

# 吸烟与弱势群体：社会工作中支持戒烟和烟草减害

## 简介

吸烟和使用其他高风险烟草产品的现象在边缘化或弱势群体中往往更为多见。社会工作专业人员会负责与来自这些群体的个人建立联系。如果社会工作者接受适当培训并获得资源支持，就可以在最需要戒烟和减少烟草危害的人群中发挥重要作用。

烟草减害是一项**有可能拯救全球数百万生命的干预措施**。对于使用香烟和某些口嚼烟草等高风险烟草产品的人群而言，这一措施为他们提供了**改用更安全的尼古丁产品的机会**，可显著降低对健康构成的风险。更安全的尼古丁产品包括含尼古丁的电子烟（电子烟）、**口含烟**、加热烟草制品和**尼古丁袋**。

## 社会工作者的职责是什么？

世界各地社会工作者的职责各不相同，但主要工作是服务个人、团体和社区，帮助人们解决日常生活中遇到的问题。社会工作者接触各种各样的服务对象，包括但不限于：贫困和无家可归的个人和家庭、精神疾病患者、青少年罪犯、有学习障碍或身体残疾的成年人、酗酒、吸毒或使用其他违禁物质的人、濒临破裂的家庭以及面临虐待或忽视风险的儿童。在这些群体中，吸烟率远高于普通人群，因此社会工作者经常与吸烟率较高的群体接触。

为社会工作者配备必要的知识和工具，帮助服务客户减少吸烟或戒烟，可以改善人们的健康状况并挽救许多生命。然而，在撰写本文时，很少有社会工作者接受过培训或支持来解决客户吸烟问题。在众多相互竞争的需求中，烟草使用往往不被视为优先事项。但若能帮助客户戒烟和/或改用更安全的尼古丁产品，可以为他们的客户群体带来诸多益处。

## 弱势群体与吸烟：证据如何显示两者之间的关联？

一系列研究的证据表明，吸烟对弱势和边缘化群体的影响尤为严重，而这些群体往往是社会工作者会接触到的对象。其中一个群体是童年时期经历过逆境或创伤（如虐待或忽视）的人，这些经历可以统称为“童年不良经历(ACE)”。成年后，他们更有可能出现心理健康问题、成为高风险饮酒者或吸毒者、成为暴力受害者或实施者，或患有肥胖、糖尿病、心脏病或呼吸系统疾病等长期健康问题。他们也更有可能吸烟。2020年苏格兰的一项全民调查发现，经历过四种或更多ACE的人吸烟率几乎是没有经历过ACE的人的三倍（27%比10%）。<sup>i</sup>

患有精神健康问题的成年人是吸烟率高于一般人群的另一关键群体。在英国，2016/17年，18岁及以上所有成年人的吸烟率为15.1%，而患有焦虑症或抑郁症的成年人的吸烟率为25.88%。<sup>ii</sup> 对于长期患有精神疾病的人来说，这一比例为34%，而对于患有严重精神疾病的人来说，这一比例为40.5%。根据世界卫生组织(WHO)的数据，2021年，三分之二严重精神疾病患者是当前吸烟者。<sup>iii</sup> 吸烟对这些人的身体健康产生了重大影响；患有严重精神疾病的人平均早逝15-20年，<sup>iv</sup>而烟草是导致死亡的主要原因之一，精神分裂症患者的吸烟率尤其高，高达70-80%。<sup>v</sup>

研究发现，吸食违禁药物的人吸烟的可能性是不吸食者的三倍。<sup>vi</sup> 吸毒者往往不是死于与毒品相关的疾病，而是死于吸烟引起的心血管和肺部疾病。加利福尼亚州的一项研究发现，在因可卡因、阿片类药物和甲基苯丙胺成瘾而住院的患者中，吸烟相关疾病占总死亡人数的40%左右。<sup>vii</sup> 尽管社会工作者定期筛查、评估和治疗精神健康和药物依赖问题，但吸烟迄今为止尚未被列为优先考虑的问题。

一些研究还表明，社会经济弱势群体的吸烟率高于普通人群。<sup>viii ix x</sup> 社会经济地位较低与香烟和烟草制品使用率较高有关，同时戒烟的可能性也较低。与高收入群体相比，弱势群体不仅更容易开始吸烟，戒烟尝试次数较少，且戒烟成功率也较低。<sup>xi</sup>

吸烟不仅影响吸烟者本人有负面影响，还会对周围的人，特别是儿童和青少年造成危害。加拿大魁北克省的一项研究发现，低收入家庭的青少年在家里接触二手烟的几率几乎是高收入家庭的五倍。<sup>xii</sup> 研究还发现，主要照顾者吸烟的青少年早期尝试吸烟的可能性是其他人的两倍多（26%比11%），而成为经常吸烟者的可能性是其他人的四倍（4.9%比1.2%）。<sup>xiii</sup>

吸烟也会对家庭收入产生重大影响。2012年，英国约有110万名儿童生活相对贫困，这些儿童中几乎有一半的父母至少有一方吸烟。<sup>xiv</sup> 在英国，有超过150万人由于吸烟导致的疾病或残疾而需要社会护理支持，而吸烟导致的社会护理支出对本已不堪重负的预算造成了巨大负担。<sup>xv</sup>

## 为什么吸烟？

人们吸烟的原因多种多样。尽管人们知道吸烟有害健康，但很难将长期健康置于短期吸烟欲望之上。尼古丁会导致依赖性，所以必须继续使用，但如果不能通过烟草烟雾摄入尼古丁，尼古丁本身是一种低风险物质。<sup>xvi</sup> 我们应当承认，摄入尼古丁时会感到愉悦，就像摄入咖啡因或酒精一样愉悦。许多人觉得他们从尼古丁摄入中获得了积极的影响，例如放松、集中注意力，或者应对悲伤、无聊或日常生活的压力。

有些人可能发现，使用尼古丁可以减轻某些症状，例如创伤后应激障碍(PTSD)或注意力缺陷多动障碍(ADHD)。对于一些患有精神分裂症的人来说，使用尼古丁可以作为一种自我治疗的方式，他们认为这样可以治疗认知症状或减少精神药物的副作用。<sup>xvii</sup> 然而，在更安全的尼古丁产品出现之前，几乎没有能够在不吸烟的情况下使用尼古丁，这对他们的健康造成了严重损害。

考虑社会工作者可能接触的弱势和边缘化群体时，从更广泛的角度思考人们吸烟的原因也颇为有益——例如，研究为什么某些群体更容易吸烟、吸烟更严重或戒烟更困难。由Michael Marmot爵士领导并发表在英国一项重要政策评论中的研究指出，“健康不平等源于社会不平等，[并且]解决健康不平等问题需要对所有健康社会决定因素采取行动”。<sup>xviii</sup> “健康的社会决定因素”是影响个人和群体健康的经济和社会条件。

例如，如果儿童或青少年的父母吸烟，或者居住地区有很多烟草制品商店，并且朋友和同龄人也吸烟，那么他们就更有可能开始吸烟。所有这些因素都让吸烟变得正常。这些情况也更有可能出现在社会贫困地区。如果在童年或青春期就开始吸烟，他们往往会吸烟成瘾，因此戒烟会变得更加困难。许多人会一直吸烟到成年甚至成为父母，吸烟的循环就可能再次开始。

彻底戒烟对健康最为有益。但对于那些不能或不想戒烟的人来说，烟草减害提供了一种更安全的尼古丁摄入替代品，无需接触香烟烟雾中存在的数千种有毒化学化合物。这是一项至关重要的公共卫生干预措施。

## 社会工作者如何帮助客户减少吸烟带来的危害？

目前只有少数国家培训社会工作者用以支持戒烟者。这对公共卫生系统来说确是一个错失的良机。像医生、社区护士、助产士、心理学家和心理治疗师一样，社会工作者也可以对服务对象的决策及其整体健康产生重大影响。因此，作为与边缘化群体的最初甚至唯一联系人，社会工作者可以在降低吸烟率方面发挥重要作用。

社会工作者应有能力引导其客户获得当地或国家的戒烟支持服务。不幸的是，世界各地戒烟服务稀缺、不存在或费用昂贵难以负担。根据2021年世界卫生组织的一份报告，全球70%的吸烟者无法获得戒烟服务。<sup>xix</sup> 在更安全的尼古丁产品唾手可得且价格合理的地区，社会工作者也应该得到支持，提高人们对烟草减害的认识，作为帮助人们减少吸烟或使用高风险烟草产品影响的另一种工具。

社会工作者可以接受如何戒烟“极简建议”(VBA)的培训，这是一种基于证据的干预措施，整个过程只需要30秒钟，适合健康或社会服务场所中适时使用。VBA采用不评判的态度，旨在确定吸烟者（“询问”），提供最佳戒烟方法建议（“建议”），并支持后续戒烟尝试（“行动”）。<sup>xx</sup>

许多社会工作者已经熟练掌握使用不同的心理方法来给予支持，包括动机访谈或简短的认知行为疗法。经证实，这些工具对戒烟也颇有成效。在得到支持和充足资源的情况下，我们鼓励社会工作者为特定人群制定和推广个性化的戒烟或减少吸烟计划。2013年发表的一项研究表明，与没有接受任何建议的患者相比，接受由医生和其他医护人员提供的简短咨询（不超过20分钟）可以提高吸烟患者的戒烟率。<sup>xxi</sup>

将烟草减害纳入社会工作方法中，符合许多专业人士的目标和动机。通过烟草减害，吸烟者可以有能力为自己的健康做出积极的改变。因此，在那些有更安全的尼古丁产品可用且价格合理的国家，社会工作者应该掌握关于烟草减害方案的可靠信息和建议，用以支持全面戒烟。

---

如需了解有关全球烟草减害工作或本GSTHR简报所提出观点的详细信息，请联系[info@gsthr.org](mailto:info@gsthr.org)

关于我们：**知识、行动、改变(KAC)**是一家私营部门公共卫生机构，致力于将促进烟草减害作为一项基于人权的关键公共卫生战略。该团队在减少毒品使用、HIV、吸烟、性健康和监狱伤害问题方面拥有超过四十年的经验。K•A•C发布的全球烟草减害现状(GSTHR)描述了**全球范围内烟草减害工作的进展**以及有关更安全尼古丁产品的使用、获取和监管应对措施的现状。如需所有出版物和实时数据，请访问<https://gsthr.org>

我们的资金：GSTHR项目是在一家名为全球禁烟行动（前身为无烟世界基金会）美国非营利组织501(c)(3)的资助下运营，旨在通过科学手段加速终结全球吸烟流行病。全球禁烟行动未参与本简报的设计、实施、数据分析或解释。事实的内容、选择、呈现以及所表达的观点均由作者全权负责，与**全球禁烟行动**无关。

---

- i *Adverse Childhood Experiences (ACEs) and Trauma.* (2023, 十二月 6). [Factsheet]. Scottish Government, Mental Health Directorate. <http://www.gov.scot/publications/adverse-childhood-experiences-aces/pages/aces-research/>.
- ii *Smoking Profile—Data—OHID.* (2024). [Fingertips, Public health data]. Office for Health Improvement and Disparities. [https://fingertips.phe.org.uk/profile/tobacco-control/data#page/4/gid/1938132900/pat/159/par/K02000001/ati/15/are/E92000001/yr/1/cid/4/tbm/1/page-options/ine-vo-1:2022:-1:-1\\_ine-ct-36\\_ine-pt-0\\_tre-do-1](https://fingertips.phe.org.uk/profile/tobacco-control/data#page/4/gid/1938132900/pat/159/par/K02000001/ati/15/are/E92000001/yr/1/cid/4/tbm/1/page-options/ine-vo-1:2022:-1:-1_ine-ct-36_ine-pt-0_tre-do-1).
- iii *The vicious cycle of tobacco use and mental illness – a double burden on health.* (2021, 十一月 8). [News release]. World Health Organization. <https://www.who.int/europe/news/item/08-11-2021-the-vicious-cycle-of-tobacco-use-and-mental-illness-a-double-burden-on-health>.
- iv *RightCare physical health and severe mental illness scenario.* (2023, 十月 25). [Mental health, NHS RightCare]. NHS England.
- v Winterer, G. (2010). Why do patients with schizophrenia smoke? *Current Opinion in Psychiatry*, 23(2), 112–119. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283366643>.
- vi Morgan, B. W., Leifheit, K. M., Romero, K. M., Gilman, R. H., Bernabe-Ortiz, A., Miranda, J. J., Feldman, H. I., Lima, J. J., Checkley, W., & Study, C. C. (2017). Low cigarette smoking prevalence in peri-urban Peru: Results from a population-based study of tobacco use by self-report and urine cotinine. *Tobacco Induced Diseases*, 15. <https://doi.org/10.1186/s12971-017-0137-8>.
- vii Callaghan, R. C., Gately, J. M., Sykes, J., & Taylor, L. (2018). The prominence of smoking-related mortality among individuals with alcohol- or drug-use disorders. *Drug and Alcohol Review*, 37(1), 97–105. <https://doi.org/10.1111/dar.12475>.
- viii Huang, M. Z., Liu, T. Y., Zhang, Z. M., Song, F., & Chen, T. (2023). Trends in the distribution of socioeconomic inequalities in smoking and cessation: Evidence among adults aged 18~59 from China Family Panel Studies data. *International Journal for Equity in Health*, 22(1), 86. <https://doi.org/10.1186/s12939-023-01898-3>.
- ix Kim, J. E. (2016). Cigarette Smoking Among Socioeconomically Disadvantaged Young Adults in Association With Food Insecurity and Other Factors. *Preventing Chronic Disease*, 13. <https://doi.org/10.5888/pcd13.150458>.
- x Hitchman, S. C., Fong, G. T., Zanna, M. P., Thrasher, J. F., Chung-Hall, J., & Siahpush, M. (2014). Socioeconomic status and smokers' number of smoking friends: Findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 143, 158–166. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.07.019>.
- xi Reid, J. L., Hammond, D., Boudreau, C., Fong, G. T., Siahpush, M., & ITC Collaboration. (2010). Socioeconomic disparities in quit intentions, quit attempts, and smoking abstinence among smokers in four western countries: Findings from the International Tobacco Control Four Country Survey. *Nicotine & Tobacco Research: Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 12 Suppl(Suppl 1), S20-33. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntq051>.
- xii Gagné, T., Lapalme, J., Ghenadenik, A. E., O'Loughlin, J. L., & Frohlich, K. (2021). Socioeconomic inequalities in secondhand smoke exposure before, during and after implementation of Quebec's 2015 'An Act to Bolster Tobacco Control'. *Tobacco Control*, 30(e2), e128–e137. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2020-056010>.
- xiii *Children whose parents smoke are 4 times as likely to take up smoking themselves.* (2021, 十二月 28). [Press release]. GOV.UK, Department of Health and Social Care. <https://www.gov.uk/government/news/children-whose-parents-smoke-are-four-times-as-likely-to-take-up-smoking-themselves>.
- xiv Belvin, C., Britton, J., Holmes, J., & Langley, T. (2015). Parental smoking and child poverty in the UK: An analysis of national survey data. *BMC Public Health*, 15(1), 507. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1797-z>.
- xv *The cost of smoking to the social care system.* (2021). Action on Smoking and Health (ASH). <https://ash.org.uk/uploads/SocialCare.pdf?v=1647953369>.
- xvi Royal Society of Public Health. (2015, 八月 13). *Nicotine “no more harmful to health than caffeine”.* <https://www.rsph.org.uk/about-us/news/nicotine--no-more-harmful-to-health-than-caffeine-.html?s=03>.
- xvii Winterer, 2010.
- xviii Marmot, M., Goldblatt, P., & Allen, J. (2010). *Fair Society Healthy Lives (The Marmot Review)* [Strategic review of health inequalities in England post-2010]. Institute of Health Equity. <https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>.
- xix *Quit tobacco to be a winner.* (2021, 五月 19). [Commentaries]. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/quit-tobacco-to-be-a-winner>.
- xx *Very brief advice on smoking (VBA)+. 30 seconds to save a life.* (2021). National Centre for Smoking Cessation and Training. [https://www.ncscst.co.uk/publications/VBA\\_2021](https://www.ncscst.co.uk/publications/VBA_2021).
- xxi Stead, L. F., Buitrago, D., Preciado, N., Sanchez, G., Hartmann-Boyce, J., & Lancaster, T. (2013). Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000165.pub4>.