

بررسی شاخص‌های بهداشت محیطی هتل‌ها و مهمانسراهای شهر مقدس قم در سال ۱۳۸۵

بابک فرزین‌نیا^{*}، محمد خزایی^{**}

^{*} مربی گروه بهداشت محیط، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

^{**} کارشناس ارشد بهداشت محیط، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

چکیده

زمینه و هدف

صنعت گردشگری یکی از سه صنعت برتر جهان با رشد سالیانه ۴ درصدی می‌باشد. شهر قم، با حدود ۱۷ میلیون نفر زائر در سال ۱۳۸۴، دومین مرکز زیارتی کشور، بوده است. این تحقیق با هدف تعیین شاخص‌های بهداشت محیطی مراکز اقامتی شهر قم، در سال ۱۳۸۵ انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه، به صورت توصیفی-مقطعی انجام شد. برای تعیین شاخص‌های بهداشت محیطی اماکن با توجه به فرم بررسی قانون مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، چک لیستی شامل ۷۳ پرسش تهیه شد و از طریق مصاحبه حضوری و بازدید از کلیه اماکن اقامتی شهر قم شامل ۵۶ مکان، تکمیل گردید و پس از ارزش‌گذاری (نمره پرسشنامه بالای ۸۰ در گروه در معیار بهداشتی، نمره در معیار بهسازی و نمره پرسشنامه زیر ۴۰، در معیار نامطلوب) مکان‌ها دسته‌بندی شدند و داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی شامل آزمون‌های کای اسکور و فیشر تجزیه و تحلیل گردید. $P < 0/05$ معنی‌دار تلقی شد.

یافته‌ها

۳۵/۵٪ اماکن مورد بررسی دارای شرایط بهداشتی، ۵۴/۸٪ دارای معیار بهسازی و ۹/۷٪ در معیار نامطلوب قرار داشتند و هرچه میزان تحصیلات مسئول فنی اقامت‌گاه بالاتر بود، درصد بیشتری از کارکنان دارای کارت بهداشتی معتبر بودند ($P < 0/042$).

نتیجه‌گیری

بهداشت محیط هتل‌ها و مهمانسراهای شهر قم در وضعیت نسبتاً مطلوب قرار داشت. با توجه به محل استقرار اقامت‌گاهی با معیار نامطلوب، مشخص شد، بیشتر این اماکن در بافت فرسوده اطراف حرم حضرت معصومه (س) قرار گرفته‌اند، که به دلیل قدمت و فرسودگی زیاد، عملاً بازسازی آن‌ها غیراقتصادی می‌باشد. هم‌چنین با وجود درصد بالای اماکن با وضعیت بهسازی توصیه می‌شود، حتی‌المقدور شرایط بهبود وضعیت بهداشتی با آموزش و نظارت بیشتر برای این اماکن فراهم آید.

کلید واژه‌ها: بهداشت محیط؛ محیط زیست و بهداشت همگانی؛ هتل؛ مهمانسرا؛ قم.

نویسنده مسئول مکاتبات: دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی: b_farzinnia@muq.ac.ir

تلفن: ۰۹۱۲۵۶۴۷۲۳۳

تاریخ پذیرش: ۸۷/۶/۵

تاریخ دریافت: ۸۷/۳/۸

مقدمه

صنعت گردش‌گری، یکی از سه صنعت برتر جهان است و طبق آمار شورای جهانی گردش‌گری، سفر برای ۳۰۰ میلیون نفر به صورت مستقیم و غیرمستقیم شغل ایجاد کرده است و رشد سالیانه ۴٪ برای آن پیش‌بینی شده است (۱). Kirk مدیریت و نظارت بر شاخص‌های بهداشت محیطی را از عوامل تأثیرگذار بر بازدهی صنعت هتل‌داری می‌داند (۲). آموزش در این صنعت یکی از ارکان توسعه منابع انسانی در گردش‌گری و حفظ کیفیت بهداشتی است (۳). عسگریان و همکارانش در سال ۱۳۸۱، شاخص‌های بهداشت محیطی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی فارس، را به روش نمره‌دهی به کمک چک لیستی شامل ۸۰ سؤال، سنجیدند. این شاخص‌ها در بیمارستان‌های آموزشی به علت قدیمی بودن ساختمان‌ها، فرسوده بودن امکانات و وسایل، تعداد زیاد بیماران و دانشجویان، اجرای طرح خودگردانی و مشکلات مالی و مدیریتی، نامطلوب گزارش گردید (۴). نتایج بررسی شاخص‌های بهداشتی در اماکن تهیه و توزیع مواد غذایی در شهر بم، توسط جاهد خانیکی و محوی در سال ۱۳۸۳، نشان داد وضعیت بهره‌مندی از کارت بهداشتی معتبر، وضعیت سطل زباله و دفع آن، وضعیت دستشویی و حمام، وضعیت یخچال‌ها و وضعیت ظاهری پرسنل نیاز به بهبود و اصلاح دارد (۵). یکی از شاخص‌های بهداشتی مهم در هتل‌ها، عدم استعمال دخانیات می‌باشد. مطالعات Mulcahy و همکارانش در رستوران‌های چندین هتل اسکاتلند، نشان داد منع استعمال دخانیات، سبب کاهش چشمگیری، در میزان نیکوتین موجود در بزاق کارگران غیرسیگاری این اماکن شده است (۶). شهر قم، به لحاظ اماکن زیارتی پس از مشهد مقدس، دومین جایگاه را در کشور با حدود ۱۷ میلیون نفر زائر در سال ۱۳۸۴، دارا بوده است (۷). با توجه به موقعیت استان قم و وجود اماکن مقدسه، مرکزیت معنوی جهان اسلام و قرار گرفتن در شاهراه اصلی اتصال شمال و غرب کشور به جنوب و شرق، این شهر از یک موقعیت حساس مذهبی، تجاری و ارتباطی برخوردار است (۸). به منظور پاسخگویی به نیاز اقامتی مسافران، که برای زیارت، تجارت و گردش‌گری به این شهر مسافرت می‌کنند، در سال ۱۳۸۵، این شهر دارای ۱۸ هتل و هتل آپارتمان و ۴۱ باب میهمان‌پذیر و دو زایرسرای فعال است. ظرفیت پذیرش این اماکن ناکافی

می‌باشد و در اعیاد مذهبی حتی منازل مسکونی نیز پذیرای مسافران به خصوص در اطراف حرم مطهر می‌باشند (۹). نقش بهداشت در توسعه هتل‌داری یکی از عوامل اصلی انتخاب مکان اقامت، اعتماد مسافران می‌باشد (۱۰). با توجه به اهمیت شاخص‌های بهداشتی در ارتقای سطح کیفی خدمات به زائران، این تحقیق با هدف تعیین ابعاد شاخص‌های بهداشت محیطی در اماکن اقامتی شهر قم در سال ۱۳۸۵ انجام شد تا بتوان بر اساس نتایج آن، برنامه‌ریزی لازم برای ارتقای سطح کیفی خدمات را به انجام رساند.

روش بررسی

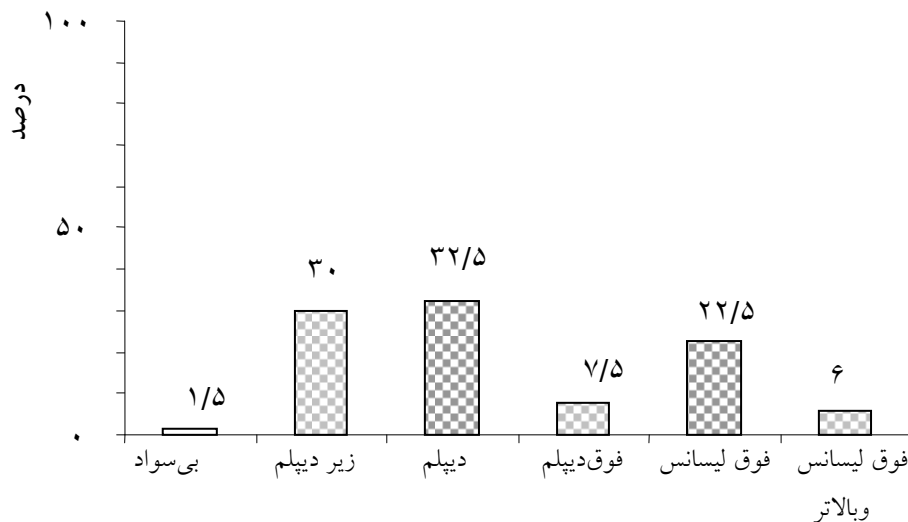
در این پژوهش توصیفی مقطعی کلیه مراکز اقامتی خدمت‌رسان به زائرین شهر قم (۵۶ مکان) به روش سرشماری مورد بررسی قرار گرفت. برای تعیین شاخص‌های بهداشت محیطی این اماکن با توجه به فرم بازدید ماده ۱۳ قانون مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (۱۱)، چک لیستی شامل ۷۳ پرسش در زمینه‌های مختلف بهداشتی مانند وضعیت کارت بهداشت و اعتبار آن برای کارکنان سالن غذاخوری و خدمات، میزان سواد و دوره‌های مرتبط هتل‌داری مدیران مراکز، وضعیت ظاهری پرسنل و رعایت اصول بهداشت فردی، وضعیت ساختمانی اقامت‌گاه، رعایت استاندارد تعداد تخت و دستشویی و توالت‌ها، رعایت اصول ایمنی، نحوه دفع فاضلاب و رعایت اصول بهداشت در هتل و سالن غذاخوری، تهیه شد و بعد از اجرای پایلوت و رفع نواقص توسط کارشناسان بهداشت محیط، با مراجعه به کلیه اماکن از آذر ماه لغایت بهمن ماه سال ۱۳۸۵، از طریق مصاحبه و بازدید حضوری توسط کارشناس بهداشت محیط، تکمیل گردید. بعد از تکمیل پرسشنامه‌ها، سؤالات بر اساس اهمیت بهداشتی (به طور مثال بیشترین امتیاز به کیفیت مطلوب ساختمانی و اعتبار کارت بهداشت و رعایت بهداشت فردی داده شد) ارزش‌گذاری شد. این اماکن در سه گروه شامل گروه وضعیت عالی یا در معیار بهداشتی (اماکن فاقد هرگونه عیوب ساختمانی و بهداشتی با نمره پرسشنامه بالای ۸۰)، گروه وضعیت خوب یا در معیار بهسازی (اماکن دارای عیوب ساختمانی با شرایط بهداشتی مناسب و نمره پرسشنامه ۷۹-۴۰) و گروه نامطلوب (اماکن دارای عیوب ساختمانی با وضعیت

بهداشتی نامناسب بودند و نمره پرسشنامه زیر ۴۰) طبقه‌بندی شدند. جهت بررسی ارتباط تحصیلات متصدیان هتل‌ها و شاخص‌های بهداشتی از آزمون کای دو یا دقیق فیشر استفاده شد و $P < 0/05$ معنی‌دار تلقی شد.

یافته‌ها

توزیع فراوانی میزان تحصیلات متصدیان هتل‌ها، در نمودار آمده است. ۳۷٪ از مدیران هتل‌ها و مهمان‌سراهای قم دوره خاص مرتبط با هتل‌داری دیده بودند. ۹۴/۹٪ متصدیان اقامت‌گاه با زبان عربی، ۲۷/۱٪ با هر دو زبان عربی و انگلیسی و ۱/۷٪ با فرانسه، عربی و انگلیسی آشنایی داشتند. فقط ۱۱

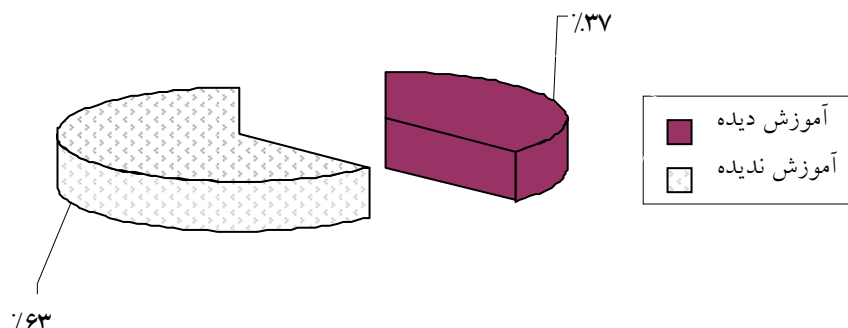
مرکز (۲۰٪) دارای سالن غذاخوری و آشپزخانه فعال بودند. تمام سالن‌های غذاخوری و ۹۲٪ انبارهای مورد بازدید تا سقف کاشی داشتند. فقط در یک مکان (۱۱٪) از ظروف پلاستیکی برای بسته‌بندی استفاده نمی‌شد. ۷۱٪ کارکنان سالن غذاخوری دارای کارت بهداشتی معتبر و مابقی کارت با اعتبار تاریخ گذشته داشتند. در ۸۲٪ بازدیدها، مواد فاسد شدنی در یخچال نگهداری می‌شد. شستشو ظروف در ۸۲٪ آشپزخانه‌های هتل‌ها و مهمان‌سراهای شهر قم در یک مرحله انجام می‌گرفت و در دو مکان تاریخ اعتبار شارژ مجدد کپسول‌های آتش‌نشانی، گذشته بود.



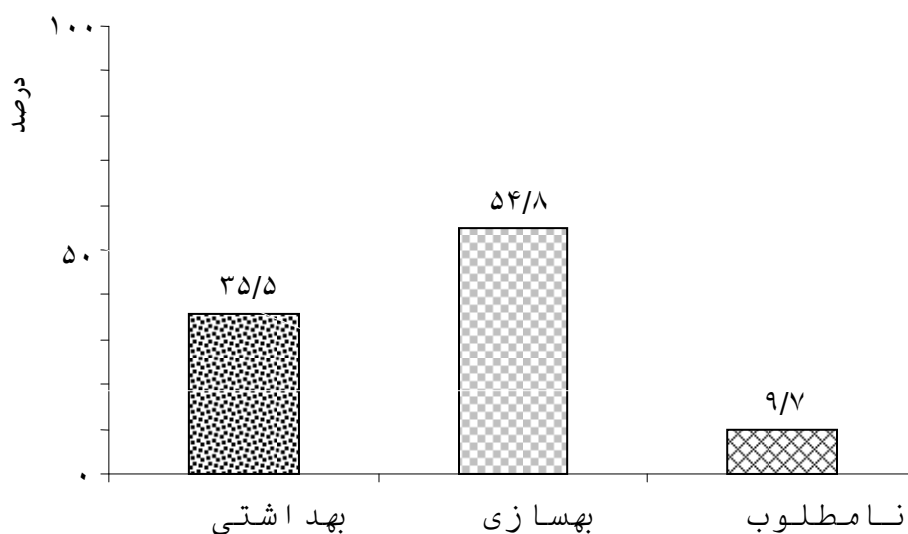
نمودار شماره ۱: توزیع ۵۶ مدیر هتل‌ها و مهمان‌سراهای شهر قم بر اساس وضعیت مدرک تحصیلی آنان، ۱۳۸۵

مسئول فنی اقامت‌گاه با داشتن کارت بهداشت معتبر کارکنان خدمات رابطه معنی‌دار آماری داشت ($P < 0/042$). تحصیلات متصدی هتل رابطه معنی‌داری با استعمال دخانیات پرسنل نداشت، اما با نصب علائم هشداردهنده رابطه معنی‌دار آماری مشاهده گردید ($P < 0/025$). رابطه بین فروش سیگار با مدرک تحصیلی متصدی هتل معنی‌دار بود ($P < 0/018$). در گروه‌بندی نهایی، ۳۵/۵٪ هتل‌ها و مهمان‌سراها در طبقه بهداشتی، ۵۴/۸٪ در طبقه بهسازی و ۹/۷٪ در طبقه نامطلوب قرار داشتند (نمودار شماره ۳).

در ۱۳/۶٪ اماکن مورد بازدید، حداقل یک کارگر غیرایرانی مشاهده شد. وسایل درون جعبه کمک‌های اولیه از نظر تاریخ انقضا و قابل استفاده بودن مورد بازبینی قرار گرفت که ۳۰٪ جعبه‌ها، دارای داروهای تاریخ مصرف گذشته بودند. در بررسی اماکن این نتایج بدست آمد، ۲۷/۴٪ پرسنل در اماکن سیگار مصرف می‌کردند. در ۶۲/۹٪ اماکن عدم نصب علائم ممنوعیت مصرف دخانیات مشاهده شد. در ۹۰٪ اماکن، مکان جداگانه‌ای برای استعمال دخانیات در نظر گرفته نشده بود و در ۱۱/۳٪ اماکن مورد بازدید، سیگار فروخته می‌شد. مدرک تحصیلی



نمودار شماره ۲: توزیع فراوانی گذراندن دوره خاص مرتبط با هتلداری مدیران هتل‌ها و مهمان‌سراهای شهر قم در سال ۱۳۸۵ (۵۶ هتل)



نمودار شماره ۳: توزیع فراوانی وضعیت دسته‌بندی شاخص بهداشتی هتل‌ها و مهمان‌سراهای شهر قم در سال ۱۳۸۵ (۵۶ هتل)

بحث

غذایی شهرکرد در سال ۱۳۷۴، فقط ۱۶/۸٪ این اماکن را در معیار مطلوب (بهداشتی و بهسازی) اعلام نمود و دلایل پایین بودن درصد اماکن مطلوب را توجه بیشتر مراجع بهداشتی به بهداشت محیط روستایی و کمتر به امر بهسازی شهری، مشکلات فرهنگی و اقتصادی ناشی از مهاجرت، کمبود نیروی انسانی به خصوص کاردان بهداشت محیط و بالاخره کمبود

مطالعات شریعت در شهر همدان در سال ۱۳۷۵، نشان داد ۸۰٪ مسافرخانه‌ها و میهمان‌پذیرهای این شهر در معیار نامطلوب بهداشتی قرار داشتند که این درصد برای هتل‌های شهر همدان صفر بود (۱۲). هم‌چنین صادقی در بررسی وضعیت شاخص‌های بهداشتی اماکن عمومی و مراکز تهیه و توزیع مواد

آموزش‌های عمومی دانسته است (۱۳). درصد اماکن غیربهداشتی در قم در مقایسه با مطالعات شریعت و صادقی در شهرهای همدان و شهرکرد، وضعیت بهتری دارد و با توجه به موقعیت جغرافیایی این مکان‌ها دلیل عمده غیربهداشتی بودن آن‌ها قرار گرفتن در بافت فرسوده و اشکالات ساختمانی است که به تدریج در حال تخریب یا بازسازی می‌باشند. حفظ و ارتقای شاخص‌های بهداشت محیطی در ۳۵/۵٪ این اماکن که در معیار بهداشتی قرار دارند، نیازمند نظارت مراکز بهداشت شهری و همکاری سایر ارگان‌ها در آموزش، آرایه تسهیلات بازسازی و نوسازی آن‌ها می‌باشد. روشن است تنها نظارت بازرسان ساعی مراکز بهداشتی بدون پشتیبانی سایر ارگان‌های مسئول، راه به جایی نخواهد برد. مدرک تحصیلی مسئول فنی اقامت‌گاه با داشتن کارت بهداشت معتبر کارکنان خدمات دارای رابطه معنی‌دار بود ($P < 0/042$). پس هرچه سرمایه‌گذاری بیشتری روی آموزش و بالا بردن اطلاعات بهداشتی این گروه به عمل آید، می‌تواند در ارتقای سطح سلامت جامعه مؤثر باشد. با توجه به گذراندن دوره‌های مرتبط با هتل‌داری در ۶۳٪ متصدیان و مدیران هتل‌ها و مهمان‌سراهای شهر قم، این افراد در مقایسه با وضعیت نیروی انسانی و آموزش در بخش گردش‌گری استان تهران در سال ۸۰، در سطح پایین‌تری از نظر دوره‌های آموزشی قرار دارند. در مطالعات ضیایی و همکاران در استان تهران مشخص شد که ۶۱٪ از شاغلین هتل‌ها، دوره‌های آموزش‌های لازم را گذرانده‌اند. حال آن‌که در مهمان‌پذیرها، میزان متصدیان آموزش دیده، ۲۸٪ محاسبه گردید. نامناسب‌ترین وضعیت آموزش متصدیان مربوط به تأسیسات پذیرایی بین راهی استان تهران بود که تنها ۵٪ شاغلین این بخش دوره‌های آموزش‌های لازم را فرا گرفته بودند (۱۴). احمدی، آموزش راه، یکی از ارکان تضمین بقا و ارتقای کیفیت و جلب رضایت مشتریان پرتوقع قرن ۲۱ دانسته و بر آموزش‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت (مقاطع دانشگاهی) به عنوان پایه اصلی توسعه منابع انسانی گردش‌گری، تأکید دارد (۴). در نتیجه با توجه به درصد آشنایی نسبتاً پایین متصدیان هتل‌ها با زبان انگلیسی و گذراندن دوره‌های مرتبط با هتل‌داری، در آینده در صورت افزایش حضور زائران غیرعرب، مشکلاتی ایجاد خواهد شد. در ۲۹٪ بازدیدها کارت بهداشتی حداقل یکی از نیروهای شاغل اعتبار نداشت که می‌تواند از فاصله زیاد دو بازدید کارشناس بهداشت و همچنین عدم توجه مدیران هتل‌ها به بهداشت فردی حاصل شده باشد. از سوی

دیگر پرداخت تعرفه با نرخ آزاد برای آزمایشات تمایل کمتری را برای کارگر و کارفرما برای دادن این گونه آزمایشات ایجاد می‌نماید. تشویق، آموزش و توجیه مدیران و کارکنان نیز می‌تواند به رفع این مسأله کمک نماید. برزگر، بهداشت گردش‌گری را شاخه جدیدی از بهداشت عمومی بیان می‌کند که هدفش تأمین سلامت متصدیان، گردش‌گران و در نهایت سلامت کل جامعه می‌باشد (۱۵). در ۱۳/۶٪ اماکن مورد بازدید، حداقل یک کارگر غیرایرانی مشاهده گردید، که بیشتر از کارگران فصلی و غیرقابل نظارت بودند. این مسأله می‌تواند علاوه بر از بین بردن فرصت‌های شغلی، باعث افزایش احتمال انتقال بیماری‌های مسری وارده از کشورهای مبدأ، به استفاده‌کنندگان از اماکن اقامتی شهر گردد.

عدم استعمال دخانیات توسط ۷۰٪ پرسنل و عدم فروش سیگار در ۸۹٪ اماکن مورد بازدید، شاخص مثبت بهداشتی است. تحصیلات متصدی هتل رابطه معنی‌داری با استعمال دخانیات پرسنل نداشت. اما تحصیلات متصدی هتل با نصب علائم هشداردهنده ($P < 0/025$)، رابطه بین فروش سیگار با مدرک تحصیلی متصدی هتل ($P < 0/018$) معنی‌دار بود. نتایج بررسی‌های Stanton و همکارانش در سال ۱۹۹۹ در سه ایالت و شش شهر آمریکا نشان داد، ممنوع ساختن استعمال دخانیات در رستوران‌های اماکن عمومی نه تنها درآمد سالیانه این اماکن از گردش‌گران را کاهش نداد، بلکه در برخی شهرها به درآمد آن‌ها افزود (۱۶). در یک تحقیق دیگر توسط Glantz و همکارش در ۱۵ شهر ایالت کالیفرنیا بر روی وضعیت درآمد هتل‌ها بعد از اجرای قانون منع استعمال دخانیات از سال ۱۹۸۲ تا ۱۹۹۳ مشخص شد، این قوانین اثر مشخص کاهنده‌ای روی درآمد این اماکن نداشته است (۱۷). بنابراین در آموزش‌هایی دوره‌ای متصدیان هتل‌ها آشناسازی ایشان با مضرات استعمال دخانیات، قوانین منع استعمال دخانیات و عدم رابطه منفی بین درآمد و منع استعمال دخانیات باید مدنظر قرار گیرد. فقط در ۲۰٪ (۱۱ مکان) مکان‌های مورد بازدید سالن غذاخوری و آشپزخانه وجود داشت. خوشبختانه سالن غذاخوری‌ها و بیش از ۹۰٪ انبارهای مورد بازدید تا سقف کاشی داشتند که خود یک شاخص مثبت بهداشتی محسوب می‌گردد و باعث حفظ بهداشت مواد غذایی در این اماکن می‌گردد. البته برخی نارسایی‌ها نیز در آشپزخانه‌ها مثل شستن یک مرحله‌ای ظروف و نامناسب بودن وضعیت شستشوی سبزیجات ثبت شد که نیاز به آموزش متصدیان و نظارت بیشتر دارد.

نتیجه گیری

برای ارتقای کیفی اقامت‌گاهی شهر قم، آموزش مدیران و کارکنان برای آشنایی با مسایل بهداشتی و زبان خارجی باید سرلوحه فعالیت‌ها قرار گیرد. با توجه به محل استقرار اماکن اقامتی با معیار غیربهداشتی شهر قم، مشخص شد بیشتر این اماکن در بافت فرسوده اطراف حرم مطهر حضرت معصومه(س) قرار گرفته‌اند که به دلیل قدمت و فرسودگی زیاد، عملاً بازسازی آن‌ها غیراقتصادی می‌باشد. اما اقامت‌گاه‌هایی که در معیار بهسازی قرار می‌گیرند (۵۴/۸٪) را می‌توان با اصلاح

عیوب و آموزش متصدیان به سطح اماکن بهداشتی ارتقا داد. در مورد اماکن با معیار بهداشتی می‌بایست با نظارت مستمر و آموزش متصدیان و کارگران شاغل در آن‌ها از تنزل درجه و کیفیت بهداشتی آن‌ها جلوگیری نمود. درمورد نحوه اجرای قانون منع استعمال دخانیات در اماکن عمومی شهر قم، با الزام به نصب تابلو هشدار برای عدم استعمال سیگار و اختصاص، محل مخصوص کشیدن سیگار و فعالیت‌های فرهنگی و آموزشی برای متصدیان می‌توان در جهت حفظ سلامت گردش‌گران و در نهایت تأمین سلامت جامعه، حرکت کرد.

References:

1. Madhooshi M, Naserpoor N. Determining of Tourism Progress Abstacles in Lorestan Province. Pajouheshname Bazargani 2003;58:22-28. [Full Text in Persian]
2. Kirk D. Environmental Management in Hotels. Journal: International Journal of Contemporary Hospitality Management 1995;6(7):3-8.
3. Ahmadi M. Nessesity and Importance in Tourism Industry. First National Congress of Nature, Health and Hotelling 2007 Tehran; 2007. [Text in Persian]
4. Asgarian M. Survey on Environmental Health Situation in Fars Province Hospitals in 2001. Armaghane Danesh 2001;7(27):31-38. [Full Text in Persian]
5. Jahed GH, Mahvi AH. A Study on Bam Suppling Centers of Food and Beverage after Earthquake. Oloum Va Technology Mohite Zist 2006;8(2):59-67. [Full Text in Persian]
6. Mulcahy M. Secondhand Smoke Exposure and Risk Following the Irish Smoking Ban: An Assessment of Salivary Continnence Concentrations in Hotel Workers and Air Nicotine Levels in Bars. Tobacco Control 2005;14:384-388.
7. Khamayar R. Qom: Yesterday, Today; Hntegrated Guideline of Qom Province. Qom: Rahpouyane Vesal; 2005. p. 96. [Text in Persian]
8. Akhavan M. Qom Province: Integrated Report of Social, Economical and Cultural Situation. Qom: Sazmane Modiriat; 2004. p. 298. [Text in Persian]
9. Saberi F, Rabinia A. Qom Province Tourism and Cultural Heritage Sites Guidline. Tehran: Ilam Publication; 2006. p. 120. [Text in Persian]
10. Khosro Abadi R. Health Importance in Hoteling Promotion. First National Congress of Nature, Health and Hotelling 2007. Tehran. 2007. [Text in Persian]
11. Ministry of Health (Salamat Sector). The 13nd Article of the Edible, Drinkable, Cosmetic and Hygienic Products Low. Ministry of Health; 2000. p. 125-129. [Thesis in Persian]
12. Shariat SM. A Study on Iran Environmental Health. Research Thesis 1995; Tehran University of Medical Sciences and Health Services. p. 184-187. [Thesis in Persian]
13. Sadeghi M. A Study on Shahre Kord Environmental Health. Msc Thesis. Tehran University of Medical Sciences and Health Services; 1996. p. 184-187. [Thesis in Persian]
14. Ziaei M. Determining Situation of Staff and Training in Tourism Sector (by Emphasize on Tehran Province). Motaleate Gardeshgari 2004;6:19-37. [Full Text in Persian]
15. Barzegar MA. Tourism Industry and Economical, Social and Biological Agents Which Have Adverse Influences on Health. First National Congress of Nature, Health and Hotelling 2007. Tehran; 2007. [Text in Persian]
16. Stanton A, Glantz P, Charlesworth A. Tourism and Hotel Revenues Before and After Passage of Smoke-Free Restaurant Ordinances. JAMA 1999;(281):1911-1918.

17. Glantz P, Wilson-Loot. No Association of Smoke-Free Ordinances with Profits from Bingo and Charitable Games in Massachusetts. Tobacco Control 2003;12:411-413.