

臺灣菸害防制政策的性別分析：以女性吸菸為例

張 珏^{1,2,*} 張心潔¹

目標：有鑑於目前臺灣的「吸菸趨勢分期」屬於第二階段，為避免女性吸菸率在菸商加強行銷後如國際預估持續上升，需檢視我國菸害防制政策是否具備性別觀點，也符合聯合國所提「性別主流化」的策略。**方法：**以加拿大衛生署性別基礎方法分析我國菸害防制相關政策—以菸害防制法、菸品健康福利捐與孕婦吸菸為例。**結果：**我國目前菸害防制政策及實施過程較缺社會如何建構性別的觀點；也較缺乏具性別分析的相關研究；對女性會吸菸的動機與背後社會脈絡的理由在研究佐證方面有待著力；政策未將男性、女性、男孩、女孩都明列進去，只籠統以整體為對象，較少不同性別、年齡、階級與種族的分析。本研究發現制訂法令的群體並未完全瞭解性別主流化的概念，政策的擬定是否對男女公平或其意義缺乏深入考量，導致政策制訂或頒佈時可能對不同性別的均衡發展造成有意或無意的危害。**結論：**加強性別分析觀點的研究，以俾政策制訂的參考；同時也需加強探討性別刻板印象對男女吸菸的影響，明瞭媒體採用性別意涵作為手段誤導男女成為吸菸族的策略；加強民間團體尤其是婦女團體的參與菸害防制工作。(台灣衛誌 2006；25(2)：115-124)

關鍵詞：菸害防制政策、性別分析、女性吸菸

前 言

吸菸造成的社會問題與對健康的影響，已被全球和世界衛生組織(WHO, World Health Organization)重視[1-3]。婦女運動興起以前，傳統社會文化制度與健康領域對女性議題忽視已久，加上女性吸菸率相較於男性偏低，受到的關注較少，對女性吸菸現象的描述與遭受吸菸危害的完整研究報告並不多[3,4]。由於健康是近年來聯合國婦女大會提出推動的婦女議題之一，以及其行動綱領「性別主流化(gender mainstreaming)」的策略[5-8]，促使先進國家與WHO皆開始重視女性吸菸議題，

在原本專注於研究男性吸菸現象及發展相關介入計畫之外，強調各國必須了解女性吸菸現象，以及預防女性吸菸率上升的重要性。

WHO在2001年底正式出版「二十一世紀的挑戰—女性與吸菸現象」[1]，提供世界各國女性吸菸的盛行率分布以及吸菸原因，並找出減少女性吸菸的策略。目前全世界約有兩億五千萬的女性吸菸人口(每日吸菸者)，已開發與開發中國家女性吸菸率分別是22%與9%，東南亞地區的女性則使用其他種類的菸草[2]。在反菸運動半世紀的努力之下，已開發國家的女性吸菸率正在下降，例如澳洲、加拿大、英國與美國，女性吸菸率下降的速度則較男性緩慢。相對地，開發中與經濟快速成長的國家，其女性吸菸率卻開始上升，以日本與新加坡的年輕女性上升情形特別顯著[2-3]。WHO因此對於原本低吸菸率的亞洲國家提出警告，可能因菸商將菸品促銷到經濟正開發地區，提昇女性的吸菸機會，導致女性健康被影響[1]。WHO更進一步於

¹ 國立臺灣大學公共衛生學院衛生政策與管理研究所

² 國立臺灣大學人口與性別研究中心婦女研究室

* 通訊作者：張珏

聯絡地址：100臺北市徐州路17號

E-mail: chueh@ha.mc.ntu.edu.tw

投稿日期：93年12月21日

接受日期：95年2月15日

2003年12月提出「性別、健康與吸菸」的事實報導(fact sheet)，指出「社會性別(gender)」意謂著不同性別在其出生時即背負了文化賦予不同性別角色與規範，提供了不同性別可能產生不同菸品使用模式的「社會建構性別的觀點」之解釋[3]。參考歐美經驗，學者提出可供不同國家預估未來吸菸發展參考之「吸菸趨勢分期」—吸菸盛行率四階段模式[3]。四階段中男女兩性吸菸情形分別如下：男性吸菸率低於20%、女性極低；男性高吸菸率，超越50%、上升中的女性吸菸率；男性吸菸率驟降、女性緩降；最後則是兩性吸菸率持續下降，然而因吸菸死亡之人數於此階段卻因前面的累積吸菸人口，而達到因吸菸相關疾病致死或罹病率的最高峰。有鑑於菸害問題已成為全球公共衛生最大的挑戰，全球菸草防制公約 (Framework Convention on Tobacco Control, FCTC)已於2005年2月27日正式生效[9]。

FCTC是臺灣過去兩年亟欲修改菸害防制相關條例之修法依據，該法前言即表達對世界婦女與年輕女性吸菸及其他形式菸草消費的增加感到震驚，並提及婦女必須參與和實踐各級政策的決定，國家應及時採取針對性別的菸害防制的策略。聯合國於1979年開始推動各國連署通過的「消除對女性一切形式歧視公約」(Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women)，至1999年為止已有163個國家正式批准，願意在聯合國的協助下致力於公約的落實[10]。該公約亦與其他全球人權相關公約做連結，特別強調各國必須以性別敏感的觀點來協助FCTC，共同推動女性健康作為一種基本人權的宗旨。

我國的菸害防制法與相關條例已於1997年公佈實施，根據臺灣以往幾次大規模調查發現，男性吸菸率由1994、1999、2001至2004年分別為55.6%、47.29%、46.5%、45.9%，呈現緩慢下降的趨勢；女性始終維持在5%上下，2004年則為6.2%，有緩慢上升的跡象[11-13]。根據2001年與2002的國民健康調查，全國女性吸菸率由4.1%上升到5.8%，其中15-19歲女性吸菸率由2.8%上升至5.1%，

20-24歲則由4.2%上升到9.7%，年輕女性吸菸成長率偏高[12]，未來是否會如「四階段模式」所預期持續上升到高峰，政策面有何預防性的回應，格外值得關心。葉金川等學者提出「菸害防制政策建議書」中曾提及實施預防女性吸菸方案的重要性[14]，卻未見法令修改方向的轉變與落實，因此如何藉由制定切合時宜且合乎不同性別、種族與階級需求的政策，加以適時的監測與評估，是反菸運動能否持續拓展的重點。此外，臺灣近年來積極爭取加入WHO，並且在各國呼應全球菸草防制公約之時不落人後，亦針對其內容提出修法建議，目前當然也需回應UN與WHO其性別分析的策略，讓我們在積極參與國際合作的同時，亦使國內菸害防制的環境更加完整。

相較於缺乏性別思維的菸害防制，菸草公司自1928年起便覺察到性別差異的重要，使用許多與身體意象與性別意識有關的技巧，透過媒體對兩性行銷，目標放在吸菸率偏低的女性，帶來全球女性吸菸率的成長[1]；可見若制訂相關政策時未具性別意識，以性別盲的菸害防制工作對抗性別敏感的菸商行銷策略，將導致更多人受害。

有鑑於此，聯合國提出「性別主流化」的策略，要求各國在制定政策與評估時需要將性別視野加入，亦即政策制訂過程需要考量男女性別個別的需求，兩性共同參與政策決定、規劃、評估，包括各階層、地方、中央與全球，是一個多元、多向、互動的過程[5-8]；在婦女健康推動上亦是一樣的主張[8]。Abdullah[15]指出，阻礙婦女獲得健康及健康權的最大因子，乃是文化和社會對婦女的偏差態度，使得她們無法如男性一般公平的取得健康資訊、教育與服務，甚至是政府對資源的不恰當分配。因此聯合國自1995年起步但積極推動性別主流化的概念與策略，亦提出性別分析與婦女健康的各種模式，如哈佛模式、充權模式等，不同分析模式各有其優缺點[16]。而先進國家如加拿大[17]甚至發展中國家如越南[18]，都積極提出政策中的性別分析：加拿大衛生部婦女健康司不只於2003年對聯合國發展的性別分析方法提出改

善方針，同時特別針對婦女健康融入整體健康政策的分析加入例證，對政策制訂或計畫發展過程進行性別基礎分析，以增進我們對於性別作為健康決定因素、並與其他決定因素互動的理解，同時也可瞭解如何設計、實施性別敏感度政策和計畫的有效性[17]。

材料與方法

本研究採用加拿大衛生署提出的性別基礎分析(Gender Based Analysis, GBA)方法[17]，以年代最近的分析方法檢視臺灣的菸害防制相關政策，包括菸害防制法、菸品健康福利捐與禁止孕婦吸菸。

分析依據則為性別基礎方法政策分析的內容[17]，選取臺灣相關政策與推動現況，嘗試由三大方檢視，包括：找出並定義政策議題、定義目標和結果、從事研究與諮詢。最後再進行整體性的歸納。為方便閱讀分析時的連結，將分析依據的內容詳述於結果的次標題之下。

資料來源

本研究所分析之文件檔案來源有：政府公佈的「菸害防制法」、「菸品健康福利捐」相關條例，與立法禁止孕婦吸菸相關資料及新聞報導。

結 果

一、找出並定義政策議題

分析依據[17]包括：「1.是否正確定義議題或問題？2.是健康的問題嗎？如果是，問題將用哪些方法去瞭解大眾健康？3.誰定義了這個問題？為什麼定義？4.什麼證據來支持這個問題的架構？5.問題能廣泛的描述來反映女性和男性或女孩和男孩的需要了嗎？」

上述問題是政策分析最首要的提問，當法源依據成為反菸運動的重要基礎，更應釐清議題是否被明確地設定與定義，畢竟政策議題設定是由複雜的概念與價值所決定的，可能隱藏著情緒與意識型態。總則中，以「維護國民健康」將菸害定義為健康問題，卻未提

出對性別差異的考量，在健康危害的研究與宣導上，多以男性好發的肺炎、肺癌、支氣管炎為主，對女性的影響較少被提出，無法全面性地支持問題的架構與描述需要。菸害防制法第三章強調少年及兒童吸菸行為之禁止，卻未保護其免於受到二手菸危害的權利，對於二手菸是否帶給男性與女性或男女孩童不同程度的身體危害，以及其傷害心智發展的嚴重性，一般民眾並未清楚地被告知，因此無法廣泛反映出男性與女性或男女孩童的需要。

1. 菸酒稅法與菸酒健康福利捐

2000年3月，臺灣通過菸酒稅法，決議於2002年臺灣加入世界貿易組織的同時，廢除菸酒專賣制度，明文規定每包香菸加徵五元菸品健康福利捐。1998年學者[19]根據臺灣資料推算我國香菸的需求價格彈性，指出調漲菸價是有助於推動菸害防制工作的重要政策，文中分析不同年齡、性別與教育程度的吸菸率差異，卻未繼續分析其香菸的需求價格彈性對女性的影響。2003年的電話訪問中顯示，女性對提高菸稅的態度比男性更支持[20]，然而，最新的臺灣研究[21]則發現女性吸菸與實施菸稅以前雷同，調漲菸價對我國男性的香菸消費量有較為顯著的影響，與國外研究相呼應[1,22]。以上證據顯示菸品健康捐對降低我國女性吸菸率的影響不大，亦可能加深對於貧窮女性吸菸者的剝奪，政策是否能夠提出適當的回應，才是學者與社會大眾關心的焦點。

2. 立法禁止懷孕婦女吸菸

2004年五月衛生署提議要立法禁止懷孕婦女抽菸[23]，並於2005年三月於修法草案中明文規定孕婦不得吸菸，一旦抽菸被糾舉，將被處以一萬元以上、五萬以下的罰鍰，至於販售或提供菸品給孕婦的人，也得面臨相同的罰鍰[24]。禁止孕婦吸菸的理由是會影響胎兒健康發育，寶寶出生後猝死的機率也較高，為了確保胎兒的健康權而立法禁止。表面似乎合理，但以臺灣約四百五十萬的吸菸人口中，僅有不到5-10%是女性，而育齡婦女比例更少；在性別差異與原因探

討都缺乏下，貿然制訂規範，反應出衛生署推行健康政策時對性別政治的不了解。懷孕婦女與胎兒也同時受到以男性吸菸者為主的二手菸危害，雖然一手菸比二手菸的健康風險較高，孕婦吸菸對胎兒健康的危害也相當顯著，但禁止懷孕婦女抽菸所能保護新生兒的程度在我國是有限的，婦女與兒童在家庭、職場與公共空間繼續受到香菸的危害——以男性吸菸者為主的危害。這也導致許多不吸菸的婦女罹患肺腺癌比率偏高，常吸二手菸的婦女罹患肺癌的危險性是不常吸二手菸之婦女的5至6倍[1]。臺灣已有研究[25]指出母親抽菸者嬰兒低出生體重危險性較高，但統計檢驗上抽菸者與不抽菸者比較並不顯著；但是二手煙暴露量愈高，產出低出生體重嬰兒之機會隨之增加，特別是配偶每日菸量多於21支者有顯著較高之危險性，可見母親抽菸有增加嬰兒低出生體重之可能性，而高強度之二手菸暴露更應列為需要政策關注的危險問題。因此，目前衛生署在倡導無菸家庭，希望協助婦女與兒童免於二手菸害，需要更多具備性別觀點的政策來支持。

二、定義目標和結果

分析依據[17]包括「1.就政策而論政府的目標是什麼？2.從政策中預期的健康結果是什麼？成功的指標是什麼？策略/計畫預期誰會獲益？3.如何分辨議題或者問題不同的影響於男性和女性（以及男孩和女孩）甚或族群，例如做政策或計劃的目標是否已有假設兩性在社會中的角色？4.政策是否能公平公正的關注到不同性別與群體？5.需要更多資訊來對政策或計劃做完整的分析嗎？」

以「菸害防制法」條文而言，政府將吸菸問題視為一個可以藉由限制與規範達到目標的社會失序現象，以菸品在過去社會曾被視為男性身分地位的象徵，到現在需要動員全國群起反之，並未考慮到其深刻的文化意涵，當然也沒有關注菸品在女性地位逐漸上升的社會中，扮演的角色也在轉變，早已無法用同一種誘因來鼓勵戒菸與預防吸菸。根據葉金川等學者提出的「菸害防制政策建議書」[14]中，對於降低兩性吸菸率提出2006年

欲達成的具體目標：男性由1999年的47.29%降至36%、女性則由1999年的5.23%降至5%，由吸菸率的降低是否代表政策絕對成功，需要更多資料佐證。在吸菸率改變的背後，所代表不同年齡、性別、教育程度與職業的民眾，無法得知其身心健康受益情形。強制規範有無帶來特定族群更嚴重的生活剝奪、戒菸訊息是否能夠散播到臺灣社會的所有角落，都需檢視。以提高「菸品健康福利捐」的政策為例，以低收入族群對於菸品價格的需求彈性較高的研究結果[19]，希望可以藉此降低其吸菸率，卻未檢視或預測可能的負面效果，例如為了買菸而花費較少的錢在食物等生活必需品，甚至因此減少子女的教育經費等後果。

再者，臺灣過去較缺乏具備可比較性與代表性之大型調查，由不同單位針對不同族群的女性進行的吸菸率調查落差很大，例如董氏基金會自民國七十八年至八十九年調查臺灣成年女性吸菸率，結果分布於7%-11% [26]，皆高於全國大型調查與學術研究之數據2.6%-5.23% [27-29]，因為取樣或方法上的差異，無法準確推估正確的女性吸菸率，導致研究者與一般大眾對女性吸菸議題與現象的不重視，需要更多資訊以進行更完整的分析。目前國民健康局與國際合作進行青少年菸害趨勢分析的調查[13]，呈現開始對性別區隔數據和原因分析的取向。

三、從事研究與諮詢：

分析依據[17]包括「1.收集複雜的證據包括在研究過程中男性和女性的需要。2.收集量化與質化的資料，質化的研究是可以補充與活化量化的研究從而加強決策的基礎。3.廣納不同對象參與規劃與建議。」

從事研究與諮詢的目的，在於欲使用一連串的證據來建立完整的計劃方案和有效的政策。以研究層面來看，自1988至2002年，由行政院衛生署網站上公布補助各研究單位進行菸害防制相關計劃共有48個[30]，由其主題分析，可以發現主題多為菸害之流行病學研究、行為調查、經濟評估、推動戒菸實務工作等層面，研究範圍分布於了解吸菸原

因(或危險族群)、引起吸菸的相關因素、因吸菸導致特定疾病之危險因子比率等等；在如何減少吸菸方面著力的研究數量偏低，且較少從深層認知因素或心理層次去了解，而性別因素在這些研究中只是一個人口變項，並未深入分析其源由，亦以吸菸女性比率很低，無法單獨分析為理由，而不做這方面探討[31]。以林氏於83年進行之「吸菸對健康危害之長期社區流行病學研究」為例，研究者比較不同性別之吸菸因素，指出女性吸菸與男性不同處在於離婚、情緒(樂觀、急性子、外向)、有喝咖啡習慣等因素[32]，但沒有繼續以社會性別觀點對前述因子加以分析，也就是哪些社會特質建構導致前述因素的形成，才能真正改善問題，反映出缺少社會流行病學的視野[33]。

由於無法收集到歷年來菸害防制政策討論的會議記錄與參與成員名單，只能由政策去瞭解是否廣納不同對象參與規劃，檢視目前較積極倡導婦女健康的團體如女人連線、婦女新知等則發現在其網站上很少提及菸害與女性關係，也經由電話確認，瞭解她們並沒有被邀請參與菸害防治規劃中，顯示具備「性別概念」的委員並非防制規劃的重點。在引用研究佐證法令制訂的依據時，即使指明是與女性相關的研究，只提及吸菸對懷孕婦女的影响，而未鼓勵研究女性吸菸其配偶或男性吸菸對胎兒影响等社會因素。即使指明是與女性相關的研究，只提及吸菸對懷孕婦女的影响。2004年衛生署補助進行之12個研究計劃當中，就網站公告清單[30]上可發現與女性相關的研究依然停留在「產前家訪或電話諮詢對孕期戒菸與母嬰健康的成效評估」或「互動式孕產婦及新生兒拒菸衛教媒體之研發與測試」等層面；即使部分研究已開始採用並評估介入方案，但引起母親吸菸原因與戒菸需求分析的研究，以及因社會建構導致性別表現對女性的傷害等研究則仍未見[30]。而菸害防制界定女性以生殖功能為主，似乎也是該政策看待女性的方式。

探討2004年以前的文獻，相關研究涵蓋性別意識的質性分析只有林紡而[34]和張碧真[35]的兩篇，無法用多元交叉分析深入瞭

解女性吸菸的背後成因，則遑論制訂政策的有效性。該研究則發現女性吸菸的刻板印象已逐漸從「不良婦女」轉變為「新都會女子」的新形象，而吸菸女性也以這樣的形象為邁向目標，這樣的過程可能主要導因於菸商廣告及媒體的推動，這是掉入另一種新的父權凝視，反而和女性意識提高的關連性不大[34]。對如此的結果，並不見防制策略的加強。

九十一年具全國代表性的國民健康調查[27]中，提供了臺灣女性吸菸偏好淡菸、菸害資訊普遍不足、女性吸菸動機多為情緒因素、以及都市化程度越低，女性在家遭受二手菸害的程度越高等重要訊息，當中隱含著菸商針對不同地區與教育程度的女性進行區隔行銷的後果，並可得知許多女性因為缺乏紓壓管道而以吸菸舒緩情緒的現況，以及都市化程度較低的女性，在家的健康權(不吸到二手菸的權利)未被男性配偶或長輩重視的不平等現象。上述調查結果都是未來預防女性吸菸率上升非常重要的切入點，需要更多質化研究深入了解，亦需在都市化程度較低的地區，加強提供女性在家拒絕二手菸的技巧與諮詢服務。

四、整體考量

政策整體性提出五點考量[17]：「1.政策中是否將男、女、男孩、女孩都包含進去？2.進一步了解不同族群時，是否也進行男女和孩童的分析？3.衡量過程中，男女是否公平、有意義的被提出？並分析其受問題的影響程度？4.在分析中是否發現有意或無意發展下的結果？5.有無其他社會、政治與經濟現實被考量？」

根據上述五點，本研究整體分析結果如下：我國政策未明列將男、女、男孩、女孩都包含進去，只籠統以整體為對象；也較少進一步了解不同族群，是否也關注到對男性女性以及男孩女孩的分析。此外在衡量過程中，也未對政策的擬定是否對男女公平或其意義深入考量。即使已有實證研究指出吸菸婦女對胎兒影響和二手菸環境對胎兒影響未達統計上意義，但是公佈對孕婦戒菸的法令

並未注意到配偶的二手菸，或環境中的男性吸菸所造成的二手菸才是其影響的因素。本研究在分析中發現制訂法令的群體並不瞭解性別主流化的概念，導致政策制訂或頒佈時有意或無意傷害到性別的發展；同時大筆經費投入「無菸家庭」、「無菸餐廳」、「無菸學校」等，其成效對孕婦影響可能更大，討論卻未提及任何解決方法，未對其他社會、政治與經濟現實考量。

討 論

本研究目的在於以性別分析檢視菸害防制相關政策，同時指出在菸害政策之外，臺灣在制定其他健康政策前，亦應先有性別需求研究，或既有的政策進行性別分析。國家政策形成過程，應從一基本原則開始，進而確定宗旨(找出並定義政策議題)、發現並定義問題、選擇優先次序、目標、再發展策略、實行與監測和評估[36]。以菸害防治政策而言，雖然葉金川等學者提出「菸害防制政策建議書」中曾提及實施預防女性吸菸方案的重要性[14]，而臺灣在法令修改方向卻變相懲罰懷孕女性，與找出政策議題和定義目標等的歷程，差距甚大，這也是國家政策需要性別分析的原因。希望在定義政策前即能先有性別分析的依據，若事先沒有相關處理，至少亦需對既有政策進行性別分析，以俾策勵未來[17]。

「性別主流化」在聯合國與世界各地而言不是一個新名詞，對臺灣卻是全新概念，婦女健康研究學者張珏等，在1999年將此理念由聯合國帶回[8]，並嘗試進行政策檢視[37]，行政院婦女權益促進委員會亦因臺灣進入WTO與APEC而開始推動性別主流化的工作[38]，本研究即致力於與該理念相呼應，提出如何先有「性別分析」政策的檢視。目前以性別分析來檢視菸害防制相關政策是否對女性吸菸防制有所關注，以此為實證依據予政策制訂的參考(evidence base to policy making)。

由於「性別主流化」策略可以用在方案、研究或政策制訂，本研究只直接將制訂政策

時需要的幾個面向，包括找出並定義政策議題、定義目標和結果、是否有研究與諮詢參考等作為初步分析內容。也發現資料無法收集完全，只能就可及的文獻或網上公告的政府研究題目等進行初步瞭解，是本研究的侷限性。而加拿大的性別基礎分析還包括政府各部會間或機構間的溝通協調，或是評估結果，因為單就本研究提出的四個分析面相若未能滿足，缺少對女性的菸害防制政策，則無法就政策評估之。

長久以來，我國政策制訂方面較忽視女性處境，對新興的婦女研究或女性主義學理依據沒有完全理解[8,37]，若以清晰的性別分析方法作為依據，足以檢視政策制訂過程中是否具備性別視野，以及關注社會文化是否理所當然認定女性角色而予以規範，或忽視其參與的機會及需求[3-5,17]。由以上分析中發現，目前臺灣的實證資料普遍缺乏對性別刻板印象的探討，往往只在區分兩性有不同吸菸情形後便結束研究，並未真正對造成男女吸菸的因素，特別未從社會建構之物理環境影響去深入瞭解。研究者因為較缺少性別視野，所以在分析資料時即使其調查內容有這些變項也未注意，例如佐證懷孕婦女受二手菸影響，也可分析懷孕婦女接觸的環境是否為二手菸密集處，其配偶是否抽菸？即使研究已經實證出現[25]，但是政府決定孕婦不吸菸法令，卻仍執意執行，未重視法案疏忽，仍以單一原因處理之，亦未處理孕婦所處的環境(配偶、家人、社區)是否能達到完全沒有二手菸害的權力問題。孕婦是否被男性影響吸菸？除了吸菸，孕婦有無其他選擇？有更多與社會性別相關之問題等待釐清。長期關心女性吸菸議題的英國學者Hillary Graham指出女性對菸稅敏感度較低，可能的解釋是女性將菸視為一個必需品或奢侈品[22]，視為必需品是用以因應壓力、母職與貧窮；奢侈品則是女性希望藉由吸菸，在生活中找到屬於自我的一小段時光與休息的空隙(time-out)。我國初步研究卻發現都會型女性吸菸率開始增加[34]，為何女性將吸菸視為抒解社會壓力、或增加自信、或是「善待自己」的方式？需要更多貼近吸菸者的研究來

解答問題。而關於保護胎兒健康權的做法，以英國威爾斯地區的政策[39]為例，將孕婦及其配偶是否戒菸視為重要指標，來決定是否提供生育補助及免費的新生兒醫療保險。國外已有不少實例或政策，可供我國參考。

如文前所述，假設臺灣吸菸盛行狀況符合國際四階段模式的推論，女性吸菸率正處於急速上升前期，此刻我國的確需要性別主流化策略融入所有公共部門與政策決策過程。也是回應UN與WHO對「社會性別(gender)」重視的是社會如何建構性別，一個不同性別的人在出生時即背負了不同的社會對性別角色的期許與規範，也提供了不同性別因為社會期許，而可能產生不同菸品使用的模式[3]。健康行為並非憑空出現，背後必定蘊含著不同文化社會脈絡下的性別、種族與階級規範、既定的健康信念與環境因素。然而，若對吸菸的社會文化起源缺乏足夠的關注，或只以醫療模式來進行發生吸菸後的戒菸方案，未加入社會心理因素的化解，則戒菸成效是侷限的[1-3,17]。

也有政府官員或學者提出，似乎未開發國家或保守父權的國家女性吸菸率非常低，因為社會文化認定吸菸是男性的權力，而女性吸菸則屬放任不規矩行為，因此認為目前女性吸菸提高，都是女性解放導致[1,4]。其實由本研究可以提出佐證，若連政府都未重視或不瞭解何謂社會建構性別(gender)，菸商又假借吸菸是女性成熟摩登的引誘和誤導女性吸菸[33]，其實是反映出大家對社會建構性別的不瞭解。而「性別主流化」對婦女研究而言，其理念係由七〇年代婦女運動，女性主義理論，影響聯合國，開展1975的「國際婦女年」以及1976-1985的「婦女十年」，提出「發展婦女」(women in development)的論點，卻發現婦女只是被福利救濟的邊緣化，因此又提出「婦女與發展」(women and development)，指出婦女在國家發展中扮演重要角色，爾後又進一步擴展到社會性別與發展(gender and development)，強調男女兩性需一起參與改善環境，祛除被社會建構對性別歧視的文化，同時聯合國又提出「性別主流化」的策略，要求各國在制定各種政策與評估時需要將社會

建構性別的視野加入；在婦女健康推動上亦是一樣的主張[8]。因此對我國而言，對社會建構性別的敏感度正屬啟蒙階段，只是一開始只以婦女為福利對象也是世界變遷必經歷程，需要更積極打破此迷失，進入婦女與發展以及社會性別與發展和「社會性別主流化」階段。

有鑑於此，我們不只需要更多研究來了解不同性別的吸菸文化，並且將社會如何建構性別的性別分析融入相關研究，也需要普及「性別平等教育」，讓婦女與女孩都能及早明瞭一個剝奪女性與性別不平等制度下的國家社會，才是導致當經濟提昇女性有能力買菸而被菸商誤導的問題。若提供分析的資料不足，在目前與未來國家健康議題規劃下，也需有系統的研究和女性當事人的參與，此外也應積極對各種既有政策進行雷同的性別分析。當政策能有性別視野時，在後續相關方案或研究計畫設計時，就較能針對性別間的權力結構提出解套方法，減少女性吸菸。性別觀點關注的是兩性平衡發展，針對不同性別、族群交叉分析，了解男女兩性對彼此吸菸的看法，分析研究結果所隱含之性別意涵，同時於其中找尋可協助兩性共同推動反菸運動之著力點，在彼此尊重的前提下，以互助協力的方式致力於降低男女彼此的吸菸率。同時，性別議題不應只以特別的計畫進行，更重要的是能融入所有主流政策的決策過程，就如同我們不僅要大眾健康政策(Public health policy)，也同時要所有的公共政策都健康(Healthy Public Policy)[40]。

由上述討論，可見目前缺乏具性別敏感度的觀點來協助制定菸害防制政策，就公共衛生的預防觀點而言，在研究與菸害政策制定的過程中融入性別思考，是刻不容緩的事。畢竟，我們需要的不只是瞭解社會如何建構性別的性別觀點，更應由性別分析發展到能夠以多元文化的觀點去了解不同性別、不同族群於不同的情境下之吸菸行為背後原因與需求，讓健康工作者與吸菸族群站在同一陣線，而不只是以健康危害或道德勸說的角度來推動菸害防制。另外，針對臺灣目前由行政院婦女權益促進委員會大力引進國際

貿易組織(WTO)與亞洲經濟貿易協會(APEC)所倡導的「性別影響評估」方案[38]，也希望其具備在政策形成之前先有性別分析的視野，才能有繼續探討性別影響評估的脈絡。

結論

經由國際趨勢的比較，國人吸菸狀態目前在WHO分析的第二階段，女性吸菸在菸商與媒體的促銷將會有攀升的趨勢，必須防範未然，盡快進行減少女性吸菸的策略與行動。此外菸害防制策略不但與各國文化社會息息相關，並且也是國際全球化的議題，許多防制策略涉及菸商跨國傾銷等，需要進一步尋求國際合作，或透過國際組織進一步規範。經由性別分析我國菸害防制政策與幾點討論，整合出以下四點結論：

1. 我國缺乏菸害防制政策的性別基礎分析。
2. 菸害防制政策擬定之前，並未具體對女性進行需求評估。
3. 各類吸菸相關研究中沒有將性別意識廣泛融入分析。
4. 已經頒布的部分菸害防制政策出現以男性中心的角度，可能會強化性別刻板印象。

我國在積極爭取加入WHO的同時，需要以行動實踐WHO提出的健康行動，落實FCTC之餘，也應回應聯合國從1995年第四屆世界婦女大會擬訂婦女健康行動綱領以來的長期努力，在各種基礎醫學與公共衛生研究上都加入性別分析，在資源分配上則必須考量性別的公平性問題[8]。

建議

我國目前在菸害防制上需要加強性別敏感度，大型問卷調查中需加入與性別刻板印象相關的問題以便納入分析，並鼓勵更多民間團體，特別是熟悉性別議題且關心兩性健康的婦女團體加入反菸行動，提出具性別敏感度的防制策略。此外也需持續推動「性別平等教育」，提升婦女與女孩解讀媒體資訊[1]。

在未雨綢繆的思考方向宜參考WHO[1]所建議之國家行動與全球共同策略，以達到全球菸草防制公約在地行動及國際結盟的目

的。在國家行動方面，強調(1)建立國家級的菸害防制委員會，並且設立專責女性菸害防制的部門。(2)增長非政府組織的權力，並給予足夠的經濟與科技支持，協助政府控制與監測女性吸菸發展現況。(3)立法規範菸草公司的行銷手法，協助女性不受促銷策略誘惑。(4)菸害防制計畫應該同時包含協助貧窮女性就業、提升經濟地位與相關人權促進方案，同時積極推動性別平等教育，發展全面性的計畫。

在全球策略方面則除要求WHO、聯合國與國際非政府組織應共同努力讓各國政府了解菸害防制的目標是要透過促進公共衛生體系邁向健全發展，以達到永續保存人類資源的宗旨。包括專家委員會世界銀行全球菸品使用的監測系統，都同時強調女性不吸菸的重要。並建立性別平等的專家團體來協助推動FCTC，解決推動過程中遭遇與性別議題相關的困難。

我國行政院早於1997年成立婦女權益促進委員會並成立基金會，目前也在積極推動婦女權益以及性別主流化於各部門，婦女健康與吸菸的議題不容忽視，並有待加強。

建議國內相關單位參考WHO的各項國家行動策略外，也應重視菸害防制策略不但與各國文化社會息息相關，並且是全球化的議題，許多防制政策涉及防止菸商傾銷等，需要更進一步尋求國際合作，或透過國際組織進一步規範。

致 謝

感謝國科會補助計劃(計劃編號NSC93-2621-Z-002-012)。

參考文獻

1. WHO. Women and the Tobacco Epidemic: Challenges for the 21st Century. Geneva: WHO, 2001.
2. WHO. The Tobacco Atlas. Geneva: WHO, 2002.
3. WHO. Fact Sheet on Gender, Health and Tobacco. Geneva: WHO, 2003.
4. Doyal L. What Makes Women Sick: Gender and the Political Economy of Health. London, UK: Macmill-

- an Press, 1995.
5. United Nation. Platform for Action and the Beijing Declaration. New York: UN, 1996.
 6. United Nations. Women and health mainstreaming the Gender Perspective into the Health Sector. Expert Group Meeting Report. New York: UN, 1998.
 7. United Nation. Gender Mainstreaming. New York: UN, 2002.
 8. 張珏：全球化趨勢與婦女健康。中華衛誌 2000；**19**：5-9。
 9. WHO. An international treaty for tobacco control. (cited 2004 Dec 20). Available from: URL: <http://www.who.int/features/2003/08/en/>
 10. United Nations. Division for the advancement of women. convention on the elimination of all forms of discrimination against women. (cited 2005 Apr 6). Available from: URL: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/>
 11. 陳富莉、李蘭：青少年菸品消費認同與吸菸行為之研究—以臺北縣某兩所高職學生為例。台灣衛誌 2004；**23**：59-70。
 12. 行政院衛生署國民健康局：臺灣菸害防制。台中：行政院衛生署國民健康局，2004。
 13. 行政院衛生署國民健康局：健康促進與菸害防制國際研討會。台中：行政院衛生署國民健康局，2005。
 14. 葉金川、蔡鶯鶯、李蘭等：菸害防制方案建議書。(引用2004/12/21)。URL: http://health99.doh.gov.tw/tobacco/l_main08.htm
 15. Abdullah R. Women's rights to health. Arrows for Change 1997;**3**:1-2.
 16. WHO. Gender Analysis in Health: A Review of Selected Tools. Geneva: WHO, 2002.
 17. Women's Health Bureau. Exploring concept of gender and health. Health Canada. Ottawa, Canada: Health Canada, 2003.
 18. National Committee for the Advancement of women in Viet Nam. Towards Gender Equality in Viet Nam: Through Gender-Responsive National Policy and Planning. Hanoi: National Committee for the Advancement of Women, 2004.
 19. 徐茂炫、謝啓瑞：菸需、菸稅與反菸：實證文獻回顧與與台灣個案。人文及社會科學集刊 1999；**3**：301-34。
 20. Lee JM, Hwang TC, Ye CY, Chen SH. The effect of cigarette price increase on the cigarette consumption in Taiwan: evidence from the National Health Interview Surveys on cigarette consumption. BMC Public Health 2004;**4**:61.
 21. Tsai YW, Yen LL, Yang CL, Chen PF. Public opinion regarding earmarked cigarette tax in Taiwan. BMC Public Health 2003;**3**:42.
 22. Graham H, Der G. Patterns and predictors of tobacco consumption among women. Health Educ Res 1999;**14**:611-8.
 23. 宋豪麟：孕婦擬禁吸菸—被取締須接受戒菸教育，違者罰鍰。聯合報A7版，2004/06/08。
 24. 李樹人：孕婦抽菸罰5萬？衛署開國際先例。聯合晚報A11版，2005/3/15。
 25. 陳培君、李中一、林瑞雄、宋鴻樟：婦女抽菸及二手煙暴露和低出生體重嬰兒。台灣衛誌 2002；**21**：321-8。
 26. 董氏基金會：吸菸率參考資料。(引用2004/10/20)。URL: <http://www.jtf.org.tw/JTF06/06-02.htm>
 27. 行政院衛生署國民健康局：民國九十一年國民健康促進知識、態度與行為調查(各縣市男、女性重要健康促進知識、態度與行為指標)。台北：行政院衛生署國民健康局，2003。
 28. 李蘭、潘伶燕、晏涵文、李隆安：臺灣地區成人之吸菸現況：盛行率與危險因子。中華衛誌 1994；**13**：371-80。
 29. 李蘭、潘伶燕：臺灣地區成人之吸菸率與吸菸行為：八十八年度之全國性調查。中華衛誌 2000；**19**：423-36。
 30. 行政院衛生署科技發展組：研究查詢，2004。URL: <http://science.doh.gov.tw/search/search.asp>
 31. 朱妙慧：臺灣地區成年男性物質使用行為的社會層級差異變遷。台北：國立臺灣大學衛生政策與管理研究所碩士論文，2003。
 32. 林瑞雄：吸菸對健康危害之長期社區流行病學研究。台北：行政院衛生署科技發展研究報告，1993。
 33. 胡幼慧：社會流行病學。初版。台北：巨流圖書，1991。
 34. 林紡而：臺北地區年輕女性吸菸行為之初探性研究。台北：國立臺灣大學衛生政策與管理研究所碩士論文，2002。
 35. 張碧真：以質性研究探討女性青少年的吸菸問題。台北：國立臺灣大學衛生政策與管理研究所國科會計畫論文，1999。
 36. 朱志宏：公共政策。修訂2版。台北：三民書局，1999；7-84。
 37. 張珏、陳芬苓：台灣婦女健康政策的性別分析。中華衛誌 2000；**19**：366-80。
 38. 財團法人婦女權益促進發展基金會：婦女健康權益報告書。台北：財團法人婦女權益促進發展基金會，2002；83-147。
 39. Tindle G, South Wales Echo. Smoking ban for IVF couples. (cited 2005 Apr 20). Available from: URL: <http://www.tobacco.org/news/191252.html>
 40. Labonte R. Social inequality and healthy public policy. Health Promot 1986;**1**:341-51.

Engendering tobacco control policy in Taiwan: the case of female smoking

CHUEH CHANG^{1,2,*}, HSIN-CHIEH CHANG¹

Objectives: Currently, Taiwan is in the second phase of the “four-stage model of tobacco epidemic” we need to examine the tobacco control policy from the gender perspective for two purposes. One is to prevent the female smoking rate from increasing by the marketing of the tobacco industry, the other is to respond to the concept of gender mainstreaming of the United Nations. **Methods:** We adopted Gender-Based Analysis from Health Canada. The Tobacco Hazards Prevention Act, Tobacco Health Tax, and the proposed pregnant women smoking prohibition regulation will be examined in this study. **Results:** Tobacco control policies in Taiwan now, lack gender perspective. Related research also need gender analysis. The motivation under the social context of female smoking has not been fully studied. The terms of women and men including girls and boys were not clearly listed in the policies, but were viewed as a whole instead. Furthermore, the policies also were not closely concerned with the diversity of sex, age, socioeconomic status and ethnicity. Our analysis observed that the policy-making groups did not completely comprehend the concept of gender mainstreaming, the fairness to different genders and the implications of policies were not well considered; it may consciously or unconsciously damage gender development. **Conclusions:** We should conduct more gender analysis on researches in order to provide reference to those policy makers. It is necessary to do gender education and to explore the effect of gender stereotypes on smoking, as well as to interpret the marketing strategies with gender awareness. Last, we should invite more NGOs and women’s organizations to join the tobacco control movement. (*Taiwan J Public Health*. 2006;**25**(2):115-124)

Key words: tobacco control policy, gender-based analysis, female smoking

¹ Institute of Health Policy and Management, College of Public Health, National Taiwan University, No. 17, Xu-Zhou Road, Taipei, Taiwan, R.O.C.

² Women’s Research Program, Population and Gender Studies Center, National Taiwan University, Taipei, Taiwan, R.O.C.

* Correspondence author. E-mail: chueh@ha.mc.ntu.edu.tw

Received: Dec 21, 2004 Accepted: Feb 15, 2006

