

妇女与吸烟



人民卫生出版社



世界卫生组织

绪 言

本书描述了近年来世界卫生组织在审议有关妇女使用烟草的现有证据和确定最有前途的控制烟草战略方面所采取的一些活动的强化情况。

导致出版本书的事件始于1989年5月31日的第二个世界无烟日,那天在世界卫生组织总部日内瓦召开了“妇女与烟草”圆桌会议。会后大家赞同应将这次圆桌会议的文件及记录加以汇编并编写一篇有关这一主题的论文。在该论文的编写过程中,大家清楚地认识到,该主题值得给予更广泛的考虑。于是从不同的国家收集了有关妇女与烟草的信息资料并草拟了这一专著。一个专家小组于1991年6月10日至14日在日内瓦开会审议了这一专著并在会后对这一专著进行了修订。

本书旨在向所有有关的人提供有关这一以往在研究和宣传上做得不够的主题的信息资料。本书主要面向决策者,特别是卫生、教育、劳动和社会福利部门的工作人员和立法者,以及非政府间组织和社区领导。也期待本专著将促使开辟对妇女与烟草问题的研究及提供有关这一问题更系统的数据资料的新途径。

作者与编辑顾问

作者

Claire Chollat-Traquet 博士 1974 年参加世界卫生组织工作，目前是世界卫生组织烟草与健康规划的科学家。

编辑顾问

主要的烟草控制专家为本书提供了信息资料并担任本书的顾问。对他们的贡献谨表示衷心的感谢。

Michele Bloch 博士是美国华盛顿（哥伦比亚特区）倡导研究所妇女规划干事。她原是美国妇女/吸烟网络主任。

Dulce Estvelle-Gust 博士是一位社区精神病医生，现在菲律宾从事与工作环境有关的社会心理因素的研究。

Lorraine Greaves 博士是加拿大伦敦 Fanshawe 应用艺术和技术学院的社会学教授。

Alan Lopez 博士是世界卫生组织烟草与健康规划的流行病学家。在参加该规划之前，他在世界卫生组织流行病监测及卫生形势和趋势评估司工作过十几年。

Judith Mackay 博士是香港亚洲烟草控制咨询会主任。他目前是世界卫生组织烟草与健康规划的顾问。

Keith Rothwell 博士是一位科学家。近年来，他一直是世界卫生组织烟草与健康规划的顾问。

Annie J. Sasco 博士是法国巴黎法国国立卫生医学研究所的医学流行病学专家。目前，她借调在法国里昂国际癌症研究机构分析流行病学科工作。

Elena Stroot 博士是俄罗斯联邦莫斯科非传染病预防研究所的研究员。

致谢

本书作者愿对以下世界卫生组织职员在校阅本专著中作出的贡献表示感谢：

M. A. Belsey 博士, 瑞士日内瓦家庭卫生司妇幼卫生和计划生育规划干事; B. J. Ferguson 女士, 瑞士日内瓦家庭卫生司青少年卫生技术官员; I. Gyárfás 博士, 瑞士日内瓦非传染病和卫生技术司心血管病首席医官; V. Koroltchouk 博士, 瑞士日内瓦非传染病和卫生技术司癌症和姑息保健科学家; J. R. Menchaca 博士, 瑞士日内瓦健康保护和促进司烟草与健康规划干事; P. Nordet 博士, 瑞士日内瓦非传染病和卫生技术司心血管病医官; T. Piha 博士, 社区卫生专家, 丹麦哥本哈根世界卫生组织欧洲区办事处烟草与健康顾问; A. Pio 博士, 瑞士日内瓦腹泻病和急性呼吸道疾病控制司, 控制急性呼吸道感染规划干事; H. Restrepo 博士, 美国华盛顿(哥伦比亚特区)世界卫生组织美洲区办事处/泛美卫生组织卫生促进协调员。

本书作者也愿对苏格兰爱丁堡, 爱丁堡大学健康促进及健康教育科学硕士规划主任, 健康教育讲师 A. Amos 博士在协助本书最后校订方面所作的贡献, 以及 M. Villanueva 女士在为本专著进行文献研究方面所作的贡献表示感谢。

本书作者也愿感谢从事妇女与吸烟问题的非政府间组织为本书提供了有关信息资料, 以及许多为本专著编写出版工作出力的人员。日本造船工业基金会对本专著的编写提供了部分支持, 对此谨表衷心的感谢。

目 录

绪言	(V)
作者与编辑顾问	(VI)
作者	(VI)
编辑顾问	(VI)
致谢	(VI)
第一章 妇女与烟草：生死攸关的问题	(1)
第二章 妇女与烟草的使用：方式和趋势	(3)
一、全球概观	(5)
1. 烟草的使用	(5)
2. 与烟草有关的发病率和死亡率	(6)
3. 世界妇女烟草消费的流行情况	(7)
二、发达国家	(13)
1. 现状	(13)
2. 年轻妇女与吸烟	(15)
3. 高危人群	(17)
三、发展中国家	(19)
1. 妇女使用烟草的演变	(20)
2. 区域模式	(21)
四、对吸烟流行进行监测	(26)
第三章 烟草与健康	(27)
一、烟草的成份	(27)
1. 燃烟烟草的成份	(27)
2. 无烟烟草的成份	(28)
二、尼古丁依赖	(28)
三、死亡率与发病率	(29)
四、心血管疾病	(32)
1. 冠心病	(32)
2. 脑血管病	(32)
3. 动脉粥样硬化	(33)
4. 主动脉瘤	(33)
5. 高血压	(33)

五、癌症	(33)
1. 肺癌	(34)
2. 其他癌症	(36)
六、支气管肺疾病	(39)
七、生殖卫生	(40)
八、对健康福利的其他影响	(41)
九、吸烟与职业卫生	(41)
十、被动吸烟	(42)
1. 对妇女健康的影响	(43)
2. 对儿童健康的影响	(44)
十一、经济影响	(45)
十二、对吸烟流行影响开展进一步评估	(46)
第四章 妇女为什么开始和继续吸烟	(47)
一、年轻妇女什么时候开始吸烟	(47)
二、年轻妇女为什么开始吸烟	(48)
1. 社会文化因素	(48)
2. 个人因素	(50)
3. 环境因素	(52)
三、吸烟妇女为什么要继续吸烟	(55)
1. 生理因素	(56)
2. 精神因素	(56)
3. 社会环境	(57)
四、哪些妇女吸烟	(57)
五、妇女作为典范	(59)
六、吸烟流行情况的数据资料	(60)
第五章 预防和停止烟草的使用	(61)
一、防止学吸烟	(61)
1. 信息与健康教育	(62)
2. 宣传不吸烟的形象	(64)
3. 限制获得烟草	(64)
二、戒烟	(66)
1. 戒烟的益处	(66)
2. 戒烟的技巧	(67)
3. 缓解社会压力	(70)
三、卫生专业人员的作用	(70)
四、控制吸烟流行	(72)

第六章 妇女抵制烟草：个人、社区、国家和国际行动的战略 (73)

 一、世界范围的策略 (73)

 二、确认和加强决策者 (74)

 三、提高知识水平 (76)

 四、提供工具 (78)

参考文献 (80)

阅读材料 (84)

附录 1 对烟草使用的调查 (91)

 国家简况调查表 (91)

 完善国家简况调查的指南 (97)

第一章 妇女与烟草：生死攸关的问题

全世界有数以百万计的妇女吸烟者，还有好几百万的妇女依赖于其他的方式使用烟草。妇女吸烟人数的日益增加不仅是因为全世界人口的迅速增长，也是为了获取营利而在全世界鼓励和促使妇女吸烟所造成的。尽管有无可辩驳的证据表明吸烟导致死亡、疾病和残疾，但许多政府对这个涉及和影响消费税和税收，卫生和福利开支，以及政治上权宜之计的问题持自相矛盾的态度。

近年来，与吸烟有关疾病的发病率和死亡率在许多发达国家的妇女中迅速增长。没有流行病学迹象表明该发病率和死亡率有可能在不久的将来在大多数发达国家下降，而这些国家妇女在继续学吸烟的事实则使人们有理由预料该发病率和死亡率将继续增长。在大多数发展中国家，吸烟仍处于低水平，但烟草公司正在那里拼命地促使妇女吸烟。随着更多的妇女对烟草产生依赖，其后果将是使其健康和福利付出无情的代价，并将妨碍世界卫生组织确定的 2000 年人人享有卫生保健目标的实现。

烟草的使用好比流行病；它可在社会中传播，也可从一个社会和一个人群传播给另一个社会 and 人群。随之而来的是与吸烟有关疾病的流行，虽然这一流行要过一段时间后才发生。在无烟草的情况下，有一些疾病，如肺癌也许几乎不会发生在妇女身上，另一些如局部缺血性心脏病和慢性肺病也很少发生在妇女身上。

一直到最近，妇女中的与吸烟有关疾病的发病率和死亡率要比男性低。为此有人提出了妇女也许有更强的抗烟草能力的推测。然而现已清楚，妇女不仅象男子一样易患同类的与烟草有关的疾病，而且也受其他特定条件的影响。

在妇女吸烟已成风气的发达国家，面临着双重的挑战：制止目前在许多地方出现的对烟草依赖的迅速增加和要更成功地减少妇女吸烟的流行面和强度。

在世界许多地区，特别是发展中国家，烟草的使用仍处于较低水平，也许甚至在妇女中无人使用烟草。正是在这些地区可有效地预防未来的疾病。大多数国家不了解有关妇女使用烟草的情况，因而需作出努力获得更多的实情信息，以便制定和更有效地使用对策。

尽管还需进一步的信息，但已有足够的证据表明应立即对妇女使用

烟草问题采取公共卫生行动。所以本专著旨在提供有关妇女吸烟各方面的背景信息和确定与增长中的妇女使用烟草问题作斗争的现有战略。

第二章 妇女与烟草的使用：方式和趋势

烟草是全世界成年人过早死亡的单一最大病因。与烟草有关的死亡数在今后 30 年里将在妇女中增加一倍多，这样到 2020 年，每年将有一百多万成年妇女死于与烟草有关的疾病。目前在发达国家，妇女吸烟流行率约为 20~35%，而在发展中国家估计为 2~10%。

在发达国家，妇女吸烟曾有许多年未被社会接受。然而到二十世纪中叶，妇女吸烟在大多数发达国家有了迅速增加。由于烟草对健康的危害变得更显而易见，男性吸烟流行率在一些发达国家有了下降，而妇女的吸烟流行率直至最近才开始下降，而且仅在几个国家里。目前男女吸烟流行率在一些国家出现了辐辏。当今，在许多发达国家，吸烟是年轻妇女（受过有限教育的妇女和社会经济地位低下的妇女）中最风行的习惯。

在过去，尽管一直有一些发展中国家和地区的妇女以传统的方式使用烟草，但文化准则是制止发展中国家妇女吸烟最有力的手段。目前在发展中国家，吸烟与世界性和富裕的生活方式相联系。随着城市化和以生涯发展为主教育的扩大及消费力的提高，许多渴望这种生活方式的年轻妇女已学会吸烟。人们深表关注的是这些渴望在攻势凶猛的烟草促销活动的刺激下，将导致发展中国家妇女吸烟流行率的增长，从而进一步加重目前的困难。

本章提供了敦促发达和发展中国家做出强有力的控制烟草努力，以减少妇女中使用烟草流行的统计证据。尽管已有足够的证据说明采取紧急行动是正当的，但出于文化原因而不承认烟草使用和缺少调查数据则妨碍了对发展中国家妇女吸烟形势的了解。为了更有效地补充控制烟草的干预行动和监视未来的趋势，将需开展持续的监测。

烟草（茄碱科成员之一的烟碱）是美洲的一种当地植物。几千年来，烟草被那里的许多土著居民用在礼仪上和作为药物加以使用。人们相信早在哥伦布访问新世界之前，吸烟的习惯也在亚洲被人所知。烟草是早期的欧洲探险家于十六世纪从北美带回欧洲的许多植物中的一种，尔后烟草的使用便在欧洲居民中迅速蔓延。烟草也早在十七世纪初就被探险

家和传教士引入其他大陆。在欧洲，首先使用烟草的是葡萄牙男子（通常用烟斗）。欧洲的妇女也以烟斗和鼻烟形式使用烟草。在这一时期，人们已以赞成男女平等为由，为允许妇女吸烟和得到社会的承认展开争辩。

19 世纪末机制香烟的出现是香烟成为 20 世纪初烟草使用主要形式的主要因素。世界许多地区的殖民化给农业方式带来了巨大的变化，种植烟草在殖民国得到鼓励。由于可从烟草出口中获得大量的收入，所以在这些殖民国独立后，仍然鼓励种植烟草。这就使烟草成为世界上种植最广泛的营利性非粮食作物。通过开发，广告宣传，推销和烟草的普遍栽培，香烟的使用继续在全世界蔓延并逐渐地超过传统烟草使用方式占了上风。

男性吸烟不是一直都得到社会接受的，妇女吸烟被社会接受的程度更低。剑桥大学于 1606 年颁布了两个禁止所有学生和其他大学成员过量饮酒和使用烟草的校令。在十九世纪至二十世纪初期间，妇女和儿童使用烟草在很大程度上是不被社会所接受的。在大多数发达国家，妇女吸烟被认为是庸俗、下流甚至是不道德的，其中一些国家的反吸烟运动常常由妇女和妇女组织领导发起。烟草的反对者认为妇女吸烟是对穷人的剥削，它是不道德，不健康，有害及非女性的。但是随着妇女解放，加之妇女在有薪金职业就业人数的日益增加和个人事业的发展及其在生活上对男人的依赖日趋减少，这种观念开始发生转变。

在第一次世界大战期间，向战士递送香烟被视为是爱国行为，这样有组织的反吸烟运动便被有效终止了。随着北美和欧洲妇女通过获得投票权和服装改革而获得进一步解放，妇女吸烟也越来越多地得到社会接受。

本世界 20 年代，妇女开始以解放和平等的象征在公共场合吸烟，尽管她们吸烟量要比男子少得多（1929 年美国妇女日均吸 2.4 支烟，男子为 7.2 支）。到 30 年代，妇女特别是城市妇女吸烟已成为时髦的事，到 1935 年，18.1% 美国妇女和 52.5% 美国男子吸烟。

第二次世界大战期间，由于妇女为保卫国家的战争作出了贡献，妇女吸烟与走出家门参加工作和独立，解放及爱国主义联系起来了。妇女不仅象男子一样工作，而且也接受模仿男子的行为。二次大战结束后，妇女的吸烟流行率在英国、澳大利亚和美国分别为 40%，30% 和 25%。

- 在英国，1950 年妇女吸烟流行率为 38%，男子为 62%。到 1966 年，妇女吸烟流行率已高达 45%，然后随着吸烟危险愈加明显，妇女的吸烟流行率开始呈下降趋势。

尽管于 1939 年和 40 年代（主要在德国和荷兰）开展了一些研究，但一直到 40 年代，几乎没有任何有关使用烟草危害的科学证据。到 1950

年，人们开始认识到吸烟与患严重疾病危险有联系。在英国和美国进行的一些研究表明吸烟与患某种癌症，特别是肺癌有联系。

然而，香烟的销售继续在整个发达国家上升，一直到70年代中期开始开展反烟草的信息运动后才得到控制。70和80年代期间，由于对需求的下降，全球烟草经济的增长出现了萧条。鉴于利润受到威胁，烟草工业开始在发展中国家进行大规模推销活动。由于发展中国家靠烟草获得大量的出口收入和烟草的国内使用获取岁入，所以烟草业和香烟销售将在这些国家长期扩大下去。此外，有关烟草危害的公共卫生运动在许多发展中国家尚处于早期阶段。

在一些国家，改变烟草使用的传统方式仅是近二十年的事。在孟加拉，绝大多数吸烟者在七十年代使用水烟斗，最近的吸烟者才开始使用bidi烟。

一、全球概观

1. 烟草的使用

全世界烟草使用的最主要的方式是吸烟。但在一些发展中国家，尽管香烟的使用自40年代以来一直在增长，其他传统使用方式继续占主导地位，尤其在农村和偏僻的社区。

烟草的使用可分为以下六大类组：香烟、bidis烟、雪茄烟、烟斗烟、鼻烟和嚼烟。每类组中均有着不同使用方式。例如，在印度尼西亚，除吸机制（“白”）香烟外，还吸Kreteks（含烟草和丁香的香烟），在前苏联的大部分地区，吸papyrosi（长纸管取代香烟过滤嘴的香烟）。

在机制香烟中的烟草是被切成十分细的烟丝，直径约1毫米。切成精细烟丝的烟草被随意地出售给吸烟者，供其自做卷烟。手卷的香烟通常含有更多的焦油和尼古丁，这是因为与机制香烟相比，这种烟草不仅质硬，卷烟所用的纸较厚，而且渗透性也差。另一方面，手卷香烟的烟草含量常常低于机制香烟。

bidi (beedi, biri) 烟是东南亚地区普遍使用的一种方式，它含有烟草片或粉末，用干的tendu或temburni叶松弛包卷而成。印度的dhumti烟与Bidi烟类似，不同的是用波罗密树叶包卷。其他类似Bidi烟可用香蕉树叶或甚至报纸作为包皮。

雪茄烟是用干烟草叶卷包烤烟叶制成的，可制成各种形状和长短粗细不一的雪茄烟。雪茄烟也在不同的地区有着不同的名称，如在印度称为cheroot和chutta，在泰国的一些地区称为khi yo, Ya muan和tra kai。所有这些传统烟具趋于使用东方式当地的烟草品种。吸它时常常产生很

浓的烟气，烟气中含有很高的焦油、尼古丁和一氧化碳。

烟斗烟也许是有记载的最古老吸烟方式，几乎所有国家都使用它。烟斗的形状和名称众多。但水烟斗却几乎是所有东地中海和部分亚洲地区国家普遍使用的烟具。这是一种烟通过水过滤后而吸出的烟具。水烟斗也在其普遍使用的不同国家和地区有着许多不同的形状和大小及名称。水烟斗所用的烟草也呈现区域差异。水烟斗可仅装烤烟叶或在糖蜜、蜂蜜或水果汁里发酵过的烟草。吸它时产生的烟气也很浓，但通过水过滤后会略淡化。由于烟草是用几块灼炽的炭点燃并不断维持燃烧，所以烟气中的一氧化碳含量较高。在有些东地中海国家，妇女常在社交活动中使用水烟斗。

鼻烟的使用有两种形式：即把磨碎的烟草精粉吸入鼻孔内的干鼻烟和把粗磨的烟草粉末留放在口腔内各部位的湿鼻烟。

在嚼烟时通常混合其他一些物质，例如 pan masala (“pan”) 是印度十分普遍使用的一种嚼烟方式，至少有 2000 万人使用它。它可含有以下一些原料：烟草、槟榔子、干枣、儿茶、熟石灰、薄荷醇和小豆蔻、丁香、豆蔻和桂皮等香料。这种混合可有明显的差异，烟草也不一定总是其中的一个原料成份。在整个东南亚和许多北非和东地中海国家，烟草与香料及常与石灰混合咀嚼，并有许多名称：Gazare（阿富汗和巴基斯坦），Mainpuri 和 Naswar（巴基斯坦），Makla（阿尔及利亚），Alshammah（沙特阿拉伯），Shammah（也门），Khaini（印度和尼泊尔），Nachouk（埃及），以及在尼泊尔使用的 Zarda，它含有香料和调味料，奢侈的配方还含有麝香。

Mishri (masheri) 是一种用于洁齿之目的嚼烧焦的烟草方式。烟草常常被留放在口腔里。在许多妇女吸烟通常不被社会所接受的发展中国家，看来嚼烟得到更多的接受并较广泛的使用。倒吸烟，即把点燃的一端放在嘴里吸雪茄烟 (Chutta)，dhumti 或 bidi 烟，通常在妇女吸烟得到社会接受地区的妇女中更普遍。

2. 与烟草有关的发病率和死亡率

目前，估计每年因使用烟草而死亡的人数达 300 万，其中 50 万为妇女，这反映了妇女以往的烟草消费模式。这 50 万死亡数中约一半多一点发生在妇女吸烟水平高于及吸烟时间长于发展中国家的发达国家中。在过去十几年里，烟草消费模式发生了重大的变化，烟草消费和吸烟流行率正在许多发展中国家，特别在这些国家男子中上升，而在一些发达国家则维持不变，有的甚至呈较大幅度下降，最突出的是英国和美国。

• 例如在占整个发展中国家人口近三分之一的中国，香烟的消费从

1978 年的 5 000 亿支增至 1987 年的 14 000 亿支, 占了全世界香烟消费量的四分之一。到 1991 年, 中国的香烟消费量已增加到占全世界香烟消费量的约 30%。约 61% 的中国男子吸烟, 相比之下, 只有不到 7% 的 15 岁以上的中国妇女吸烟。

80 年代期间开展的调查表明在 60% 的发展中国家里, 只有不到 10% 的妇女吸烟, 而在绝大多数发达国家, 约 30% 的妇女吸烟。肺癌死亡率, 这个吸烟流行演变最可靠的标记在几乎所有的发达国家的妇女中上升。然而, 现在还尚未看到第二次世界大战后大批妇女学会吸烟后将产生的全部影响。

在许多发展中国家, 短寿命掩盖了与吸烟有关的慢性疾病的发生。但随着这些国家人均寿命的延长, 妇女不断学会吸烟的影响将会变得愈加明显。例如在巴西, 预测该国的人均寿命到 2000 年将达到约 68 岁, 而非洲的人均寿命在可预测的将来仍将保持较低的水平。不过, 影响与吸烟有关疾病死亡率的决定性因素将是这些国家妇女学会吸烟的速度, 而这一速度会受到传统、社会文化规范、信仰、收入及烟草工业针对妇女的广告宣传的影响。

鉴于这些趋势, 以往烟草消费, 特别是吸烟将在未来带来什么健康影响? 在全球一级, 与烟草有关的年死亡数预期从目前的 300 万大幅度增加到 2020 年的 1 000 万; 其中许多的死亡将发生在妇女身上。除非青少年中的吸烟流行率出现较大的下降, 才能缓和这一与吸烟有关的死亡数的上升势头, 这是因为绝大多数死亡将发生在当今的青年人和壮年人身上, 而这批人恰恰出生于 1950 年至 1980 年之间这段香烟在全世界被人广为使用的时期。换言之, 绝大多数当今与烟草有关的死亡发生在 1950 年前出生的吸烟者中。根据目前的吸烟模式, 在预测到 2020 年将达到 1000 万的与烟草有关的死亡人数中, 约 300 万死亡将发生在中国。但是如果发展中国家妇女吸烟流行率不断增加, 那么就需向上修订未来的死亡预测。

3. 世界妇女烟草消费的流行情况

尽管可为有现成有关吸烟流行数据和人口动态统计的发达国家推断与烟草有关死亡流行的程度, 但不易获得现成的有关各发展中国家确切的烟草使用流行数据, 特别有关妇女吸烟流行数据, 因而要评估妇女吸烟的流行情况则更难。表 1~6 中所提供的最全的现成数据展示了世界卫生组织各成员国妇女吸烟的流行情况。由于数据的质量有差异, 因此只应把这些数字视为对本书后几章评论的一般性例证。

表 1 美洲地区妇女吸烟流行率*

国家	流行率 (%)	调查日期	数据来源
阿根廷	27 (38) †	1988	(a)
巴哈马	4	1989	(b)
玻利维亚	38	1986	(c)
巴 西	33 (30~33) †	1990 (1986)	国家调查
加拿大	25.8	1986	(b)
智 利	31 (58) †	1988	(a)
哥伦比亚	18 (21) †	1988	(a) (d)
哥斯达黎加	20 (12.4) †	1988 (1986)	(a) (d)
古 巴	25.5	1988	(e)
多米尼加共和国	13.6	1989	(e)
厄瓜多尔	16 (8) †	1988	(a) (d)
萨尔瓦多	12	1988	(a) (d)
危地马拉 (城区)	17.7 (4) †	1989 (1987)	(e)
圭亚那	4	—	(e)
洪都拉斯	11	1988	(a) (d)
牙买加	27 (6.2) †	1988 (1989)	(d)
墨西哥	17	1988	(d)
巴拿马	20	1983	(e)
巴拉圭	(7) †	无	无
秘 鲁	17	1988	(a) (c) (d)
特立尼达和多巴哥	5	1986~89	无
美 国	26	1990	(e)
乌拉圭	23 (44) †	1988	(a)
委内瑞拉	23 (34) †	1988	(a) (d)

* 无安提瓜和巴布达、巴巴多斯、伯利兹、多米尼加、格林纳达、海地、尼加拉瓜、圣基蒂和內维斯、圣露西娅、圣文森特及格林纳丁斯和苏里南的数据。

† 育龄妇女的数据。

(a) 盖洛普, 1988。

(b) 国家卫生部。

(c) 美国癌症学会。

(d) 世界卫生组织/泛美卫生组织: CD33/24. Rev. 1 (未发表的文件; 可从美国华盛顿 DC 20037, 世界卫生组织美洲区办事处索取)。

(e) 世界卫生组织从各来源收集的指标性数据。

表 2 欧洲地区妇女吸烟流行率*

国家	流行率 (%)	调查日期	资料来源
奥地利	28	1984	(a)
比利时	28	1988	(b)
保加利亚	17	1989	(a)
捷克斯洛伐克	28	1990	(c)
丹 麦	45	1988	(b)
芬 兰	20	1988	(a)
法 国	30	1991	(a)
德 国	27	1988	(b)
希 腊	26	1988	(b)
匈牙利	23	1986	(a)
冰 岛	32	1990	(d)
爱尔兰	31	1988	(b)
以色列	25	1988	(a)
意大利	26	1988	(b)
卢森堡	30	1988	(b)
马尔他	22	1991	(c)
荷 兰	37	1988	(b)
挪 威	34	1990~1991	(a)
波 兰	35	1989	无
葡萄牙	12	1988	(b)
西班牙	28	1988	(b)
瑞 典	26	1986~89	(d)
瑞 士	28	1989	(a)
苏 联 (莫斯科)	10 [†]	1986	无
英国及北爱尔兰	32	1988	(b)
南斯拉夫	36 [†]	无	(c)

* 无阿尔巴尼亚、白俄罗斯、摩纳哥、罗马尼亚、圣马力诺和土耳其的数据。

† 局限地区的数据。

(a) 来自成员国的信件。

(b) 欧洲抗癌协会。

(c) 全国非传染病综合干预规划 (CINDI)。

(d) 世界卫生组织从各来源收集的指标性数据。

表 3 非洲地区妇女吸烟流行率*

国家	流行率 (%)	调查日期	资料来源
科特迪瓦	1	1981	(a)
加纳	1~6	无	(a)
几内亚	1	1981	(a)
毛里求斯	7	1986~89	(a) (b)
尼日利亚	10	1990	(c)
斯威士兰	7	1989	(a)
赞比亚	4~7	1984	(a) (b)

* 无阿尔及利亚、安哥拉、贝宁、博茨瓦纳、布基纳法索、布隆迪、喀麦隆、佛得角、中非共和国、乍得、科摩罗、刚果、赤道几内亚、埃塞俄比亚、加蓬、冈比亚、几内亚比绍、肯尼亚、莱索托、利比里亚、马达加斯加、马拉维、马里、毛里求斯、莫桑比克、纳米比亚、尼日尔、卢旺达、圣多美和普林西比、塞内加尔、塞舌尔、塞拉利昂、南非、多哥、乌干达、坦桑尼亚联合共和国、扎伊尔、津巴布韦。

(a) 世界卫生组织从各来源收集的指标性数据。

(b) 参考文献 3。

(c) 尼日利亚的烟草与社会：香烟生产、推销和消费的研究趋势。在 1990 年珀斯第七届世界烟草与健康大会上宣读的论文。

表 4 东地中海地区妇女吸烟流行率*

国家	流行率 (%)	调查日期	资料来源
巴林	20	1985	(a)
塞浦路斯	8	1991	(a)
埃及	2	1981	(a)
伊拉克	5	1990	(a)
约旦	18 个学生	1989	(b)
科威特	12	无	(a)
黎巴嫩	39 个学生	1975	(a)
摩洛哥	9.1~14.9	无	(c)
阿曼	3~9	1990	(a)
巴基斯坦	6 (39 个使用者)	1982	(a)
卡塔尔	3~9	1990	(a)
苏丹	19	1986	无
突尼斯	6	1984	(a)
阿联酋	3~9	1990	(a)

* 无阿富汗、吉布提、伊朗伊斯兰共和国、阿拉伯利比亚民众国、沙特阿拉伯、叙利亚阿拉伯共和国和也门的数据。

(a) 世界卫生组织从各来源收集的指标性数据。