

DOI: 10.3969/j.issn.1005-8982.2016.04.019

文章编号: 1005-8982(2016)04-0088-07

我国医生吸烟率、戒烟率及控烟行为的系统研究*

戴悦¹, 张宝泉², 孙虹³, 申良方³, 刘园园³, 禹思安³

(1.中南大学公共卫生学院, 湖南 长沙, 410078; 2.福建省妇幼保健院, 福建 福州, 350001; 3.中南大学湘雅医院, 湖南 长沙, 410008)

摘要:目的 采用 Meta 分析和系统综述方法, 评价我国医生吸烟率、成功戒烟率及控烟行为现状。**方法** 利用 PubMed、ProQuest、Springerlink、VIP、WanFang Data 和 CNKI 等数据库检索关于中国医生吸烟情况及控烟行为文献。采用 Stata 11.0 软件进行数据分析。**结果** ①总体吸烟率 0.223[95% CI:0.217,0.230], 男性 0.389 [95% CI:0.382,0.397], 女性 0.007[95% CI:0.006,0.009]。总吸烟率随研究时间略有增长, 东部地区医生总吸烟率高于中西部地区。②戒烟率 0.088[95% CI:0.083,0.092]。戒烟率随研究年份稍有提高, 年龄 >35 岁组戒烟率高于其他年龄组, 东部地区医生戒烟率低于中西部地区。③人均日吸烟量为 (8.28~16) 支, 平均 (11.85±2.06) 支, 随研究时间递减, 东部地区医生人均吸烟量高于中西部地区。④医生总体控烟态度积极, 但控烟知识方面存在偏差, 缺乏控烟技巧和能力培训。**结论** 我国医生吸烟率高、戒烟率低、人均日吸烟量大、控烟“知行信”表现不太乐观。应加强对医生烟草知识、控烟干预的培训, 提高中国医生控烟技巧和能力, 推动全社会控烟工作的发展。

关键词: 医生; 吸烟; 戒烟; 控烟行为; 中国

中图分类号: R192

文献标识码: B

Systematic research on the prevalence of tobacco smoking, quite smoking and the practice of smoking cessation in Chinese doctors*

Yue Dai¹, Bao-quan Zhang², Hong Sun³, Liang-fang Shen³, Yuan-yuan Liu³, Si-an Yu³

(1.School of Public Health, Central South University, Changsha, Hunan 410078, China; 2.Fujian Maternity and Children Hospital, Fuzhou, Fujian 350001, China; 3.Xiangya Hospital, Central South University, Changsha, Hunan 410008, China)

Abstract: Objective To investigate the current prevalence of tobacco smoking, quite smoking and the practice of smoking cessation in Chinese doctors. **Methods** Databases including PubMed, ProQuest, Springerlink, VIP, Wan Fang Data and CNKI were searched from Jan, 2000 to Oct, 2015 to collect literature on the study of smoking among Chinese doctors. The included studies were screened according to the inclusion and exclusion criteria. After extracting data and assessing the quality of the included studies, meta-analysis was conducted using Stata 11.0 software. **Results** We identified 13 studies. The results showed that 13 studies were qualified. A total of 14611 doctors included (male: 7913, female: 6698), and the average age was 37.52. The prevalence estimation of smoking was 0.223 [95% CI: 0.217, 0.230] (male: 0.389 [95% CI: 0.382, 0.397]; female: 0.007 [95% CI: 0.006, 0.009]). The analysis of subgroups indicated that the prevalence estimation of smoking increased with study time, doctors in Eastern region experienced higher prevalence than doctors in Central and Western regions. The prevalence estimation of quit smoking was 0.088 [95% CI: 0.083, 0.092], which increased with study year. Per capita daily smoking was 11.85±2.06 (8.28-16). Most doctors showed active attitude towards smoking cessation policy, but their knowledge and practice of smoking cessation were needed to improve. **Conclusions** Chinese doctors showed a higher smoking prevalence but

收稿日期: 2015-11-12

* 基金项目: 美国中华医学会基金项目 (No: CMB#08-892); 中南大学湘雅医院管理基金 (No: 2013G08)

[通信作者] 孙虹, E-mail: shjhaj@vip.163.com

lower quit smoking rate than other Western countries. Comprehensive smoking cessation education and interventions should be highlighted to reduce the smoking prevalence and improve their smoking cessation practice.

Keywords: doctors; smoking; quit smoking; smoking cessation; mainland China

医生是健康的维护者,其行为应当是公众健康生活方式的楷模和榜样。世界卫生组织和联合国卫生组织鼓励 and 动员医务人员积极投入预防和控制烟草危害的工作中^[1]。国外学者研究显示,每年大约有70%~90%的吸烟者与医生接触,医生的建议在预防和控制吸烟工作中起着极其重要和特殊的作用^[2]。同时,发达国家经验表明,如果没有医生吸烟率的下降,整个国家的人群吸烟率较难下降^[3]。我国目前正全力促进无烟医院建设,并要求医务人员通过带头不吸烟、帮助患者戒烟及参与无烟环境创建等,更好地承担起控烟的职责^[4]。虽然我国学者从上世纪90年代开始关注医生吸烟的情况,但到目前为止,缺乏对我国医生群体吸烟情况、戒烟情况及控烟行为的大样本全面系统研究。本研究采用Meta分析方法结合系统综述,评价我国医生吸烟率、成功戒烟率及控烟行为的变化情况,为进一步促进医生戒烟、开展患者戒烟服务及为今后制定控烟政策提供依据。

1 资料与方法

1.1 概念界定

吸烟者定义为一生中连续或累计吸烟6个月或以上者;其中现在吸烟者为符合吸烟者条件,调查时正在吸烟的人;戒烟者指曾经每年吸烟至少6个月以上,调查时已经连续3个月不吸烟。吸烟量指平均每人每天吸烟支数。

1.2 研究对象

通过计算机检索Pubmed、ProQuest、Springer-link、web of science、VIP、WanFang Data和CNKI数据库。中文检索词为“医生”、“医院”、“吸烟”、“戒烟”、“吸烟行为”、“控烟”、“控烟知识”、“控烟行为”等。英文检索词为“smoking”,“tobacco”,“nicotine”,“physician”,“doctor”,“medical professional”,“quite smoking”,“smoking prevention” and “smoking cessation”等。检索时限均为2000年~2015年,并辅助采用文献追溯法尽可能地查找到详尽的资料。

1.3 资料选择的标准

纳入标准:①2000年~2015年在国内外公开发表的文献。②研究对象为医生。③研究设计为现况调查。④研究变量为吸烟率、戒烟率和控烟行为。⑤效应指标为率值且数据完整。⑥文种为中、英文。排

除标准:重复发表的文献,不能提供有效数据者,不能获得全文的文献剔除。

1.4 文献质量评价

根据美国卫生保健质量和研究机构(Agency for Healthcare Research and Quality, QHRQ)对观察性研究的质量评价标准进行了推荐,评价横断面研究(cross-sectional study)的标准包括11个条目,分别用“是”、“否”及“不清楚”作答,从资料来源、研究设置、参与者、变量、数据、偏倚、样本大小、定量变量、统计学方法、后期随访等方面来评价现况研究的文献质量和方法学质量^[5]。

1.5 资料提取

阅读全文后进行资料提取,两名评价者对纳入的文献进行文献筛选,另两名评价者进行资料提取,遇到不一致的情况,进行讨论解决。资料提取包括:第一作者及发表年份、研究时间、地区、样本来源(社区/机构)、样本量(男/女)、年龄(均数)、抽样方法、量表、率、主要结论等。

1.6 统计学方法

用Stata 11.0统计软件进行数据分析,用Q检验进行异质性检验,各个研究间异质性检验 $P < 0.1$ 时,采用随机效应模型进行Meta分析;当各个研究间异质性检验 $P > 0.1$ 时,采用固定效用模型进行Meta分析。计算各个研究合并后的率值及95%CI,用森林图展示各个研究结果的特征。利用Begg's test与Egger's test来检验发表偏倚, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 入选文献基本情况

本文拟对医生的吸烟率、戒烟率和控烟行为进行分析,因此制定文献筛选标准。纳入标准:研究对象限于我国医院在职医生;来源于我国所有地区、所有类型、所有级别的医院;调查方法及抽样方法科学;所纳入文献必须含有样本量、年龄、吸烟率(男/女)、戒烟率、吸烟率(支/d)等可做分析的数据。排除标准:针对有特殊对象的研究,如研究对象有躯体疾病或精神障碍或针对医院实习生或社区医务工作者;同一数据重复发表;调查样本不明确;相关资料交代不清楚;结果数据不完整;经分析调查数据不可

信或调查方法不科学。初检共获得 2 115 篇文献,其中中文 1 274 篇,英文 841 篇。共删除重复发表和交叉的文献 1 091 篇,经阅读文题和摘要,排除 1 024 篇,再通过查找全文、阅读、质量评价后,最终纳入 13 篇文献。共纳入的 13 篇研究中,总样本量为 14 611 人,其中男性 7 913 人,女性为 6 698 人。实际年龄跨度为 18 ~ 78 岁,平均年龄为 37.52 岁。文献涵盖了我国南北方共 15 个省份的医生。文献筛选流程图详见图 1,纳入研究的一般情况详见表 1。

2.2 纳入研究的方法学质量评价

纳入的 13 篇研究中,均达到 6 分以上。资料来

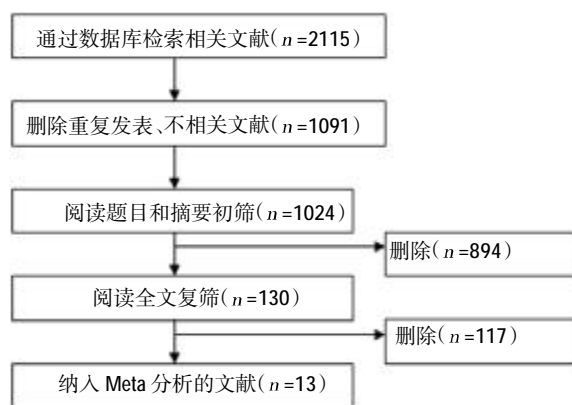


图 1 文献筛选流程及结果

源为公立医院,参与者均为在职医生,吸烟情况均采用学术界公认或自行设计调查量表。大部分研究变量定义明确,样本量充足,统计方法正确。总体而言,纳入的 13 篇文献质量较好(见表 2)。

2.3 总体吸烟率的 Meta 分析

异质性检验结果显示各个研究间存在统计学差异($I^2=91.5\%$, $P<0.001$),故采用随机效应模型进行 Meta 分析。结果显示,我国公立医院医生总体吸烟率为 0.223[95%CI:0.217,0.230],见图 2。以性别为亚组分析发现,我国公立医院男性医生合并总体吸烟率 0.389[95%CI:0.382,0.397],女性医生合并总体吸烟率 0.007[95%CI:0.006,0.009],表明男性医生总体吸烟率显著高于女性医生。以年龄为亚组分析发现,30 岁 ~ 35 岁的医生合并总体吸烟率 0.265[95%CI:0.243,0.287],36 岁 ~ 40 岁的医生合并总体吸烟率 0.219 [95%CI:0.204,0.233],40 岁以上的医生合并总体吸烟率 0.219[95%CI:0.211,0.227],说明总体吸烟率不完全随着年龄增加而增长。以研究年份为亚组分析发现,2000 年 ~ 2004 年医生合并总体吸烟率 0.200 [95%CI:0.190,0.210],2005 年 ~ 2009 年医生合并总体吸烟率 0.244 [95%CI:0.232,0.257],2010 ~ 2015 年医生合并总体吸烟率 0.249 [95%CI:

表 1 入选文献基本情况

第一作者及研究时间	省份	样本量/ (男/女)	年龄 / 岁 ($\bar{x} \pm s$)	抽样方法	吸烟率			戒烟率	吸烟量 (支/d)	研究结论
					总体	男性	女性			
1.Yan, 2001 ^[6]	湖南	269 (124/145)	32.0 ± 8.0 (18 ~ 60)	整群随机	0.2090	0.2090	0.0000	0.1301	16	在医务人员的继续教育课程中增设有关吸烟与健康的内容十分必要。
2.Jiang, 2004 ^[7]	多省	3560 (2011/1634)	38.14	多阶段随机分层	0.2580	0.4580	0.0130	0.1060	12	目前中国医生吸烟率很高,影响因素为性别、年龄、科室和所在城市。
3.刘伟佳, 2004 ^[8]	广东	584 (345/239)	37.68	分层多级随机	0.1920	0.3220	0.0040	0.1250	13	广州地区医生有比较高的吸烟率,吸烟行为受多个因素的影响。
4.林永峰, 2008 ^[9]	山东	1135 (638/497)	37.1 ± 8.7 (22 ~ 68)	分层多级随机	0.1940	0.3390	0.0080	0.0625	12.5	加强不同文化层次、不同专业科室医生控烟培训
5.徐越, 2008 ^[10]	浙江	1226 (730/536)	38.85	分层多级随机	0.2305	0.3196	0.0168	0.0378	14	医生的烟草相关知识掌握相对不足,参加戒烟方法的培训比较少
6.郑宝, 2008 ^[11]	河南	1501 (809/692)	40.5(17 ~ 74)	分层多级随机	0.2418	0.3399	0.0043	0.2478	11	医生吸烟状况较为严重,加强医生控烟行为和技能培训。
7.张泽宇, 2008 ^[12]	天津	1000 (432/568)	40.5 ± 5.38	多阶段随机分层	0.1640	0.3750	0.0040	0.1180	12.9	天津地区医生的吸烟率较高,为患者提供戒烟服务的意识和技能有待提高。
8.方青, 2009 ^[13]	四川	1107 (528/579)	39.37 ± 9.98 (20 ~ 69)	分层多级随机	0.1690	0.3390	0.0140	0.0325	12	吸烟医生和不吸烟医生采取不同的策略提高其控烟能力。
9.王伟刚, 2010 ^[14]	山西	384 (239/145)	37.46 ± 9.77 (22 ~ 78)	非随机	0.2140	0.3430	0.0000	0.1430	10	肿瘤专科医院医生吸烟率低于全国平均水平,仍需要提供医生对控烟的知
10.赵首年, 2011 ^[15]	陕西	1924 (991/933)	30 ~ 39	分层多级随机	0.2090	0.4010	0.0050	0.1720	8.28	男性医生的吸烟率较高,医生帮助吸烟者戒烟的能力还有待加强。
11.祝淑珍, 2012 ^[16]	湖北	622 (326/674)	45.63	整群随机	0.2870	0.4781	0.0040	0.0909	12.23	医生吸烟率较高,加强控烟教育和培训
12.张黎, 2013 ^[17]	重庆	487 (357/130)	32.14	整群抽样	0.2140	0.2830	0.0230	0.0600	11.34	加强医生的控烟责任教育,开展控烟知识和技能培训
13.刘盈, 2015 ^[18]	辽宁	812 (383/429)	38.94 ± 8.98	整群随机	0.3300	0.6200	0.0370	0.1730	8.8	沈阳市医生吸烟率处于较高水平,须采取必要的办法向医生宣传控烟

表 2 纳入研究的方法学质量评价

评价条目	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1.是否明确了资料的来源(调查,文献回顾)	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
2.是否列出了暴露组和非暴露组的纳入及排除标准或参考以往的出版物	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
3.是否给出了鉴别患者的时间阶段	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
4.如果不是人群来源的话,研究对象是否连续	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
5.评价者的主观因素是否掩盖了研究对象其他方面情况	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
6.描述了任何为保证质量而进行的评估(如对主要结局指标的检测/再检测)	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
7.解释了排除分析的任何患者的理由	N	N	N	Y	Y	N	Y	N	N	Y	N	N	N
8.描述了如何评价和(或)控制混杂因素的措施	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
9.如果可能,解释了分析中是如何处理丢失数据的	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
10.总结了患者的应答率及数据收集的完整性	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
11.如果有随访,查明预期的患者不完整数据所占的百分比或随访结果 [†]	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N

注:Y:表示有,N:表示无或未提及;†:由于纳入研究均未进行随访设计,因此对该条目不做评价

0.236,0.262],说明医生总体吸烟率随着时间增长。以地区为亚组分析显示,东部医生合并总体吸烟率 0.230[95%CI:0.221,0.239],中西部医生合并总体吸烟率 0.215[95%CI:0.205,0.225],说明东部地区医生总体吸烟率稍高于中西部地区的医生群体。漏斗图结果显示 13 个研究的散点分布比较分散;但 Begg 秩相关显示 $Z=0.18, P=0.855$;Egger 回归分析显示 $t=-0.10, P=0.921$,可认为不存在发表偏倚,入选的研究具有较好的代表性。

2.4 成功戒烟率的 Meta 分析

异质性检验结果显示各个研究间存在统计学差异($I^2=98.0\%, P<0.001$),故采用随机效应模型进行 Meta 分析。结果显示,我国医院医生合并成功戒烟率 0.088[95%CI:0.083,0.092],见图 3。以研究年份为亚组分析发现,2000~2004 年合并成功戒烟率 0.110[95%CI:0.10,0.119],2005~2009 年合并成功戒烟率 0.064[95%CI:0.058,0.070],2010~2015 年合并成功戒烟率 0.129[95%CI:0.119,0.139],表明成功戒烟率随时间增长。以地区为亚组分析发现,东部地区合并成功戒烟率 0.083[95%CI:0.077,0.089],中西部地区合并成功戒烟率 0.095[95%CI:0.088,0.102],表明中西部地区成功戒烟率稍高于东部地区。以年龄为亚组分析发现,<35 岁的医生合并成功戒烟率 0.078[95%CI:0.073,0.083],≥35 岁的医生合并成功戒烟率 0.151[95%CI:0.139,0.164],初步表明成功戒烟率随年龄增长而提高。漏斗图结果显示 13 个研究的散点分布比较分散;但 Begg 秩相关显示 $Z=1.04,$

$P=0.300$;Egger 回归分析显示 $t=0.46, P=0.658$,可认为不存在发表偏倚,入选的研究具有较好的代表性。

2.5 吸烟量的 meta 分析

纳入文献数据统计分析,结果显示我国公立医院医生每人每天吸烟量为(8.28~16)支,平均(11.85±2.06)支。以时间为亚组发现,2000~2004 年,医生吸烟量为(13.67±2.08)支;2005~2009 年,医生吸烟量为(12.48±1.11)支;2010~2015 年,医生吸烟量为(10.13±1.66)支,随时间呈下降趋势。以地区为亚组发现,东部地区,医生吸烟量为(12.20±1.79)支;中西部地区,医生吸烟量为(11.55±2.38)支,东部地区医生吸烟量稍高于中西部地区。以吸烟量均数为分类标准,进行总体吸烟率、成功戒烟率的亚组分析。结果显示,吸烟量在 11.85 支以下的总体吸烟率为 0.233[95%CI:0.219,0.247],戒烟成功率 0.159[95%CI:0.148,0.169];吸烟量在 11.85 支及以上的总体吸烟率为 0.221 [95%CI:0.213,0.228],成功戒烟率 0.073[95%CI:0.068,0.078]。见图 4、5。

2.6 控烟“知信行”的文献归纳

在控烟知识方面,医生在吸烟、被动吸烟与疾病关系的认识上,对烟草导致肺部疾病的知晓率较高,其中赵首年^[9]等研究表明超过 95.0%的医生认为吸烟与肺癌、冠状动脉粥样硬化性心脏病、肺气肿等疾病密切相关、张泽宇等^[12]调查显示超过 90.0%的医生认为吸烟会导致肺部疾病发生,方青等^[13]调查说明肺部疾病是医生对烟草危害认知度较高的疾病。但部分研究显示医生对吸烟与前列腺炎、骨质疏松

的关注较少,如张泽宇等^[13]调查中对骨质疏松知晓率仅为 45.0%、赵首年等^[15]研究的知晓率为 47.0%。医生对被动吸烟与儿童疾病关系知晓情况较好的是支气管炎和肺炎,对被动吸烟与中耳炎和婴儿猝死综合征的知晓率较低,如王伟刚等^[14]调查显示医生对被动吸烟与婴儿猝死综合征知晓率仅为 45.0%。虽然纳入文献显示医生对烟草危害的总体知晓率较好,但有相当一部分医生对“低焦油、低尼古丁的烟对身体的危害小”、“过滤嘴可以降低吸烟的危害”、“烟中的尼古丁是引起大多数癌症的化学物质”等问题上存在较大误区,正确知晓率不高于 60.0%。

在控烟态度方面,绝大部分医生支持国家、社会和单位开展的禁烟政策,超过 85.0%的医生认同“医生是不吸烟的榜样”,赞成“应该在医院范围内全面

禁烟”,且不吸烟医生对控烟的态度更为坚决。在控烟行为方面,纳入文献数据显示,部分医生都会在看病时经常或者总是询问患者的吸烟情况,但问诊率差异较大,如张泽宇等^[12]研究显示有 86.6%的医生会问诊吸烟、徐越等^[10]提示有 82.6%的医生问诊,而方青等^[13]研究显示仅有 42.1%、林永峰等^[9]研究仅有 40.7%,说明公立医院医生询问患者吸烟的行为还不是很普遍。纳入研究显示,大部分医生听说过戒烟药物(65.0%),但仅有极少数一部分医生给患者使用过戒烟药物,如林永峰等^[9]的研究仅有 2.9%、方青等^[13]调查仅有 3.2%、徐越等^[10]研究仅有 2.2%。较多医生还是会告知患者“吸烟有害健康”,赵首年等^[15] 研究显示内科医生询问及劝戒的比例最高,但目前较少医生真正参与到吸烟患者戒烟的行动中。

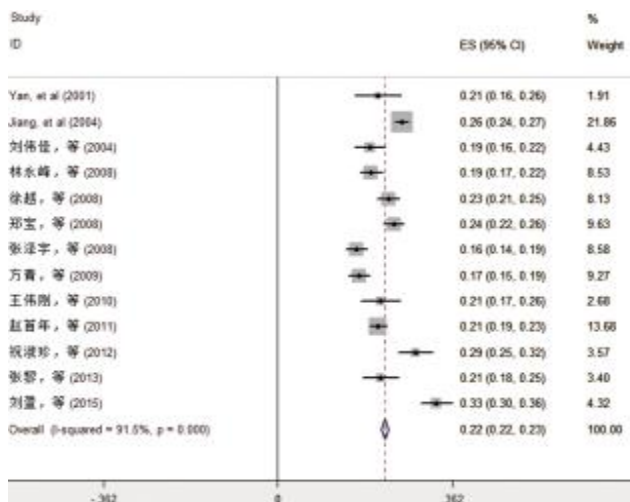


图 2 纳入研究的中国医生合并总体吸烟率森林图

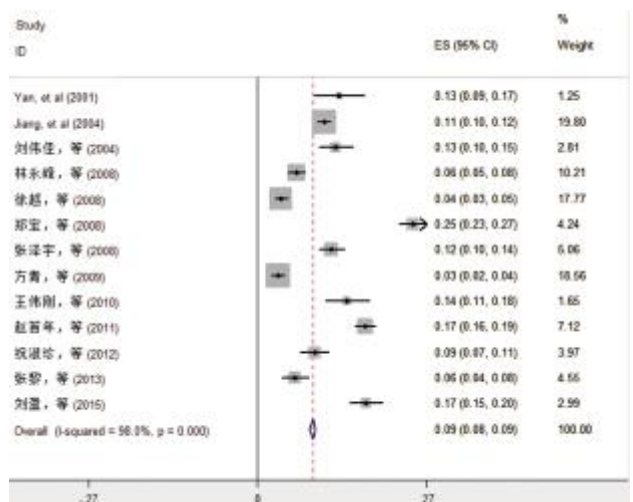


图 3 纳入研究的中国医生成功戒烟率森林图

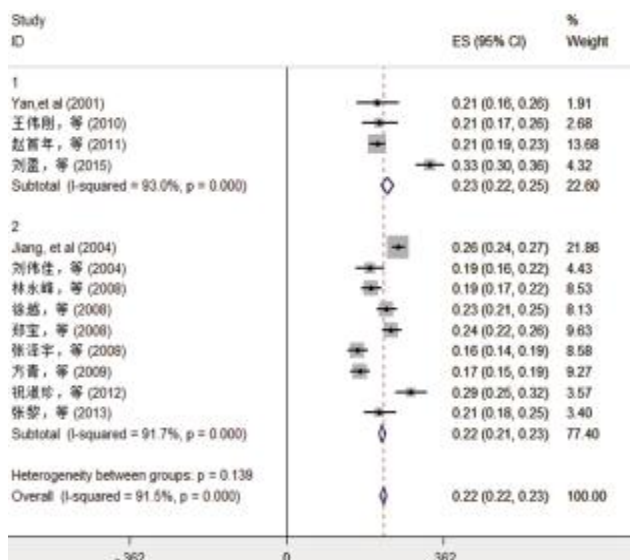


图 4 以吸烟量为亚组的总体吸烟率分析

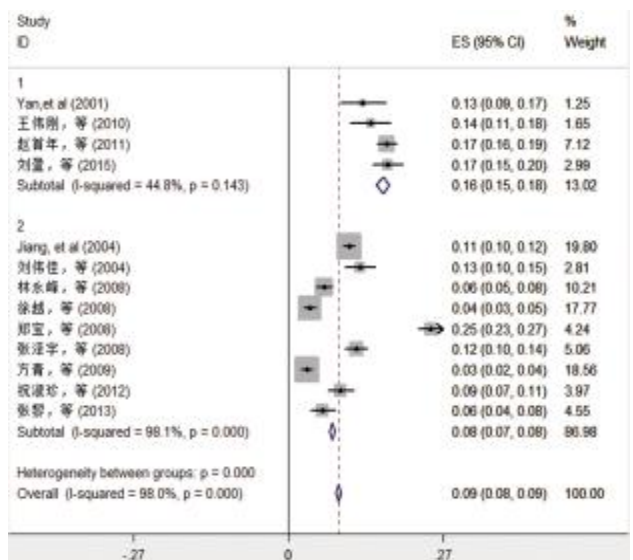


图 5 以吸烟量为亚组的成功戒烟率分析

3 讨论

3.1 医生吸烟率、戒烟率和人均日吸烟量的现状分析

本研究结果显示我国医院医生吸烟率为22.3%,其中男医生吸烟率为38.9%,女医生吸烟率为0.7%,戒烟率8.8%,说明我国医生吸烟率较高、戒烟率低。根据国家疾病与预防控制中心数据显示,上世纪80到90年代,全国医生吸烟量高达50.0%,直到2010年,全国医生总体吸烟率下降为21.7%,而男医生吸烟率仍在40.0%左右,与本研究结果基本一致。与发达国家医生吸烟率比较,我国医生总体吸烟率显著高于美国(9.0%)、新西兰(5.0%)和澳大利亚(3.0%)等国家^[19],也高于香港地区医生吸烟率(5.0%),说明我国医生吸烟现象较为普遍。通过吸烟率的亚组分析发现,医生总体吸烟率随着研究年份稍有增长但幅度不大,东部地区医生的吸烟率高于中西部地区医生,提示时间和地区成为影响医生吸烟率的可能因素。医生吸烟的原因主要有放松与减轻压力、提神和社交需要,这与医生所从事高风险、高压力的职业有关。本研究结果显示医生群体戒烟成功者较少,其戒烟的主要原因是健康需要。人均日吸烟量作为反映医生吸烟现状的重要指标,结果表明我国医院医生每人每天吸烟量较高,提示控烟行动的开展需关注吸烟量变化。

3.2 医生吸烟率、戒烟率和人均日吸烟量的关系探讨

研究结果显示,我国医生吸烟率高、人均日吸烟量大、成功戒烟率低,说明3者之前存在相互影响的关系。第一,吸烟率高,人均日吸烟量大。男性吸烟率高于女性,其吸烟量大于女性;东部地区医生吸烟率高于中西部地区,其人均日吸烟量同样大于中西部地区医生吸烟量,由此可初步推断,吸烟率可能影响人均日吸烟量。第二,吸烟率高、成功戒烟率高。本研究以成功戒烟率作为总体吸烟率的分类标准,亚组分析结果显示成功戒烟率低均数水平组(0.088)的总体吸烟率为0.208[95%CI:0.196,0.220],而高于平均水平组的总体吸烟率为0.231[95%CI:0.223,0.239],说明吸烟率越高的群体,成功戒烟效果越显著。第三,人均日吸烟量低,成功戒烟率高。根据戒烟率的亚组分析结果发现,本研究人均日吸烟量在11.85支以下的成功戒烟率为0.159[95%CI:0.148,0.169],而高于吸烟量1.85支的医生群体成功戒烟率为

0.073[95%CI:0.068,0.078],说明吸烟量是影响戒烟成功率的重要因素。

3.3 促进医生控烟行为的建议措施

全国成年人吸烟流行率调查表明,2005~2007年我国人群吸烟率为27.3%,男性总吸烟率为59.7%,女性为3.8%,人群戒烟率仅为17.9%^[20]。孙桐^[21]等对重点控烟人群吸烟状况调查显示,医生总吸烟率为18.1%,教师总吸烟率为12.2%,公务员总吸烟率为36.3%。同时,刘熹^[22]等对男性重点控烟人群研究发现,男性医生、教师、公务员总吸烟率分别17.12%、16.19%和28.19%,且每类人群中男性的吸烟率均随着年龄和工龄增长而上升。医务人员作为专业的卫生保健人员,他们是健康的维护者和健康知识的传播者,同时他们与吸烟患者有大量的接触机会,所以他们在为吸烟者提供戒烟帮助时处于一个非常重要的位置^[23]。我国已经加入世界卫生组织国际烟草控制框架公约^[24],因此,控烟工作的关键人群势必将转向医生。本研究结果显示,虽然大部分医生支持禁烟政策、控烟态度积极,但控烟知识和控烟行为表现不太乐观,有较多医生在与疾病有关时才询问患者的吸烟情况,说明医生还没有把控烟真正当作医务工作者的责任。本研究结果发现,医生对烟草危害的认识存在一定偏差,且吸烟医生对烟草危害的认识显著低于不吸烟医生,医生烟民对戒烟的需求高于普通群众,但医生参加戒烟方法的培训比较少,这就提示在开展医院控烟工作时应加强对医院医生的吸烟相关知识的教育和培训,可以通过发放吸烟有害的宣传资料、开展吸烟有害的健康讲座等方式来普及烟草危害的健康知识,使全体医务人员对烟草危害的认识进一步增强,从而降低医务人员的吸烟率^[25]。

WHO指出:帮助吸烟者戒烟是医生的职责,医生应主动劝阻吸烟并积极参与控烟。而询问患者吸烟情况是帮助患者戒烟的第一步^[26]。医生的职业特点决定了其健康生活方式倡导者的社会角色,同时医务工作者在日常工作中亦会与吸烟的患者有大量的接触机会。Baltaci等^[27]的研究表明医生劝解患者戒烟的效果最为直接显著。因此,必须加强对医生群体控烟意识和控烟技能的培训帮助吸烟者戒烟,为患者制订戒烟计划,戒烟药物的使用应是医务人员提供戒烟服务所需的基本技能,从而增强医生在控烟工作中的责任感,让其认识到自己的建议所起到的重大作用,在诊疗中主动询问就诊者吸烟情况,给

就诊者提供适当的指导,帮助就诊者养成健康的生活方式,必定会对全民戒烟起到积极的作用。

3.4 本研究的局限性及对未来研究的启示

本文利用 Meta 分析的方法对所收集的资料进行分析,除 Meta 分析方法本身的缺点之外,还存在许多不足。第一,由于只检索了公开发表的中、英文文献,可能存在文献收录不全。第二,某些亚组所包含的文献数量过少,对结果产生了一定的影响。第三,影响医生吸烟率、戒烟率及人均日吸烟量的原因错综复杂,既有社会因素,也有个人的行为因素,因此本研究结果仅提供参考,无法对 3 者关系做出因果关系论断,建议今后的研究应加大样本量,完善前瞻性实验设计,做好调查中质量控制等以进一步深入探索医生吸烟现状及影响因素。

在国家提倡全民戒烟、卫计委创建“无烟医院”的大背景下,强化医生控烟工作社会责任,增强他们提供戒烟服务的能力,是医生参与社会控烟的关键。作为控烟工作的倡导者和先行者,应增强控烟的自觉性和紧迫性,改变吸烟行为,在医院要更加深入的开展控烟工作,同时必须加强对医务人员控烟治疗的业务培训,使大部分医生具备正确宣传烟草危害、推广戒烟方法、必要时对烟草依赖者给予治疗和帮助的技能,能更有效地参与控烟,使医生形象得到进一步升华的同时推动全社会控烟工作的发展。

参 考 文 献:

- [1] Kroon LA, Corelli RL, Roth AP, et al. Public perceptions of the ban on tobacco sales in San Francisco pharmacies[J]. *Tobacco Control*, 2013, 22: 369-371.
- [2] Meshfedjian GA, Gervais A, Tremblay M, et al. Physician smoking status may influence cessation counseling practices[J]. *Can J Public Health*, 2010, 101(4): 290-293.
- [3] Liang WB, Chikritzhs T. Family history of cancer and smoking cessation, is there a role for physicians[J]. *International Journal of Clinical Medicine*, 2012, 3(1): 9-13.
- [4] 杨功焕,马杰民,刘娜,等. 中国人群 2002 年吸烟和被动吸烟的现状调查[J]. *中华流行病学杂志*, 2005, 26(2): 77-83.
- [5] Rostom A, Dube C, Cranney A. Agency for Healthcare Research and Quality (US). In Rockville (Ed.), Use of Aspirin and NSAIDs to Prevent Colorectal Cancer. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK35156>.
- [6] Yan J, Xiao SY, Ouyang DS, et al. Smoking behavior, knowledge, attitudes and practice among health care providers in Changsha city, China[J]. *Nicotine & Tobacco Research*, 2001, 10(4): 737-744.
- [7] Jiang Y, Ong MK, Tong EK, et al. Chinese physicians and their smoking knowledge, attitudes, and practices[J]. *Am J Prev Med*, 2004, 33(1): 15-23.
- [8] 刘伟佳,陈维清,徐浩锋,等. 广州地区医生的吸烟状况及其影响因素研究[J]. *华南预防医学*, 2006, 32(2): 25-28.
- [9] 林永峰,李善鹏,刘辉. 青岛市临床医生吸烟状况及控烟诊疗活动调查分析[J]. *中国健康教育*, 2009, 25(6): 427-431.
- [10] 徐越,徐水洋,吴青青,等. 浙江省部分医生吸烟行为及控烟知识现状调查[C]. 第三届健康教育与健康促进大会论文集, 2008, 80-81.
- [11] 郑宝,周刚,王卫峰,等. 河南省部分医生吸烟及控烟情况调查[J]. *现代预防医学*, 2011, 38(12): 2323-2327.
- [12] 张泽宇,袁媛媛,李学军,等. 天津市医生吸烟相关行为及其影响因素调查[J]. *中国健康教育*, 2010, 26(11): 850-854.
- [13] 方青,刘兆炜,李志新,等. 四川省两市医生控烟态度及建议病人戒烟行为调查[J]. *中国健康教育*, 2009, 25(10): 723-727.
- [14] 王伟刚,康民瑞,郝素华,等. 专科医院医生吸烟现状与控烟情况调查[C]. 第四届健康教育与健康促进大会论文集, 2010, 78-85.
- [15] 赵首年,唐红. 2010 年西安市卫生系统医生控烟现状调查[C]. 第四届健康教育与健康促进大会论文集, 2010, 72-77.
- [16] 祝淑珍,杨树旺,夏江,等. 武汉市医生吸烟状况及其影响因素调查[J]. *公共卫生与预防医学*, 2012, 23(3): 71-73.
- [17] 张黎,程书群,唐翠萍,等. 重庆市某区三甲医院医生控烟情况调查[J]. *现代预防医学*, 2013, 40(23): 4351-4354.
- [18] 刘盈,常晓琳. 沈阳市医生吸烟状况及其影响因素调查与分析[J]. *现代医学*, 2015, 43(2): 169-172.
- [19] Torre GL, Saulle R, Unim B, et al. Knowledge, attitudes, and smoking behaviours among physicians specializing in public health: A multicentre study[J]. *BioMed Research International*, 34(7): 1-8.
- [20] 徐涛,李卫,胡泊,等. 中国 11 省市成年人吸烟和被动吸烟情况调查[J]. *中国慢性病预防与控制*, 2010, 18(3): 229-230.
- [21] 孙桐,侯家祥,李斐斐,等. 山东省重点人群吸烟状况及影响因素[J]. *中国慢性病预防与控制*, 2009, 17(3): 237-240.
- [22] 刘熹,李志新,洪英,等. 成都市男性医生、教师及公务员吸烟行为与影响因素的研究[J]. *预防医学情报杂志*, 2009, 25(11): 924-927.
- [23] Vanphanom S, Morrow M, Phengsavanh A, et al. Smoking among Lao medical doctors: Challenges and opportunities for tobacco control[J]. *Tobacco Control*, 2011, 20: 144-150.
- [24] 世界卫生组织. 世界卫生组织烟草控制框架公约[R]. 日内瓦: 世界卫生组织, 2004.
- [25] Cattaruzza MS, West R. Why do doctors and medical students smoke when they must know how harmful it is[J]. *Eur J Public Health*, 2013, 23(2): 188-189.
- [26] World Health Organization Report on the Global Tobacco Epidemic. (2013). <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85380/1/9789241505871eng.pdf.last>. Accessed on 07/02/ 2014.
- [27] Baltaci D, Bahcebasi T, Aydin YL, et al. Evaluation of smoking habits among Turkish family physicians[J]. *Toxicology and Industrial Health*, 2014, 30(1): 3-11.

(张蕾 编辑)