

中国三县(市)城乡居民对公共场所控烟政策的 态度及其影响因素研究

梅翠竹 马少俊 徐雪芳 王俊芳 王春平 陈爱平 杨功焕

【摘要】 目的 了解3个县(市)城乡居民对公共场所完全禁止吸烟的态度,探讨影响城乡居民控烟态度的主要因素。方法 2004年以四川省绵竹市、江西省安义县、河南省新安县为研究现场,每个研究现场均采用三阶段分层随机抽样方法,抽取18~69岁城乡居民作为调查对象。由经过培训的调查员运用统一设计的调查表,以面对面询问方式进行入户调查。采用 χ^2 检验和非条件logistic回归模型,分析城乡居民对公共场所完全禁烟的态度及其影响因素。结果 3个县(市)调查对象的现在吸烟率为44.3%,在现在吸烟者中80.7%(1379/1709)报告经常或有时在公共场所吸烟;有工作者中9.6%(479/4983)报告工作场所有室内完全禁烟的规定;调查对象对公共场所完全禁止吸烟的赞成率是43.5%。多因素logistic回归模型结果显示,地区、城乡、年龄、性别、文化程度、吸烟状况、掌握被动吸烟的健康危害知识、通过广播接受过控烟宣传与居民对公共场所完全禁烟态度的关系有统计学意义。居住在城区的调查对象比居住在农村者更支持在公共场所完全禁烟($OR=1.29$);女性支持高于男性($OR=1.27$);高年龄组较低年龄组更赞成公共场所完全禁烟(30~49岁 vs. 18~29岁; $OR=1.46$; 50~69岁 vs. 18~29岁; $OR=1.71$);文化程度与控烟态度间呈正关联,文化程度越高,赞成率越高;与吸烟者相比,戒烟者、非吸烟者更支持在公共场所完全禁烟, OR 值分别为1.90和2.01;掌握被动吸烟健康危害知识的调查对象对公共场所完全禁烟的赞成率高于未掌握知识者($OR=2.26$);通过广播接受过控烟宣传者较未接受者更赞成公共场所完全禁烟($OR=1.43$)。结论 3个县(市)人群已有一定的禁烟基础,应尽快制定并推广在公共场所完全禁止吸烟的规定。

【关键词】 控制吸烟;态度;公共场所;影响因素

Factors associated with attitudes toward tobacco control policy in public places among adults in three counties of China MEI Cui-zhu*, MA Shao-jun, XU Xue-fang, WANG Jun-fang, WANG Chun-ping, CHEN Ai-ping, YANG Gong-huan. *Department of Preventive Medicine, Bengbu Medical College, Bengbu 233030, China

Corresponding author: YANG Gong-huan, Email: yangghuan@vip.sina.com

【Abstract】 **Objective** To investigate the attitudes of urban and rural community members toward total banning on smoking in public places and to explore the factors associated with these attitudes, in three counties/cities in China. **Methods** A cross-sectional study was conducted in three counties/cities in 2004, including Xin'an county of Henan province, Anyi county of Jiangxi province, and Mianzhu city of Sichuan province. A total of 5642 residents at age of 18-69 years old were interviewed face-to-face with a uniform questionnaire by locally-trained interviewers, through a random three-stage stratified sampling in each county. Factors were assumed to be associated with attitudes, using chi-square test in univariate analysis and non-conditional logistic regression model in multivariate analysis. **Results** The prevalence of current smoking among respondents was 44.3%. 80.7%(1379/1709) of the current smokers reported smoking often or sometimes in public places. Only 9.6%(479/4983) of the respondents reported that their indoor workplaces had totally banned on smoking. 43.5% of the respondents supported a total smoking ban strategy in public venues. The results of multivariate logistic regression model showed that eight factors were significantly associated with support for the total smoking ban in public places included region, residency, age, gender, education, smoking status, awareness about passive smoking hazards, and hearing of any message on tobacco control through media differences of rates regarding the factors as: residents in urban to rural areas($OR=1.29$), elderly to youngsters(30-49 vs. 18-29, $OR=1.46$; 50-69 vs. 18-29, $OR=1.71$), female to male($OR=1.27$), high-educated to less-educated ones, quitters to current

DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-6450.2009.06.004

基金项目: Fogarty 项目(R01-HL-73699)

作者单位: 233030 蚌埠医学院预防医学系(梅翠竹); 中国协和医科大学基础医学院 中国医学科学院基础医学研究所(马少俊、徐雪芳、陈爱平、杨功焕); 浙江医科大学(王俊芳); 潍坊医学院(王春平)

通信作者: 杨功焕, Email: yangghuan@vip.sina.com

smokers ($OR=1.90$), nonsmokers to current smokers ($OR=2.01$). Those who know messages on health hazards of passive smoking ($OR=2.26$), or heard of message on tobacco control through media ($OR=1.43$). **Conclusion** Results from our study revealed that a thorough smoke-free policy in public places should be developed and implemented in these three counties/cities.

【Key words】 Tobacco control; Attitudes; Public places; Influencing factors

被动吸烟指非吸烟者每周至少有一天暴露于环境烟草烟雾达 15 min 以上^[1]。家庭、公共场所和工作场所均是受到被动吸烟危害的地方^[2]。任何程度的被动吸烟暴露对健康均有危害^[3,4]。研究表明,制定和执行公共场所控烟政策对于减少被动吸烟暴露和降低吸烟率是有效的。许多国家都通过立法限制公共场所吸烟^[5,6]。截至 2000 年,我国共有 14 个省 88 个城市颁布了城区“公共场所禁止吸烟的规定”;但这些控烟规定主要集中在城市,在县级城市及农村地区较少;在政策执行和公众遵守法规方面更加不尽人意;2002 年行为危险因素调查结果表明^[7],在有工作的调查对象中,32%的人报告自己工作单位的工作场所均不允许吸烟。执行控烟政策属于行为范畴,根据“理性行为模型”,态度是行为的一个重要影响因素,因此本研究选择县城及其农村地区居民开展对公共场所完全禁烟的态度及其影响因素的研究,为制定控烟政策和行为干预提供依据。

对象与方法

1. 研究现场、对象和抽样方法:选取四川省绵阳市、江西省安义县、河南省新安县 3 个经济发展水平不同、控烟环境不同的地区作为研究现场。每个研究现场均采用三阶段分层随机抽样方法,分为农村和城区两层。先从全县随机抽取 10 个村和 10 个居委会;在抽中的村或居委会中随机抽取 120 个家庭;然后在每个被抽取的家庭中,根据出生日期与调查日期最接近的原则选取 1 名 18~69 岁的家庭成员作为调查对象。

2. 调查内容:采用横断面调查法。于 2004 年在 3 个研究现场开展人群横断面调查,以问卷形式,由经过统一培训的调查员进行面对面入户调查,共涉及到五部分 88 个问题,包括人口学特征、吸烟行为、家庭和工作场所的室内禁烟情况、对被动吸烟健康危害的认识以及关于在公共场所完全禁止吸烟的态度。

3. 相关指标及定义:根据 WHO 定义^[8],吸烟状况可分为现在吸烟者、戒烟者、非吸烟者三类。吸烟者指到调查时为止累计吸足 100 支烟或 3 两(150 g)烟叶者;现在吸烟者指符合吸烟者定义,且在调查之前 30 d 内至少吸过一次烟者;戒烟者指符合吸烟者定义,且在调查之前 30 d 内没有吸过烟者。

4. 统计学分析:采用 EpiData 软件建立数据库,

数据进行双录入和核对,2 次录入不一致处通过与原问卷核对并修正。运用 SAS 软件对数据进行整理和统计分析。

(1)描述性分析:用构成比描述研究样本的人口统计学特征,以加权率来描述不同人口学特征下的吸烟情况、对被动吸烟健康危害知识的知晓情况以及对公共场所完全禁烟的赞成情况。

加权方法: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,为了避免样本结构和总体结构的差异所导致的样本结构误差,本文采用率的直接标准化法的基本思想,在分析中根据 2000 年全国人口普查的年龄结构对率进行加权。即按照总体的构成比计算出在样本总量中每个层中的理论频数,每个层中的加权率即为通过总体构成计算出的理论频数与样本实际频数之比。并按照城市:农村(1:4)的比例,计算样本的权重(w)。通过对样本率进行加权,修正样本结构与总体结构的偏离,有效地提高估计的准确性。

$$w_i = (\sum n_i) C_i / n_i$$

式中 w_i 为各层的权重值, C_i 为总体中各层的构成比, n_i 为各层实际的样本频数, $\sum n_i$ 为实际抽得的样本总量。

(2)对公共场所完全禁烟态度的相关因素分析:单因素分析采用 χ^2 检验,在此基础上,采用多因素非条件 logistic 模型拟合方程,以正确反映各研究指标的综合效应,有效控制混杂因素对研究结果的影响,并且对最终建立的模型进行评价。

结 果

1. 一般特征:调查共抽取样本 7200 人,完成调查 5889 人。核实后对有效问卷 5642 份进行数据分析;本研究的应答率为 81.8%,数据利用率为 95.8%。无应答个体中拒绝调查者占 4.7%(62/1311),语言障碍者占 1.1%(15/1311),有疾病、精神或听说障碍者占 2.4%(32/1311),家中无人占 2.8%(370/1311),家中无符合要求的调查对象占 58.7%(770/1311)。调查对象的平均年龄为(44.5±12.1)岁,以 30~49 岁最多,占 55.6%(3137/5642)。由于 3 个研究现场均为县级城市,且本次城市与农村的抽样比例为 1:1,因而调查对象的文化程度以初中居多,占 35.4%(1998/

5642),其次为小学及以下,占38.5%(2174/5642);职业分布中也是以农渔牧业劳动者最多,占50.9%(2872/5642)。见表1。

表1 3个县(市)调查对象社会人口学特征

特征	人数	构成比 (%)	特征	人数	构成比 (%)
地区(县、市)			年龄(岁)		
绵竹	1881	33.3	18~	604	10.7
安义	1806	32.0	30~	3137	55.6
新安	1955	34.7	50~69	1901	33.7
城乡			婚姻状况		
农村	2771	49.1	未婚	299	5.3
城区	2871	50.9	离异或丧偶	349	6.2
性别			在婚	4994	88.5
男性	2632	46.7	职业		
女性	3010	53.3	农渔牧业劳动者	2872	50.9
文化程度			医务人员/教育工作者	262	4.7
小学及以下	2174	38.5	无业人员	801	14.2
初中	1998	35.4	其他	1707	30.2
高中	811	14.4	合计	5642	100.0
大专及以上学历	659	11.7			

2. 吸烟情况:3个县(市)调查人群的吸烟率为51.8%(95%CI:49.9%~53.7%),现在吸烟率为44.3%(95%CI:42.4%~46.2%),男性高于女性(表2)。在调查的1709名现在吸烟者中,68.4%(1169/1709)报告经常或有时在室内工作场所吸烟,20.0%(341/1709)报告经常或有时在学校吸烟,39.3%(671/1709)报告经常或有时在候车室吸烟,35.5%(606/1709)报告经常或有时在医院或保健机构吸烟。公共场所包括工作场所、学校、候车室、医院、保健机构等,因而将在上述5类场所中任一类场所经常吸烟者规定为在公共场所经常吸烟者,将在5类场所均回答为有时吸烟的吸烟者规定为公共场所所有时吸烟者来描述公共场所中的吸烟情况。结果显示,80.7%(1379/1709)的现在吸烟者报告经常或有时在公共场所吸烟。

表2 2037名吸烟者分性别、城乡吸烟率和现在吸烟率比较

特征	吸烟			现在吸烟		
	人数	率 (%)	加权率 (% ,95%CI)	人数	率 (%)	加权率 (% ,95%CI)
性别*						
男性	1870	71.0	63.7(61.2~66.2)	1579	60.0	54.6(52.1~57.0)
女性	167	5.5	4.2(3.6~4.9)	130	4.3	3.2(2.6~3.7)
居住社区						
农村	1070	38.6	51.7(48.6~54.9)	918	33.1	45.3(42.2~48.4)
城区	967	33.7	51.9(49.6~54.3)	791	27.6	43.2(40.7~45.6)
合计	2037	36.1	51.8(49.9~53.7)	1709	30.3	44.3(42.4~46.2)

注:分性别、城乡吸烟率和现在吸烟率的 χ^2 检验;* $P<0.01$

3. 工作或学习场所的室内吸烟限制情况:调查对象中,11.7%(659/5642)没有正式工作或学习,88.3%(4983/5642)有正式工作。在有正式工作的调查对象中,只有9.6%(479/4983)报告工作或学习场所中室内有完全的禁烟限制,即室内任何地方均不允许吸烟(表3)。

表3 3个县(市)调查对象报告的工作或学习场所室内吸烟限制情况

室内吸烟限制情况	人数	构成比 (%)
没有规定	3981	79.9
执行效果差	62	1.2
部分禁烟	461	9.3
完全禁烟	479	9.6
合计	4983	100.0

注:执行效果差:有禁烟规定,但室内任何地方都可以吸烟

4. 社区居民对被动吸烟健康危害知识的知晓情况:表4显示,调查人群关于被动吸烟健康危害的知识贫乏,尤其是对心脏病的危害,大约50%认为被动吸烟者易患肺癌或呼吸道疾病;26.2%认为被动吸烟者更容易患心脏病;3个问题均回答正确者认为是掌握了被动吸烟健康危害知识,仅占调查人群的19.6%。

表4 3个县(市)调查对象对被动吸烟健康危害知识的知晓情况

健康危害知识	调查人数	知晓率 (%)	加权率 (% ,95%CI)
被动吸烟女性易患肺癌	2335	41.4	43.8(41.8~45.8)
被动吸烟者易患心脏病	1415	25.1	26.2(24.4~28.0)
被动吸烟儿童易患呼吸道疾病	2935	52.0	53.6(51.7~55.6)
3个问题均回答正确	1058	18.8	19.6(17.9~21.2)

5. 对公共场所完全禁烟的态度:表5显示,对调查人群分别询问在8类公共场所,包括医院、工作场所、学校、公交车或长途车、候车室、饭馆或餐厅、卡拉OK厅、会议室实行禁烟措施的态度,以测量他们对公共场所完全禁烟的态度。虽然大多数调查对象对在任一类公共场所完全禁止吸烟持积极态度,赞成率均在55%以上,但是,对在全球公共场所完全禁止吸烟均赞成的比例并不高,仅占43.5%(95%CI:41.5%~45.5%)。以此为结局变量,进行单因素和多因素分析。

表5 3个县(市)调查对象对各类公共场所完全禁烟的赞成情况

公共场所	调查人数	赞成率 (%)	加权率 (% ,95%CI)
医院	4934	87.5	87.5(86.3~88.8)
学校	5134	91.0	90.3(89.1~91.5)
工作场所	3845	68.2	66.1(64.1~68.0)
公交车	4941	87.6	87.9(86.7~89.1)
候车室	4232	75.0	74.2(72.4~76.0)
饭馆	3489	61.8	56.4(54.4~58.4)
卡拉OK厅	3451	61.2	58.1(56.1~60.1)
会议室	4539	80.5	81.0(79.5~82.4)
8种场所均赞成	2616	46.4	43.5(41.5~45.5)

6. 对公共场所完全禁烟态度的影响因素:在单因素 χ^2 检验中,与赞成公共场所完全禁烟有统计学关联的变量有地区、城乡、性别、年龄、婚姻状况、文化程度、职业、工作或学习场所的室内禁烟限制情况、家中的室内禁烟限制情况、吸烟状况、对被动吸烟健康危害的认识,以及是否接受过控烟宣教等(表6)。

将单因素分析中 $P<0.15$ 的各因素和通过专业

表 6 3 个县(市)城乡居民对赞成公共场所完全禁烟的单因素分析结果

相关因素	调查人数	赞成率 (%) ^a	OR 值(95%CI)	χ^2 值	P 值
地区				1318.96	<0.01
绵竹	1881	27.3(514)	1.00		
安义	1806	30.4(549)	1.16(1.01 ~ 1.34)		
新安	1955	79.4(1553)	10.27(8.85 ~ 11.93)		
城乡				4.08	0.04
农村	2771	45.0(1247)	1.00		
城区	2871	47.7(1369)	1.11(1.00 ~ 1.24)		
性别				50.18	<0.01
男性	2632	41.3(1088)	1.00		
女性	3010	50.8(1528)	1.46(1.32 ~ 1.63)		
年龄				6.84	0.03
18~	604	42.6(257)	1.00		
30~	3137	47.8(1498)	1.23(1.04 ~ 1.47)		
50~69	1901	45.3(861)	1.12(0.93 ~ 1.35)		
婚姻状况				12.64	<0.01
单身	648	39.8(258)	1.00		
在婚	4994	47.2(2358)	1.35(1.14 ~ 1.60)		
文化程度				54.71	<0.01
小学及以下	2174	41.0(891)	1.00		
初中	1998	52.3(1045)	1.58(1.40 ~ 1.79)		
高中	811	47.5(385)	1.30(1.11 ~ 1.53)		
大专及以上	659	44.8(295)	1.17(0.98 ~ 1.39)		
职业				142.43	<0.01
农渔牧业	2872	53.7(1541)	1.00		
无业	801	34.8(279)	0.46(0.39 ~ 0.54)		
其他职业	1707	39.0(666)	0.55(0.49 ~ 0.62)		
医务教育	262	49.6(130)	0.85(0.66 ~ 1.10)		
工作或学习场所的室内禁烟限制				68.25	<0.01
无完全禁烟限制	4504	45.6(2052)	1.00		
有完全禁烟限制	479	63.3(303)	2.06(1.69 ~ 2.50)		
没有正式工作或学习	659	39.6(261)	0.78(0.66 ~ 0.93)		
家中的室内禁烟限制				67.57	<0.01
无完全禁烟限制	3053	41.5(1268)	1.00		
有完全禁烟限制	231	45.0(104)	1.15(0.88 ~ 1.51)		
家中没有吸烟者	2358	52.8(1244)	1.57(1.41 ~ 1.75)		
吸烟状况				164.14	<0.01
现在吸烟者	1709	33.6(574)	1.00		
戒烟者	328	47.3(155)	1.77(1.40 ~ 2.25)		
非吸烟者	3605	52.3(1887)	2.17(1.93 ~ 2.45)		
掌握被动吸烟健康危害知识				107.29	<0.01
否	4584	43.1(1974)	1.00		
是	1058	60.7(642)	2.04(1.78 ~ 2.34)		
通过电视看到或听到有关控烟的宣传				33.43	<0.01
否	3542	49.3(1747)	1.00		
是	2100	41.4(869)	0.73(0.65 ~ 0.81)		
通过广播看到或听到有关控烟的宣传				0.84	0.36
否	5084	46.2(2347)	1.00		
是	558	48.2(269)	1.09(0.91 ~ 1.29)		
通过宣传栏看到或听到有关控烟的宣传				2.18	0.14
否	4068	47.0(1911)	1.00		
是	1574	44.8(705)	0.92(0.81 ~ 1.03)		
通过书报杂志看到或听到有关控烟的宣传				7.14	0.01
否	4244	47.4(2011)	1.00		
是	1398	43.3(605)	0.85(0.75 ~ 0.96)		

注：^a括号内数据为赞成人数

模型分析的 15 个变量进行多元共线性诊断,发现进入最终模型的自变量的容忍度均>0.10、条件指数均<30,表明这些自变量间的多元共线性不太严重,可以直接纳入多因素非条件 logistic 回归模型。

分别选用前进法、后退法和逐步法(sle=0.10, sls=0.05)建立模型,发现筛选结果均相同,最终进入模型的变量有:地区、城乡、年龄、性别、文化程度、吸烟状况、是否掌握被动吸烟的健康危害知识以及是否通过广播接受过控烟宣传(表 7)。

对该模型进行拟合优度检验后,发现 Person χ^2 检验不显著($\chi^2=3157.94, P=0.20$), HL 指标值也不显著($\chi^2=9.86, P=0.28$),认为这一模型较好地拟合了数据。

讨 论

在家庭和公共场所中,非吸烟者与吸烟者不可避免要共处一室,当吸烟者吸烟时,非吸烟者就会受到被动吸烟的危害。虽然有关政策和法规禁止在公共场所吸烟,但许多人并没有认真执行^[5,9]。本次调查中也反映了这一情况,家庭、公共场所,尤其是工作场所,仍是吸烟的主要场所。尽管非吸烟者对吸烟者很反感,但是他们并未感到可以有权力说出来并要求禁止吸烟^[9];有研究报道,有的政策制定者由于认为限制吸烟侵犯了个人权力而反对出台控烟政策^[10]。本次研究发现,大约一半的非吸烟者和戒烟者赞同公共场所完全禁止吸烟;即使在现在吸烟者中,也有大约三分之一的人赞同公共场所完全禁止吸烟。鉴于只有室内完全禁烟,才能完全免除被动吸烟的危害^[9];因此,应制定在工作单位或公共场所完全禁止吸烟的规定,促进非吸烟者主动维护自身健康权力。

研究结果表明,掌握被动吸烟的健康危害知识是支持控烟的一个保护因素,与既往研究结果相似^[11-14]。Willemsen 等^[11]认为知识是控烟态度最重要的潜在的保护因素。理性行为模型和认知理论均认为^[15,16],卫生保健知识和信息是建立正确的态度、进而改变健康相关行为的基础。态度是行为改变的动力。只有当人们了解有关的健康知识,才能建立起正确的态度,才有可能主动地形成有益于健康的行为。在认识到被动吸烟的危害之前,人们不可能要求出台和执行控烟法规^[9]。本次调查发现,社区居民对被动吸烟健康危害的认识不足,3 个问题均回答正确者只占 19.6%。因而,要开展控烟健康教育,同时扩大健康教育的覆盖面,尤其是对于农村、吸烟者和低文化程度人群。

多因素分析结果显示,通过广播接受过控烟宣

知识判断的因素(是否通过广播接受过控烟宣传)纳入多因素非条件 logistic 回归模型。首先对拟进入

表7 3个县(市)城乡居民对赞成公共场所完全禁烟的多因素非条件 logistic 回归分析

因素	β	s_e	OR值(95%CI)	Wald χ^2 值	P值
地区					
安义=1,绵竹=0	0.22	0.08	1.24(1.07~1.45)	7.73	0.01
新安=1,绵竹=0	2.37	0.09	10.69(9.02~12.67)	746.12	<0.01
城乡					
城镇=1,农村=0	0.26	0.09	1.29(1.08~1.56)	7.58	0.01
年龄(岁)					
30~=1,18~=0	0.37	0.11	1.46(1.18~1.79)	12.35	<0.01
50~69=1,18~=0	0.54	0.12	1.71(1.35~2.16)	20.09	<0.01
性别					
女=1,男=0	0.24	0.09	1.27(1.07~1.52)	7.21	0.01
文化程度					
初中=1,小学及以下=0	0.17	0.08	1.19(1.01~1.40)	4.26	0.04
高中=1,小学及以下=0	0.31	0.12	1.37(1.09~1.73)	7.04	0.01
大专及以上=1,小学及以下=0	0.45	0.14	1.57(1.18~2.08)	9.69	<0.01
吸烟状况					
非吸烟者=1,现在吸烟者=0	0.64	0.14	1.90(1.44~2.51)	20.39	<0.01
戒烟者=1,现在吸烟者=0	0.70	0.10	2.01(1.67~2.43)	52.92	<0.01
是否掌握被动吸烟的健康危害知识是=1,否=0	0.82	0.08	2.26(1.93~2.66)	98.56	<0.01
是否通过广播接受过控烟宣传是=1,否=0	0.36	0.10	1.43(1.17~1.75)	12.15	<0.01

传者更赞成公共场所完全禁烟。通过不同的宣传途径进行控烟宣传属于传播学范畴,是传者与受者之间互相的,双向的活动^[15],实质上是传者对受者的劝导过程^[17]。有学者认为,影响态度改变的外部刺激主要包括劝导者、传播的信息和周围环境;内部因素则主要是受者自身的特点。大量的社会心理学实验研究表明,传播信息者的可信性越高,吸引力越大,传播的效果越好;传播信息的特征、传播途径、宣传次数、信息接收者的文化程度、动机、兴趣均影响传播效果,如:在受教育较少的人群中,接受传媒后仍然不了解知识的比例更大^[15,17]。调查中发现通过广播接受过控烟宣传者多为文化程度较高者、医务人员、教育工作者。Millar^[18]发现,尽管吸烟者均报告大众媒体是他们获得烟草信息的最主要途径,但是文化程度低者接触大众媒体的频率仍低于文化程度高者。因此在设计健康教育策略时,还应同时考虑宣传途径、宣传信息、宣传对象,并具有针对性。

群体环境也是影响态度的一个重要影响因素,对于同一群体的隶属,使人们有相同或相近的知识、经验和社会视角,从而使群体中各成员的态度自然地渐趋一致^[17]。本次研究结果显示,无论是单因素还是多因素分析,地区均与控烟态度间有密切联系。3个地区的控烟环境不同,绵竹市是一个“产烟区”,而新安县是卫生Ⅶ项目实施地区之一,开展过数年的控烟工作;并且,毗邻控烟成绩显著的濮阳市在2001年曾被授予世界卫生组织烟草或健康纪念奖,是我国迄今惟一获此殊荣的市政府^[19]。3个地区中,新安县调查对象的赞成率最高,为79.4%,接近2002年濮阳市的调查结果^[19]。我国2002年的调

查结果显示^[2],公众对吸烟的态度地区间差异非常明显。在禁烟情况不同的澳大利亚、加拿大、美国和英国,调查对象对餐厅和酒吧完全禁烟的赞成率与本次研究结果基本类似^[13]。营造良好的控烟氛围,对于转变人们对健康的态度,进而改变相关的行为是至关重要的。

参 考 文 献

[1] A Joint Publication by the World Resources Institute, the United Nations Environment Programme, the United Nations Development Programme, the World Bank. World Resources, 1998-1999. A guide to the global environment - environmental change and human health. New York, NY: Oxford University Press, 1998.

[2] 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.

[3] World Health Organization. Environmental tobacco smoke. Chapter 8.1. WHO Air Quality Guidelines for Europe. Geneva: WHO, 2000.

[4] U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the surgeon general. Washington, DC: US. Department of Health and Human Services, 2006.

[5] 崔小波,李春雨,饶英生. 《北京市公共场所禁止吸烟的规定》执行情况调查. 中华流行病学杂志, 2006, 27(8): 694-697.

[6] Hahn EJ, Rayens MK. Consensus for tobacco policy among former state legislators using the Delphi method. Tobacco Control, 1999, 8(2): 137-140.

[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. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2005.

[8] World Health Organization. Guidelines for the conduct of tobacco smoking surveys for the general population (Document WHO/SMO/83.4). Geneva (Switzerland), WHO, 1982.

[9] 美国癌症协会. 控烟策略指南. 中国疾病预防控制中心控烟办公室译. 北京, 2005.

[10] Hahn EJ, Toumey CP, Rayens MK, et al. Kentucky legislators' views on tobacco policy. Am J Prev Med, 1999, 16(2): 81-88.

[11] Willemsen MC, Gorts CA, Soelen PV, et al. Exposure to environmental tobacco smoke (ETS) and determinants of support for complete smoking bans in psychiatric settings. Tobacco Control, 2004, 13(2): 180-185.

[12] Ashley MJ, Cohen J, Bull S, et al. Knowledge about tobacco and attitudes toward tobacco control: How different are smokers and nonsmokers? Canadian J Public Health, 2000, 91(5): 376-380.

[13] Borland R, Yong HH, Siahpush M, et al. Support for and reported compliance with smoke-free restaurants and bars by smokers in four countries: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. Tobacco Control, 2006, 15 (Suppl 3): S34-41.

[14] Ma GX, Shive SE, Tan Y, et al. Tobacco use, secondhand smoke exposure and their related knowledge, attitudes and behaviors among Asian Americans. Addict Behav, 2005, 30(4): 725-740.

[15] 杨功焕. 健康促进——理论与实践. 成都: 四川科学技术出版社, 1999.

[16] 吕姿之. 健康教育与健康促进. 北京: 北京医科大学出版社, 2002.

[17] 金盛华. 社会心理学. 北京: 高等教育出版社, 2005.

[18] Millar WJ. Reaching smokers with lower educational attainment. Health Reports, 1996, 8(2): 11-19.

[19] 田建新, 李新华, 杨功焕. 从河南省濮阳市控烟实践看控烟能力建设分阶段策略. 中国健康教育, 2003, 19(9): 705-707.

(收稿日期: 2008-11-17)

(本文编辑: 尹廉)