

آگاهی، نگرش و عملکرد پزشکان عمومی ایران نسبت به مصرف دخانیات

دکتر شهناز شاهروخی* دکتر علیرضا خسروی** دکتر صدیقه عسگری*** دکتر حمیدرضا جوادی****

KAP study on smoking in Iranian medical doctors

Sh.Shahrokhi* AR.Khosravi S.Asgari HR.Javadi

*Abstract

Background: Smoking is one of the major health problems worldwide and health politicians, especially medical doctors can play a key role in preventing and controlling of this global epidemic among their patients.

Objective: To evaluate the physicians' knowledge, attitude and practice (KAP) towards smoking.

Methods: This was a descriptive analytical study in which the target population included all general physicians employed in state-run or private sectors. A total of 5140 GPs in 20 provinces of the country were randomly chosen based on available information from health care organization. Data were collected using questionnaires completed by educated questioners.

Findings: The prevalence of smoking among general physicians was 7.43% (9.7% in males and 0.8% in females). Regular smoking was found in 1.79% of women and 10.37% of men and the average of cigarettes used by smokers was 6.6 per day. The average age to start smoking was 23.04 ± 5.7 years. Most doctors (90%) believed in necessity of education to quit smoking manners.

Conclusion: Although the prevalence of smoking among GPs found to be less than the general population, regarding the important of their roles, inclusion of extra educational sessions on tobacco control and prevention methods in universities seems to be of prime necessity. This will eventually cause a decrease in prevalence of smoking among this important shell of the society.

Keywords: Smoking, Physicians, Curriculum, Health, Knowledge Attitudes Practice

* چکیده

زمینه: مصرف محصولات دخانی یک معضل بهداشتی مهم است و از آنجا که پزشکان به عنوان الگوی سلامتی برای بیماران مطرح هستند، لذا می توانند نقش بسیار مهمی در کاهش شیوع مصرف محصولات دخانی در جامعه ایفا نمایند.

هدف: مطالعه با هدف تعیین میزان آگاهی، نگرش و عملکرد پزشکان عمومی نسبت به مصرف دخانیات انجام شد.

مواد و روش‌ها: تعداد ۵۱۳۴ پزشک عمومی شاغل در بخش دولتی و خصوصی در کل کشور (۲۰ استان) که با روش نمونه‌گیری Quta sampling انتخاب شده بودند، با پرسش‌نامه تهیه شده توسط سازمان بهداشت جهانی توسط افراد آموزش دیده مورد پرسشگری قرار گرفتند. تعداد نمونه‌های هر استان با توجه به تعداد کل پزشکان شاغل در آن استان به روش تسهیم به نسبت برآورد شد.

یافته‌ها: ۷/۴۳٪ پزشکان (۹/۷٪ مردان و ۰/۸٪ زنان) مصرف کننده هر روز سیگار بودند. میانگین تعداد نخ مصرفی آنها در روز ۶/۶ نخ و میانگین سن شروع به استعمال سیگار 23.04 ± 5.76 سال بود. ۶۱/۶٪ پزشکان آمادگی خود را برای ارائه خدمات مشاوره‌ای ترک متوسط ارزیابی کرده بودند. میزان آگاهی از مضرات سیگار و همچنین میانگین نمره نگرش نسبت به مضرات سیگار در پزشکان سیگاری کمتر از غیرسیگاری‌ها بود و تنها ۹٪ پزشکان به داشتن آموزش‌هایی در زمینه ترک سیگار در دوران تحصیل اشاره نموده بودند و درصد زیادی نیز لزوم گذراندن چنین دوره‌های آموزشی را عنوان کرده بودند.

نتیجه‌گیری: به کارگیری پرسنل بهداشتی به خصوص پزشکان در پیشگیری و درمان وابستگی به سیگار و همچنین عدم استعمال محصولات دخانی توسط ایشان به عنوان الگوی سلامتی مراجعین ایشان توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: مصرف دخانیات، پزشکان، برنامه آموزشی، بهداشت و تندرستی، آگاهی نگرش عملکرد

* متخصص پزشکی اجتماعی مرکز تحقیقات قلب و عروق اصفهان

** استادیار قلب و عروق دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

*** دانشیار فارماکولوژی مرکز تحقیقات قلب و عروق اصفهان

**** استادیار قلب و عروق دانشگاه علوم پزشکی قزوین

آدرس مکاتبه: اصفهان، خیابان خرم، مجتمع تحقیقاتی صدیقه طاهره، مرکز تحقیقات قلب و عروق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، صندوق پستی ۱۱۴۸-۸۱۴۶۵، تلفن ۰۳۱۱-۳۳۵۹۰۹۰

*** مقدمه :**

امروزه مصرف دخانیات به عنوان یکی از مهم‌ترین معضلات بهداشتی و عامل جلوگیری‌کننده و مانع توسعه‌یافتگی در بسیاری از کشورهای در حال توسعه مطرح است.^(۱) طبق تخمین سازمان جهانی بهداشت حدود ۱/۱ میلیارد فرد سیگاری (۳۰ درصد جمعیت بالای ۱۵ سال) در دنیا وجود دارد که تقریباً ۸۰ درصد آنها حداقل یک بار در سال یا به طور متوسط ۶ بار به ازای هر نفر به پزشک مراجعه می‌کنند؛ بنابراین پزشکان در ارائه نمودن خدمات ترک به مراجعین از موقعیت ویژه‌ای برخوردار هستند.^(۲و۳) پزشکان ضمن این که می‌توانند به عنوان الگوی سلامتی مورد قبول مراجعین باشند، می‌توانند با پرسش در مورد عادات‌های مصرف محصولات دخانی بیماران و دادن اطلاعات لازم و مهم در رابطه با بیماری‌های ناشی از محصولات دخانی به بیماران، آنها را به ترک وادار کنند. همچنین در آموزش سایر کارکنان ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی-درمانی در این رابطه نیز نقش بسیار مؤثری را ایفا نمایند.^(۴) درک مطالعه دخالت هر چه بیش‌تر پزشکان با افزایش میزان ترک مصرف محصولات دخانی همراه بوده و میزان ترک با میزان زمان صرف شده توسط پزشک ارتباط مستقیم داشته است.^(۵) البته بسیاری از پزشکان مهارت و دانش لازم جهت ارزیابی وضعیت مصرف دخانیات یا راهکارها و روش‌های ترک را در دوران تحصیل فرا نمی‌گیرند و متأسفانه شاهد شیوع روزافزون مصرف محصولات دخانی در میان پزشکان هستیم.^(۶و۷) با توجه به احتمال کمتر توصیه پزشکان سیگاری به ترک سیگار یا محصولات دخانی به بیمار و همچنین کاهش انگیزه پزشکان سیگاری در زمینه مشاوره برای ترک و ارائه نقش مؤثر در پیشگیری از شروع مصرف دخانیات، امکان استفاده از این نیروی بالقوه در عمل منتفی است.^(۸و۹) این مطالعه با هدف بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد پزشکان عمومی کشور درباره مصرف محصولات دخانی در میان خود و بیمارانشان انجام شد تا نتایج آن به عنوان پایه‌ای جهت ارائه راهکارهای عملی و مؤثر در زمینه پیشگیری و کنترل مصرف دخانیات از طرف سیاست‌گذاران بهداشتی قرار گیرد.

*** مواد و روش‌ها :**

این مطالعه مقطعی-توصیفی بر روی ۵۱۳۴ پزشک عمومی شاغل در بخش دولتی و خصوصی انجام شد که با احتساب عدم پاسخ‌دهی ۲۰ درصد، به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده Quota Sampling از ۲۰ استان کشور انتخاب شدند. تعداد مورد نیاز هر استان براساس لیست اسامی و تعداد پزشکان عمومی آن استان و نسبت درصدی که از کل پزشکان کشور به خود اختصاص داده بودند (پس از جمع‌آوری اطلاعات از معاونین بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی و سازمان نظام پزشکی ۲۰ استان) به روش تسهیم به نسبت برآورد شد.

پرسش‌گران آموزش دیده با مراجعه به محل ارائه خدمت پزشکان پرسش‌نامه انگلیسی به همراه پرسش‌نامه فارسی ترجمه شده را تکمیل می‌کردند.

پرسش‌نامه حاوی ۴۵ سؤال مشتمل بر ۱۰ بخش بود. قسمت اول اطلاعات فردی و قسمت بعدی حاوی پرسش‌هایی در رابطه با الگوی مصرف سیگار و سایر محصولات دخانی بود و پس از آن پرسش‌هایی جهت بررسی وضعیت آگاهی و نگرش پزشکان نسبت به مصرف دخانیات، چگونگی ارائه خدمات، نوع مداخله‌های مورد استفاده بر اساس در دسترس بودن، گذراندن دوره‌های آموزشی در این رابطه، رعایت قوانین منع مصرف دخانیات و در نهایت حمایت‌های مورد لزوم جهت ارائه خدمات به بیماران مطرح شده بود. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های مجذورکای، من‌ویتنی، کروسکال والیس و ضریب همبستگی اسپیرمن تجزیه و تحلیل و $p < 0/05$ به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

*** یافته‌ها :**

از ۵۱۳۴ نفر پزشک عمومی ۱۳۳۶ نفر (۲۶ درصد) زن و ۳۷۹۸ نفر (۷۴ درصد) مرد با میانگین سنی ۳۵/۱ بودند. ۷/۴۳ درصد پزشکان هر روز محصولات دخانی مصرف می‌کردند (۹/۷ درصد پزشکان مرد و ۰/۸ درصد پزشکان زن) ($p < 0/001$) (جدول شماره ۱).

جدول ۱- فراوانی الگوی مصرف محصولات دخانی در میان پزشکان عمومی ایران بر حسب سن

کل	روزانه		ترک کرده		گاهی		هرگز		الگوی مصرف سن
	مرد (درصد)	زن (درصد)	مرد (درصد)	زن (درصد)	مرد (درصد)	زن (درصد)	مرد (درصد)	زن (درصد)	
۳۰۹۸ (۶۱/۱)	۱۷۱ (۸/۱)	۴ (۰/۴)	۱۲۴ (۵/۹)	۵ (۰/۵)	۲۳۸ (۱۱/۲)	۱۱ (۱/۱)	۱۵۷۳ (۷۴/۷)	۹۷۲ (۹۸)	۲۰-۳۴
۱۴۴۶ (۲۸/۵)	۱۴۶ (۱۲/۳)	۵ (۱/۹)	۱۰۶ (۸/۹)	۲ (۰/۱۸)	۱۲۴ (۱۰/۴)	۹ (۳/۴)	۸۱۲ (۶۸/۴)	۲۴۲ (۹۳/۸)	۳۵-۴۴
۴۸۱ (۹/۴)	۵۴ (۱۲/۷)	۲ (۳/۶)	۸۱ (۱۹/۱)	۶ (۱۰/۷)	۳۲ (۷/۴)	۳ (۵/۴)	۲۵۸ (۶۰/۷)	۴۵ (۸۰/۴)	> ۴۵
۵۰۲۵ (۹۷/۷۶)	۳۷۱ (۹۹/۱۲)	۱۱ (۲/۸۷)	۳۱۱ (۴/۰۱)	۱۳ (۴/۰۱)	۳۹۴ (۹۴/۴۸)	۲۳ (۵/۵۱)	۲۶۴۳ (۶۷/۷۳)	۱۲۵۹ (۳۲/۲۶)	کل

بهره‌گیری از مشاوره به عنوان اصلی‌ترین مداخله در دسترس (۵۵ درصد) و استفاده از مطالب خودآموز و جزوات (۳۰ درصد)، استفاده از درمان‌های دارویی (۲۵/۴ درصد) و در نهایت درمان‌های سنتی (۱۲/۶ درصد) عنوان شده بود.

اکثر پزشکان (۶۱/۶ درصد) آمادگی خود را برای ارائه خدمات مشاوره‌ای ترک به بیماران سیگاری متوسط ارزیابی کرده و ۱۰/۱ درصد آنها به هیچ‌وجه خود را قادر به مشاوره با بیماران نمی‌دانستند.

حدود ۹ درصد پزشکان اعلام کردند که طی دوران تحصیل خود در زمینه ترک آموزش دیده بودند؛ ۷ درصد به گذراندن آموزش‌های دوره‌ای ارائه خدمات ترک بعد از فارغ‌التحصیلی اشاره کرده بودند و ۱۱/۹ درصد نیز برگزاری سمینارها و کنفرانس‌ها را منبع کسب اطلاعات خود در زمینه روش‌های کنترل استعمال دخانیات عنوان کرده بودند.

پزشکانی که سیگار نمی‌کشیدند، نسبت به گروهی که گاهی به کشیدن آن میادرت کرده و کسانی که هر روز سیگار می‌کشیدند نمره آگاهی بالاتری داشتند که آزمون آنالیز واریانس این اختلاف را معنی‌دار نشان داد ($P < 0.001$). همچنین کسانی که سیگار را ترک کرده

اکثر پزشکان سیگاری در روز کمتر از ۱۰ نخ سیگار و تنها ۱۲ درصد آنها بیش از ۲۰ نخ سیگار می‌کشیدند. میانگین تعداد سیگار مصرفی آنها در روز ۶/۶ نخ (حداقل ۱ و حداکثر ۴۰) بود. ۶/۲ درصد پزشکان سیگاری از سیگارهای ایرانی و بقیه از سیگارهای خارجی استفاده می‌کردند.

میانگین سن شروع به استعمال سیگار در پزشکان $23/04 \pm 5/76$ بود، ولی اکثر آنها (۵۲/۶ درصد) سیگار کشیدن را در سن ۲۱ تا ۲۹ سالگی و ۱/۵ درصد نیز در دوران کودکی سیگار کشیدن را شروع کرده بودند که با بالا رفتن سن تعداد سیگار مصرفی را افزایش داده بودند. ۰/۲ درصد پزشکان روزانه از قلیان استفاده می‌کردند و ۰/۴ درصد نیز هر روز پپ می‌کشیدند. تنها ۴۰ درصد پزشکان زن سیگاری و ۳۳/۴ درصد پزشکان مرد سیگاری آمادگی خود را برای اقدام به ترک در ۶ ماه آینده اعلام کردند.

در این تحقیق مشخص شد که در بیش‌تر از نیمی از مراکز ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی-درمانی (۵۲/۵ درصد) استعمال دخانیات منع نمی‌شود.

در زمینه بررسی انواع مداخله‌های در دسترس پزشکان عمومی برای ارائه خدمات ترک سیگار به بیماران،

عموم مردم است^(۱۳) و میانگین نمره‌های آگاهی و نگرش پزشکانی که هیچ‌گونه محصول دخانی مصرف نمی‌کردند در مقایسه با افرادی که قبلاً یا در زمان مطالعه مصرف داشتند، بالاتر بوده است و هنوز میانگین این نمره‌ها با حد مطلوب فاصله نسبتاً زیادی دارد. با در نظر داشتن ضررهای بیش‌تر با شروع مصرف محصولات دخانی در سنین پایین‌تر و احتمال سیگاری قهار شدن در آینده، متأسفانه اکثر پزشکان سیگاری اذعان داشتند که مصرف سیگار را در سنین ۲۰ تا ۲۹ سالگی مقارن با سال‌های تحصیل پزشکی شروع کرده و میزان سیگاری شدن با افزایش سن نیز افزایش نشان داده است که شاید بتوان آن را به نقص موجود در آموزش لازم در این زمینه و عدم تأثیر مطالب آموزشی موجود در رابطه با اصلاح نگرش و افزایش آگاهی پزشکان از زیان‌های سیگار و همچنین نقش مهم آنها در زمینه پیشگیری و کنترل مصرف دخانیات نسبت داد.^(۱۳) در بررسی انجام شده در رابطه با میزان آموزش دخانیات در برنامه‌های آموزش پزشکی در آفریقا، ۲۴ درصد دانشکده‌های پزشکی گزارش کردند که موضوع دخانیات در برنامه‌های آموزشی آنها قرار ندارد؛ ۳۵ درصد آنها رویکردی غیر مدون در آموزش دخانیات داشتند و تنها ۱۰ درصد آنها واحد درسی مختص دخانیات در برنامه آموزش پزشکی خود داشتند.^(۱۳) در آسیا ۲۴ درصد دانشکده‌ها هیچ‌گونه آموزشی در مورد موضوع دخانیات در برنامه‌های آموزشی نداشتند؛ ۵۴ درصد بحث‌های غیرمدون در مورد دخانیات داشتند و تنها ۸ درصد آنها واحد درسی مختص دخانیات داشتند. بررسی انجام شده در خاورمیانه بر روی ۱۲ دانشکده حاکی از استفاده از شیوه بحث‌های غیرمدون در ۸۳ درصد موارد بود و هیچ دانشکده‌ای گزارشی مبنی بر وجود یک واحد مجزای درسی در رابطه با دخانیات نداشت.^(۱۳)

همچنین بررسی‌های انجام شده توسط کرافتون و تزیه در ۹ کشور آسیایی در سال ۱۹۷۷ نیز حاکی از عدم

بودند در مقایسه با گروهی که هر روز سیگار می‌کشیدند از آگاهی بیش‌تری برخوردار بودند ($p < 0.01$) و حداکثر نمره کسب شده از مجموعه سؤال‌ها مربوط به آگاهی در تمام گروه‌ها برابر بود (جدول شماره ۲).

جدول ۲- مقایسه آگاهی پزشکان مورد مطالعه بر حسب الگوی مصرف دخانیات

نمره آگاهی الگوی مصرف	میانگین	حداقل	حداکثر
عدم مصرف	۲۲/۸ ± ۲/۴	۵	۲۵
ترک کرده	۲۲/۵ ± ۲/۷	۱۰	۲۵
گاهی	۲۲/۳ ± ۲/۸	۵	۲۵
هر روز	۲۱/۹ ± ۲/۹	۹	۲۵
کل	۲۲/۶ ± ۲/۵	۵	۲۵

با استفاده از آزمون آماری کروسکال والیس مقایسه میانگین رتبه نگرش پزشکان مورد مطالعه در بین گروه‌هایی که الگوی متفاوتی از مصرف محصولات دخانی داشتند تفاوت معنی‌دار نشان داد، یعنی افرادی که هر روز سیگار مصرف می‌کردند نمره نگرش پایین‌تری در مقایسه با سایر گروه‌ها داشتند ($p < 0.01$) (جدول شماره ۳).

جدول ۳- مقایسه میانگین رتبه‌ای نگرش پزشکان نسبت به استعمال محصولات دخانی بر اساس الگوی مصرف

رتبه نگرش الگوی مصرف	میانگین رتبه‌ای	حداقل	حداکثر
عدم مصرف	۲۶۲۷/۶	۱۷	۸۵
ترک کرده	۲۳۰۰/۶	۳۷	۸۵
گاهی	۱۹۰۲/۵	۲۵	۸۵
هر روز	۱۵۰۰/۵	۳۹	۸۵

$p < 0.05$

* بحث و نتیجه‌گیری :

در این مطالعه شیوع مصرف محصولات دخانی در میان پزشکان ایرانی به خصوص پزشکان زن کمتر از

مقاله‌های پزشکی در رابطه با مصرف سیگار و ضررهای آن و روش‌های ترک بوده است.^(۱۵) با توجه به ارتباط مستقیم مشاهده شده بین میانگین نمره آگاهی و نگرش پزشکان نسبت به مصرف سیگار و نحوه عملکردشان در رابطه با مصرف دخانیات یا ارائه توصیه‌ها یا راهکارهای لازم برای ترک دخانیات در بیمارانشان، نیاز به برنامه‌ریزی‌های آموزشی و چالش‌های جدید در متون درسی دانشکده‌های پزشکی بیش از پیش احساس می‌شود.

با توجه به نقش منفی پزشکان سیگاری به عنوان الگوهای بهداشتی، اعلام عدم آمادگی تعداد زیادی از پزشکان سیگاری در این بررسی جهت اقدام به ترک، احتمال کم باقی ماندن بر ترک (کمتر از ۵ درصد) در میان افرادی که خود اقدام به ترک می‌نمایند و با توجه به تعداد بسیار کمی که در این تحقیق پیش‌بینی نمودند که در ۶ ماه آینده اقدام به ترک می‌نمایند، به نظر می‌رسد در صورت عدم به کارگیری برنامه‌های تخصصی ترک و ایجاد تسهیلات لازم در این راستا، میزان موفقیت در ترک پزشکان سیگاری بسیار کم است.^(۱۴)

با توجه به عدم رعایت قوانین منع مصرف دخانیات در اکثر مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی-درمانی و اهمیت وجود و رعایت چنین قوانینی در محل‌های کار در کاهش مرگ و میر و بیماری‌های ناشی از مصرف دخانیات، به کارگیری راهکارهای لازم جهت اجرا و ضمانت اجرایی چنین قوانینی ضروری به نظر می‌رسد.

* مراجع :

1. Tobacco or health. A global status report. World Health Organization, Geneva, Switzerland, 1997
2. Butler C et al. Qualitative study of patients perceptions of doctors advice to quit smoking: implications for opportunistic health promotion. B M J 1998; 316: 1878-81
3. Kottke TE, Battista RN, Defriese CH et al. Attributes of successful smoking cessation

وجود آگاهی مناسب و نگرش صحیح پزشکان در رابطه با ضررهای ناشی از مصرف دخانیات بود.^(۱۵) تعداد زیادی از پزشکان مورد بررسی در این تحقیق جهت ارائه خدمات ترک به بیماران آمادگی لازم را نداشتند و ۱۰/۱ درصد به هیچ وجه خود را قادر به مشاوره ترک با بیماران نمی‌دانستند. در حالی که در تحقیق انجام شده توسط گرافتون و تریه (۱۹۹۷) اغلب دانشجویان فارغ‌التحصیل (سال آخر) آمادگی داشتند تا در صورتی که وجود ارتباط بین سیگار کشیدن و بیماری فرد به اثبات برسد به بیمارانشان توصیه کنند تا مصرف دخانیات را ترک نمایند. با وجود این تنها تعداد کمی از پزشکان بدون در نظر گرفتن مشکل بیمار به تمامی آنها توصیه به ترک می‌نمودند و تنها در استرالیا و ایالات متحده آمریکا بیش از نیمی از دانشجویان پزشکی بیماران را به ترک ترغیب می‌کردند؛ در ژاپن این رقم تنها ۵ درصد و این ارقام به نسبت در میان پزشکان و دانشجویان پزشکی سیگاری پایین‌تر بود.^(۱۵) با توجه به تأثیر مشاوره‌ها و توصیه‌های کوتاه و ساده حتی چند دقیقه‌ای پزشکان به بیماران سیگاری مبنی بر لزوم ترک، در افزایش میزان ترک و به دنبال آن کاهش بیماری و مرگ و میر ناشی از سیگار و با در نظر داشتن احتمال بیش‌تر مراجعه افراد سیگاری به پزشکان به واسطه بیماری‌های ایجاد شده ناشی از مصرف محصولات دخانی و انگیزه زیاد جهت پذیرش نصایح پزشک معالج جهت حصول بهبودی، می‌توان با آموزش پزشکان در رابطه با ارائه روش‌های ترک و نقش مؤثرشان در کنترل و پیشگیری از مصرف محصولات دخانی، از این نیروی بالقوه به نحو مؤثرتری بهره جست.^(۱۵)

اکثر پزشکان مورد بررسی در این تحقیق اعلام نموده بودند که در دوران تحصیل آموزش‌های لازم در زمینه روش‌های ترک نداشته و تنها ۷ درصد ایشان اطلاعات مختصری را بعد از دوران فارغ‌التحصیلی طی کنفرانس‌ها و سمینارهای بازآموزی و متون و مقاله‌های علمی کسب کرده بودند. این در حالی است که تنها ۷ درصد کل

- interventions in medical practice: a meta-analysis of 39 controlled trials. *JAMA* 1988; 959: 2882-9
4. Richmond R, Webster I. Evaluation of general practitioners use of a smoking intervention programs. *Int J Epidemiol* 1985; 14: 369-401
5. Wilson DM, Taylor DW, Gilbert JR et al. A randomized trial of a family physician intervention for smoking cessation. *JAMA* 1988; 260: 1570-4
6. Ewart CK, Live Coates TC. Increasing physician antismoking influence by applying an inexpensive feedback technique. *J Med Educ* 1983; 58: 517-97
7. Crofton J, Frecour PP, Tessier JF. Medical education on tobacco: implications of a worldwide survey. *Med Educ* 1994; 28: 187-96
۸. جمالیان رضا. ویژگی‌های اپیدمیولوژیک اعتیاد به دخانیات در پزشکان و دندان‌پزشکان تهران. *مجله نظام پزشکی*، ۱۳۶۵، ۹، ۶، ۳۹۷-۴۰۲
9. Wasim Maziak, Fawaz Mzayek et al. Smoking among physicians in Syria; do as I say, Not as I do!. *Annals of Saudi Medicine* 1999; 19(3): 253-5
10. Tassier JK, Freaur P, Belougne D, Grofton J. Smoking habits and attitude of medical student towards smoking and antismoking compaines in nine Asian countries. *Int J Epidemiol* 1992; 21(2): 298-304
11. Gaja lakshmi Ck, Jha P, Nguyen S, Yurek I A. Patterns of tobacco use and health consequences in developing countries. New York, Oxford university press, 2000,
12. Boshtam M, Sarraf-zadegan N et al. Smoking prevalence and its combination with some cardiovascular Risk factors. *Acta Medica Iranica* 2000; 38(2):
13. Mackay J, Eriksen M. The tobacco atlas youth. *Whlo* 2002 June; 28: 74
14. Butler CC, Pill R, Stott N C H. Qualitive study of patients perceptions of doctors advice to quit smoking implications for opportunistic health promotion. *BMJ* 1993 June; 316: 1878-81
15. Dupen F, Bauman AE, Lin R. The sources of risk factor information for general practitioners: is physical activity under-recognised?. *MJA* 1999; 171: 601-3