

# 我国医务人员参与控烟工作的问题及对策分析

陈仁友<sup>1,2\*</sup> 尹爱田<sup>1</sup>

1. 山东大学卫生管理与政策研究中心 山东济南 250012
2. 山东省疾病预防控制中心 山东济南 250014

**【摘要】**烟草危害是当今世界最严重的公共卫生问题之一,控烟工作面临严峻的考验。医务人员在控烟工作中发挥着重要的作用。本文强调了我国医务人员参与控烟工作的重要性;分析控烟工作过程中存在的问题,如医务人员吸烟率高、控烟知识薄弱、控烟培训不足、不能主动提供戒烟帮助等;从政府、医疗机构及其医务人员自身等多种途径提出了促进医务人员参与控烟的对策,旨在进一步发挥医务人员在控烟工作中的表率作用,带动全社会积极参与控烟工作。

**【关键词】**医务人员;烟草控制;对策

中图分类号:R197.1 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2011.05.013

## Analysis of problems and countermeasures of medical personnel participated in tobacco control in China

CHEN Ren-you<sup>1,2</sup>, YIN Ai-tian<sup>1</sup>

1. Center for Health Management and Policy, Shandong University, Shandong Jinan 250012, China
2. Shandong Provincial Disease Control and Prevention Center, Shandong Jinan 250014, China

**【Abstract】**Tobacco's harm is currently one of the serious public health problems in the world. The tobacco control is faced with severe challenges. Physicians play a key role in coping with tobacco use. This paper is to emphasize the importance of medical personnel participated in controlling tobacco use and to analyze some problems existed in tobacco control which are high smoking rate of doctor, shortage of tobacco prevention and cure knowledge, insufficient to training in control smoking and unable to offer smoking cessation assistance. The tobacco control policy adjustments should be derived from efforts of government, health institutions and medical personnel, so as to promote the whole society in taking part in the movement of defeating tobacco hazard.

**【Key words】**Medical personnel; Tobacco control; Countermeasure

烟草正在威胁全球,目前全世界吸烟者总人数超过十亿。每年烟草使用导致全球 500 多万人死亡,如果当前的发展趋势继续下去,到 2030 年,由于烟草使用导致的年死亡人数将超过 800 万。<sup>[1]</sup>同时,烟草是当今世界最大的可预防死亡原因,在预防吸烟导致的疾病和死亡面前,医生的建议是最有效的。<sup>[2]</sup>但是,我国医务人员的吸烟状况令人堪忧,参与戒烟情况更为薄弱<sup>[3-4]</sup>,没有承担起“拒绝烟草,引

领健康”的时代重任。因此,有必要对医务人员控烟工作存在的问题进行分析,充分发挥医务人员在控烟工作中重要的作用。

### 1 我国医务人员参与控烟工作的重要性

#### 1.1 我国控烟工作的严峻形势

我国是世界上最大的烟草消费国,也是世界上因烟草使用导致的死亡人口最多的国家。2010 年全

\* 作者简介:陈仁友,男(1975 年-),博士研究生,主要研究方向为卫生管理与政策。E-mail:cahery@yahoo.com.cn  
通讯作者:尹爱田。E-mail:yaitian@sdu.edu.cn

球成人烟草调查显示,我国吸烟人群高达 3 亿人,不吸烟人群遭受二手烟暴露大约 7.4 亿。我国每年因烟草有关疾病导致 100 多万人死亡,如果目前的烟草使用模式不改变,到 2030 年,归因于烟草使用的死亡将突破 300 万。尽管我国在 2005 年承诺履行世界卫生组织《烟草控制框架公约》,但对烟草控制的 5 个关键政策(保护人们免受二手烟危害,帮助戒烟,警示烟草危害,全面禁止烟草广告、促销和赞助,烟草加税的执行情况进行评价)的研究结果显示,5 项政策履行的平均分为百分制的 37.3 分,和 100 多个《公约》缔约国比较,各项政策的执行情况均排在最后几名。<sup>[5]</sup>

### 1.2 创建无烟医疗卫生机构的需要

医院作为医务人员工作和患者接受医疗服务的公共场所,应该提供全面无烟的环境。2009 年,卫生部等四部委联合发布了《关于 2011 年起全国医疗卫生系统全面禁烟的决定》,该通知要求,到 2010 年,军地所有卫生行政部门和至少 50% 的医疗卫生机构要建成无烟单位,确保 2011 年实现卫生行政部门和医疗卫生机构全面禁烟目标。医务人员在创建无烟医疗机构中发挥着重要的作用,首先,医院内禁止吸烟需要医务人员积极参与,带头戒烟或者不在医院内吸烟;其次,医务人员可以从专业角度向吸烟者及其家属传播控烟知识,提供劝阻和戒烟指导;第三,医务人员还能利用自己在政府和社区领导中的影响力,向他们宣传烟草控制的政策。<sup>[6]</sup>

### 1.3 吸烟者需要医务人员提供技术指导

1998 年,世界卫生组织已明确指出,烟草依赖是一种慢性成瘾性疾病,列入国际疾病分类(编号为 F17.2)。吸烟者在认识到了烟草使用的健康危害后,多数都有意戒烟,却往往因为尼古丁的成瘾性而难以戒除。研究显示,如果吸烟者仅凭个人意志戒烟,不求助于医生或药物,50% 的戒烟者能坚持 2 天,33% 的戒烟者能坚持 7 天,永久戒烟成功者只占 5%~10%;如果吸烟者接受帮助,戒烟成功率可以提高 1.5~2 倍。<sup>[7]</sup>因此,戒烟者需要医生提供戒烟方面的指导,解决戒烟过程中出现的不适和复吸,促进戒烟成功。

## 2 我国医务人员参与控烟工作存在的问题

### 2.1 医务人员吸烟率高

20 世纪 50 年代确认烟草对健康的危害以来,医务人员吸烟在国际上被广泛关注。我国男性医生吸烟率 1996 年高达 61%。<sup>[8]</sup>2002 年全国吸烟流行病学调查结果显示,医务人员的吸烟率有所降低,但仍维持在较高水平(56.8%)。<sup>[9]</sup>此后,全国各地也进行了男性医务人员吸烟情况的调查,吸烟率维持在 30%~50%。<sup>[10-11]</sup>不容忽视的是,我国女性医生的吸烟率增长较快,从 1987 年的 4.8% 上升到 1996 年的 12.2%,增加了 2 倍,2005 年增加到 18.8%。<sup>[12]</sup>与国外医务人员吸烟率相比,澳大利亚、美国、英国和新西兰等国保持在 2%~4% 的较低水平<sup>[13-14]</sup>,吸烟率较高的国家有意大利男医生的吸烟率是 36%<sup>[15]</sup>,土耳其医务人员的吸烟率是 49.3%<sup>[16]</sup>,日本医生的吸烟率是 33.8%<sup>[17]</sup>,这些国家的医务人员吸烟情况与我国比较接近。

### 2.2 医务人员控烟知识薄弱

医务人员对于吸烟危害知识的了解要高于普通人群,然而对于控烟知识的掌握仍较为局限,系统性不强,更是缺乏戒烟的循证医学知识。据 2010 年对全球成人使用烟草情况的调查,我国医务人员并不清楚“低焦油等于低危害”是错误观点,其中医生认识错误的比例是 54.7%。医务人员对于主动和被动吸烟引起肺癌的知晓率分别是 95% 和 89%,但对于主动和被动吸烟引起心脏病的知晓率只有 66% 和 53%<sup>[12]</sup>,吸烟成瘾是一种慢性病,需要处方治疗,医务人员持赞成意见比例仅为 31.1%。<sup>[18]</sup>

### 2.3 医务人员控烟培训缺乏

我国对医务人员的控烟培训调查中,接受培训的不到 30%。<sup>[19]</sup>烟草控制知识培训的不足,严重影响了医务人员对于吸烟危害的认识以及指导戒烟的能力。Nancy A 调查了 48 个国家,其中有 37 个国家对医务人员进行控烟培训,培训多集中在中高收入国家,低收入国家培训较少。<sup>[20]</sup>此外,即使在对医学院校的学生调查中,几乎所有被调查者认为他们应该得到戒烟方面指导,但仅有 5%~37% 的人接受过

这种培训。<sup>[21]</sup>

## 2.4 医务人员不能主动提供戒烟帮助

研究证明,医务人员帮助病人戒烟的效果是显著的。<sup>[22]</sup>医生的建议对患者具有权威性,但是许多医生没有发挥鼓励吸烟者戒烟的重要作用。医务人员主动提供戒烟帮助较少,主要体现在三个方面:一是提供戒烟指导意识薄弱。大多数医务人员没有把吸烟作为一个严重的公共卫生问题来对待,难以对吸烟病人进行劝阻和提供戒烟指导。37.8%的医生在诊断疾病时才询问病人的吸烟情况,17.0%的医生很少或从不询问病人的吸烟情况。<sup>[23]</sup>相比较而言,美国、加拿大和老挝等国家67%以上的医生询问就诊者吸烟情况。<sup>[24-26]</sup>二是提供戒烟指导能力薄弱。临床医生没有掌握简便、有效和简短的临床干预手段,因此在治疗吸烟患者方面缺乏经验。<sup>[27]</sup>64.3%的医生听说过戒烟药物,但只有1.6%的医生给病人用过戒烟药物。<sup>[28]</sup>过去20年来,WHO一直提倡临床医生使用“5A戒烟法”治疗烟草成瘾,5A技能包括:询问(ask)、建议(advice)、评估(assess)、帮助(assist)和随访(arrange),尽管该戒烟干预被证明是有效的,但是在我国实际应用的很少。三是没有时间提供戒烟指导。部分临床医生把不能提供戒烟建议归于缺少时间,患者也赞同这种看法,认为医生讨论他们的病情更加重要。

## 3 加强医务人员参与控烟工作的对策

### 3.1 政府应积极制定促进医务人员参与控烟工作的政策

相关研究表明,烟草控制工作是典型的国家公共产品,也是典型的基本公共服务,需要政府及时有效的提供。一是尽早制定全国性控烟法律,明确对医院等公共场所实行全面无烟政策,强化医务人员等重点人群在控烟工作中的责任和义务,使医务人员控烟工作有法可依。二是政府要提供一定的临床控烟经费支持。巴西向吸烟者提供免费的简短临床戒烟建议和药物治疗,并且建立由政府资助的戒烟热线。该项政策实施一年后,有50 000名吸烟者戒烟。<sup>[29]</sup>三是强化医务人员参加控烟知识培

训。医务人员掌握足够的戒烟相关知识是欧美等发达国家40多年的控烟经验之一,要加大对医务人员烟草相关知识和戒烟技能的培训,使其全面掌握规范化治疗的方法,增强提供戒烟指导的能力;同时要高度重视对医学院校学生的控烟知识教育,减少新的医务人员吸烟。四是将控烟工作开展情况纳入医院等级评审、医疗质量评估和医疗卫生系统评优评先工作中,有效降低医务人员吸烟率。五是建立首诊询问吸烟史制度,并将其纳入医疗机构病历考核标准,实现控烟工作与日常诊治工作的有机结合。

### 3.2 医疗卫生机构要广泛营造控烟工作氛围

按照《烟草控制框架条约》要求,处理烟草依赖问题主要是国家医疗卫生系统的职责。医疗卫生机构作为医务人员工作的场所,应该全面创建无烟单位,为医务人员参与控烟提供良好的氛围和环境。<sup>[30]</sup>医院实行无烟政策可以降低医务人员的吸烟率,促进对控烟工作的支持,进一步保护非吸烟者和就诊者免受二手烟的污染。<sup>[31]</sup>美国约翰霍普金斯医院实施无烟政策后,医务人员的吸烟率降低了25%,吸烟者吸烟数量显著减少,室内空气中的尼古丁含量也明显降低。<sup>[32]</sup>为此,医院内部要成立控烟领导小组,将控烟纳入医院的工作规划,医院领导要带头不吸烟;制定控烟考评奖惩制度,激励职工积极戒烟;开展多种形式的控烟宣传和教,提高医务人员对烟草危害的认识;完善禁烟标识,设置室外吸烟区,实现室内完全禁烟;配备控烟监督员和巡查员,有效约束医务人员当众吸烟;医院内小卖部禁止销售香烟,减少烟草制品来源;设置戒烟门诊,提供戒烟建议和指导。不同医院之间建立合作机制,加强戒烟的合作与交流,例如参考欧洲建立无烟医院联盟,该组织由欧洲287家医院组成,制定具体的培训方案,通过培训医生的戒烟技能,有助于医生改变吸烟习惯。<sup>[33]</sup>控烟工作的开展,从医院内部看,有利于发挥医务人员是健康的倡导者和宣传者的作用。对医院外部而言,控烟工作得到群众的认可,有利于提高医院的知名度,从而有利于树立医院良好的社会形象。

### 3.3 医务人员要认真发挥控烟工作的表率作用

目前,美国、英国和澳大利亚的医务人员在减少烟草消耗方面起了良好的带头作用,一般人群的吸烟率显著下降。<sup>[34]</sup> 医务工作者掌握较多的医学知识,其吸烟状况、吸烟态度及行为会直接影响公众对健康行为的选择。发达国家吸烟率下降的成功经验表明,只有医生吸烟率下降,才能带动全民吸烟率下降,医务人员要自觉履行维护健康的职责,带头不吸烟或戒烟,成为控烟的先锋和楷模。研究显示,不吸烟的医生对吸烟持反对态度的要高于吸烟医生。同时,烟草依赖是一种慢性成瘾性疾病,与对其它成瘾性物质依赖的人一样,烟草使用者要自己戒烟困难比较大,医务人员应积极向吸烟者提供戒烟支持和帮助。戒烟服务内容包括医务工作者提供的简短的常规戒烟建议,戒烟热线以及戒烟药物治疗。此外,医生拥有经常接触吸烟病人的机会,每年大约有 70% 的吸烟者与医生接触,这就为医生提供了大量的机会去影响病人的行为。<sup>[35]</sup>

烟草控制工作是一个长期、复杂的公共卫生问题,受政策、经济、文化等诸多因素制约。目前,我国尚未建立有效的控烟制度,充分发挥医务人员的在控烟工作中的表率作用,借以推进全民控烟,是突破当前我国控烟进程障碍的关键之举。

#### 参 考 文 献

- [1] Mathers C D, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030[J]. *PLoS Medicine*, 2006, 3(11): e442.
- [2] Cromwell J, Bartosch W J, Fiore M C, et al. Cost effectiveness of the clinical practice recommendations in the AHCPR Guideline for Smoking Cessation[J]. *JAMA*, 1997, 278(21): 1759-1766.
- [3] 姜垣, 魏小帅, 陶金, 等. 中国六城市医生吸烟状况[J]. *中国健康教育*, 2005, 21(6): 403-407.
- [4] Yang J L, Hammond D, Driezen P, et al. The use of cessation assistance among smokers from China: Findings from the ITC China Survey[J]. *BMC Public Health*, 2011, 11(75): 1-8.
- [5] 杨功焕, 胡鞍钢. 控烟与中国未来——中外专家中国烟草使用与烟草控制联合评估报告[M]. 北京: 经济日报出版社, 2011.
- [6] Lindorffl K J, Hill D J. Physicians' role in advancing tobacco control in China[J]. *Thoracic Cancer*, 2010, 1(1): 17-22.
- [7] Silagy C, Lancaster T, Stead L, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation[J]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2004(3): CD000146.
- [8] 杨功焕. 1996 年全国吸烟行为的流行病学调查[M]. 北京: 中国科学技术出版社, 1997.
- [9] 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): 71-83.
- [10] 石建辉, 刘秀荣, 韩梅. 北京市医务人员吸烟现状调查[J]. *中国公共卫生*, 2007, 23(7): 792-793.
- [11] 杨华凤, 王志勇, 梁亚琼, 等. 南京市医务人员吸烟现状及相关认知、态度和行为调查[J]. *中国慢性病预防与控制*, 2010, 18(6): 638-640.
- [12] Jiang Y, Ong M K, Tong E K, et al. Chinese physicians and their smoking knowledge, attitudes, and practices[J]. *American Journal of Preventive Medicine*, 2007, 33(1): 15-22.
- [13] Smith D R, Leggat P A. An international review of tobacco smoking in the medical profession: 1974-2004[J]. *BMC Public Health*, 2007, 7(115): 1-12.
- [14] Edwards R, Bowler T, Atkinson J, et al. Low and declining cigarette smoking rates among doctors and nurses: 2006 New Zealand Census data[J]. *North American Medical Jurisprudence*, 2008, 121(1284): 43-51.
- [15] Muzi G, Omo M, Crespi E, et al. Smoking in the workplace. Study at a hospital in central Italy[J]. *La Medicina del lavoro*, 2001, 92(1): 54-60.
- [16] Talay F, Altin S, Cetinkaya E. The smoking habits of health care workers and their approach to smoking in Gaziosmanpa? a and Eyüp counties of Istanbul[J]. *Tuberk Toraks*, 2007, 55(1): 43-50.
- [17] Ohida T, Sakurai H, Mochizuki Y, et al. Smoking prevalence and attitudes toward smoking among Japanese physicians[J]. *JAMA*, 2001, 285(20): 2643-2648.
- [18] 潘冰莹, 刘伟佳, 徐浩峰, 等. 广州市医生吸烟及控烟知识、态度、行为现况调查分析[J]. *中国健康教育*,

- 2005, 21(12): 891-893.
- [19] 王彦. 吸烟医务人员的控烟态度及对策研究预防医学情报杂志[J]. 2007, 23(6): 666-668.
- [20] Nancy A, Rigotti L, Asaf Bitton, et al. An international survey of training programs for treating tobacco dependence [J]. *Addiction*, 2009, 104(2): 288-296.
- [21] GTSS Collaborative Group. Tobacco use and cessation counseling. Global Health Professionals Survey Pilot Study, 10 Countries [J]. *Tobacco Control*, 2006 ( Suppl 2 ): ii31-34.
- [22] Hurt R, Ebbert J O, McFaden D D. Treating Tobacco Dependence in a Medical Setting [J]. *A Cancer Journal for Clinicians*, 2009, 59(5): 314-326.
- [23] 刘兆炜, 李志新, 刘影. 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): 723-726.
- [24] Thorndike A N, Rigotti N A, Stafford R S, et al. National patterns in the treatment of smokers by physicians [J]. *JAMA*, 1998, 279(8): 604-608.
- [25] Vanphanom S, Morrow M, Phengsavanh A, et al. Smoking among Lao medical doctors: challenges and opportunities for tobacco control [J]. *Tobacco Control*, 2011, 20(2): 144-150.
- [26] Rowan M S, Coombs R B, Jensen P, et al. Smoking cessation, physicians, and medical office staff. Clinical tobacco intervention in Prince Edward Island [J]. *Canadian Family Physician*, 1998(44): 2433-2440.
- [27] Kim J R, Lee M S, Hwang J Y, et al. Efficacy of a smoking cessation intervention using the AHCPR guideline tailored for Koreans: a randomized controlled trial [J]. *Health Promotion International*, 2005, 20(1): 51-59.
- [28] 孙桐, 侯家祥, 李斐斐, 等. 山东部分地区医生吸烟知识、态度与相关行为分析 [J]. *健康教育与健康促进*, 2009(4): 1-3.
- [29] World Health Organization. WHO report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER Package [R]. Geneva: World Health Organization, 2008.
- [30] Willaing I, Ladelund S. Smoking behavior among hospital staff still influences attitudes and counseling on smoking [J]. *Nicotine Tobacco Research*, 2004, 6(2): 369-375.
- [31] Fichtenberg C M, Glantz S A. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review [J]. *BMJ*, 2002, 325(7357): 188-191.
- [32] Stillman F A, Becker D M, Swank R T, et al. Ending smoking at the Johns Hopkins Medical Institutions. An evaluation of smoking prevalence and indoor air pollution [J]. *JAMA*, 1990, 264(12): 1565-1569.
- [33] Gunning M. Smoking cessation training programmes available within Europe [J]. *European Smoke-Free Hospital Network*, 2007(11): 4-5.
- [34] Smith D R, Leggat P A. The historical decline of tobacco smoking among Australian physicians: 1964-1997 [J]. *Tobacco Induced Disease*, 2008, 4(1): 1-12.
- [35] A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: a US Public Health Service report [J]. *JAMA*, 2000, 283(24): 3244-3254.

[收稿日期:2011-03-22 修回日期:2011-04-30]

(编辑 刘 博)