

· 现场调查 ·

中国人群 2002 年吸烟和被动吸烟的现状调查

杨功焱 马杰民 刘娜 周灵妮

【编者按】早在 20 世纪 80 年代,科学研究就明确地显示个人健康行为在早病和早死中扮演了主要角色。2002 年世界卫生报告指出:减少危险,促进健康。并确定了 5 种重要的慢性病危险因素,即高血压、高血脂、吸烟、饮酒和肥胖。这 5 种因素与危害健康的前十位疾病中的慢性病相关。而由这些危险因素导致的疾病负担是全球性的,即使是在世界上最贫穷的地区,高血压、高血脂和吸烟也引起了严重的疾病和早死。

1984 年美国开始行为危险因素的监测,该系统对美国 18 岁以上人群的危险行为相关因素进行监测,收集不健康行为的信息。另外,国外还有很多其他的行为危险因素监测系统,如 WHO 欧洲区慢性病预防控制网络、WHO 美洲区慢性病预防控制网络等,分别根据各地区的具体卫生问题和社会经济特点制定调查表、抽样方法和调查方式。行为危险因素监测由于直接观察人们的行为变化,易于与干预效果联系,已经被称为“二代监测”而备受重视。我国自 1996 年在世界银行贷款项目的支持下开展了行为危险因素监测,为制定项目计划和评价干预效果提供参考。这是第一次在我国进行行为危险因素监测。该项目的行为危险因素监测持续了 8 年,为行为危险因素监测理论的发展和实践经验的积累打下坚实基础,同时也获得了大量的行为危险因素数据,为决策、制订干预计划和评价干预效果提供参考依据。但是行为危险因素监测只在我国的几个比较发达的城市进行,针对城市的主要卫生问题开展行为危险因素监测,收集到的资料仅代表较发达城市人群的危险行为水平,没有包括其他中小城镇和广大的农村地区。而农村地区存在很多特有的危害健康的行为,如农民家中农药的保存是导致农民中毒和自杀的重要因素。2001 年国家科技部支持杨功焱教授承担了“我国人群出生、死亡和行为危险因素数据库建立”课题,对全国 145 个疾病监测点进行了第一次行为危险因素监测,并对全国城市和农村(东部、中部和西部)人群的吸烟、饮酒、饮食、体育活动、超重和肥胖的情况,对肝炎、性病/艾滋病的相关知识和行为,交通伤害和自杀的有关行为以及二级预防,包括血压及血脂检测、乳腺癌及宫颈瘤的筛查等进行了广泛的监测,收集了丰富的信息。

为此本刊特开辟“2002 年在全国疾病监测系统中进行的行为危险因素监测结果”系列报道,主题文章分 6 次逢双月期报道:(1)吸烟;(2)饮食、体力活动和体重指数;(3)与感染性疾病相关的行为;(4)与伤害有关的行为;(5)筛查行为和医疗保险;(6)危险行为和疾病发生的关系。希望这些监测资料能够更好地被利用,有利于我国公共卫生政策的制订和干预计划的实施。

【摘要】目的 描述 2002 年中国人群吸烟、戒烟和被动吸烟的流行水平及在不同教育水平、职业和地区的分布特点,判断烟草流行的变化趋势。**方法** 在 145 个疾病监测点中通过多阶段分层随机抽样,使用调查表入户调查,完成调查 16 407 人,其中有 16 056 人合格记录用于分析。采用总吸烟率、现在吸烟率、吸烟者日平均吸烟量、吸烟花费、戒烟率等指标,根据 2002 年普查人口进行加权计算。**结果** 男性吸烟率为 66.0%,女性吸烟率为 3.08%,与 1996 年结果比较,人群吸烟率下降 1.8%,15~24 岁人群吸烟率上升,15 岁以上吸烟者达到 3.5 亿人,较 1996 年增加 3000 万人。男性吸烟者水平大致相等,女性吸烟的地区差别更明显,东北、华北等地女性吸烟率依然很高。戒烟率增加,从 1996 年的 9.42% 上升到现在的 11.5%,意味着增加了 1000 万戒烟者,但不打算戒烟者依然占了绝大多数,达到 74%。人均吸烟量基本不变,为 14.8 支/日,吸烟者平均每日花费 2.73 元,但不同人群差异很大,最高和最低者相差 15 倍。被动吸烟暴露并没有大的改善,1996 年和 2002 年两次调查结果几乎相等,人群中被动吸烟暴露水平分别为 53% 和 52%。人们对烟草危害健康的知识增加,但西部地

基金项目:科技部专项课题基金资助项目(2001DEB30077)

作者单位:100005 北京,中国医学科学院中国协和医科大学基础医学研究所

区人们的知识贫乏。60%以上的人支持公共场所禁止吸烟,45%支持禁止烟草广告,但地区差异依然很大。**结论** 中国男性烟草使用的流行水平已经达到高峰,目前处在平台期,还没有明显的下降趋势。有关吸烟有害健康知识的传播还远远不够,特别西部地区人群对控烟措施的理解和支持率均不高,中国人群在短时间内烟草流行率不会明显下降,烟草导致的疾病负担在未来30-50年内将成为现实。

【关键词】 吸烟;被动吸烟;烟草控制;戒烟

Smoking and passive smoking in Chinese, 2002 YANG Gong-huan, MA Jie-min, LIU Na, ZHOU Ling-ni. Institute of Basic Medical Sciences, Peking Union Medical College, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100005, China

【Abstract】 Objective To describe the prevalence of smoking, quitting smoke, and passive smoking in different populations by education status, occupation and geographic distribution. **Methods** Surveillance on risk behaviors in 145 disease surveillance points (DSP) was carried out in 2002 by multi-steps random sampling through questionnaires. 16 407 records had been completed with 16 056 used for analysis. Indicators as smoking, current smoking, average cigarettes smoked and the cost per day, etc., were calculated by weight on age proportions from the 2000 census. **Results** Ever-smoking rates in males and females aged 15 and over were 66.0% and 3.1%, respectively with ever-smoking rate dropped 1.8% in whole population, but increased in people aged 15-24. The number of total smokers was about 350 million, 30 million more than that in 1996. There were no obvious geographic differences seen among male, but big difference was seen in female smokers. Higher smoking rates were seen in the northeast and northern parts of the country. Rate of quitting smoking was increasing, from 9.42% in 1996 to 11.5% in 2002, referring to an increase of 10 million quitters. However, the rate of no intention to quit among smokers was still very high — 74%. The average cigarettes consumption per person-day was the same as that in 1996 — 14.8 cigarettes/day, which cost 2.73 RBM/day. The cost was various in different groups of population with a 15 times difference. The level of exposure for passive smokers was not improved. The prevalence of passive smoking in nonsmokers were 53% in 1996 and 52% in 2002. Knowledge on smoking and health condition in population had been greatly improved, but still poor in the western areas. 60% of the people claimed in supporting banning of smoking in public places, 45% supporting the banning of all cigarettes ads, but big difference was seen in different geographic areas. **Conclusion** The prevalence of smoking in Chinese males had reached its peak, leveling but had not yet obvious dropped. Communication on the knowledge of harm in smoking remained weak since people did not understand or support the strategies on tobacco control, especially in the western areas. Data indicated that the prevalence of tobacco use would not decrease over in short period and the disease burden caused by tobacco use would still be heavy in the next 30-50 years. The government and public health authorities should develop effective tobacco control in no time to decrease disease burden caused by smoking and passive smoking.

【Key words】 Smoking; Passive smoking; Tobacco use control; Quit

大量的科学研究从不同的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。对吸烟行为和被动吸烟暴露的监测有助于了解烟草流行的状况,及对烟草控制措施的效果进行评估。对烟草使用的行为监测包括主动吸烟、戒烟、被动吸烟和烟草对健康危害的知识及人们对控烟措施的态度等内容。继1996年全国吸烟流行病学调查后,2002年又对我国人群吸烟和被动吸烟进行了调查,以评估中国烟草控制措施的效果。

资料与方法

1. 监测对象:2002年的行为危险因素监测是通过问卷调查完成的。调查样本来自全国145个疾病监测点覆盖的监测人群,通过多阶段分层随机抽样

获得^[1]。每一监测点均通过多阶段分层随机抽样抽取100人。其抽样过程是各监测点列出所有的居委会或村的名单,从中随机抽取10个居委会或村;抽中的村列出所有家庭户(仅限于在该地区居住6个月以上的住户)的名单,再从所有家庭户中随机抽取12户(若估计家中无人的现象较为普遍,扩大抽样到15或20户)。在确定的家庭户中,确定生日日期与调查日期接近的人为调查对象。在实际操作中,可预先估计调查日期,通过预约确定调查人。完成调查的样本为16 407人;删去关键变量缺失的349例,用于分析的数据为16 056人。调查样本的年龄、性别分布见表1。

2. 问卷调查表的设计:行为危险因素调查中使用的调查表设计,包括与主要卫生问题相关的危险行为和与吸烟相关的危险行为。以1996年问卷调查表为

基础,我们缩减了调查问题数量,扩大了对烟草控制措施部分的问题。除了与人口学特点相关的 10 个问题外,烟草使用部分共有 16 个问题,包括吸烟、戒烟、被动吸烟、与吸烟对健康危害的相关知识、对控烟措施的态度,以及有代表性控烟措施的执行情况。

表1 中国 2002 年行为危险因素监测调查样本的年龄、性别分布

年龄组(岁)	男性		女性		合计	
	人数	构成比(%)	人数	构成比(%)	人数	构成比(%)
15~	339	4.15	318	4.09	657	4.09
20~	383	4.68	505	5.53	888	5.53
25~	717	8.77	784	9.35	1 501	9.35
30~	1 137	13.90	1 118	14.04	2 255	14.04
35~	1 124	13.74	1 231	14.67	2 355	14.67
40~	932	11.40	886	11.32	1 818	11.32
45~	995	12.17	972	12.25	1 967	12.25
50~	832	10.17	747	9.83	1 579	9.83
55~	681	8.33	543	7.62	1 224	7.62
60~	597	7.30	423	6.35	1 020	6.35
65~69	441	5.39	351	4.93	792	4.93
合计	8 178	100.00	7 878	100.00	16 056	100.00

3. 分析指标及定义:分析指标包括总吸烟率、现在吸烟率、吸烟者日平均吸烟量、吸烟花费、戒烟状态、打算戒烟率、戒烟率、被动吸烟率和暴露的场所,以及对烟草危害健康的知识、对公共场所禁止吸烟和禁止烟草广告的态度等。吸烟者的定义为过去吸烟达到 100 支的人为吸烟者;现在吸烟者的定义为调查时过去 30 天内正在吸烟的人;被动吸烟者的定义为不吸烟者每周至少 1 天内有 15 min 以上暴露于吸烟者呼出的烟雾中。

4. 分析方法:对不同性别、年龄、教育水平和职业特点以及不同地区人群的吸烟、被动吸烟等流行水平进行描述。由于调查样本的年龄结构与实际人口的年龄结构有所不同,低年龄组人群低于实际人口,而高年龄组人群高于实际人口,在分析中根据 2000 年人口普查的年龄结构进行了加权,避免高年龄人口的行为对总人口行为的过度影响。

结 果

1. 我国人群中的吸烟情况:

(1)2002 年我国人群吸烟率略有下降,15~24 岁人群吸烟率上升。2002 年调查显示,人群的吸烟率为 35.8%,其中男性为 66.0%,女性吸烟率为 3.08%。1996 年调查总人群吸烟率为 37.6%,男性和女性吸烟率分别为 66.9%和 4.2%^[2]。两次调查结果使用 2000 年人口普查数据进行标化,2002 年

我国人群吸烟率比 1996 年下降了 1.8%,男性和女性吸烟率分别下降了 3.1%和 1.0%。根据吸烟率和 2000 年人口普查结果,估计目前 15~69 岁的吸烟者为 3.5 亿人。

2002 年调查结果显示,人群的现在吸烟率为 31.4%,男性和女性现在吸烟率分别为 57.4%和 2.6%;1996 年调查显示总人群的现在吸烟率为 35.3%,男性和女性现在吸烟率分别为 63.0%和 3.8%^[2]。同样使用 2000 年人口普查数据进行标化,2002 年我国人群现在吸烟率比 1996 年下降了 5.2%,男性和女性吸烟率分别下降了 6.76%和 1.06%。估计目前 15~69 岁人群中现在吸烟者为 3.0 亿人。

与 1996 年的调查结果相比,男性除 15~19 岁年龄段,女性除 15~19、20~24 岁年龄段外,其余人群的年龄别吸烟率都低于 1996 年人群的年龄别吸烟率(图 1)。1996 年时,<45 岁人群吸烟率均呈上升趋势,2002 年的调查结果显示,>25 岁成年人吸烟率均较 1996 年低。

除了文盲和半文盲人群受年龄和性别因素影响外,受教育程度越高者,吸烟率越低。虽然大学及以上人群的吸烟率也很高,为 54.8%,但比文化程度低者仍然低一些,小学文化程度男性吸烟者吸烟率为 71.2%。不同职业人群吸烟率差异并不明显,男性中,除学生外,排在最低位的男性医务人员的吸烟率依然为 56.8%;女性人群中,吸烟率一般都很低。

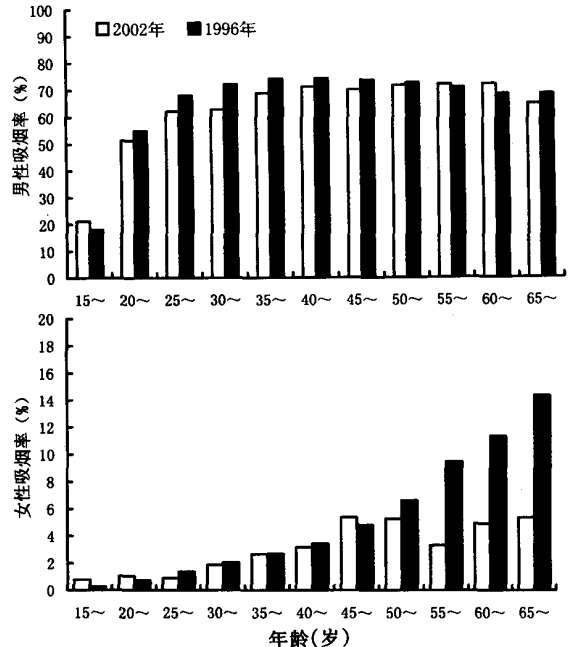


图1 1996 年和 2002 年我国男性和女性吸烟率比较

(2)我国不同地区男性吸烟率基本相等,东北和华北地区女性吸烟率较高。2002 年调查结果显示,城市和农村人群的吸烟率分别为 29.5% 和 37.8%, 现在吸烟率分别为 25.0% 和 33.0%; 1996 年城市和农村人群的吸烟率分别为 34.5% 和 39.2%, 现在吸烟率分别为 31.8% 和 36.9%。2002 年与 1996 年的调查结果比较, 虽然都有下降, 但是城市人群的吸烟率下降更为明显, 致使两者差别更加突出。

调查结果也表明, 在任何年龄段, 农村男性人群吸烟率均高于城市男性, 城市年轻女性吸烟率高于农村相应的人群。使用各省的年龄、性别人口进行标化, 图 2 为分性别的不同地区人群吸烟水平。从图 2 可见, 男性吸烟率高的省依然为云南、青海、内蒙古、广东和江西; 女性吸烟率高的省为黑龙江、天津、内蒙古、吉林和河北, 与 1996 年调查结果类似, 但是在广东等省, 女性吸烟率比 1996 年的水平增加, 也就是说, 由于历史原因, 除东北地区 and 北方一些省女性吸烟率高外, 南方地区女性吸烟率也开始增加。

总的来说, 各地男性吸烟率差别不大, 50% 的地区男性吸烟率为 63.00% ~ 68.87% (图 2 中绿色和蓝色标记), 25% 的地区男性吸烟率为 68.82% ~ 80.26% (图 2 中红色标记), 另外 25% 的地区人群吸烟率低于 63%; 而女性吸烟率 75% 的地区在

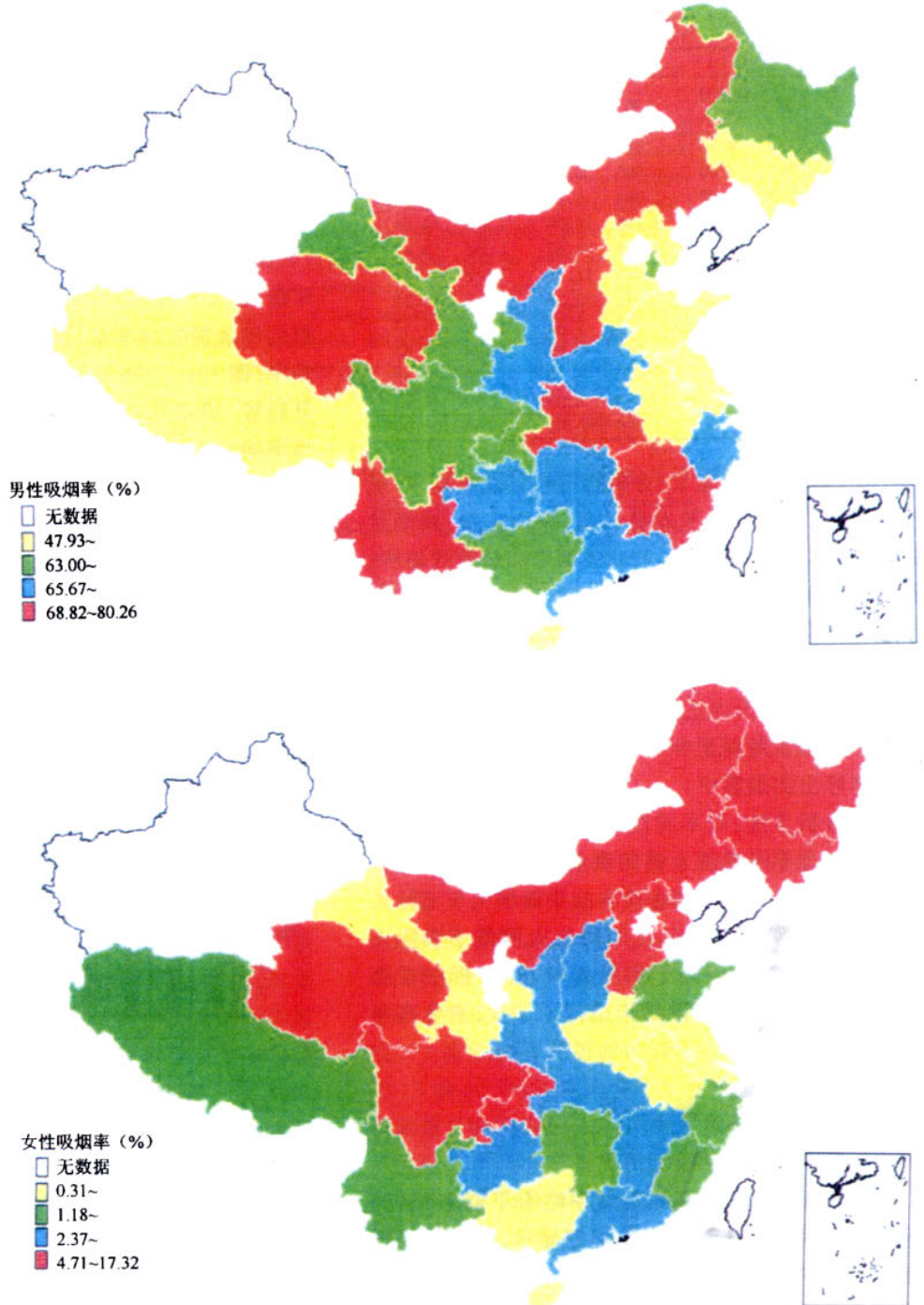


图2 2002 年我国不同地区男性和女性吸烟率分布

4.7%以下,只有 25%的地区为 4.7%~17.3%,其中以东北和天津地区女性吸烟率最高。

(3)我国人均吸烟量基本不变。我国吸烟者平均吸烟量为 14.8 支/日,男性和女性吸烟者平均吸烟量分别为 15 支/日和 10 支/日,城市和农村吸烟者的平均吸烟量分别为 13.8 支/日和 15.0 支/日,农村人群的人均吸烟量大于城市(图 3)。40~59 岁人群吸烟量高于其他年龄段人群,平均吸烟量为 15.9 支/日,中位数为 15 支/日,明显高于其他年龄段人群,10%吸烟者每日吸烟量 \geq 25 支/日。

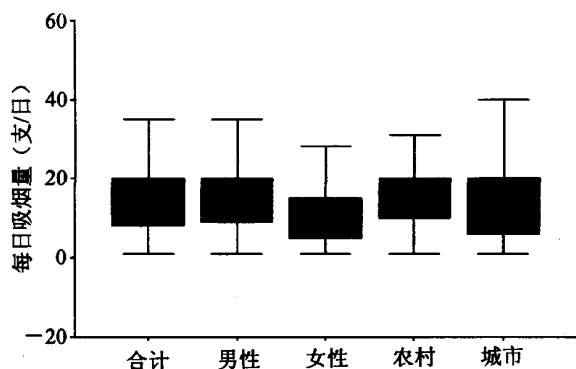


图3 2002 年我国吸烟者每日吸烟量分布

吸烟量同样与教育水平有关,高中和大学文化程度以上的人群,吸烟量低于其他人群,中位数为 12 支/日,而文盲、小学和初中人群每日吸烟的中位数为 16 支/日。但吸烟量的职业差异不明显。

(4)我国吸烟人群吸烟花费变化很大,最高和最低者相差 15 倍。吸烟者平均每日花费人民币 2.73 元,50%的人吸烟花费每日超出 2 元,其中 15%的吸烟者每日吸烟花费为 3.5~7.0 元,另有 10%吸烟者花费 \geq 7 元,25%吸烟者介于 1~2 元之间,另外 25%吸烟者吸烟花费低于 1 元,其中 10%低于 0.5 元。最高花费和最低相差 15 倍。

女性吸烟者一般来说,吸烟花费低于男性,男性和女性每天吸烟花费的中位数分别为 2 元/日和 1 元/日。但是少数女性的花费很高,因而女性吸烟花费均值大于男性。城市和农村吸烟者的吸烟花费分别为 4.24 元/日和 2.36 元/日。教育水平越高,每日吸烟花费越大,文盲和小学人群烟草花费的中位数为 1.5 元/日,初中人群烟草花费的中位数为 1.9 元/日,高中人群为 2.1 元/日,而大学及以上者为 3.3 元/日。不同职业人群的吸烟花费差别很大,以国家机关干部、三资企业业主的花费最高,烟草花费的中位数为 3.5 元/日和 3.0 元/日,其中 10%的人每日烟

草花费为 10 元以上。

吸烟花费最高的地区有上海、浙江、广东、海南、福建和江苏等地,花费最低的地区为河南、青海、甘肃、河北、天津、陕西和四川等地。

(5)我国估计戒烟者增加了 1000 万,但不打算戒烟者依然占吸烟者的绝大多数。吸烟者中不打算戒烟者达到 74%,戒烟和打算戒烟者比例仍然很低,和 1996 年的结果相比,戒烟率有所提高,从 9.42% 上升到 11.5%,意味着增加了 1000 万吸烟者戒烟,其中戒烟超过 2 年以上的比例也在增加,从 38.0% 上升到 66.7%。

2. 我国人群中的被动吸烟状况:2002 年我国人群被动吸烟暴露并没有大的改善。1996 年,53%的非吸烟者报告遭受到被动吸烟暴露。2002 年调查结果显示,有 51.9%的非吸烟者遭受到被动吸烟的危害,两次结果几乎相等。男性为 47.6%,略高于 1996 年的结果,女性为 54.6%,略低于 1996 年的结果,基本没有变化。和 1996 年的结果类似,不同年龄段人群遭受被动吸烟暴露的比例略有差异,中年人群中的暴露比例稍高。城市和农村人群报告被动吸烟暴露率分别为 49.7% 和 54.0%,农村略高于城市。有 20 个省份 50% 以上的人报告被动吸烟暴露,其中青海、甘肃、陕西、山西、吉林、内蒙古等北方地区遭受被动吸烟暴露的比例高于 60%。

家庭、公共场所和工作场所都是遭受被动吸烟暴露的地方。在被动吸烟暴露人群中,人群特点不同,在各类场所暴露的比例也不同。遭受被动吸烟暴露的女性,其中 90% 是在家庭中受到暴露;男性则在家庭和公共场所受到暴露,20~59 岁的男性在公共场所遭受暴露的比例较大,在工作场所受到暴露的比例也高。农村女性在家中遭受被动吸烟暴露的比例最高,而在公共场所,特别是工作场所暴露的比例较低。

3. 我国人群对烟草危害健康的知识知晓情况:我国人群对吸烟危害健康的知识有明显的变化,知晓率增加,但西部地区人群相关知识贫乏。图 4 为 2002 年与 1996 年的调查结果,根据调查结果发现,人们对吸烟、被动吸烟和孕妇吸烟对胎儿健康有严重危害认识的比例,以及吸烟易患肺癌、冠心病和支气管炎的认识比例均有很大提高。

从 1996 年到 2002 年,以不同教育人群知识的改善为例,有关烟草对健康危害知识的传播在各个层面都非常普遍,各类人群相关知识的改善都很大。

但是对烟草危害健康知识的掌握仍然显示这样的特点:城市人群高于农村人群,受教育程度高的人高于受教育程度低者,医生、教师和学生对烟草危害健康的认识高于其他职业人群,农民中掌握这些知识的比例最低。

地区间人群对烟草危害健康知识的掌握差异更趋明显,以吸烟更易于患肺癌的认识为例,云南、贵州、广西、青海和河南等地区人群认识这点的比例低于 60%,广西、贵州和西藏分别只有 44%、41% 和 36% 的人知道吸烟更易于患肺癌。

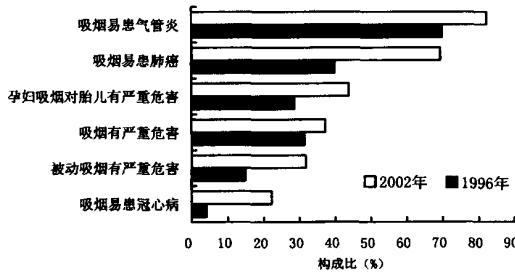


图4 1996年和2002年我国人群对吸烟有害健康知识的变化

4. 我国公众对吸烟的态度:调查人群中有 60% 以上支持公共场所禁止吸烟,45% 支持禁止烟草广告,但地区差异依然很大。

调查中选择了两个主要措施,即对主要公共场所禁止吸烟和全面禁止烟草广告的赞同情况来测量人们对烟草控制措施的态度。结果人们对公共场所(学校、医院、政府机关大楼、交通工具及各类等候室)禁止吸烟持积极的态度,有 61.1% 的人赞成在以上场所禁止吸烟。对全面禁止烟草广告的赞成比例低一些,有 23.8% 非常赞成,19.6% 比较赞成全面禁止烟草广告,持不赞成者为 15.94%,很不赞成者只有 2.93%,另有 37.77% 持无所谓的态度。

和吸烟有害健康的知识掌握情况类似,即与教育程度、职业有关。受教育程度高的人、医生、教师、学生赞同比例高一些,文盲和只接受小学教育者和农民的赞同比例都低。同样,公众对吸烟的态度城市好于农村;地区间差异非常明显,在西南地区,特别是贵州、云南、西藏、广西等地区,人们赞同公共场所禁止吸烟和禁止烟草广告的比例也明显低于其他地区,其赞同率分别低于 50% 和 35%。

讨 论

降低与吸烟有关的发病率和死亡率是当今世界

各国公共卫生领域所面临的巨大挑战之一。与其他国家相比,我国目前烟草流行有以下一些特点:①从全世界来说,吸烟盛行于 20 世纪,首先在工业化国家开始流行,当工业化国家人群烟草使用开始下降,在低收入国家烟草使用却开始流行开来。我国目前也处在烟草流行的高峰,由于我国烟草的生产主要是自产自销,且近些年来烟草生产量每年已达到 3500 万箱^[3]。②在 19 世纪末至 20 世纪初,吸烟主要在男性中流行。特别在两次世界大战期间,男性吸烟达到高峰。20 世纪 60 年代以后,随着吸烟对健康危害的证实,发达国家男性人群吸烟率稳步下降,在西欧、北美和澳洲以及在非洲和阿拉伯一些国家男性吸烟率均低于 40%,而我国成了男性吸烟率最高的几个国家之一。③目前全世界大约有 1.1 亿妇女吸烟,其中有几百万妇女使用其他形式含焦油量高的烟草。20 世纪 30 年代以前,女性吸烟并不常见;由于烟草公司的市场策略,把女性吸烟和“独立”、“自由”联系在一起,从 40 年代开始,在美国等工业化国家,女性吸烟开始流行,之后在大多数发达国家,女性吸烟率迅速上升。目前丹麦、挪威、加拿大、冰岛、爱尔兰、英国和新西兰的女性吸烟率和男性相等;瑞典女性吸烟率甚至高于男性。在亚洲、东地中海等地区,由于社会文化风俗的影响,女性吸烟依然不被社会接受,妇女的吸烟率仍然很低,大约在 2%~10% 之间^[4]。在我国,虽然在少数地区,部分特定职业人群的女性吸烟率上升,但总的来说,女性吸烟依然处在低水平。④青少年人群的吸烟率,无论在发达国家,还是在发展中国家均呈上升趋势^[5-7]。我国也不例外,青少年吸烟呈上升趋势。⑤在教育程度低、经济收入低的人群中吸烟率更高^[8]。这些特点也同样体现在我国人群中。但是在大学及以上文化程度的男性人群中,吸烟率依然高达 54.8%,医生和教师的吸烟率仍然在 50% 以上,是世界上所有国家男性医生中吸烟率最高的(世界卫生组织调查指出中国、博茨利亚、韩国、俄罗斯、智利和西班牙,男性医生的吸烟率都在 35% 以上,尤其是中国和博茨利亚)。⑥人均烟草消费量上升。1880-2000 年,全球烟草消费量从 100 亿支增加到 55 000 亿支,增加了 550 倍。1980-2000 年,人口数增加了 20 倍,人均烟草消费量增加了 30 倍。除美洲和欧洲烟草消费量分别下降了 27% 和 2% 以外,其他地区均呈上升趋势。特别在西太平洋地区烟草消费量上升了 89%。总的来说,烟草消费量在

发达国家下降了 9%，在发展中国家上升了 63%^[9,10]。其中以我国的烟草消费量上升最快。

总之我国男性烟草使用的流行水平已经达到高峰,目前处在平台期,还没有明显的下降趋势。对照其他国家人群吸烟行为的变化过程,知识发生改变后,会逐渐改变社会的认同价值和社会氛围,继而,人群中吸烟行为会有变化。虽然对于个人来说,知识的了解并不直接导致行为改变,但是在群体中,吸烟对健康危害的知识缺乏,对控烟策略的支持率不高,就容易形成吸烟的社会风气。这个特点在很多国家,以及在我国不同地区都有显示。

目前我国人群中的吸烟、戒烟、被动吸烟等行为特点,以及吸烟的知识和对控烟策略的认识、赞同情况显示我国有关吸烟有害健康知识的传播还远远不够,表明我国人群在短时间内烟草流行率不会明显下降,烟草导致的疾病负担在未来 30-50 年内将成为现实。目前我国公共卫生部门以及各级政府应该具备远见卓识,尽早开展有效的烟草控制,才能减少由吸烟和被动吸烟导致的疾病负担。特别在农村地区以及西部地区,如果不开展有效的控烟措施,目前存在的吸烟行为地区差异在未来几十年将使地区间人群健康水平的差异加大。

参 考 文 献

1 杨功焕,郑锡文,曾光,等. 第二阶段疾病监测点的选取及其代

表性. 中华流行病学杂志,1992,13:197-201.

- 2 中国预防医学科学院,中国吸烟与健康协会,卫生部疾病控制司,等. 1996 年全国吸烟行为的流行病学调查. 北京:中国科学技术出版社,1997. 174.
- 3 刘铁男,熊必琳,主编. 烟草经济与烟草控制. 北京:经济科学出版社,2004. 140.
- 4 WHO. Women and tobacco. World Health Organization, Geneva, 1992. 22-23.
- 5 The Global Youth Tobacco Survey Collaborative Group. Tobacco use among youth: a cross country comparison. Tob Control, 2002, 11: 252-270.
- 6 Office on Smoking and Health, CDC. Selected cigarette smoking initiation a quitting behaviours among high school students — United States, 1997. MMWR, 1998, 47: 229-233.
- 7 Crump C, Packer L, Gfroerer J. Incidence of initiation of cigarette smoking — United States, 1965-1996. MMWR, 1998, 47: 837-840.
- 8 Jha P, Novotny TE, Feachem R. The role of governments in global tobacco control. In: Abedian I, van der Merwe R, Wilkins N, et al, eds. The economics of tobacco control. Towards an Optimal Policy Mix. 1st ed. Applied Fiscal Research Center, University of Cape Town, 1998. 41-43.
- 9 WHO. Tobacco or health: a global status report. Geneva: World Health Organization, 1997.
- 10 The American cancer society Inc. Tobacco control country profiles, 2000.

(收稿日期:2004-11-12)

(本文编辑:张林东)

· 消息 ·

《医学科研设计与卫生统计——现代高级医学科研、发明方法学》 征订启事

国家级继续医学教育培训教材 我国第一本医学科研、发明方法学重要参考书

在现代流行病学研究中,要用到流行病学方法和统计方法,要用统计软件做数据处理。章扬熙教授编著的《医学科研设计与卫生统计——现代高级医学科研、发明方法学》,包括了上述内容,该书由我国卫生部科教司祁国明司长审定,已于 2005 年 1 月由郑州大学出版社正式出版发行,全书 48 万余字,每册定价 30 元。书中系统介绍科研设计方法,单因素、多因素分析方法及医学开发性研究发明创新方法。还结合书中实例介绍电子计算机 SAS 统计软件用法及电子计算器统计用法,供读者参考。目前该书开始征订。订购者请将购书款邮至:215001 江苏省苏州市白塔西路石桥里 2 幢 204 室 章扬熙教授收。可开报销用的正式发票,要发票者请在汇款单附言中注明。同时,认真填写汇款单,收到汇款后即寄书。书量有限,欲购从速,多购优惠,章扬熙教授联系电话:0512-67297372。