

بررسی فراوانی مصرف سیگار در کارکنان بیمارستانی و عوامل مرتبط با آن در یک بیمارستان عاری از دخانیات

میر سعید عطارچی^۱، مهدیه سادات رضایی^۲، سید محمد سیدمهدی^{۳*}، ترانه یزدانپرست^۴

- (۱) گروه پزشکی قانونی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان، رشت، ایران
- (۲) بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص)، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران
- (۳) مرکز تحقیقات بیماری‌های مزمن تنفسی، پژوهشکده سل و بیماری‌های ریوی، مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماری‌های ریوی بیمارستان دکتر مسیح دانشوری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران
- (۴) مرکز تحقیقات بیماری‌های تنفسی اطفال، پژوهشکده سل و بیماری‌های ریوی، مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماری‌های ریوی بیمارستان دکتر مسیح دانشوری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران

چکیده:

بر اساس آمارهای سازمان جهانی بهداشت، مصرف دخانیات دومین علت مرگ و چهارمین علت بیماری در جهان می‌باشد. بیمارستان‌ها تعهدات مهمی برای کاهش مصرف سیگار، هم از نظر ایجاد محیط‌های عاری از دخانیات و جلوگیری از آسیب افراد غیر سیگاری و هم از نظر تشویق افراد سیگاری به ترک مصرف آن دارند. این مطالعه یک مطالعه مقطعی می‌باشد که در سال ۱۳۹۲ در شهر تهران و در بیمارستان دکتر مسیح دانشوری انجام گردید. برای جمع آوری اطلاعات این مطالعه از پرسشنامه‌ای که توسط محققان مطالعه طراحی شده بود، استفاده شد. در مجموع ۳۴۷ نفر در این مطالعه شرکت نمودند. برای تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS استفاده شد و سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج این مطالعه نشان داد که ۱۰/۴٪ از شرکت کنندگان در مطالعه از دخانیات استفاده می‌کردند. جنسیت مذکر و درآمد مالی پایین‌تر از ۱/۳ میلیون تومان در ماه با مصرف سیگار ارتباط داشتند ($P < 0/05$) و سایر عوامل شامل شغل، سن، و تحصیلات ارتباط معنی‌داری با مصرف سیگار نداشتند ($P < 0/05$).

در مجموع نتایج این مطالعه نشان می‌دهد شیوع مصرف سیگار در پرسنل درمانی در این بیمارستان در مقایسه با مطالعات سایر کشورها کمتر است و اجرای سیاست بیمارستان عاری از دخانیات ممکن است در کاهش این روند نقش داشته باشد.

واژگان کلیدی: سیگار، بیمارستان، محیط کار عاری از دخانیات

* نویسنده مسئول:

دکتر سید محمد سیدمهدی، مرکز تحقیقات بیماری‌های مزمن تنفسی، پژوهشکده سل و بیماری‌های ریوی، بیمارستان دکتر مسیح دانشوری، دارآباد، نیاوران، تهران، ایران، کد پستی: ۱۹۵۶۹-۴۴۴۱۳، پست الکترونیک: mseyedmehdi@gmail.com

مقدمه:

سیگار کشیدن برای سیاست‌گذاران سلامت یک موضوع مهم و اساسی است [۲،۱]. بر اساس آمارهای سازمان جهانی بهداشت^۱ مصرف دخانیات دومین علت مرگ و چهارمین علت بیماری در جهان می‌باشد [۱] که در صورت ادامه‌ی روند کنونی تا سال ۲۰۲۰ موجب ۱۰ میلیون مرگ در سال خواهد شد [۲]. بیمارستان‌ها تعهدات مهمی برای کاهش مصرف سیگار، هم از نظر ایجاد محیط‌های عاری از دخانیات و جلوگیری از آسیب افراد غیر سیگاری و هم از نظر تشویق افراد سیگاری به ترک مصرف آن، دارند [۱]. از سوی دیگر استعمال سیگار توسط پرسنل بهداشتی درمانی تاثیر ویژه‌ای بر روی سلامت شغلی آنان دارد [۳]. به چند دلیل استعمال دخانیات توسط پرسنل بهداشتی و درمانی اهمیت دو چندان دارد. اولاً بیمارستان‌ها نقش مهمی در کمک به ترک مصرف سیگار دارند و پیش زمینه مهم این موضوع عدم استفاده پرسنل آن از دخانیات می‌باشد. ثانیاً پزشکان نقش رهبری فعالیت‌های پیشگیرانه از مصرف سیگار در جامعه را دارند و از سوی دیگر نقش کلیدی در تهیه سیاست‌های بهداشتی و سلامتی کلی ایفا می‌نمایند. همچنین پزشکان در خط مقدم ترک مصرف سیگار در جامعه هستند [۲]. از طرف دیگر جامعه و همکاران به پزشکان بعنوان مثال و الگو نگاه می‌کنند [۲]. با توجه به دلایل ذکر شده در حقیقت مطب پزشکان و بیمارستان‌ها باید الگویی از فضای عاری از دخانیات باشد [۴].

بر اساس آمارهای سازمان بین‌المللی کار^۲ ارتقای محیط‌های عاری از دخانیات یک جز کلیدی هر محیط کار سالم و ایمن می‌باشد [۳]. اگرچه مضرات سیگار به خوبی شناخته شده است، پزشکان همیشه الگوی مناسبی برای بیماران نیستند [۵] زیرا خود در مواردی مصرف کننده دخانیات می‌باشند. نکته دیگری که در مورد بیمارستان‌ها باید مد نظر قرار داد این است که بررسی سیاست عاری از دخانیات از این جهت که این سیاستها در سطح جامعه بصورت بالقوه چقدر موثر است اهمیت دارد [۲].

مواجهه دست دوم با سیگار برای سلامت کسانی که با آن مواجهند، مضر می‌باشد [۷،۶]. هدف سیاست عاری از دخانیات حفاظت افراد جامعه از راه کاهش مواجهه با دود سیگار محیطی^۳ می‌باشد و دستورالعمل‌های سازمان جهانی بهداشت تاکید می‌نماید که این سیاستها تنها زمانی که با الزام مناسب و کامل اجرا شوند، موثر خواهند بود [۸]. ایجاد سیاست محیط صد در صد عاری از دخانیات که توسط سازمان جهانی بهداشت پیشنهاد شده است برای کاهش اثرات زیانبار سیگار ضروری است [۹]. از طرف دیگر اجرای سیاست‌های محیط عاری از دخانیات آسان نیست و نیاز به استقامت و مداومت دارد [۱۰]. پذیرش و حمایت عمومی و همین طور تعهد و مداومت مدیریتی برای اجرای آن ضروری است [۱۰].

نشان داده شده است که سیاست‌های کنترل سیگار در بیمارستان‌ها به کاهش شیوع مصرف سیگار کمک می‌کند [۱۲،۱۱،۹]. همین‌طور ایجاد محیط‌های عاری از دخانیات نه تنها از افراد غیرسیگاری محافظت می‌کند بلکه سیگاری‌ها را هم به ترک سیگار تشویق می‌نماید [۱۴،۱۳].

بیمارستان‌ها به عنوان محل کار اقشار مختلف، منعکس کننده‌ی جامعه از نظر وضعیت اجتماعی اقتصادی هستند و اثر سیاست‌های کنترل دخانیات و میزان پذیرش سیاست‌های محیط عاری از دخانیات را می‌توان در آنها مورد مطالعه قرار داد [۲۶،۲۵،۵]. این مطالعات می‌توانند به عنوان راهنمایی برای اجرای این سیاست در سطوح گسترده‌تر مورد استفاده قرار گیرد [۱۵].

اطلاعات در مورد شیوع مصرف سیگار در پرسنل بیمارستانی ناچیز است [۱۶]. با این حال مطالعات موجود، شیوع آن را در پرسنل بیمارستانی بالا نشان می‌دهد [۱۷]. بر همین اساس محققان این مطالعه بر آن شدند شیوع و مصرف سیگار را در یک بیمارستان آموزشی که در آن سیاست محیط عاری از دخانیات چند سال است اجرا می‌شود مورد بررسی قرار دهند.

مواد و روش‌ها:

این مطالعه یک مطالعه مقطعی بود که در سال ۱۳۹۲ در شهر تهران و در بیمارستان دکتر مسیح دانشوری وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام شد.

¹ World Health Organization

² International Labor Organization

³ EST

جدول ۱- اطلاعات دموگرافیک شرکت کنندگان در مطالعه

محدوده	انحراف معیار	میانگین	مردان
۴۰	۷/۴۴	۳۳/۹۶	سن
۲۴/۴۸	۶/۵۸	۲۵/۵۶	BMI (کیلوگرم بر متر مربع)
۸/۵۰	۰/۵۱	۱/۳۰	درآمد (به میلیون تومان)

۳/۸۹ ± ۲۱/۲۱ سال بود. میانگین میزان مصرف سیگار در سیگاری‌ها ۵/۶۱ ± ۵/۴۷ پاکت سال بود. در پاسخ به این سوال که اولین بار به چه دلیلی سیگار کشیدید تنها ۱۲ نفر (۳۳٪) پاسخ داده بودند که از میان آنها ۸ نفر (۶۷٪) تفریح را عامل شروع مصرف ذکر نموده بودند. ۲ نفر (۱۷٪) تعارف دوستان، یک نفر سرباز شدن و یک نفر هم مشکلات زندگی را علت شروع سیگار ذکر نمودند. میانگین میزان مصرف سیگار در محل کار ۴/۵ ± ۶ نخ و میانگین میزان مصرف سیگار در منزل و یا سایر محل‌ها ۱/۲۶ ± ۱۴/۹۳ نخ بود.

از میان گروه سیگاری مورد مطالعه، ۳۱ نفر (۸۶/۱٪) به ترک سیگار فکر کرده بودند و ۲۲ نفر (۶۱/۱٪) حداقل یک بار به ترک سیگار اقدام نموده بودند. در پاسخ به این سوال که آیا در خانواده شما شخص دیگری هم سیگار می‌کشد؟ ۱۷ نفر (۴۷/۲٪) پاسخ بله و ۱۹ نفر (۵۲/۸٪) پاسخ خیر را انتخاب نموده بودند. در پاسخ به این سوال که آیا در منزل همسر یا سایر اعضای خانواده شما علیه مصرف سیگار با شما بحث می‌کنند؟ ۲۴ نفر پاسخ بله (۶۶/۷٪) و ۱۲ نفر (۳۳/۳٪) گزینه خیر را انتخاب نموده بودند.

در پاسخ به این سوال که چند نفر از همکاران شما سیگاری می‌باشند؟ ۸ نفر (۲۲/۲٪) کمتر از ۳ نفر، ۳ نفر (۸/۳٪) ۳ تا ۵ نفر و ۲۵ نفر (۶۹/۵٪) گزینه بیش از ۵ نفر را انتخاب نموده بودند.

سایر مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان در مطالعه در جدول ۱ آورده شده است.

۱۶۱ نفر (۴۶/۶٪) از شرکت کنندگان در مطالعه مرد و ۱۸۶ نفر (۵۳/۶٪) زن بودند. ۱۶۳ نفر از شرکت کنندگان در مطالعه (۴۷٪) تحصیلات کمتر از لیسانس و ۱۸۴ نفر (۸۶٪) تحصیلات لیسانس و بالاتر داشتند.

بر حسب محل خدمت افراد به ۴ گروه تقسیم بندی شدند: (۱) خدمات (۲) اداری (۳) پرستاری، هوشبری، کمک پرستاری، رادیولوژی... (۴) سایر مشاغل نظیر

الف) پرسشنامه: پیش از شروع مطالعه، پرسشنامه‌ای توسط محققان طرح طراحی گردید. برای اینکار ابتدا مطالعات و بررسی مقالات انجام شد. با استفاده از پرسشنامه‌های مختلف و بررسی مقالات علمی در نهایت پرسشنامه طراحی شد. پرسشنامه شامل اطلاعات دموگرافیک و فردی، وضعیت سیگار کشیدن، تعداد سیگارهای مصرفی در روز و تعداد سال‌های سیگار کشیدن بود. هنگام تحلیل داده‌ها کسانی که قبلاً دخانیات استفاده می‌کردند و ترک کرده بودند در گروه غیرسیگاری در نظر گرفته شدند.

ب) جمعیت مورد مطالعه: جامعه پژوهش در این مطالعه حدود ۱۱۰۰ نفر بود. جهت انجام مطالعه لیست پرسنل بیمارستان تهیه شد. با وجود آنکه حجم نمونه به تعداد حداقل ۳۰۰ نفر محاسبه شده بود پرسشنامه به ۴۰۰ نفر از پرسنل بیمارستان داده شد. در نهایت پس از جمع‌آوری کلیه پرسشنامه‌ها، ۳۴۷ پرسشنامه کامل از مجموع ۴۰۰ پرسشنامه توزیع شده، جمع‌آوری شد. شرط ورود به مطالعه داشتن رضایت شرکت در مطالعه بود. این طرح در کمیته اخلاق بیمارستان دکتر مسیح دانشوری مورد تصویب قرار گرفت.

ج) تجزیه و تحلیل داده‌ها: برای آنالیز و مقایسه متغیرهای کیفی از تست کای مربع و متغیرهای کمی از تست تی^۱ استفاده شد. برای بررسی دقیق‌تر عوامل مرتبط با مصرف سیگار از آنالیز رگرسیون لجستیک استفاده گردید. در تمام آزمون‌ها سطح معنی‌داری معادل ۰/۰۵ و فاصله اطمینان برابر با ۰/۹۵ در نظر گرفته شد. کلیه محاسبات با استفاده از نرم افزار آماری SPSS ویرایش ۱۸ انجام شد.

نتایج:

در این مطالعه در مجموع ۳۴۷ نفر شرکت نمودند. فراوانی مصرف سیگار در شرکت کنندگان در مطالعه در مجموع ۳۶ نفر (۱۰/۴٪) بود. میانگین سن شروع سیگار

^۱ T- Test

جدول ۲ - مقایسه میانگین متغیرهای مطالعه بر حسب مصرف سیگار با استفاده از آزمون تی

P value	مصرف سیگار دارد میانگین (انحراف معیار)	مصرف سیگار ندارد میانگین (انحراف معیار)	
>0/05	۳۳/۵۴ (۷/۴۰)	۳۴/۰۱ (۷/۴۵)	سن
>0/05	۲۵/۶۶ (۴/۹۴)	۲۵/۵۵ (۱۳/۲۱)	BMI
0/04	۱۰۳۴ (۰/۵۲)	۱۳۵ (۰/۳۳)	درآمد ماهیانه (میلیون تومان)

مونث و درآمد ماهیانه بالاتر از ۱/۳ میلیون تومان بود. سپس داده‌های معنی‌دار شرکت کنندگان در مطالعه جهت بررسی عوامل مخدوش کننده توسط آنالیز رگرسیون لوجستیک مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج آنالیز رگرسیون لوجستیک در جدول ۴ آورده شده است. همانطور که در این جدول مشاهده می‌شود جنسیت و درآمد مالی با مصرف سیگار ارتباط داشتند.

بحث:

فراوانی مصرف سیگار در این مطالعه ۱۰/۴٪ بود. این عدد در مقایسه با مقادیر سایر کشورها عدد پایینی به نظر می‌رسد. برای نمونه این شاخص در مطالعه صورت گرفته توسط راوارا و همکاران در کشور پرتغال ۴۰/۵٪ بوده است [۱۰]. همینطور در مطالعه مارتینز و همکاران شیوع مصرف سیگار در یک دوره زمانی ۵ ساله از ۳۴/۵٪ به ۳۰/۶٪ کاهش یافته بود [۱۸]. در مطالعه‌ی فیتز پاتریک

نگهبانی، راننده و غیره. بدین ترتیب ۳۷ نفر (۱۰/۷٪) از شرکت کنندگان در گروه خدمات، ۸۰ نفر (۲۳/۱٪) در گروه اداری، ۲۲۲ نفر (۶۴٪) در گروه پرستاری و ۸ نفر (۲/۳٪) در گروه سایر قرار داشتند.

ارتباط مصرف سیگار و عوامل کمی مطالعه که با آزمون t سنجیده شده است در جدول ۲ آورده شده است. همچنین ارتباط عوامل کیفی با مصرف سیگار که با آزمون کای مربع سنجیده شده است در جدول ۳ آورده شده است.

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود در گروه دارای تحصیلات کمتر از لیسانس، شغل خدمات، نگهبانی و راننده، جنس مذکر و درآمد ماهیانه مساوی یا کمتر از ۱/۳ میلیون تومان میزان مصرف سیگار بطور معنی‌داری بالاتر از به ترتیب گروه دارای تحصیلات مساوی یا بالاتر از لیسانس، شغل پرستاری و اداری و پاراکلینیک، جنس

جدول ۳ - مقایسه متغیرهای کیفی مطالعه در دو گروه سیگاری و غیرسیگاری با استفاده از تست کای مربع

%۹۵ CI	OR	P	سیگار		
			مصرف نمی‌کند (%)	مصرف می‌کند (%)	
۱۲/۸۷-۳/۰۳۳	۵/۴۷	0/000	۱۷۷ (۵۶/۹)	۱۷۷ (۵۶/۹)	لیسانس و بالاتر
			۱۳۴ (۴۳/۱)	۱۳۴ (۴۳/۱)	کمتر از لیسانس
۶/۸۲-۱/۳۵	۳/۰۳	0/015	۲۷۶ (۸۸/۷)	۲۷۶ (۸۸/۷)	پرستاری و اداری و پاراکلینیک
			۳۵ (۱۱/۳)	۳۵ (۱۱/۳)	خدمات و نگهبانی و راننده
۴/۹۱-۴۴/۲۰	۲۰/۸۲	0/000	۱۶۹ (۵۵/۰)	۱۶۹ (۵۵/۰)	مونث
			۱۳۸ (۴۵/۰)	۱۳۸ (۴۵/۰)	مذکر
۱/۶۱-۰/۳۳	0/۷۴	>0/05	۲۱۳ (۶۸/۷)	۲۱۳ (۶۸/۷)	متاهل
			۹۷ (۳۱/۳)	۹۷ (۳۱/۳)	مجرد
۸/۵۱-۱/۵۴	۳/۶۲	0/002	۱۶۶ (۵۳/۴)	۱۶۶ (۵۳/۴)	مساوی یا کمتر از ۱/۳ میلیون تومان
			۱۴۵ (۴۶/۶)	۱۴۵ (۴۶/۶)	بالاتر از ۱/۳ میلیون تومان

جدول ۴ - ارتباط مصرف سیگار و متغیرهای مطالعه با استفاده از آنالیز رگرسیون لجستیک

OR	P Value	SE	بنا	%۹۵ CI
۳/۳۷	۰/۰۰۸	۰/۴۶	۱/۲۲	۸/۲۸-۱/۳۷
۱/۹۵	۰/۱۴۱	۰/۴۵	۰/۶۷	۴/۷۶-۰/۱۸
۲/۰۷	۰/۱۲۵	۰/۴۷	۰/۷۳	۵/۲۳-۰/۸۲
۱۴/۴۲	۰/۰۰۰	۰/۷۵	۲/۶۷	۶۳/۳-۳/۲۸

عدد ۶۰٪ بود که مشابه این مطالعه می‌باشد. به نظر می‌رسد در اختیار قرار دادن امکانات ترک سیگار ممکن است در جهت تشویق افراد به ترک سیگار کمک کننده باشد و انجام مطالعات بیشتر در این زمینه می‌تواند به بررسی دقیق تر این موضوع کمک کند.

در این مطالعه شغل و سیگار کشیدن ارتباط معنی‌دار نداشت به طوری که در آنالیز رگرسیون تفاوت معنی‌داری بین شغل و سیگاری بودن مشاهده نشد. در مطالعه کوفتا و استاژوسکی [۱] در لهستان در گروه پزشکان شیوع مصرف سیگار به طور معنی‌داری پایین‌تر از پرسنل غیر پزشک بود. در این مطالعه ما به دلیل عدم تمایل شرکت پزشکان در مطالعه آنها را با گروه پرستاری در یک گروه قرار دادیم و با توجه به تفاوت نحوه تقسیم‌بندی دو مطالعه تفاوت نتایج بدست آمده منطقی به نظر می‌رسد.

هرچند میزان مصرف سیگار در محیط کار در سیگاری‌ها در مقایسه با خارج از محیط کار کمتر است، اما مواجهه دست دوم با دود سیگار را نمیتوان از نظر دور داشت. پیش از این نشان داده شده که رفتار سیگار کشیدن افراد در پرسنل بیمارستانی با دانش، نگرش و فعالیت‌های مشاوره‌ای رابطه قوی دارد. عادت‌های سیگار کشیدن پرسنل بیمارستانی تحت تاثیر آگاهی آنها در زمینه سیگار کشیدن قرار دارد [۱]. از سوی دیگر سیگار کشیدن روی نحوه برخورد پرسنل درمانی با بیماران سیگاری تاثیرگذار است. نشان داده شده که پرسنل درمانی غیر سیگاری به طور معنی‌داری بیش از پرسنل درمانی سیگاری بیماران را به ترک سیگار توصیه می‌کنند [۲۴]. با توجه به به دلایل ذکر شده تشویق ترک مصرف سیگار و اجرای سیاست بیمارستان عاری از دخانیات اهمیت دو چندان می‌یابد.

در مطالعه ی حاضر محدودیت‌هایی وجود دارد که شامل موارد ذیل می‌گردد: (۱) به دلیل اینکه این مطالعه یک مطالعه مقطعی بود، امکان استنتاج رابطه علیتی وجود

و همکاران [۱۹] شیوع مصرف سیگار طی سال‌های ۱۹۹۷ تا ۲۰۰۶ از ۲۷/۴٪ به ۱۷/۸٪ در پرسنل بیمارستانی رسیده بود. همین‌طور این عدد در یونان ۵۰٪ [۲۰] و در ایتالیا ۳۶٪ [۲۱] بوده است. هم‌اکنون این اعداد از اعداد به‌دست آمده در این مطالعه بیشتر است. چند علت برای توجیه این یافته می‌توان متصور بود. شیوع پایین‌تر مصرف سیگار در جامعه ما (بویژه در میان زنان) در مقایسه با جوامع دیگر می‌تواند یکی از علل کمتر بودن شیوع مصرف سیگار در مقایسه با سایر مطالعات باشد. از سوی دیگر به دلیل اینکه این مطالعات در یک بیمارستان دارای سیاست عاری از دخانیات انجام شد، ممکن است افراد سیگاری مایل به همکاری در مطالعه یا ارائه اطلاعات صحیح نبوده باشند. اگرچه پرسشنامه‌ها به‌صورت بی‌نام پر شده بود و به کلیه شرکت کنندگان در مطالعه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه خواهد ماند لیکن هنوز نمی‌توان احتمال بروز این تورش را کاملاً منتفی دانست. از سوی دیگر برخی مطالعات نشان داده‌اند که محدودیت بیشتر در زمینه استعمال دخانیات باعث اثرات معکوس در جلوگیری از سیگار کشیدن در محیط کار می‌شود [۲۲، ۲۳].

در این مطالعه تعداد نخ مصرف سیگار در محل کار در مقایسه با محل‌های دیگر تفاوت معنی‌دار داشت. (به ترتیب ۶ نخ در برابر ۱۴/۹۳ نخ در روز) اجرای سیاست‌های ممنوعیت مصرف دخانیات در محیط کار می‌تواند توجیه کننده‌ی این یافته باشد. از سوی دیگر عدم وجود محیط مناسب در محیط بیمارستان می‌تواند توجیه کننده این یافته باشد.

در این مطالعه ۶۱/۱٪ (۲۲ نفر) از پرسنل سیگاری جهت ترک سیگار اقدام عملی انجام داده بودند. اجرای سیاست بیمارستان عاری از دخانیات و همین‌طور در اختیار قرار دادن امکانات ترک سیگار رایگان می‌تواند از علل این درصد بالا باشد. در مطالعه کوفتا و استاژوسکی [۱] این

- 10) Ravara SB, Calheiros JM, Aguiar P, Barata LT. Smoking behaviour predicts tobacco control attitudes in a high smoking prevalence hospital: a cross-sectional study in a Portuguese teaching hospital prior to the national smoking ban. *BMC Public Health*. 2011;11:720.
- 11) Andrews JL Jr. Reducing smoking in the hospital. An effective model program. *Chest*. 1983;84(2):206-209.
- 12) Wheeler JG, Pulley LV, Felix HC, et al. Impact of a Smoke-Free Hospital Campus Policy on Employee and Consumer Behavior. *Public Health Reports*. 2007; 122(6):744-752.
- 13) Glynn T, Seffrin JR, Brawley OW, Grey N, Ross H. The globalization of tobacco use: 21 challenges for the 21st century. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2010;60(1):50-61.
- 14) WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008 - The MPOWER package. Geneva; 2008.
- 15) Donchin M, Baras M. A "smoke-free" hospital in Israel--a possible mission. *Preventive Medicine*. 2004;39(3):589-595.
- 16) Jones TE, Williams J. Smoking prevalence and perspectives on smoking on campus by employees in Australian teaching hospitals. *Internal Medicine Journal*. 2012;42(3):311-316.
- 17) Ficarra MG, Gualano MR, Capizzi S, et al. Tobacco use prevalence, knowledge and attitudes among Italian hospital healthcare professionals. *European Journal of Public Health*. 2011;21(1):29-34.
- 18) Martínez C, García M, Méndez E, Peris M, Fernández E. Barriers and challenges for tobacco control in a smoke-free hospital. *Cancer Nursing*. 2008;31(2):88-94.
- 19) Fitzpatrick P, Gilroy I, Doherty K, et al. Implementation of a campus-wide Irish hospital smoking ban in 2009: prevalence and attitudinal trends among staff and patients in lead up. *Health Promotion International*. 2009; 24(3):211-222.
- 20) Vagropoulos I, Tsilchorozidou T, Tsinopoulos G, et al. Smoking habits among the hospital staff of a General Hospital in northern Greece: a long way for smoke-free hospitals. *Monaldi Archives for Chest Disease*. 2006;65(3):160-164.
- 21) Benowitz NL, Schultz KE, Haller CA, Wu AH, Dains KM, Jacob P 3rd. Prevalence of smoking assessed biochemically in an urban public hospital: a rationale for routine cotinine screening. *American Journal of Epidemiology*. 2009;170(7):885-891.
- 22) Anderson P, Hughes JR. Policy interventions to reduce the harm from smoking. *Addiction* 2000;95(Suppl 1):S9-11.

نداشت (۲) با توجه به اینکه این مطالعه بر پایه پرسشنامه انجام شد، ممکن است پاسخ صحیحی به برخی از سوالات داده نشده باشد. محققان این مطالعه تلاش کردند با اطمینان دادن به شرکت کنندگان در مطالعه در مورد اینکه در این مطالعه پرسشنامه‌ها بی‌نام است و کلیه اطلاعات محرمانه می‌ماند، این محدودیت را کاهش دهند ولی در مجموع نمی‌توان احتمال این تورش را صفر در نظر گرفت.

نتیجه‌گیری:

در مجموع نتایج این مطالعه نشان می‌دهد فراوانی مصرف سیگار در پرسنل درمانی در این بیمارستان در مقایسه با مطالعات سایر کشورها کمتر است و اجرای سیاست بیمارستان عاری از دخانیات ممکن است در کاهش این روند نقش داشته باشد.

منابع:

- 1) Cofta S, Staszewski R. Hospital staff and smoking habits: do we need modification of smoking behavior in Polish hospitals? *Journal of Physiology and Pharmacology* 2008;59 (6):191-199.
- 2) Smith DR, Leggat PA. An international review of tobacco smoking in the medical profession: 1974-2004. *BMC Public Health* 2007;7:115.
- 3) Hakansta C. Workplace smoking: A review of national and local practical and regulatory measures. Geneva, International Labor Office (ILO), 2004;10-89.
- 4) Nett LM. The physician's role in smoking cessation. A present and future agenda. *Chest*. 1990;97(2):28S-32S.
- 5) Davis R. When doctors smoke. *Tob Control*. 1993;2(3):187-188.
- 6) Celermajer DS, Adams MR, Clarkson P, et al. Passive smoking and impaired endothelium-dependent arterial dilatation in healthy young adults. *The New England Journal of Medicine*. 1996;334(3):150-154.
- 7) Taylor R, Najafi F, Dobson A. Meta-analysis of studies of passive smoking and lung cancer: effects of study type and continent. *International Journal of Epidemiology*. 2007; 36(5):1048-1059.
- 8) Tobacco Free Initiative. Building blocks for tobacco control: a handbook. Geneva, World Health Organization, 2004.
- 9) Longo D, Johnson J, Kruse R, Brownson R, Hewett J. A prospective investigation of the impact of smoking bans on tobacco cessation and relapse. *Tob Control*. 2001;10(3):267-272.

- 23) Longo DR, Feldmana MM, Krusea RL, Brownson R, Petroskib GF. Implementing smoking bans in American hospitals: results of a national survey. *Tobacco Control*. 1998; 7:47-55.
- 24) Willaing I, Ladelund S. Smoking behavior among hospital staff still influences attitudes and counseling on smoking. *Nicotine & Tobacco Research*. 2004;6(2):369-375.

Smoking prevalence and related factors in hospital staff of a smoke free hospital

Mirsaeed Attarchi¹, Mahdiye Sadat Rezai², Seyed Mohammad Seyedmehdi^{3*}
Taraneh Yazdanparast⁴

- 1) Department of Forensic Medicine, Faculty of Medicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran
- 2) Rasool Akram hospital, Iran University of Medicine Sciences, Tehran, Iran
- 3) Chronic Respiratory Diseases Research Center, National Research Institute of Tuberculosis and Lung Diseases (NRITLD), Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
- 4) Pediatric Respiratory Diseases Research Center, National Research Institute of Tuberculosis and Lung Diseases (NRITLD), Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract:

Based on WHO reports smoking is the second cause of mortality and forth cause of morbidity all over the world. Hospitals have important commitments to reduce smoking. These commitments obligate hospitals to provide smoking free environment to protect nonsmokers and encourage smokers to quit smoking.

This study was held as a cross-sectional study in Dr. Masih Daneshvari Hospital in 2013. The authors made a questionnaire for the study. Totally 347 person was entered in this investigation. SPSS version 18 was used for statistical analysis and 0.05 was considered as the significance level.

Study results showed that 10.4% of participants were current smoker. Sex and financial income was related to smoking status ($p < 0.05$). Job, age and educational level had no significant relationship with smoking status ($p > 0.05$).

In conclusion the results of this study showed that smoking prevalence in studied hospital staffs was lower than previous reports and smoke free hospital policy may play a role in this situation.

Keywords: Cigarette, hospital, smoke free environment

* Corresponding Author:

Seyed Mohammad Seyedmehdi, MD. Chronic Respiratory Diseases Research Center, National Research Institute of Tuberculosis and Lung Diseases (NRITLD), Daar-Abad, Niavaran, Tehran, Iran. Email: mseyedmehdi@gmail.com