乐于知道的新闻。

### 3) 提供具有本土性的信息或活动，使其具有贴近性

新闻为老百姓服务。公众往往对身边发生的事情表现出更多的关注，这便要求新闻具有“贴近性”。当地控烟政策的改变、无烟环境的创建、青少年吸烟等问题都与百姓的生活息息相关，媒体将会给予关注报道。如超轶召开新闻发布会公布“昆明市青少年暴露于烟草零售店情况”调查，吸引媒体集中报道 22 篇/期。

另外，还可将国际国内的控烟新动态转化为本土信息，如邀请当地专家解读、调查当地相关情况并将数据提供给媒体等，加大媒体报道此类新闻的机会。

### 4) 善于用人性化的故事传递信息，用人情味吸引媒体

“故事”以尊重事实的真实性为前提，以人物的经历言说推动情节发展传播关键信息，符合受众接受心理的同时也更好地实现传播效果。因此，控烟活动应让有故事的人讲故事，用人情味吸引媒体，用生命的真实打动受众。

## 3、让媒体报道得更好——引导媒体的报道角度和内容

具有新闻价值的信息或活动如何让记者更好地报道，最终成功发布并影响到公众和政策？控烟倡导者应提供更细致的内容，帮助记者完成高质量的新闻报道。如突破传统的新闻发布模式，让发布者成为故事的讲述者，或者成为新闻中的人物；策划具有情节性的活动，便于记者拍摄图片，尤其可满足电视台记者对镜头的要求等。

烟草流行已被世卫组织视为全球最为严重的公共卫生问题之一，但是烟草控制并不仅仅局限于健康领域，还关涉到政治、经济、文化等多领域和学科，因此控烟倡导者提供信息或策划活动时，向记者传递的关键信息应摆脱健康领域的拘囿，而是更为广阔的视角，如针对 2010 年世界无烟日

关于女性吸烟的主题，超轶邀请社会学专家从社会性别角度向记者解读女性吸烟现象，拓展了控烟报道的角度和深度。

### **三、超轶媒体倡导的成功经验**

#### **1、培养记者报道公共议题的理念和能力，使关注控烟内化为记者的自觉行为**

控烟已跨越公共卫生，逐步延伸到经济、文化、发展等领域，成为一个多面向的公共议题，因此应将控烟工作置入广阔的公共环境中，除组织有新闻性的活动外，还可开设控烟报道培训班，引导记者多角度立体式剖析控烟议题，提高他们的控烟报道能力。这种能力的提高，表现为即时的报道，但更是一种根植于本土、却拥有开阔视野的新闻理念的建立，并最终转变为媒体记者的自觉行为。

#### **2、吸纳记者参与控烟活动的策划，使其突破单向被动接受信息的角色，成为控烟工作的积极行动者**

记者除了作为新闻人的职业角色外，还是一个独立的社会人，渴望社会认同和群体归属。因此控烟倡导可邀请记者参与活动策划，使其对热心于控烟的群体产生认同与归属，激励其成为控烟工作的积极行动者。控烟组织借此获益的不仅是大量的控烟报道，还有越来越多的媒体铁杆“粉丝”与合作者。

### **四、建议和思考**

媒体倡导的目的是通过媒体传递的信息不断强化公众对控烟的认识和理解，逐步形成有利于控烟的政策，然而媒体传递的信息在多大程度上实现了这些功能，是否改变了公众和政府的态度、行为，却难以评估和监测。因此，控烟倡导者应学习运用有效的评估手段，从而及时调整倡导策略，更好地实现媒体倡导的功能。

新媒体的兴起及其对人们生活方式和理念的重大改变，奠定了新型媒体在媒体生态空间中占有一席之地。因此控烟倡导者不应漠视、忽视新媒体的存在及其影响力，而是积极学习使用新媒体，将其纳入媒体倡导计划，并努力实现新旧媒体的优势联合，开拓更宽阔的媒体倡导空间。

# 经烟盒或电视媒体知悉戒烟专线之 来电族群差异性分析

罗聿廷 王伦婷 张佳雯

国民健康局戒烟专线服务中心，台湾

教育训练及质量回馈组组长 专任咨商员 主任

**摘要** 研究旨在探讨吸烟者藉由烟盒或电视媒体管道，而得知戒烟专线服务中心电话（以下简称专线）之讯息是否有样本的区隔性，以作为未来媒体营销之参考。研究对象为2011年1月1日至2012年4月30日之间主动来电之吸烟者，且具备下列两项特性（1）自述由单一媒体得知专线讯息者以及（2）提供个人背景变项及吸烟情况变项者，共计3,608人。以逻辑斯回归（logistic regression）分析，检视个人背景变项与吸烟情况变项是否为从不同媒体管道知悉戒烟专线讯息的重要因子。结果显示，不同吸烟族群的确因不同媒体管道知悉专线，年龄31岁以下者主要是藉由烟盒得知专线，而32岁以上者则是藉由电视媒体得知专线，另外，由烟盒或电视媒体知悉专线之族群在学历、职业以及烟量亦有显著差异性存在。

**关键词：**戒烟专线、媒体营销、烟盒

## 壹、前言

台湾自1997年3月19日烟害防制法通过后，烟害防制的推广成为政府施政的要点之一（国家卫生研究院，2002）。在戒烟的倡导上，世界卫生组织（World Health Organization, WHO）指出，烟盒警示图文是为有效戒烟的办法，且该项策略具有经济性及高曝光率（行政院卫生署国民健康局，2012）。加拿大率先在2000年12月于烟盒上印制警示图文（Strahan et al., 2002）。而台湾是于2008年3月27日发布该项政策，并于来年1月11日开始实施烟害防制新法，该政策在台湾实施迄今已有3年多，且除了在烟盒印制警示图文外，并刊登戒烟专线之讯息（图1）。而电视广告（见图2）、广播、网络等媒体在戒烟的倡导上，也都标示了戒烟专线之讯息（行政院卫生署国民健康局，2012）。

上述之策略除了传达吸烟对健康危害外，也提供民众戒烟的咨询管道。本研究以最广为得知专线讯息之「烟盒」及「电视广告」媒体来加以讨论，了解经不同媒体知悉专线的来电者在个人背景变项及吸烟变项上是否有所差异，以提供未来营销戒烟专线及相关研究之参考。

图1：烟盒之警示图文与专线讯息

图2：戒烟广告之内容与专线讯息

## 贰、研究方法

### 一、研究架构

本研究旨在探讨不同媒体管道得知戒烟专线讯息是否有样本的区隔性。因此，以主动来电咨询者的个人背景变项，包括性别、年龄、职业、学历；及吸烟情况变项，包括烟龄及烟量，来探讨各变项与不同媒体（烟盒、电视及其它）管道选择之关联（见图3）。

图3：研究架构

### 二、研究对象

研究对象为2011年1月1日至2012年4月30日之间主动来电之吸烟者，且具备下列两项特性（1）自述由单一媒体得知专线讯息者以及（2）提供个人背景变项及吸烟情况变项者，共计3,608人。而不同媒体之人数分布为电视955人、烟盒1,324人及其它媒体（广播、网络、报纸、杂志、电影院及户外媒体）1,329人。研究对象之男、女人数之百分比为83.3%及16.7%；年龄介于10~87岁之间（低于31岁，32~43岁及44岁以上之人数百分比分别为36.3%，32.6%及31.1%）；职业分类方面，蓝领阶级（半技术或非技术类、技术类）及白领阶级（半专业或一般性公务人员、专业人员及中级行政人员或高级专业人员及高级行政人员）人数之百分比为88.2%及11.8%；学历方面，以比例多寡依序为高中职45.9%、专科以上33.0%及国中以下21.1%；平均烟龄为18.34年（ $SD = 12.10$ ；低于12年，13-23年及24年以上之人数百分比分别为36.4%，31.5%及32.1%）；烟量则为20.04根/天（ $SD = 17.17$ ；1-20根，21-40根及40根以上之人数百分比分别为70.0%，24.2%及5.8%）。

#### 吸烟情况变项：

1. 烟龄
2. 烟量

#### 个人背景变项：

1. 性别
2. 年龄
3. 职业
4. 学历

#### 媒体管道：

1. 烟盒
2. 电视
3. 其他（广播、网络、报纸、杂志、电影院及户外媒体）

### 三、资料分析

统计分析的进行上，以个人背景变项（性别、年龄、学历、职业及学历）与吸烟情况变项（烟龄及烟量）为自变项，依变项则分别为「烟盒媒体管道选择与否」及「电视媒体管道选择与否」。而因依变项为类别变项，故采取逻辑斯回归（logistic regression）分析方法进行，以了解背景变项

与吸烟情况变项影响各媒体选择与否的比率。以下将先应用卡方分析 (Chi-square)，再以单变项逻辑斯回归进行胜算比 (Odds Ratio) 估算，而单变项有显著差异之变项再以多变项逻辑斯回归分析方法，以评估影响「烟盒媒体管道选择与否」及「电视媒体管道选择与否」之重要因子。

## 叁、研究结果

### 一、「烟盒媒体管道选择与否」为依变项之统计检定

(一) 个人背景变项、吸烟情况变项及烟盒媒体管道选择与否之关系分析结果显示，烟盒媒体管道选择与否与四项个人背景变项及吸烟情况之两项变项均达显著差异 ( $p < .05$ )。这样的结果说明了，个人背景及吸烟情况变项对「烟盒媒体管道选择与否」有关联性之影响。

(二) 单变项逻辑斯回归以单变项逻辑回归分析结果，在性别类别中，女性对于烟盒媒体管道选择与否是男性的0.785 倍；年龄类别中，32-43 岁及44 岁以上者对烟盒媒体管道选择与否分别是31 岁的0.609 倍及0.450 倍；职业类别中，白领者对烟盒媒体管道选择与否是蓝领的0.494 倍；学历类别中，专科以上者对烟盒媒体管道选择与否是国中以下者的0.591 倍；烟龄类别中，13-23 年与24 年以上者之烟盒媒体管道选择与否，分别是烟龄12 年以下者的0.647 倍与0.473 倍；在烟量类别中，21-40 根以上者对烟盒媒体管道选择与否是1-20 根者的1.298 倍；其余变项之胜算比则无显著差异。

(三) 多变项逻辑斯回归在多变项逻辑斯回归分析结果显示，整体模式适配性佳，而显著影响烟盒媒体管道选择与否有年龄、职业、学历及烟量等四个变项，就年龄类别中，32-43岁及44岁以上者对烟盒媒体管道选择与否分别是31岁的0.611倍及0.465倍；职业类别中，白领者为蓝领者的0.647倍；学历类别中，专科以上者为国中以下者的第 5 页，共 5 页0.605倍；而烟量类别中，21-40根者为1-20根者的1.653倍。

### 二、「电视媒体管道选择与否」为依变项之统计检定

(一) 个人背景变项、吸烟情况变项及电视媒体管道选择与否之关系分析结果显示，电视媒体管道选择与否与年龄、职业及学历等三项个人背景变项及吸烟情况之两项变项均达显著差异 ( $p < .05$ )。这样的结果说明了性别对电视媒体管道选择与否不会有显著地影响，而其它变项则对电视媒体管道选择与否有关联性之影响。

(二) 单变项逻辑斯回归以单变项逻辑回归分析而言，在年龄类别中，32-43 岁及44 岁以上者对电视媒体管道选择与否分别是31 岁的1.555 倍；在职业类别中，白领阶级者对电视媒体管道选择与否是蓝领者的0.665 倍；在学历类别中，专科以上者对电视媒体管道选择与否是国中以下者的0.537 倍；在烟龄类别中，13-23 年与24 年以上者对电视媒体管道选择与否，分别是烟龄12 年以下者的1.531 倍与2.601 倍；烟龄类别中，13-23 年与24 年以上者对电视媒体管道选择与否，分别是烟龄12年以下者的1.531 倍与2.601 倍；在烟量类别中，21-40 根及41 根以上者对电视媒体管道选择与否分别是1-20 根者的1.359 倍及2.119 倍；其余变项之胜算比则无显著差异。



(三) 多变项逻辑斯回归多变项逻辑斯回归分析结果显示, 整体模式适配性佳, 而显著影响电视媒体管道选择与否仅有年龄变项, 即32-43岁及44岁以上者对电视媒体管道选择与否分别是31岁的1.767倍及2.563倍。

## 肆、研究结论与建议

由本研究结果发现, 不同个人背景及吸烟情况, 在得知专线讯息所使用之媒体确实有样本区隔性, 以下为本研究之结论, 并根据发现提供几点建议。

### 一、研究结论

综合上述之结果显示, 年龄31岁以下者主要是藉由烟盒上的讯息得知戒烟专线电话, 32岁以上者则是藉由电视媒体管道得知专线讯息。而学历在国中以下、平均一天吸烟量为21-40根者或蓝领阶级者, 其藉由「烟盒」媒体管道得知专线讯息则高于专科学历者、烟量低于20根烟者或职业为白领阶级者。因此, 不同族群的民众知悉专线讯息的来源不同, 其中年龄、烟量、学历以及职业产生不同程度之影响力。

### 二、建议

依据本研究的发现, 提出下列2点建议:

(一) 针对不同媒体管道所吸引族群之特性, 设计内涵讯息: 从本研究中发现「31岁以下的吸烟者从烟盒得知专线讯息比例较高」的发现, 在未来烟盒警示图文设计中, 可增加引发年轻族群戒烟动机的图文, 亦可邀请不同年龄层参与烟盒设计, 或是举行网络投票, 以促进吸烟者使用戒烟专线资源之意愿。而因电视媒体知悉专线讯息并来电之吸烟者相对年纪较长, 因此建议以烟害对身体健康以及疾病的影响为主要诉求, 将能提高此部份族群更高的动机使用戒烟资源。

(二) 未来研究可针对不同媒体讯息之影响力进行进一步的分析本次研究仅针对由不同媒体管道(烟盒或电视媒体)知悉专线讯息并来电的吸烟者进行个人背景变项与吸烟情形变项的分析, 未能了解该媒体讯息对来电者的影响因素。而戒烟成效亦为戒烟治疗中重要的一环, 未来研究建议可将因不同媒体来电戒烟专线的吸烟者, 经过协助后的戒烟情形进一步分析, 以了解媒体讯息引发戒烟动机的延续性。最后, 未来的研究亦可从「未知悉」烟盒上专线电话的民众中, 进一步探讨烟盒上戒烟专线信息调整的可能性, 例如字体大小、颜色或是位置, 使该讯息的呈现更具效益。

## 参考文献 略

# 台湾「戒烟就赢比赛」的传播策略及戒烟成效

林清丽 陈淑丽

**摘要** 两年一度的台湾「戒烟就赢比赛」(Quit and Win), 致力于营造「戒烟嘉年华」的社会氛围, 鼓励民众勇于尝试戒烟, 在民众参与程度及戒烟成效上, 皆成果斐然, 成功的传播策略是最主要的原因。从历届的媒体传播方式可归纳出七项成功的传播策略: 1.提高媒体曝光率, 邀请名人公益代言及设置高额奖金; 2.建立完整的公益媒体传播管道: 报纸、杂志、电视、广播及网络; 3.积极扩充通路宣传的广度, 从公务体系到民间企业; 4.多元化的大型宣传造势活动, 创造欢乐的助人戒烟氛围; 5.重点族群的关怀与动员; 6.明确的报名方式及机制; 7.建立戒烟关怀与支持系统—电访、简讯与电子报。透过这七项传播策略, 台湾「戒烟就赢比赛」不仅成功创造出戒烟嘉年华的氛围, 更营造出友善的助人戒烟环境, 创下历届一年戒烟成功率皆超过三成的佳绩!

## 引言

两年一度的「Quit & Win 戒烟就赢」是世界卫生组织(WHO)公开支持与肯定的国际性成人戒烟比赛, 2006年曾串连全球80个国家、70万组人次共同参与, 是WHO唯一支持有且确实有效的成人戒烟计划。台湾自2002年开办「戒烟就赢比赛」, 致力于营造「戒烟嘉年华」的社会氛围, 鼓励民众勇于尝试戒烟, 至今已成功举办过六届比赛, 吸引近15万名瘾君子愿意提供完整个人资料、报名体验戒烟。2012年的戒烟就赢比赛更是创下报名纪录的新高, 共有31,067组报名数。台湾「戒烟就赢比赛」能获得民众的踊跃参与, 全面及有效的传播策略是最主要的原因。本文就2002至2012年共六届台湾「戒烟就赢比赛」的成功经验, 探讨台湾「戒烟就赢比赛」的传播策略及助人戒烟的成效。

## 台湾「戒烟就赢比赛」的活动方式

台湾「戒烟就赢比赛」每两年举办一次(双数年), 来年(单数年)进行参赛者戒烟成功率调查。三到四月是活动的报名及宣传期, 邀请吸烟的「参赛者」连同一位不吸烟的「见证人」, 两人一组报名参赛。五月为戒烟期, 参赛者在见证人的支持下, 连续四周一口烟都不抽, 便有机会参加抽奖。五月底活动结束, 在律师的见证下抽奖, 选出得奖候选组, 并与卫生单位合作对选中的参赛组进行初步的方式及检测。确认戒烟成功后, 于6月举行公开检测及颁奖典礼。

## 传播策略

### 一、提高媒体曝光率, 邀请名人公益代言及设置高额奖金

#### (一) 名人代言创造欢乐的戒烟嘉年华氛围

历届的戒烟就赢分别由金曲制作人李宗盛（2002）、知名导演蔡岳勋（2004）、亚洲天后蔡依林（2008、2010），以及人气偶像林依晨、许豪恩（2012）等名人代言，配合活泼有趣的形象与主题（2002年「不吸烟来抽60万」、2004年「无烟家庭·戒烟就赢」、2006年「不抽烟来抽60万」、2008年「戒烟就赢，来抽60万！」、2010「抢救生命大作战」、2012「爱的决定·戒烟就赢」），创造激励人心、欢乐的嘉年华氛围。此外，名人代言的宣传方式亦能有效提高电视、报章杂志、网络、广播等各式媒体的曝光率，强化活动的宣传效益，促成民众参赛戒烟。

## **(二) 高额奖金吸引民众及媒体目光**

首届「戒烟就赢比赛」以「不抽烟，来抽60万」为活动标语，以高额奖金号召吸烟民众勇于戒烟，不仅达到提高民众戒烟动机的目标，更成功缔造活动的新闻性，争取到数量众多的媒体传播及新闻露出。因此，高额奖金的设置成为台湾「戒烟就赢比赛」的重要策略之一。

## **二、建立完整的公益媒体传播管道：报纸、杂志、电视、广播及网络**

### **(一) 公益广告的刊登、播放**

在台湾，报章杂志及电视媒体均乐于协助公益广告的播放及刊登，历届比赛皆制作由名人代言、内容活泼生动的公益短片、平面公益广告，并请托电视台、广播电台播放、报社刊登全十或全开、杂志刊登夹页或封底的公益广告。亦将公益短片上传至华文戒烟网及 Youtube 网站，建立完善的活  
动讯息传播管道，提高活动传播媒体及网络的能见度，增进民众对烟害议题的认识。

### **(二) 善用网络的传播效益**

网络已成为信息传播最重要的媒介之一，台湾「戒烟就赢比赛」也积极透过网络传播活动讯息、与民众互动。于内容丰富、可亲性高的「华文戒烟网」建置「戒烟就赢比赛」专区，华文戒烟网于2011年有超过820万的浏览人次，使活动宣传、报名机制与戒烟协助不受时空限制。

活动期间亦特别与数十个浏览人数众多的知名网站（如 Yahoo! 奇摩、知名游戏网站巴姆哈特等）合作，在首页设置「戒烟就赢比赛」的公益连结，透过网站连结的传播效益，扩大宣传「戒烟就赢」。

此外，2012年开始，亦特别成立脸书粉丝团，举办「戒烟就赢比赛」的相关网络活动，邀请民众留下戒烟宣言或助人戒烟的鼓励话语，参加网站的抽奖活动。网络抽奖活动除了能够扩大粉丝团的人数外，亦可吸引民众参与拒烟活动，藉由亲身的参与过程，提高民众对烟害议题的认同感，以获得更多社会支持，让台湾「戒烟就赢比赛」成为全民参与的戒烟活动。

## **三、积极扩充通路宣传的广度，公务体系到民间企业之动员**

历届的「戒烟就赢比赛」积极扩展通路，主动邀集各公务机关、民间企业及团体共襄盛举。结合中央到地方各级机关的力量，串连四百家卫生局所、全国乡镇邻里及大专院校、六百处交通运输通路及五百家警政单位等通路，藉由挂置活动宣传海报、布条及提供、发送报名传单的方式，合力宣传戒烟就赢比赛。

「戒烟就赢比赛」助人戒烟的理念广获认同，除公务机关外，全国六百间地区级以上的医疗院

所、千大企业及民间团体亦乐于协助活动宣传，成功地扩大通路宣传效益。值得一提的是，2012 的「戒烟就赢比赛」，特别与台湾大车队合作，在六千台出租车上播放戒烟就赢的公益宣传影片，创造行动广告的效益，广邀民众报名参赛。

#### 四、多元化的大型宣传造势活动，创造欢乐的助人戒烟氛围

活动期间举办多元的大型戒烟宣传活动，包含烟害倡导、戒烟班、戒烟信息等各式主题的新闻记者会，创造具有新闻性的议题，延伸活动的能见度与深度。例如针对担心戒烟过程发胖的问题，设计戒烟菜单、召开记者会为民众释疑、配合 531 世界无烟日举办世界无烟日主题记者会。此外，为增进民众对活动的认同感，活动期间亦协同基金会的艺人志工，举办街头造势活动，直接与民众面对面互动，创造欢乐的助人戒烟氛围。

比赛结束后，亦举行盛大的颁奖典礼，邀请参与活动之行政单位主管出席，表扬戒烟成功者的毅力。历届颁奖典礼，皆获平面、电视及网络等传播媒体的大力报导。透过颁奖典礼的举行及媒体的报导，完整呈现得奖者的戒烟故事，包含激励自己戒烟的理由、戒烟期间如何面对戒烟过程的痛苦与煎熬、身边的亲友深切的支持及鼓励，以及最终戒烟成功的喜悦，感动更多民众远离烟害、勇敢向烟说不。

#### 五、重点族群的关怀及动员

为提升活动的深度，针对吸烟率较高的重点族群，如警察（2008）、收容人（2010、2012）及职业驾驶（2012），规划一连串的倡导及戒烟活动，并邀集相关的行政机关合作宣传（警政署、法务部、交通部），吁请行政机关主管发挥影响力，共同号召全民一起加入戒烟及助人戒烟的行列。最特别的是，2010 年起与法务部合作，成功创办「收容人戒烟就赢比赛」，不仅成功帮助收容人戒烟，更让收容人透过戒烟成功的经验，建立浴火重生的自信，令「戒烟就赢比赛」别具社会意义。

此外，由于孩童对父母的影响力甚巨，孩子的健康是吸烟父母决定戒烟的主要原因之一。因此，活动期间特别进入校园，针对国小学童进行烟害教育的倡导。也曾推出邀请 16 万台北市国小学童担任「公益小尖兵」，协助吸烟家长或祖父母报名戒烟、担任第二见证人一同参与戒烟活动，成为助家人戒烟的重要支持力量。<sup>37</sup>

#### 六、明确的报名方式及机制

台湾「戒烟就赢比赛」制作百万份报名表，透过公务机构、民间企业的传递、乡镇邻里长的倡导、教育单位及医疗院所的配合等，五千处通路全力协助，便利民众取得活动报名表。

除了平面报名表外，亦特别藉「华文戒烟网」设立在线报名机制。「华文戒烟网」于 2007 年的六三禁烟节设置，其内容丰富、信息更新快速，具有高知名度及浏览率，是许多戒烟民众及卫教师经常使用的网站，2010 年、2011 年有高达 850 万及 620 万的浏览人次。自 2008 年起，「戒烟就赢比赛」在华文戒烟网设置在线报名专区，不仅更有效地传播活动讯息，更让民众在获知活动讯息后，

---

<sup>37</sup> 根據 2010 年「戒菸就贏比賽-公益小尖兵」的調查結果，台北市衛生局增列國小學童擔任「公益小尖兵」的 258 組參賽組，有 89.3% 的吸菸參賽人認為「公益小尖兵」對其戒菸有幫助，且該計劃半年的戒菸成功率為 41.8%。

能立即上网报名，有效增加报名方式的亲近性。自设立在线报名专区后，在线报名人数持续增加，从 2008 年的六千多组，至 2012 年增加到一万五千组，可以看出网络报名机制的效用。

### 七、建立戒烟关怀与支持系统—电访、简讯与电子报

根据英国伦敦大学的研究显示<sup>38</sup>，接受戒烟简讯服务的戒烟者成功率较高。因此，2008 年起，台湾「戒烟就赢比赛」开始采用简讯做为鼓励参赛者的支持工具，于完成报名后、戒烟期间和赛后等重要时机点，积极提供简讯关怀服务。亦配合电话访问，关怀戒烟者、提供戒烟咨询，并发送多次电子报，让参赛者感觉戒烟并不孤单，随时都有朋友在身旁鼓励自己，创造友善的助人戒烟环境，提升戒烟持续率与成功率。

### 台湾「戒烟就赢比赛」成效稳定——历届一年戒烟成功率皆超过三成

从 2002 至 2010 年共五届的戒烟就赢比赛，活动期间达 65% 以上的成功率，而平均一年戒烟成功率超过三成，帮助众多家庭远离烟害。根据历届分析比较表显示，虽然历年戒烟率有些许差异，但仍在抽样误差范围内，因此，本活动戒烟成效好、稳定性高。

历届戒烟就赢比赛分析比较表					
年代	2002	2004	2006	2008	2010
参赛者人数 <sup>39</sup>	23,096 组	30,967 组	17,060 组	18,741 组	25,405 组
男 / 女参赛率	94.4% / 5.6%	95% / 5%	92.9% / 7.1%	92.6% / 7.4%	90.5% / 9.5%
戒烟率（一月）	<b>75.4%</b>	<b>68.79%</b>	<b>65.53%</b>	<b>74.4%</b>	<b>75.2%</b>
戒烟率（一年）	<b>37.20%</b>	<b>35.40%</b>	<b>35.84%</b>	<b>36.3%</b>	<b>34.4%</b>
参赛前三主因	1. 健康因素 2. 其他人建议或压力 3. 做孩子榜样	1. 健康因素 2. 其他人建议或压力 3. 得奖金	1. 健康因素 2. 其他人建议或压力 3. 彻底戒烟	1. 彻底戒烟 2. 健康因素 3. 其他人建议或压力	1. 健康因素 2. 彻底戒烟 3. 其他人建议或压力
戒烟方法排序	无：64.3% 其他 运动：15.3% 嚼口香糖：12.4% 戒烟药物：6.6%	无：68.05% 其他 运动：14.40% 嚼口香糖：13.76% 戒烟药物：6.74%	无：59.40% 其他 嚼口香糖：18.02% 戒烟药物：15.22% 运动：7.65%	无：33.0% 其他 嚼口香糖：31.9% 运动：21.8% 尼古丁口嚼锭、贴片或吸入剂：20.9%	无：60.5% 其他 尼古丁口嚼锭、贴片或吸入剂：18.9% 嚼口香糖：11.8% 从事其他活动转移注意力：7%

<sup>38</sup> Free C., Knight R. et al. "Smoking cessation support delivered via mobile phone text messaging (txt2stop): a single-blind, randomised trial," The Lancet Vol.378, Issue 9785(2011):49-55.

<sup>39</sup> 「2010 戒菸就赢比赛」共有 25,405 组完成报名参赛，其中 2079 组为收容人，因所处环境特殊，戒菸成功率仅针对 23,326 组一般参赛者进行调查。23,326 组一般参赛者进行调查。

## 结论

自 2002 年起，已举办六届的台湾「戒烟就赢比赛」透过成功的传播策略，建立知名度与公信力，备受各界及社会大众的肯定及认同，已成为大家心目中理当常规举办的助人戒烟活动。多年来，每年 1~3 月皆可接获数十起来自卫生单位或一般民众主动询问相关信息，展现社会参与的热情及期待。

究其成功的原因在于，「戒烟就赢比赛」以营造欢乐的「戒烟嘉年华」氛围，鼓励瘾君子决志戒烟为目标。透过邀请名人代言主题性活动、设置高额奖金、公益广告播放与刊登、具有话题性的造势宣传活动、重点族群族群的关怀及动员等方式，有效提高媒体的曝光率。并结合全面性的通路动员、网络传播、电访、行动简讯与电子报等多元的讯息传播方式，成就良好的传播效益。台湾「戒烟就赢比赛」所营造的欢乐戒烟氛围及成功的传播策略，让每个人发挥助人戒烟的力量，创造出友善的支持性戒烟环境，进而达成效果佳、稳定性高的戒烟成效。

相较于其他戒烟服务，两年一次的「戒烟就赢比赛」不但戒烟成效好，经费使用也相对少，参与的民众更是遍布社会各层面，是台湾极富趣味且成效高的「全民皆可参与的戒烟服务」！

# 2011年江苏省烟草控制相关媒体监测信息分析

苏健，覃玉，潘晓群，张永青，武鸣

江苏省疾病预防控制中心，南京 210009

**摘要：目的** 分析2011年江苏省内报纸和互联网刊登烟草控制相关信息情况，探讨媒体在公共卫生领域的作用。**方法** 借助专业剪报机构收集并筛选江苏省报纸及互联网刊登的烟草控制相关信息，并进行统计分析。**结果** 2011年内共收集到江苏省内70家媒体报道的烟草控制相关信息266条，主要来源于《扬子晚报》、《现代快报》等知名媒体，信息发布主要集中在5、6月份，超过75%的信息主题为无烟环境，50%以上为正面报道。**结论** 媒体是公共卫生机构与社会公众沟通的桥梁，卫生机构人员应及时跟踪媒体动向，掌握媒体报道，充分利用媒体进行控烟宣传，提高公众健康意识，促进公众健康。

**关键词：**烟草控制；媒体；监测

## Analysis of tobacco control related media monitoring in jiangsu province, 2011

Su Jian, Qinyu, Pan Xiaoqun, Zhang Yongqing, Wu Ming

*Jiangsu Provincial Center for Disease Control and Prevention, Nanjing, 21009, China*

**Abstract: Object** To analyze tobacco control media coverage on newspapers and internet in 2011 in Jiangsu Province through media monitoring. **Methods** Tobacco Control related news report and tobacco industry news were collected by a professional clipping house, and the clippings were analyzed by Excel. **Results** A total of 266 clippings were collected from 70 media including influential local newspaper such as Yangtze Evening News, Modern Express. May and June are the top two months for the media coverage. More than 75% clippings are related to smoke-free environment, and over half are positive reports. **Conclusions** The media could be a bridge connecting the public health institutions and the public. The staffs of the public health institutions should keep abreast of what is going on by closely media-monitoring, closely communicate with media and make good use of media for tobacco control propaganda, so as to educate the public and promote the public health.

**Key words:** Tobacco control; media; monitoring

中国是世界上最大的烟草消费国，吸烟人数达到三亿<sup>[1]</sup>，而且烟草企业利用各种市场营销推广措施，使烟草使用人数在持续增长<sup>[2]</sup>。随着信息时代的高速发展，媒体已融入到人们日常生活中，

---

作者单位：江苏省疾病预防控制中心慢性非传染病防治所，江苏 南京 210009

作者简介：苏健（1985-），男，广东江门人，本科，从事慢性病预防与控制工作

通讯作者：覃玉，E-mail：qinyu@jscdc.cn

并成为烟草控制与烟草生产之间博弈的新战场。双方均通过各种媒介向社会大众传播烟草相关信息，据调查有近 1/5 的人在媒体或者公共场所看到了烟草广告、促销和赞助<sup>[1]</sup>，而媒体导向的正确与否会对人们的认知、态度和行为产生不同影响。为此，笔者于 2011 年对江苏省内报纸及互联网报道的烟草控制相关信息开展监测，并对收集到的信息进行探讨分析。

## 1 材料与方法

**1.1 资料来源** 通过北京拓维尔信息有限责任公司（专业剪报服务机构）对全国各地公开发行的媒体进行监测，并从中筛选出由江苏省内报纸和互联网发布的烟草控制相关信息进行整理、汇总。

**1.2 统计方法** 每条信息按照来源、发布时间、主题、性质等予以分类，信息来源根据媒体所属分为省，省辖市和县（市、区）以及烟草专属四类；信息内容根据报道主题分为无烟环境，烟草与健康，烟草包装标签与警句，禁止烟草广告、促销以及赞助，烟草税收与价格，烟草走私与非法交易，烟草公司发布的信息（经营，新产品，广告，宣传，赞助，企业社会责任活动和市场占有率）和其他，共八类；信息性质根据报道事实分为正面、负面和中性三类<sup>[3]</sup>，其中，与社会发展进步的方向及公众的利益相一致、与事物的客观规律相吻合的事实为正面性质事实；破坏人类社会正常生活秩序，压抑人的自由发展，破坏人与人、人与社会、人与自然和谐关系的事实为负面性质事实；对社会既无积极意义、又无消极作用的但又客观存在着的事实为中性事实。统计分析运用 Excel 软件进行。

## 2 结果

**2.1 概况** 2011 年 1 月 1 日-2011 年 12 月 31 日，共收集到了江苏省内 70 家报纸和网站报道的烟草控制相关信息 266 条，每月平均收集的信息为 22.2 条。

**2.2 信息来源分类与排序** 在收集到的信息中，主要来自省级和省辖市级媒体，分别有 22 和 34 家媒体对烟草控制相关信息进行了报道，而县（市、区）级媒体仅有 11 家进行过报道（见表 1）。信息来源位居前 5 位的媒体分别是《扬子晚报》17 条（6.4%）、《烟草在线》16 条（6.0%）、《现代快报》15 条（5.6%）、《扬州日报》13 条（4.9%）和《太仓日报》12 条（4.5%），此外，信息量在 10 条以上的媒体有 1 家，信息量在 6-10 条的媒体有 11 家，2-5 条的媒体有 19 家，只收集到 1 条的媒体有 34 家。

表 1 江苏省烟草控制相关媒体信息来源分类情况

信息来源分类	媒体数量（比例）	信息数量（比例）
省级	22（31.4%）	87（32.7%）
省辖市级	34（48.6%）	122（45.9%）
县（市、区）级	11（15.7%）	38（14.3%）
烟草专属	3（4.3%）	19（7.1%）
合计	70（100%）	266（100%）



**2.3 信息报道时间分布** 对收集到的信息按照报道时间进行分析，发现报道主要集中在5月（91条）和6月（55条），其次为3月（28条）和4月（27条），最少的是11月（2条）（见图1）。

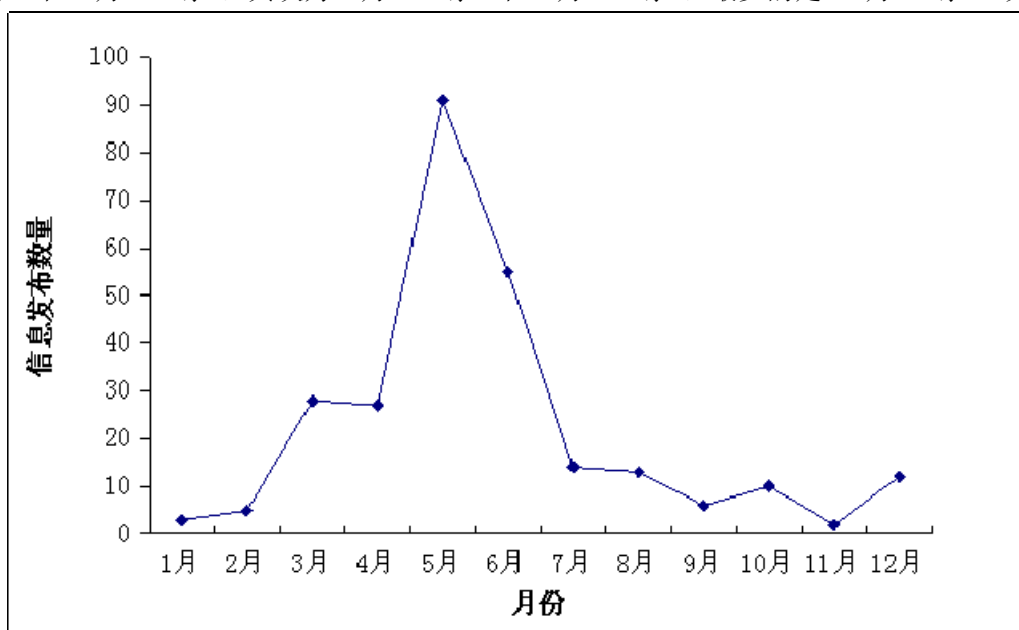


图1 江苏省烟草控制相关媒体信息报道时间分布

**2.4 信息主题分类与排序** 本次收集到的266条信息按照报道主题进行排序，位居前3位是无烟环境202条（75.9%）、烟草与健康30条（11.3%）和烟草公司发布的信息（经营，新产品，广告，宣传，赞助，企业社会责任活动和市场占有率）16条（6.0%）（见表2）。

表2 江苏省烟草控制相关媒体信息主题分类情况

主题类型	数量	比例
无烟环境	202	75.9%
烟草与健康	30	11.3%
烟草公司发布的信息	16	6.0%
烟草走私与非法交易	12	4.5%
烟草包装标签与警句	3	1.1%
禁止烟草广告，促销以及赞助	1	0.4%
烟草税收与价格	1	0.4%
其他	1	0.4%
合计	266	100%

**2.5 信息性质分类** 本次收集到的信息按照报道事实性质进行分类，正面性质信息146条，占54.9%，负面性质信息37条，占13.9%，其余83条信息属于中性（见图2）。

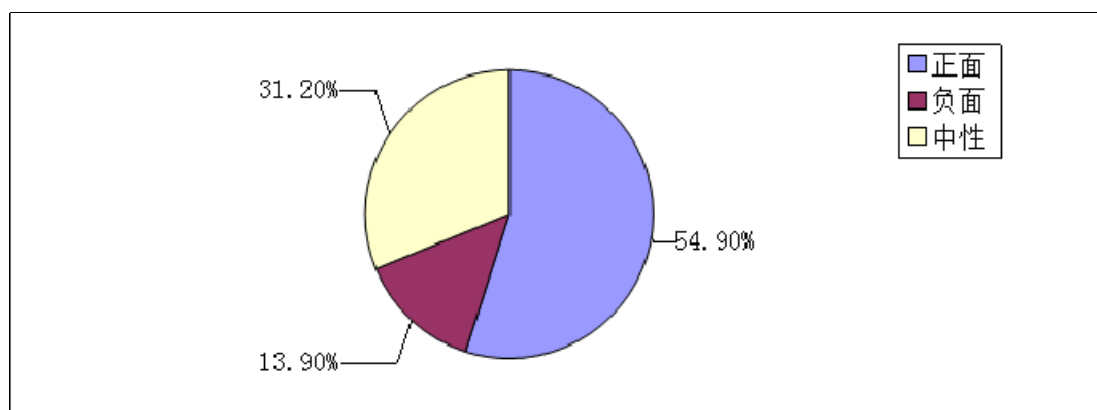


图2 江苏省烟草相关媒体信息性质比例

### 3 讨论

通过对江苏省内报纸和互联网进行监测，在2011年内共收集到来自70家媒体的266条烟草控制相关信息，平均每天0.7条。从信息来源分类来看，主要来自于省级和省辖市级媒体，而全省105个县（市、区）里只有11家媒体对烟草控制相关信息进行报道，呈现媒体关注不平衡的状况。近年调查结果显示了农村地区吸烟率高于城市地区[1,4]，这与当地媒体烟草控制宣传、报道力度较弱可能有关。

从发布时间分布来看，烟草控制相关报道主要集中在5、6月份，呈现出年中高，年初和年末低的情况，这可能与5月31日为世界无烟日有关。全省各地在此时段积极开展烟草控制宣传活动，媒体报道数量相应增加，如5月30-6月1日三天分别报道了9、19和5条。这也从侧面反映出当制作出有价值的新闻时，将能吸引更多媒体的关注，争相予以报道。

从信息主题分类来看，收集到信息超过75%属于无烟环境方面，这充分反映出无烟环境已成为媒体与公众共同关注的焦点，特别是2011年5月1日，卫生部新修订的《公共场所卫生管理条例实施细则》（简称“80号令”）正式实施，新增加了“室内公共场所禁止吸烟”的规定。但是室内公共场所禁止吸烟规定的执行情况却不佳，近七成（25/37）的负面性质信息与其相关，提示今后应该加大室内禁烟执行力度，使规定真正落实到位。

媒体是现代社会人们每日都要接触的，其基本和首要的特征是公共性。疾病控制的对象社会大众，特别是在烟草控制方面，其基本和首要的特征也是公共性，因而媒体可以成为烟草控制工作同社会大众间沟通的桥梁[5]。烟草控制行业与烟草生产行业都认识到了媒体的这个特征。为达到盈利的目的，烟草生产行业不遗余力地借助媒体对社会大众进行变相宣传，通过各种所谓赞助活动（如：泗洪--金秋助学爱意浓）与社会责任活动（如：江苏射阳烟草积极参与社会主义新农村建设）来弱化，甚至误导社会大众对烟草危害的认知与态度。而且，令人担忧的是约3/4的人不能全面认识烟草的危害[1]，所以烟草控制工作人员更有责任与义务把正确的健康知识、信念与行为通过媒体传递给社会大众，共同拒绝烟草，促进大众的健康。

媒体信息对于社会公众来说是把双刃剑[6]，报道失实或者导向错误可以造成公众的知识被误

导、公众的健康被损害，而及时正确的媒体导向有助于提高公众的健康认知、促进公众的健康。因此，卫生机构人员应及时跟踪媒体动向，掌握各地媒体卫生相关报道[7]，主动通过媒体加强烟草控制宣传、报道，提高公众健康意识，促进健康行为。

本文尚存在一定的局限性，如在时间上仅对 2011 年的监测信息进行分析，要掌握媒体报道动向，尚需对今后数年的媒体报道的江苏省烟草控制相关信息进行连续监测；在媒体监测类型上，由于尚缺乏有效的监测途径，未能获得电视、广播等媒体控烟方面的信息，故本次仅对江苏省内的报纸和互联网进行监测与分析；在信息漏报率上，通过互联网对 2011 年 12 月江苏省烟草控制相关信息进行搜索，发现有 8 条信息未被剪报机构收集，其中烟草走私和非法交易类 5 条，无烟环境类 2 条和烟草与健康类 1 条，存在一定漏报情况（8/20），故结果的全面性方面有所欠缺，今后对信息的监测应采取多手段进行以降低漏报情况。

### 参考文献

- [1] 杨功焕. 2010 全球成人烟草调查中国报告.北京:中国三峡出版社,2011.
- [2] World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package. Geneva, 2008.
- [3] 丁柏铨, 陈相雨.“负面新闻”及其相关概念辨析. 南京社会科学,2010(1):130-136.
- [4] 中国疾病预防控制中心.中国慢性病及其危险因素监测报告 2007.北京:人民卫生出版社,2010.
- [5] 李桂娇,罗会明,黄国华,等.疾病控制领域网络媒体监测及其实施效果分析.疾病控制杂志,2006,10(1): 54-56.
- [6] 袁俊, 王鸣, 郝爱华,等.公共卫生危机信息媒体监测平台的建立与运用.疾病监测,2009,24(8):559-562.
- [7] 江涛, 李莉, 金彬彬,等.建立疾病预防控制机构网络媒体监测信息系统探讨.浙江预防医学,2008,20(3):77-78.

# 控烟干预的实践思考

胡建平 黄慧琳

(上海市第八人民医院, 上海, 200235)

世界卫生组织最近报告, 目前全世界每年大约有 300 万人死于与吸烟有关的疾病。据统计, 目前, 中国有 3.2 亿吸烟者, 超过美国人口总数, 占全世界的三分之一, 每年约有 120 万人因吸烟导致的疾病而死亡, 如不加控制, 这一数字在 2020 年可能超过 200 万。

近年来, 卫生部发出通知, 要求医疗卫生机构对医务人员加强控烟知识培训, 提高戒烟服务能力, 向患者提供必要简短戒烟服务, 有条件的医疗机构, 应当开设戒烟门诊。经过实践, 目前上海等地区已颁布了公共场所禁止吸烟条例, 公众禁烟意识已有了很大改善, 控烟虽取得了一些成效, 但控烟立法明显不足, 显得苍白无力, 其效果和民众的期望相差很多。著名学者胡鞍钢指出, 对于世界而言, 中国控烟的“一小步”, 就是世界控烟的“一大步”。

## 一、吸烟的危害

现代科学证明, 烟草中含有将近 30 种毒物, 包括尼古丁、氰化氢、二甲基、亚硝基胺、一氧化碳等等, 有的能导致肺病、口腔粘膜白斑, 有的能致冠心病, 脑血管疾病, 支气管炎及肺心病; 有的能致溃疡病、弱视等等。毋庸置疑, 吸烟可导致多种疾病, 包括癌症、心血管、呼吸、生殖和消化等系统疾病。与吸烟有关的前 3 位死亡原因为慢性阻塞性肺病、肺癌和缺血性心脏病。吸烟是导致肺癌的主要危险因素, 而中国现有 3.2 亿吸烟者, 导致肺癌发病率不断升高。因此控烟工作对肺癌的预防至为紧迫。这样一种对人类健康有害的大敌, 应该是足以让人望而生畏的。世界卫生组织、许多国家的政府机构, 都在大声疾呼开展一场广泛的戒烟运动, 甚至以法律形式固定下来。因此亟需通过一次长期系统的控烟行动整合相关医疗和教育资源, 来推进社会的控烟工作。

## 二、控烟途径的困惑

尽管沪上基本所有的三级医院以及部分二级医院都早已开设了戒烟门诊, 但是前来就诊的患者人数少之又少, 戒烟难、治疗价格贵, 却不能进医保, 直接导致了戒烟门诊遇冷。

### 原因 1 : 因疾病所迫, 宁直接找呼吸科

在实践中我们看到, 那些主动前来寻求医生帮助戒烟的烟民大多是因为疾病所迫。大多数烟民不会直接找戒烟门诊, 如果是肺或呼吸道有问题就挂呼吸内科, 要么去心理诊室看心理医生。同时, 事实上, 在疾病康复后的两三年内, 复吸率几乎是百分之百, 连肺癌病人也不例外。虽然对吸烟的危害深恶痛绝, 但是临床医生的作用仅限于对病人灌输“吸烟危害健康导致疾病, 戒烟有利于治病”的思想。

### 原因 2 : 意志不坚定, 患者治疗效果不佳

事实上，来戒烟门诊看病的患者，效果并不是特别好，而这和患者戒烟的主观意识不强有关。大部分抽烟的人根本不觉得戒烟还需要治疗，只有到抽烟真的抽出病来了，才知道戒烟的重要性，可往往为时已晚。

有些人经过一番药物治疗后，成功摆脱了香烟的“困扰”。但是因为环境的原因，最终都失败了，即使是药物也起不了作用。何况在戒烟门诊戒烟，整个治疗过程很复杂，不仅仅是开药这么简单，还要经过身体检查、心理干预等多个阶段的治疗。可以说，戒烟的人数远远赶不上吸烟者的增长速度，很多人觉得抽烟更是社交沟通的“强劲助手”，因此控烟推广起来十分困难。

### **原因 3：高控烟药费吓退戒烟者**

除了控烟难外，昂贵的控烟药费也让很多患者望而却步，是“戒烟门诊”形同虚设的原因之一。在戒烟门诊，常用的戒烟药每盒大概两百多块钱，一个疗程吃下来大约要花掉两三千左右。如果住院治疗的话，费用则更高。由于目前常见的戒烟方法(非心理疗法)主要是使用尼古丁替代药物，用的药物以外资公司的产品为主，很少食用国产药品，但是这些药品没有进医保，也吓退了不少戒烟者。

不过，上述情形有望得到改善。日前，在上海召开的“慢性非传染性疾病防治策略”研讨会上，卫生部部长陈竺透露，“将通过深化医改作为控烟助力，逐步把戒烟咨询和药物纳入基本医保，基本药物目录也将添加相关药品。”对此，业内人士分析称，戒烟咨询和药物如果纳入医保，有可能会扭转目前“戒烟门诊”的尴尬处境。

### **原因 4：错误认知，支持了个体的吸烟行为**

认知心理学家强调个体产生怎样的行为，主要取决于个体对某个事件的认识、解释或看法。对同一事件、事情的认识、解释和看法不同，就会产生不同的行为。因此，那些嗜烟者由于对吸烟这一行为持错误的非理性的看法，并不自觉的运用了心理防御机制，进而支持自己的吸烟行为。

一方面，吸烟者对吸烟的危害是将信将疑，即使业已证实香烟能够致肺癌，但吸烟者却认为患肺癌者不一定是因为吸烟，吸烟者不一定都要得肺癌，并以此类推，这两个“不一定”表面上看起来理由十分充分，但实际上是吸烟者用来掩饰的一块挡箭牌。

另一方面，许多吸烟者即使非常清楚吸烟对个体健康的危害，却苦于戒不掉，或对香烟已形成的生理上、心理上的依赖，为减轻吸烟危害健康的不安、恐惧以及焦虑情绪，为了不使这种焦虑和恐怖折磨自己，自我就会不自觉地调动一系列的心理防御机制来保护自己，缓解或消除这些不安。如吸烟者通常更多地看到吸烟给个体带来的“好处”比如吸烟可以提神、消除紧张与苦闷，可以帮助人际交往与沟通，可以满足公关的需要，还可以帮助思考，并将这些“好处”无限制地扩大化，以避免心理上的痛苦。

## **三、控烟干预的思考**

**1.提高控烟认知。**烟草依赖目前已被定义为慢性疾病。戒烟可使吸烟者显著获益，45岁以前

戒烟对机体产生影响最小，当然，任何年龄段戒烟都可延长寿命，减少疾病威胁。医生在教育和帮助吸烟者戒烟过程中应扮演重要角色，可提供的帮助包括简短建议、多阶段支持和指导药物治疗等。要充分利用组织健康沙龙，利用媒体循环播放控烟宣传片，加强控烟知识普及，加大监控和检查力度、发现吸烟者即劝阻，也能够减少患者吸烟频率和吸烟量。

**2.提升控烟药效。**目前的戒烟药物包括伐尼克兰、安非他酮和尼古丁替代类产品(NRT)，这些药物均可有效减缓戒断症状，提高吸烟者戒烟成功率。吸烟者突然停止吸烟会导致戒断症状，NRT有助于缓解吸烟者对烟草的依赖。现有的多数 NRT 产品提供的尼古丁量相似，大约为每天经吸烟所摄取总量的 50%。抗抑郁药安非他酮对吸烟者也有治疗效果，该药选择性抑制神经细胞去甲肾上腺素和多巴胺再摄取，确切的戒烟作用机制目前尚未完全清楚，其副作用为口干、便秘，偶有恶心、呕吐等消化道症状，禁忌证为癫痫患者。

**3.提高控烟策略。**无烟医院可以考虑为住院患者提供专科服务，为门诊患者提供普通服务，如简短建议。如果医院设有戒烟专科门诊，则对于住院和门诊患者都可进行专科服务。要把控烟作为医院的一项日常工作。医院的所有工作人员可通过简短询问了解患者吸烟状况、动机，鼓励其戒烟，再将吸烟者转诊给专业人员，以便进行后续治疗。在患者入院时主管医生协助患者填写控烟表格，解说吸烟的危害，并且发放戒烟宣传手册。现在市面可见的戒烟产品大致有如下几类：戒烟的烟。形似香烟，不用点燃，使用后能使吸烟者对烟味十分反感、头痛、恶心。戒烟香。以天然植物提取液及化妆品为主要成分，吸烟者使用该产品后可闻不到烟香，烟量随之减少，最终全面戒烟。戒烟药贴。根据中医理论，以“贴”的方式作用于手腕部的“甜美穴”，通过经络传导刺激口腔，使烟味趋淡变苦，最终从生理上和心理上厌恶吸烟，从而减少烟量，直至戒烟。戒烟咀嚼胶。与市面常见的香口胶相似，用于缓解戒烟期间的不适。许多人在戒烟期间出现头疼、失眠、精力无法集中及脾气暴躁等“尼古丁戒断”症状，并由此恢复吸烟。而戒烟胶则采取尼古丁补充疗法，用小剂量、安全性良好的尼古丁制剂取代烟草中的尼古丁，从而缓解上述不适，以达到戒烟的目的。

**4.提升控烟外援。**据悉：目前，新加坡等国家正在进行针灸戒烟方面的研究。这项研究发现，耳部的神门穴有调节大脑皮层的兴奋与抑制作用，能镇静安神，呈戒烟主穴；心脏点穴有宁心安神、镇定除烦的作用。如果将上述穴位与肺穴等配合使用，能使吸烟者对烟味产生厌恶感。渴点穴有解渴作用，能消除吸烟者的烦渴。

综合性的戒烟干预是最有效的。每个想戒烟的吸烟者都需要一个适合自己的策略,通过戒烟门诊的系统随访和转移指导，完全戒烟是可能的。应利用社会和家庭的支持，同样也要利用从卫生保健工作者处获得的支持和自助材料，获得成功是有希望的。虽然控烟是很困难的过程，但已经有上百万吸烟者成功戒烟就是控烟的希望。

## 参考文献

- 1.《宜宾学院学报》2007年 第3期: 吸烟与戒烟心理探析
- 2.《中国医学论坛报》2008年 2008.08.07

# 控烟之路在“民醒”

杨晓剑

厦门市疾病预防控制中心

今年全国人大、政协两会期间，许多代表提出“要加大控烟力度”、“提高烟草税收，减少吸烟人数”等提案，引起了较大的反响。但最终会出现什么结果却不得而知。今年3月30日，在斯诺克中国公开赛新闻发布会上，英国球员奥沙利文叼着烟走进新闻发布厅，并笑着说“在英国室内是禁烟的，但在这里我认为可以随意一些”。赛事新闻官马特说：“奥沙利文叼着烟经过很多验证点，警察、保安都没有阻止他，这让我觉得他的行为没有问题。这几天住在中国酒店内，经常看到大堂及室内场所有人在吸烟...”这就是我们的控烟情况。作为从事控烟工作的我，一直在思索这个问题，是吸烟者太多？是烟草经济支撑力？还是什么其他原因？我认为中国的控烟之路，任重道远，其关键在于“全民对烟害的醒悟”。

自2006年世界卫生组织“烟草控制框架公约”在我国正式生效后，我国的控烟工作在广大医务工作者和社会有志之士的共同努力下，已经取得了一些成效。特别是“卫生部、国家中医药管理局、解放军总后卫生部、武警部队后勤部”联合下发《2011年在全国卫生系统全面禁烟》的文件后，全国卫生系统基本实现控烟，也有力地促进了社会控烟工作的进展。但从整个国家而言，控烟的力度还远远不够，社会的控烟氛围还很薄弱，全国的控烟工作形势严峻。

## 一、决策者要清醒

2011年初，我国两会期间，经过许多代表（社会知名人士）的控烟呐喊与斗争，换来了每包烟提税6分钱的结果，最终是烟草公司内部消化，对烟价未产生丝毫影响。去年，我国烟草总销量是有增无减，吸烟者也是稳中有升，促成被动吸烟者人数从2009年的5.4亿上升到2011年的7.4亿。每年死于与吸烟相关疾病者多达120多万人，令人触目惊心。我国每年可观的烟草税与烟草对吸烟者和被动吸烟者造成的损害价值相比是1:1.3左右，结果是得不偿失的。

但是，我国的烟草市场之大，利润之高，使许多官员捧之为“生财之宝，经济命脉”。口口声声要发展烟草产业，是为烟民及其劳动者负责，实质是为了自己的政绩。我国对外出口的烟包是按国际要求印上控烟警示图案，而国内烟盒包装依然漂亮诱人。无怪乎，2008年世界卫生组织在南非班召开的“控烟履约”会议上给中国政府颁发了一个“脏烟灰缸奖”。颁奖词是：“宁要漂亮的烟盒，不要公民的健康”。因为中国政府至今也未发布一个全国性的控烟法规，而相邻的贫穷大国印度，早在2008年就发布了在公共场所禁止吸烟的法令，烟草税收比例达72%，高出我国36%的1倍。

今年全国两会上，负责控烟履约的工信部苗部长答记者问说：“我国的烟包警示和控烟工作在上世界上处于中上水平”。这就是愚弄民众睁眼说瞎话。如果只看经济增长，只求政绩数字的话，中国的控烟还有希望吗？！希望各级负责控烟工作的领导，头脑能够清醒一点，眼光能够放远一些，真正从民众的生命健康出发，说话办事实求是，早日出台全国性的控烟法律，使我国控烟工作有

法可依。

## 二、烟民要警醒

我国有 3.5 亿烟民，这其中多数是为农民和务工人员，也有一些政府官员和社会精英。这其中的大多数人都认为：“吸烟是一种生活方式，难以改变”。有些人认为：“吸烟提神醒脑，能提高工作效率”。有些人认为：“我就吸烟这点喜好还要“剥夺”，这活着还有什么意义”。这些理由在“吸烟危害健康”的事实面前，的确是站不住脚的。烟草燃烧的烟雾中，有 70 多种致癌物质，还可造成呼吸和心血管系统的病变，引发多种疾病。世界卫生组织 1998 年将吸烟列为慢性病，为精神和行为障碍的烟草依赖综合征，疾病编号为 F17.2。长期吸烟者缩短寿命 8-10 年，这已经被科学研究所证实。我国吸烟率居高不下，所以肺癌的发病率和死亡率也是世界最高的。

俗话说，不见棺材不流泪。如果患上肺癌之后再流泪也就晚了。烟草有较强的成瘾性，但是可以完全戒除。戒烟不分先后，行动越早越好！戒烟 5 年，烟毒消除 60%，戒烟十年烟害几乎消失。对此，烟民朋友一定要警醒！！你要是想多活几年的话，就一定不能迟疑，早日行动，早日戒烟。吸烟者戒烟，家人和朋友同事，每天都要对他说些鼓励的话，给他支持和动力。在戒烟中有困难的，要找医院戒烟门诊给与有效的药物帮助，可以提高戒烟的成功率。戒烟，首先是自身的健康需要，同时也保护了朋友和家人。因为，家人和朋友长期在你身边吸二手烟，也会严重影响他们的健康。所以，戒烟不光只为自己，更重要的是保护不吸烟者免吸二手烟，也促进了社会环境与人际关系的和谐。

## 三、民众要觉醒

随着我国社会经济发展，人民的生活水平也不断提升，追求生活质量，追求健康快乐的人群也是越来越多。而健康幸福、快乐长寿的关键在于自己的生活方式，在于对合理膳食、心理平衡、坚持运动、戒烟限酒和充足睡眠的把握。这其中之一就是烟酒，其要求是不吸烟或者戒烟，适当饮酒不酗酒。据有关学者介绍，“每吸一支烟损寿 5-11 分钟”。吸烟与被动吸烟者患呼吸系统、心血管系统疾病的机率是不吸烟者的 3 倍以上。

而我国的烟草企业为了自身的利益与发展，继续用“降焦减害”的口号欺骗消费者。还有位院士说“降焦减害”是中国烟草企业的唯一出路。而许多学者研究表明：所谓的低焦油烟诱发肺癌的“潜力”一点都不输于高焦油烟。所以说，吸烟——是一种慢性吸毒。对于烟草危害的认识，决不能等闲视之。吸烟是一种严重危害健康的慢性疾病，只有共同努力，创建无烟的、清新的环境才能促进人民的健康。

每个人都有保护健康，拒吸二手烟的权利。要大声对吸烟者说，请到室外去吸烟！并呼吁政府工作人员、医务人员、人民教师率先不吸烟，提倡青少年做不吸烟的新一代，鼓励和帮助吸烟者戒烟。只要大家都认同这个观点，才是全民对烟害的觉醒，才能产生自发的拒绝烟草的行为，也是大家期望的控烟之路。



# 禁烟立法 劝老管小

朱洪幸

山西省临汾市科技局

《世界卫生组织烟草控制框架公约》，已于 2005 年 2 月 27 日开始生效，控烟工作已初步走上了法治管理的轨道。但是，控烟是一个历史性的难题。从世界范围看，烟草已有 500 多年的历史，全世界有 13 亿烟民（仅中国就有 3.5 亿）。如此庞大的吸烟群体，控烟工作可以说任重道远。面对这样的形势，我们应积极应对，努力探索。一方面要贯彻好现有的法规，认真落实《WHO 烟草控制框架公约》；另一方面应在控烟的源头上做文章，争取从源头上“断流”。经过几年来的探索，笔者认为，要从根本上控烟，就应尽早推出一部《禁烟法》。

《禁烟法》的原则应该是：劝老管小。

吸烟有害健康，人所共知，最好的办法就是戒掉。但是，吸烟者十繁，戒掉者甚少。要达到戒烟的目的，就应动员更多的人参与，探讨更多的办法。

首先，要大力提倡“送礼不送烟，收礼不收烟，见人不递烟，吸烟不吸他人的烟”的新风尚。要认识到烟草是健康的大忌，要设身处地为别人的健康着想，要告别“烟酒不分家”的陋习。现在，社会风气中有一种拉关系、走后门，甚至行贿受贿的现象，有些人将馈赠高级烟酒，作为达到他们目的的敲门砖，动辄就花几百元，甚至几千元，买上高档烟酒，送给他人，以达到不可告人的目的。收礼者也心安理得，明知价值不菲，但从表面上看，无非烟酒而已，算不了什么。它比收受现金更具有隐蔽性，也比聚敛财物更近“情理”。这样，日复一日，年复一年，烟酒的档次越来越高，收受的筹码越加越重，腐败阴暗面也随之愈来愈大。更有甚者，有的人身居要职，“仰慕”者云集，收受的烟酒“富于五车”，自己消费只不过是冰山一角，存余的怎么办？那还不让“内人”转移出去，打折处理。甚至有的人靠收受，开一个像样的“烟酒门市部”，也是水到渠成。

其次，要力争成立“戒烟俱乐部”。每个城市都可设立，甚至有条件的工厂、农村、机关和学校都可设立。要让有志戒烟者尽可能多地加入进来。俱乐部应吸引社会捐赠，争取政府资助，广拓资金来源渠道。要购置必要的体育器材和文娱设施，要定期或不定期地举办学术活动，开展体育竞赛，健身比赛，文娱汇演，让琴棋充其声，书画飘其香，等等。要培养会员的兴趣爱好，要陶冶他们的情操，让俱乐部在戒烟活动中发挥它应有的作用。

再次，应积极探索“音乐戒烟”等方法。戒烟的方法多种多样，可有多种途径，应大胆地探索研究。我们可将美妙的音乐，制成带、碟，配以随身听，让戒烟者随身携带，每当想吸烟时，马上放一段音乐，分散其注意力，同时调节情趣，以达到不吸的目的。也有很多人是通过减量戒烟的，日吸两包者，可减半吸一包，一段时间后再日吸 10 支，之后日吸 5 支，最后完全戒掉。瑞士等国正在研究疫苗戒烟法，当然我们还可以去研究中药戒烟和针灸戒烟等独特的戒烟方法。

最后，应重视警示语言和警示图片的作用。在这一方面，我们应虚心向国外学习，学习控烟卓有成效的国家，使烟盒的绝大部分版幅印有骷髅、烂肺之类的图片和警示语言，直观地提醒消费者吸烟可能带来的恶果。每天吸一包烟者，他们一年之中有 7000 多次机会看到它们，使之逐渐提高认识，尽早远离烟草。同时，烟灰缸上也应有警示语。如“能戒最好，不戒就少”，或“少吸一支卷烟，增加一份健康”等字样。

在劝老的同时，更要管小。《禁烟法》要突出一个“管”字，要对十八岁以下的未成年人（法律颁布时的当年的未成年人）亮红灯，——不许吸烟，终身不许吸烟！

对被禁止吸烟者的管理，要学校、家庭、社会三方共管。首先，学校要开展“吸烟有害健康”的经常性教育。要请专家讲，要请吸烟受害者现身说法，要举办控烟的系列展览，甚至要把吸烟的危害和禁烟的法律列入德育课的内容。在校园中，同学与同学之间应互相鼓励和监督，争做不吸烟的一代新人。学校不但要搞好教育，还要对禁烟中涌现出的先进典型予以表扬和奖励，也要对屡教不改的学生进行处罚和处分，行成一种维护法律尊严，远离烟草的氛围。教育部门也要把一个学校学生吸烟率，作为考核该校的内容之一。

其次，家庭担负着教育下一代不吸烟的重要责任。父母既是家长，又是人师，身教重于言教。父母吸烟者，一定要设法戒掉，这是子女最有说服力的学习榜样。试想，家长在家庭中教育子女要远离烟草，而自己每天却在吞云吐雾，寻求做“神仙”的感觉，要教育子女不吸烟，其效果将会适得其反，甚至他们也会仿效之。家长除了做好表率外，还要经常耐心地教育他们，让他们认识到吸烟的危害。在全社会未成年人普遍禁烟的背景下，如果有少数几个人吸烟，他们在社会上将会处于非常尴尬的地位，甚至有可能成为“异类”。它造成的危害不仅是家庭环境的污染和身体健康的损害，它还会影响到将来的升学、就业和婚姻家庭。如果一个家庭中的子女吸烟，那么对以后子女的子女又如何教育他们不吸烟呢？岂不造成辈辈吸烟的恶性循环！同时，还不容否认的是，吸烟会对家庭造成巨大的经济负担，会耗费掉普通人一生的积蓄。对此问题，很多吸烟者不以为然，回答是这样的：“如果不吸烟，也攒不下多少钱。”我们不妨算一笔经济账，如果一个人从 20 岁开始吸烟，到 80 岁结束，60 年时间里，按每天一包烟 10 元计算，那么他将会用打火机亲手烧掉自己的二十多万元。如果按每月 300 元将这些钱存入银行滚动，那么就可以积蓄到 100 多万元。多么触目惊心，令人痛心疾首、捶胸顿足！至于“如果不吸烟，也攒不下多少钱”的说法，那是庸人的陋见。作为工薪阶层及普通自营职业者，其收入是固定的和有限的。他们的钱无非是用于必需的生活费、医疗费、教育费，多余的再用于建房、购车、旅游和投资等。甲项用多了，乙项就少了，丙项全用了，丁项就没了。肯定，每年一笔可观的吸烟费用，必定要影响到其它的消费。

再次，全社会要齐抓共管，达到最佳的综合效果。控烟禁烟涉及到方方面面，不是一个部门的责任。卫生、教育、文化、广电、公安、工商以及社区街道等等部门，都应参与其中。《禁烟法》应该明文规定，不允许书籍、报刊、广播、电影、照片、图片、广告、牌匾中有与烟草、吸烟相关的内容，让人们看不到、听不到与烟草有关的信息，让烟草在人们的意识中与文明社会告别。有关

部门应严格监督被禁止吸烟者吸烟，就像“禁止吐痰”一样，要对他们说：“禁止吸烟！”若有违犯者，要进行必要的处罚。未成年人者，可处罚其家长。

被禁止吸烟者长大成人参加工作后，单位有管理和教育的责任，对个别吸烟者，要进行耐心地教育，要让他们参加积极健康的活动。对少数屡教不改者，要进行严厉的处罚和处分。

禁烟立法后，通过法律的规范，吸烟者就会形成一个“断层”，继而成为“后继无人”，现有的吸烟者越来越少，烟草市场逐渐萎缩。禁烟在风和日丽中风平浪静地进行，一百年后，让我们的国家第一个成为无“烟”的文明国度，让她为全世界做出榜样。那时，地球上再没有烟草消费者，卷烟厂自然关门了。那时，我们的社会就会成为一个只有鲜花的美味的世界，芳香就会飘满我们的地球村家园。

朱洪幸，山西省临汾市科技局，041000，电话：13103575059

E-mail: zhuhongxing1234@126.com

# 谨防“禁烟”变“倡烟”

梁青山

(广西北海市疾病预防控制中心，广西，北海，536000)

2009年5月，卫生部等4部门颁发了《关于2011年起全国医疗卫生系统全面禁烟的决定》，同时出台了《无烟医疗卫生机构标准（试行）》。由于《无烟医疗卫生机构标准（试行）》只是十点“大要求”，没有相应的评估标准，因此，全国各省市自治区的评估标准都是根据这十点标准自行制定的，而部分省市自治区自行制定的评估标准，却有意无意地让医疗卫生机构的“全面禁烟”变成了“局部禁烟”。更为甚者，一些省市自治区自行制定的评估标准，表面上是禁烟，而实质上“倡烟”，是为吸烟者提供更“光彩”的环境。君不见，一些地区的标准中明确规定要设置吸烟区，否则该项的分数就被全扣。他们之所以制定如此的标准，就是要尊重所谓的吸烟者的人权。如此一来，一些医疗卫生机构，特别是领导者本身就是烟民的医疗卫生机构，就非常重视吸烟区的建设。有些医疗卫生机构，将本来是供职工在工作之余歇息放松的凉亭，花上一笔不少的资金来重新装饰一番，并冠名为“职工吸烟区”，专供吸烟者享用。

如此重视吸烟区的建设，不但达不到本单位“全面禁烟”目的，而且容易误导非吸烟者特别是青少年对吸烟行为的好奇和“欣赏”，进而陷入吸烟的深渊。

“全面禁烟”就是无烟，不应该设置吸烟区。重视吸烟区建设的行为，其实质就是在打着保护烟民人权的幌子，提倡或误导人们吸烟。

警惕啊，别让“禁烟”变成了“倡烟”！



- <sup>i</sup> 杨功焕 胡鞍钢 主编 控烟与中国未来, 中国经济出版社, 2011 1 月 北京
- <sup>ii</sup> 中国新探健康发展研究中心·中国控烟协会·中国预防医学会, 《2012年世界无烟日主题报告——揭露并抵制中国烟草业对控烟的干扰》, <http://www.docin.com/p-425696427.html>
- <sup>iii</sup> 科学网, 中国工程院新增选 54 名院士, <http://news.sciencenet.cn/htmlnews/2011/12/256686.shtml>
- <sup>2</sup> sciencenet.cn, China Academy of Engineering adds 54 new academicians, <http://news.sciencenet.cn/htmlnews/2011/12/256686.shtml>
- <sup>iv</sup> 人民网, 陈君石评价“烟草院士”:销售死亡怎能成院士? <http://scitech.people.com.cn/GB/16612856.html>
- <sup>v</sup> 中国新闻网 烟草院士”当选遭质疑 方舟子称降焦减害是欺骗, <http://www.chinanews.com/gn/2011/12-13/3529086.shtml>
- <sup>4</sup> chinanews.com, Election of Tobacco Academician questioned, low tar and harm reduction is a lie, says Fang Zhouzi, <http://www.chinanews.com/gn/2011/12-13/3529086.shtml>
- <sup>vi</sup> 凤凰网 烟草院士被指研究高效杀人 [http://news.ifeng.com/mainland/detail\\_2011\\_12/12/11251477\\_0.shtml](http://news.ifeng.com/mainland/detail_2011_12/12/11251477_0.shtml)
- <sup>vii</sup> 中国烟草在线: 发展中式卷烟要注重烟医接合 <http://act.tobaccochina.com/news/news.asp?id=3438827>
- <sup>6</sup> tobaccochina.com, Combination of tobacco and medicine should be stressed in developing cigarettes of Chinese style, <http://act.tobaccochina.com/news/news.asp?id=3438827>
- <sup>viii</sup> 中国科技网 魏复盛院士回应烟草院士质疑: 研究对控烟作用大 [http://www.stdaily.com/stdaily/content/2011-12/12/content\\_398379.htm](http://www.stdaily.com/stdaily/content/2011-12/12/content_398379.htm)
- <sup>ix</sup> Mara Hvistendahl Tobacco Scientist's Election Tars Academy's Image. Science. 335, 13 Jan, 2012. 153-154
- <sup>x</sup> 东方早报·7 家科学社团与民间组织函请工程院重审“烟草院士” <http://news.sina.com.cn/c/2012-05-11/091824401178.shtml>
- <sup>xi</sup> 新京报: 近百名院士联名请求重审“烟草院士”资格, <http://news.163.com/12/0530/02/82NHNTV000014AED.html>
- <sup>xii</sup> 新闻会客厅 中国控烟协会上书反对烟草技术参选科技奖 <http://economy.enorth.com.cn/system/2012/04/06/008994480.shtml>
- <sup>xiii</sup> 财经网科技部称中式卷烟有权申奖 目前公示尚未入围, [http://www.ce.cn/cysc/sp/info/201204/24/t20120424\\_21153106.shtml](http://www.ce.cn/cysc/sp/info/201204/24/t20120424_21153106.shtml)
- <sup>xiv</sup> 科学网 新闻: 院士联名反对卷烟入围科技奖 烟草专卖局等沉默, <http://news.sciencenet.cn/htmlnews/2012/4/262563.shtml>
- <sup>xv</sup> 人民网, 烟草成果获提名国家科技奖项遭质疑: 将不参评, <http://politics.people.com.cn/GB/17815278.html>
- <sup>xvi</sup> Worldwide news and comment: CHINA: TOBACCO RESEARCH PRIZE NOMINATION SPARKS PROTESTS, [tobaccocontrol.bmj.com](http://tobaccocontrol.bmj.com) on September 22, 2011
- <sup>xvii</sup> 中国疾病预防控制中心, 2010 全球成人烟草调查——中国报告, 中国三峡出版社, 2010, 12 月, 北京
- <sup>1</sup> Chinese Center for Disease Control and Prevention, Global Adult Tobacco Survey 2010: China Report, Three Gorges Publishing House of China, Dec. 2010, Beijing
- <sup>xviii</sup> 中华人民共和国卫生部, 中国吸烟危害健康报告, 人民卫生出版社, 2012, 6 月 北京
- <sup>xix</sup> 新京报 四川两所希望小学更名去掉涉烟草字样, <http://news.sina.com.cn/c/2012-09-21/023925219473.shtml>

---

<sup>xxxv</sup> 滕立新等, 学校周边与社区售烟环境及区域控烟能力建设探讨, 中国学校卫生 2008 年 12 月第 29 卷第 12 期