نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی
دوره پنجم، پاییز ۱۴۰۰، شماره سوم، صفحات ۴۰۶ تا ۴۱۲

**پژوهشی**

# کنترل دخانیات، چالش‌ها و راهکارها

عبدالرحمان رستمیان[۱]، محمدحسین نیکنام[۱]، سیدحسن امامی‌رضوی[۱]، علی رمضانخانی[۲]، مریم خیام‌زاده*[۳]

۱. استاد، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲. استاد، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۳. * **نویسنده مسئول:** استادیار، فرهنگستان علوم پزشکی ایران، تهران، ایران، khayamzadeh@yahoo.com

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۹/۱۵ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۰۹/۲۰

## چکیده

**زمینه و هدف:** استعمال دخانیات یک چالش عمده سلامت عمومی است که علاوه بر اثرات مضر سلامتی، موجب آسیب‌های اقتصادی به علت از دست دادن بهره‌وری و افزایش هزینه‌های مراقبت‌های سلامتی می‌شود. در این نوشتار، چالش‌ها و پیشنهادهایی برای کنترل این معضل سلامتی و اجتماعی ارائه می‌شود.

**روش:** برای نگارش این مقاله، از منابع ملی و بین‌المللی استفاده شده است.

**یافته‌ها:** سازمان بهداشت جهانی، توسعه کنوانسیون چارچوب کنترل دخانیات (FCTC) را که اولین معاهده سلامت جهانی با هدف تقویت تلاش برای کاهش مصرف دخانیات در میان کشورهای عضو امضاکننده بود، رهبری کرد. این سازمان، برای کمک به اجرای سیاست‌های کنترل دخانیات توسط کشورها، بسته MPOWER را معرفی کرد که مخفف شش اقدام کنترل مبتنی بر شواهد است. در سراسر جهان، کاهش مصرف سیگار می‌تواند با دو برابر کردن قیمت تورم تعدیل شده و یا سه برابر کردن مالیات غیرمستقیم بر تنباکو حاصل شود. سایر مداخلات توصیه شده توسط کنوانسیون چارچوب سازمان جهانی بهداشت (WHO) در مورد کنترل دخانیات و ابتکار شش ماده ای MPOWER نیز می تواند به کاهش مصرف کمک کند . از زمان آخرین گزارش WHO در مورد همه‌گیری جهانی دخانیات در سال ۲۰۱۹، جهان به شدت تغییر کرده است.

**نتیجه‌گیری:** اقدامات متعددی می‌توانند در کنترل دخانیات کمک‌کننده باشند که می‌توان افزایش مالیات دخانیات، تأمین و دسترسی به درمان ترک، افزایش هشدارهای بهداشتی در بسته بندی تنباکو، افزایش دقت داده‌های اپیدمیولوژیک دخانیات، کاهش قرار گرفتن در معرض دود دست دوم را نام برد.

**کلید واژه‌ها:** دخانیات، سیاست‌گذاری، کنترل، مالیات

## مقدمه

استعمال دخانیات یکی از علل مرگ زودرس و ناتوانی در جهان به شمار می‌رود (۱). طی ۳۰ سال گذشته، بیش از ۲۰۰ میلیون مرگ‌ومیر به مصرف دخانیات نسبت داده شده است (۲). در سال ۲۰۱۷، سیگار عامل ۷/۱ میلیون مرگ در جهان و ۷/۳ درصد از کل سال‌های زندگی تعدیل شده با ناتوانی بوده است (۳). دخانیات بزرگترین عامل مرگ‌ومیر قابل پیشگیری است که سالانه ۸ میلیون نفر را به کام مرگ و ده‌ها میلیون نفر را به بیماری‌های قابل اجتناب مبتلا می‌کند (۱). از هر شش مورد مرگ ناشی از بیماری‌های غیرواگیر، یک مورد به مصرف دخانیات مربوط می شود(۳). اهمیت جهانی بیماری‌های غیرواگیر منجر به گنجاندن آنها در الویت اهداف دستیابی به پیشرفت جهانی شده است، از جمله هدف کاهش ۲۵ درصدی مرگ‌ومیر زودرس ناشی از بیماری‌های غیرواگیر تا سال ۲۰۲۵ که در چارچوب نظارت بر بیماری‌های غیرواگیر سازمان جهانی بهداشت در نظر گرفته شده است (۲). کنترل دخانیات به عنوان بخش مهم و ضروری برای دستیابی به این اهداف شناسایی شده است، از آنجایی که کشورها برای کاهش شیوع مصرف دخانیات و مرگ زودرس ناشی از بیماری‌های غیرواگیر برای دستیابی به اهداف پیشرفت جهانی تلاش می‌کنند، ارایه داده‌های به موقع در مورد شیوع مصرف دخانیات و بیماری‌های قابل انتساب برای هدایت سیاست و برنامه‌ریزی مؤثر ضروری است (۴). بیماری‌های منتسب به دخانیات شامل بیماری‌های ریوی و قلبی، بیماری‌های مزمن تنفسی، سرطان‌ها، دیابت، بیماری‌های خودایمنی و استیوپورز می‌باشند. کاهش مصرف دخانیات برای کاهش بار بیماری‌های غیرواگیر که ۷۱ درصد از مرگ‌ومیرها در جهان را تشکیل می‌دهند، حیاتی می‌باشد (۵).



[ Downloaded from ijhp.ir on 2026-02-10 ]

علاوه بر اثرات مضر سلامتی، آسیب‌های اقتصادی به علت از دست دادن بهره‌وری و افزایش هزینه‌های مراقبت‌های سلامتی نیز به عنوان اثرات منفی استعمال دخانیات به خوبی مستند شده‌اند (۶). پیامدهای عظیم سلامتی و اقتصادی همه‌گیری جهانی دخانیات، کنترل دخانیات را به یک اولویت بهداشت عمومی واضح و فوری تبدیل کرده و کنترل دخانیات، گامی حیاتی و به موقع برای کشورهایی است که به منظور دستیابی به اهداف توسعه پایدار ۲۰۳۰ تلاش می‌کنند. اجرای مؤثر سیاست‌ها و مداخلات کنترل دخانیات، امید به زندگی سالم را افزایش داده و هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی را می‌کاهد (۳). باوجود مزایای واضح، پیشرفت در کنترل دخانیات در کشورهای مختلف متفاوت بوده است. در این نوشتار سعی شده تا راهکارهایی برای مبارزه با این عامل مضر و کاهش بار مضرات ناشی از آن در جامعه ارایه شود.

## روش

در این مطالعه مروری، با بررسی منابع و مقالات ملی و بین‌المللی منتشر شده، پیشنهادهایی برای مقابله و مبارزه با این عامل مضر برای سلامتی جامعه ارایه می‌شود.

## یافته‌ها

در سال ۲۰۱۹، بیش از ۱ میلیارد نفر مصرف‌کننده تنباکو بودند و حدود ۸ میلیون مرگ به استعمال دخانیات نسبت داده شد. استعمال دخانیات موجب ۲۰/۲ درصد از مرگ مردان و عامل خطر اصلی مرگ‌ومیر و DALY در میان آنان به شمار می‌رود ولی در زنان، به دلیل شیوع و شدت کمتر استعمال دخانیات، حدود ۵/۸ درصد از کل مرگ‌ها را شامل می‌شود (۲). در قرن بیستم بیشتر موارد مرگ ناشی از دخانیات در کشورهای در حال توسعه بوده و حدود نیمی از این مرگ‌ها قبل از ۷۰ سالگی رخ داده است (۳). بین سال‌های ۱۹۹۰ و ۲۰۱۹، کاهش شیوع مصرف دخانیات در ۱۳۵ کشور برای مردان و ۶۸ کشور برای زنان و افزایش در ۲۰ کشور برای مردان و ۱۲ کشور برای زنان گزارش شد (۲).

براساس الگوهای فعلی استعمال دخانیات، تعداد موارد ترک سیگار از شروع آن در جوانان، کمتر است. چند دهه بعد، با افزایش شیوع مصرف دخانیات روبه‌رو خواهیم بود زیرا سیگاری‌های جوان امروزی به سن میانسالی و سالمندی می‌رسند و نسل‌های قبلی با نسل‌هایی که شیوع مصرف دخانیات در آنها بیشتر است، جایگزین می‌گردند (۷).

دخانیات یکی از بزرگ‌ترین علل قابل پیشگیری مرگ زودرس در جهان است که به‌طور نامتناسبی بر مردم کشورهای با درآمد کم و متوسط تأثیر می‌گذارد (۵). هرچه شروع استعمال دخانیات در سنین کمتری صورت گیرد، خطرات بیشتری برای افراد به همراه دارد. با وجود این که مرگ‌ومیر ناشی از دخانیات پس از شروع استفاده از سیگار به آرامی افزایش می‌یابد، اثرات ترک با سرعت بیشتری ظاهر می‌شود. ترک سیگار قبل از ۴۰ سالگی، بیش از ۹۰ درصد و در ۵۰ سالگی، بیش از ۵۰ درصد از خطر اضافی را در سال‌های باقیمانده عمر می‌کاهد (۸).

در سال ۲۰۰۳، سازمان بهداشت جهانی (WHO) توسعه کنوانسیون چارچوب کنترل دخانیات (FCTC) را که اولین معاهده سلامت جهانی با هدف تقویت تلاش برای کاهش مصرف دخانیات در میان کشورهای عضو امضاکننده بود، رهبری کرد. این سازمان در سال ۲۰۰۸، برای کمک به اجرای سیاست‌های کنترل دخانیات توسط کشورها، بسته MPOWER را معرفی کرد که مخفف شش اقدام کنترل مبتنی بر شواهد است (۵).

M: نظارت بر مصرف دخانیات و سیاست‌های پیشگیری

P: محافظت از مردم در برابر دود تنباکو

O: کمک برای ترک استعمال دخانیات

W: هشدار در مورد خطرات تنباکو

E: اعمال ممنوعیت در تبلیغات و تبلیغات دخانیات و حمایت مالی

R: افزایش مالیات بر تنباکو

مجمع جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۳ از دولت‌ها درخواست کرد، شیوع سیگار را تا سال ۲۰۲۵ به حدود یک سوم کاهش دهند تا از مرگ ناشی از دخانیات در طول باقیمانده قرن جلوگیری شود. کاهش حدود یک‌سوم سیگار می‌تواند با دو برابر کردن قیمت تورم تعدیل شده و در بسیاری از کشورهای با درآمد پایین و متوسط با سه برابر کردن مالیات غیرمستقیم بر تنباکو حاصل شود (۱). سایر مداخلات توصیه شده توسط کنوانسیون چارچوب سازمان جهانی بهداشت (WHO) در مورد کنترل دخانیات (FCTC) و ابتکار شش ماده‌ای MPOWER پیشنهاد شده توسط سازمان بهداشت جهانی نیز می‌تواند به کاهش مصرف کمک کند (۹). اجرای کنوانسیون چارچوب سازمان جهانی بهداشت در مورد کنترل دخانیات یک اولویت توسعه جهانی شناخته شده با هدف اختصاصی در اهداف توسعه پایدار است (۱۰).

بررسی‌های سازمان جهانی بهداشت نشان می‌دهد که در فاصله سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۶ در کشورهای درحال توسعه، توان خرید محصولات دخانی با افزایش ۲۷ درصدی و در کشورهای توسعه‌یافته، با کاهش ۲۵ درصدی روبرو بوده‌اند (۱۱).

از زمان آخرین گزارش WHO در مورد همه‌گیری جهانی دخانیات در سال ۲۰۱۹، جهان به شدت تغییر کرده است. باوجود چالش‌های همه‌گیری کووید-۱۹، در سال گذشته بسیاری از کشورها بر پیشبرد کنترل دخانیات به عنوان یک اولویت کلیدی بهداشتی اصرار داشته‌اند (۵).

امروزه با وجود همه‌گیری، ۲۴ کشور، یک یا چند اقدام برتر MPOWER را اتخاذ کرده‌اند. از زمانی که WHO اولین گزارش خود را ارائه کرد، فروش سیگار برای چندین دهه به طور پیوسته در حال افزایش بوده است(۱۲). با گسترش اقدامات کنترل تنباکو MPOWER، فروش جهانی



[ Downloaded from ijhp.ir on 2026-02-10 ]

سیگار در سال ۲۰۱۲ رو به کاهش نهاد و از آن زمان تا کنون ادامه داشته است. با افزایش جمعیت جهان، اقدامات MPOWER جان بیش از ۳۷ میلیون نفر را نجات داده است. این تعداد هر روز در حال افزایش است، زیرا تعداد بیشتری از افراد سیگار را ترک می‌کنند، تعدادی تصمیم می‌گیرند هرگز از دخانیات استفاده نکنند، و از اثرات مرگبار دود دست دوم محافظت می‌شوند (۵). امروزه، ۷۵ درصد از کشورها (محل سکونت بیش از ۵/۳ میلیارد) حداقل یک اقدام MPOWER دارند. نیمی از کشورها دو اقدام یا بیشتر را عملی کرده‌اند. طی ۲ سال گذشته، با وجود چالش‌های همه‌گیری، پنج کشور دیگر سیاست‌های ملی بدون دود را تصویب کردند و هشت کشور دیگر شروع به الزام هشدارهای بهداشتی روی بسته‌بندی تنباکو کردند (۱۳). ولی بیش از ۱ میلیارد نفر در سراسر جهان هنوز سیگار می‌کشند. با کاهش فروش سیگار، شرکت‌های دخانیات به شدت محصولات جدید را بازاریابی می‌کنند - مانند سیگارهای الکترونیکی - و هدف آنها درگیر کردن نسلی دیگر به نیکوتین است که با این اقدام باید به طور جدی مبارزه شود (۱۴).

**گزارش WHO در مورد همه‌گیری جهانی تنباکو، ۲۰۲۱، نشان می‌دهد که:**

- از سال ۲۰۰۷، ۱۰۲ کشور یک یا چند معیار MPOWER را در بالاترین سطح دستاورد معرفی کرده‌اند.
- اکنون بیش از نیمی از کشورها در بهترین سطح با هشدارهای بهداشتی گرافیکی روی بسته بندی تنباکو تحت پوشش هستند.
- درحالی‌که مالیات مؤثرترین راه برای کاهش مصرف دخانیات است؛ اما همچنان سیاست MPOWER با کمترین پوشش جمعیتی است و از ۱۳ درصد به دست آمده در سال ۲۰۱۸ افزایش نیافته است.
- از ۵/۳ میلیارد نفری که حداقل با یک معیار MPOWER محافظت می‌شوند، بیش از ۴ میلیارد نفر در کشورهای با درآمد کم و متوسط (LMIC) زندگی می‌کنند (یا ۶۵ درصد از کل افراد)
- در ۲۹ کشور کم درآمد جهان، امروزه ۱۵ کشور دارای حداقل یک سیاست MPOWER در سطح بهترین عملکرد می‌باشند که در مقایسه با سه کشور در سال ۲۰۰۷ نشان می دهد سطح درآمد مانعی برای بهترین شیوه کنترل دخانیات نیست(۵).

در ایران، طبق داده‌های وزارت بهداشت، سالانه ۵۵ هزار نفر به دلیل مصرف دخانیات در کشور جان خود را از دست می‌دهند که بیش از ۴ هزار نفر آن‌ها را کودکان و افرادی تشکیل می‌دهند که گرچه خود مصرف‌کننده دخانیات نیستند؛ اما در معرض دود استعمال دیگران قرار می‌گیرند. بیماری‌های غیرواگیر (پیش از همه‌گیری کووید-۱۹) علت ۸۲ درصد از موارد مرگ در ایران به شمار رفته (۱۴) و با توجه به اینکه دخانیات مهم‌ترین عامل خطر مشترک بیماری‌های غیرواگیر است، در صورت سرمایه‌گذاری در این حوزه با کاهش قابل توجه بیماری‌های غیرواگیر روبه‌رو خواهیم بود. براساس برآوردهای موجود، بیش از ۸ میلیون مصرف‌کننده دخانیات در افراد بالای ۱۵ سال در کشور وجود دارد (۱۵).

مصرف دخانیات در میان زنان و نوجوانان در حال افزایش است. براساس مطالعه STEPS در ۲۰۱۶ به طور متوسط ۱۴ درصد از جمعیت کشور مصرف‌کننده دخانیات بوده‌اند (۱۶). مطالعات وزارت بهداشت نشان می‌دهد که در میان نوجوانان، حدود ۱۰ درصد مصرف دخانیات وجود دارد.

در مورد مصرف سیگار از فاصله ۱۳۸۷ تاکنون، حدود یک درصد کاهش مصرف وجود داشته است؛ اما در مورد مصرف قلیان در فاصله سال‌های ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۰ با افزایش ۴۰ درصدی روبه‌رو بوده‌ایم.

## بحث و نتیجه‌گیری

### راهبردهای بهداشت جهانی برای کنترل مصرف دخانیات موسوم به MPOWERS

امروزه باتوجه به شیوع روزافزون دخانیات، کنترل دخانیات در کشورها با چالش‌های متفاوتی روبروست که طیف کاملی از مداخلات و ابزارها برای این منظور لازم است. در برخی موارد، با هدایت چارچوب‌های FCTC(Framework Convention on Tobacco Control) و MPOWER، تمرکز بر افزایش فعالیت‌ها، سیاست‌ها یا مداخلات خاص و در موارد دیگر، کاهش فعالیت‌ها، سیاست‌ها یا مداخلات خاص ضروری است.

### افزایش پشتیبانی و پایبندی به FCTC (کنوانسیون چارچوب کنترل دخانیات)

در سال‌های پس از گزارش‌های دهه ۱۹۶۰ و سال ۱۹۸۶ که دود دست دوم را به افزایش نرخ مرگ‌ومیر و بیماری مرتبط می‌دانست (۱۷)، مهم‌ترین تلاش برای کاهش جهانی مرگ‌ومیر و بیماری‌های ناشی از استعمال دخانیات، اجرای FCTC سازمان جهانی بهداشت بوده است. FCTC راهنمایی و مکانیسمی را برای اقدامات ملی و چندجانبه علیه استعمال دخانیات ارائه می‌کند. هیچ اقدام واحدی در تلاش برای کاهش مرگ‌ومیر و بیماری‌های ناشی از دخانیات، مهم‌تر از حمایت همه‌جانبه از FCTC و تشویق همه دولت‌ها به تصویب و اجرای صادقانه آن نمی‌باشد.

### افزایش مالیات دخانیات

افزایش مالیات دخانیات، شاید مؤثرترین مداخله برای کاهش مصرف دخانیات در نظر گرفته شود. مالیات‌های بیشتر بر تنباکو منجر به افزایش قیمت تنباکو می‌شود و مصرف‌کنندگان دخانیات را مجبور به ترک و یا کاهش میزان مصرف دخانیات کرده و از شروع مصرف سیگار در جوانان جلوگیری می‌کند. مطالعات سازمان جهانی بهداشت نشان می‌دهد با افزایش ۱۰ درصدی مالیات بر دخانیات، کاهش تقاضا در کشورهای توسعه‌یافته حدود ۴ درصد و در کشورهای درحال توسعه ۵ درصد رخ خواهد داد (۱۲).



[ Downloaded from ijhp.ir on 2026-02-10 ]

افزایش ۱۰ درصدی در قیمت سیگار باعث کاهش تقاضا برای تنباکو تا ۷ درصد در میان جوانان و ۴ درصد در میان بزرگسالان خواهد شد (۱۸).

افزایش مالیات بر تنباکو علاوه بر کاهش مصرف دخانیات، معمولاً موجب بیشترشدن درآمدهای مالیاتی می‌شود که بخشی از این بودجه، برای اجرای سیاست‌های کنترل دخانیات و عملیاتی کردن برنامه‌های سلامت عمومی قابل استفاده است.

FCTC کشورها را ملزم می‌کند که سیاست‌های مالیاتی و قیمتی را اتخاذ نمایند تا مصرف دخانیات کاهش یابد و بانک جهانی توصیه می‌کند که مالیات بر تنباکو بخش قابل‌توجهی از قیمت خرید یک بسته سیگار را تشکیل دهد. پیروی از تعهد FCTC و توصیه بانک جهانی تأثیر قابل توجه و پایداری بر مصرف دخانیات خواهد داشت (۸).

**فراهم‌آوری دسترسی به درمان جامع وابستگی به دخانیات**

چالش‌های مهمی برای ارائه ترک مصرف‌کنندگان دخانیات وجود دارد (تربیت متخصصان مربوطه، حمایت مالی از سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی). گزارش MPOWER سیستم‌های مراقبت بهداشتی را به عنوان عنصر کلیدی در ارائه مؤثر چنین درمانی به رسمیت می‌شناسد (۱۹) و FCTC خواستار اتخاذ دستورالعمل‌های ملی درمان وابستگی به دخانیات در همه کشورهای امضاکننده است. انجام این کار، بستر و زمینه درمان را فراهم و هدف کاهش قابل توجه مصرف دخانیات را عملیاتی می‌کند.

**افزایش کارزارهای تبلیغاتی ضددخانیات مبتنی بر رسانه**

مصرف‌کنندگان دخانیات، در معرض پیام‌های تبلیغاتی مستقیم (مثلاً آگهی‌های آگهی‌نما و مجلات) و یا غیرمستقیم (مثلاً استفاده از تنباکو در فیلم‌ها) برای مصرف دخانیات قرار می‌گیرند. راه‌اندازی کارزارهایی برای مقابله با این پیام‌ها، عامل مهمی برای جلوگیری یا کاهش مصرف دخانیات است.

اگرچه تبلیغات مبتنی بر رسانه می‌تواند گران باشد، و صنعت دخانیات همیشه از طرفداران کنترل دخانیات بسیار بیشتر خرج می‌کند، کارزارهای جدید، سرگرم‌کننده و پیشرفته ضدبازاریابی تنباکو توجه و حمایت بسیار فراتر از میزان بودجه صرف شده برای کارزار را به خود جلب می کند و تأثیر مستقیمی بر کاهش مصرف دخانیات دارد (۲۰).

**افزایش مقررات همه محصولات دخانی**

محصولات تنباکو حاوی حداکثر ۴۰۰۰ ماده شیمیایی هستند: برخی طبیعی، برخی به محصول اضافه شده و برخی در اثر احتراق ایجاد می‌شوند. همه حاوی مواد سرطان‌زا هستند و به‌طور قابل‌توجهی در ایجاد بیماری‌های قلبی و سایر بیماری‌ها نقش دارند. با این حال، تعداد کمی از کشورها بر نحوه تبلیغ، بسته‌بندی و برچسب‌گذاری این محصولات نظارت می‌کنند.

WHO، کشورها را به گزارش و ارایه اطلاعات عمومی در مورد محصولات دخانی که در کشور یا منطقه آنها به فروش می‌رسد و تنظیم تبلیغات، بسته‌بندی و برچسب‌گذاری آنها برای اطلاع عموم و اصلاح اطلاعات نادرست رایج از طریق سازمان صنعت دخانیات تشویق می‌کند (۲۱).

**افزایش هشدارهای بهداشتی در بسته‌بندی تنباکو**

بسته‌بندی‌های سیگار با پیام‌های موجب کاهش حدود ۳ درصدی مصرف دخانیات می‌شود. هشدارهای بهداشتی روی برچسب بسته‌بندی اولین چیزی است که مصرف‌کننده تنباکو هنگام گشودن بسته‌بندی مشاهده می‌کند. با گذشت زمان و در سراسر کشورها، برچسب‌های بسته‌بندی دقیق‌تر، مستقیم‌تر و گرافیکی‌تر شده‌اند. با واضح‌تر شدن هشدارها، مصرف‌کنندگان دخانیات بیشتر به آنها توجه می‌کنند. به‌طورخاص، هشدارهای تصویری گرافیکی ۱) قابل توجه‌تر و غالب‌تر از هشدارهای متنی هستند، ۲) آگاهی را در مورد مضرات مصرف دخانیات افزایش می‌دهند، و ۳) برخی از مصرف‌کنندگان دخانیات را به ترک برمی‌انگیزند (۲۲).

**افزایش در دسترس بودن اطلاعات بهداشتی/اقتصادی دخانیات برای عموم مردم**

درحال‌حاضر شکاف‌های گسترده‌ای در دانش در مورد اثرات بهداشتی و اقتصادی مصرف دخانیات وجود دارد. در اکثر کشورهای پردرآمد، مصرف‌کنندگان و غیرمصرف‌کنندگان دخانیات از خطرات ذاتی مصرف دخانیات و تا حدودی هزینه‌های اقتصادی مرتبط با مصرف آن آگاه هستند. به جز ارتباط بین دخانیات و سرطان ریه، بسیاری از مصرف‌کنندگان دخانیات و حتی سیاست‌گذاران تا حد زیادی از سرطان‌های دیگر، بیماری قلبی و... که در اثر مصرف تنباکو ایجاد می‌شوند، اطلاعات کافی ندارند.

WHO روشن کرده است که هم دولت‌ها و هم جامعه در ارائه اطلاعات دقیق و عینی در مورد اثرات بهداشتی و اقتصادی مصرف دخانیات، به ویژه در LMICها، نقش دارند. این اطلاعات را می‌توان به روش‌های مختلفی از جمله از طریق ضدتبلیغات، انتشار اطلاعات و هشدارهای بسته، ارائه کرد (۲۳).

**افزایش اولویت سلامت بر تجارت در قراردادهای تجاری**

با توجه به فراگیر بودن و ماهیت سودآور رشد و فروش تنباکو، محصولات تنباکو اغلب در مذاکرات پیرامون توافقات تجاری جهانی، گنجانده می‌شود. برای سال‌های متمادی، محصولات تنباکو تفاوتی با میوه‌ها، منسوجات یا فلزات نداشته و اثرات مضر محصولات تنباکو برای سلامتی مورد توجه قرار نگرفتند.

**افزایش وسعت و دقت داده‌های اپیدمیولوژیک و نظارتی دخانیات**

برای ردیابی شیوع مصرف دخانیات، تعیین تأثیر مداخلات، و



[ Downloaded from ijhp.ir on 2026-02-10 ]

نظارت بر فعالیت‌ها و برنامه‌های صنعت دخانیات، داده‌های دقیق مورد نیاز است. با توجه به هزینه و تخصص موردنیاز برای جمع‌آوری و تفسیر داده‌های اپیدمیولوژیک، همکاری بین کشورها، مناطق و حتی جهانی ضروری است (۲۴).

**کاهش مصرف تنباکو توسط پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی**

پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامتی خط مقدم تلاش برای افزایش ترک مصرف دخانیات خواهند بود. با این حال، بسیاری از آنان جزو مصرف‌کنندگان سیگار می‌باشند که باید به آنها توصیه شود با پرهیز از هرگونه استعمال دخانیات، به جایگاه خود به عنوان الگو احترام بگذارند.

**کاهش هدف‌گذاری زنان**

اگرچه روند جهانی مصرف دخانیات در میان مردان روند با کاهشی آهسته و در میان زنان رو به افزایش است. در حال حاضر ۱۲ درصد از زنان جهان سیگار می‌کشند که تخمین زده شده تا سال ۲۰۲۵ به ۲۰ درصد خواهد رسید.

داده‌ها نشان می‌دهند تلاش‌های صنعت دخانیات برای جذب زنان بیشتر به ثمر نشسته است. نرخ مصرف دخانیات در میان زنان در تعدادی از کشورهای آمریکای جنوبی و آفریقا در دهه گذشته رو به افزایش بوده است. در حالی که افزایش استفاده در بین زنان در بسیاری از کشورهای آسیایی حتی زودتر شروع شده است (۲۵).

**کاهش قرار گرفتن در معرض دود دست دوم**

در صورت ممنوعیت دخانیات در اماکن عمومی، حدود ۶ درصد کاهش مصرف دخانیات خواهیم داشت. دود دست دوم به عنوان یک عامل ایجادکننده سرطان‌ها و بیماری‌های قلبی - عروقی سرطان‌زا شناخته می‌شود. با این وجود، در بسیاری از نقاط جهان، قرار گرفتن روزانه در معرض دود سیگار یک اتفاق عادی و فراگیر است (۱۸). حمایت فزاینده‌ای در سطح جهانی برای کاهش قرار گرفتن در معرض دود سیگار دست دوم وجود دارد.

**کاهش تبلیغات و حمایت از تنباکو**

ممنوعیت کامل تبلیغ دخانیات موجب جلوگیری از شروع مصرف دخانیات توسط جوانان و ادامه مصرف توسط بزرگسالان می‌شود. برای حذف تبلیغات، طیف وسیعی از اقدامات مورد نیاز است. اهتمام به این هدف، در تلاش‌های جهانی برای کاهش مصرف دخانیات بسیار مؤثر خواهد بود (۲۶).

**کاهش توضیحات گمراه‌کننده محصولات تنباکو**

یکی از مهم‌ترین چالش‌ها، آزادی صنعت دخانیات در برچسب‌گذاری محصولات خود به‌گونه‌ای است که مردم را در مورد محتویات و خطرات ذاتی استفاده از آنها فریب دهد. اجرا و پایبندی به توصیه‌های مندرج در FCTC، موجب آموزش مصرف‌کنندگان دخانیات و جلوگیری از فریب بیشتر آنها توسط صنعت دخانیات در مورد محصولاتشان می‌شود (۲۳).

**کاهش هدف‌گذاری جوانان**

صنعت چندملیتی تنباکو، جوانان را برای افزایش مصرف دخانیات مورد هدف قرار داده است.

استراتژی‌های بازاریابی ویژه جوانان شامل فروش سیگار یا سایر محصولات تنباکو، تبلیغات در نزدیکی مدارس، تبلیغات در رسانه‌های جوان‌محور، ادامه دسترسی غیررسمی سیگارهای تک و بسته‌بندی تک محصولی، لباس‌های مبتنی بر لوگو و اقلام تبلیغاتی، به تصویر کشیدن سیگار در فیلم‌ها، محصولات تنباکوی بدون دود طعم‌دار و شیرینی مانند می‌باشد. هوشیاری و تعهد برای از بین بردن این تلاش‌ها برای تأمین امنیت نسل جوان ضروری است (۲۷).

**کاهش یارانه تولید تنباکو**

براساس سنت جهانی، LMICها از طریق مالیات صادرات تنباکو کسب درآمد کرده و کشورهای با درآمد بالا مانند ایالات متحده، کشورهای اتحادیه اروپا و چین، حمایت قیمت و سایر یارانه‌ها را به کشاورزان تنباکوی خود ارائه می‌دهند.

FCTC به جای ادامه یارانه، جایگزین‌های اقتصادی مناسبی را برای تولیدکنندگان تنباکو پیشنهاد می‌کند. همکاری بیشتر بین جامعه سلامت عمومی و جامعه تولیدکننده تنباکو، رویکردی است که ممکن است برخی از این مسایل را برطرف کند (۲۸).

چالش‌ها و نیازهای مرتبط با کنترل استعمال دخانیات بسیارند. کنترل جهانی دخانیات در آینده تا حد زیادی بر مداخلات «بازده بالا» مانند افزایش مالیات بر تنباکو و ترویج محیط‌های عاری از دود متمرکز خواهد شد؛ اما در کشورهای مختلف می‌تواند متفاوت بوده و هر کشور با توجه به مسایلی که با آن روبرو است و ویژگی‌های فرهنگی؛ وضعیت حقوقی، اقتصادی و سلامتی راهکارهای متفاوتی را سرلوحه عملکرد خود قرار خواهد داد.

کنترل دخانیات در زمینه تاثیر سلامتی منحصر به فرد است زیرا طیف وسیعی از مسائل را در بر می‌گیرد. مهارت‌ها و گروه‌های شغلی متفاوتی برای کنترل دخانیات موردنیاز می‌باشد. درصورت کنترل جهانی دخانیات با همکاری همه جانبه متخصصان، چالش‌های موجود کاهش می‌یابند و موج مصرف جهانی دخانیات که بیش از ۵۰۰ سال پیش آغاز شده است، همراه با مرگ و بیماری ناشی از آن، می‌تواند تغییر کند.



[ Downloaded from ijhp.ir on 2026-02-10 ]

**Original**

# Tobacco Control, Challenges and Solutions

Abdolrahman Rostamian[1], Mohammad Hossein Nicknam[1], Seyed Hasan Emami-Razavi[1], Ali Ramezankhani[2], Maryam Khayamzadeh*[3]

1. Professor, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Professor, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. ***Corresponding Author:** Assisstant Professor, Academy of Medical Sciences, Tehran, Iran, khayamzadeh@yahoo.com

## Abstract

**Background:** Smoking is a major public health challenge. In addition, it cause economic damage due to lost productivity and increased health care costs. In this article, challenges and suggestions for controlling this health and social problem are presented.

**Methods:** National and international referrences were used to prepare this article.

**Results:** The World Health Organization led the development of the Framework Convention on Tobacco Control, the first global health treaty to strengthen efforts in order to reduce using tobacco among signatory members. The organization introduced the MPOWER package, which contain six evidence-based control measures to help countries implement tobacco control policies,. Worldwide, reducing smoking can be achieved by doubling the adjusted inflation prices or tripling the indirect tobacco tax. Other interventions recommended by the World Health Organization (WHO) Framework Convention on Tobacco Control and the MPOWER six-point initiative can also help reduce tobacco consumption. The world has changed dramatically since the last reported of WHO on the global tobacco epidemic in 2019.

**Conclusion:** Several items can help tobacco controling program such as increase tobacco tax, supply and access to smoking cessation treatments, increase health warnings in tobacco packaging, increase the accuracy of tobacco epidemiological data and reduce exposure to second-hand smoke.

**Keywords:** Control, Policy Making, Tax, Tobacco

## منابع

1. Flor LS, Reitsma MB, Gupta V, Marie NG, Gakidou E. The effects of tobacco control policies on global smoking prevalence. *Nat Med*. 2021; 27: 239–243.
2. Jha P, Peto R. Global effects of smoking, of quitting, and of taxing tobacco. *N Engl J Med*. 2014 2;370(1):60-68.
3. Stanaway J D, Afshin A, Gakidou E, Lim SS, Abate D, Hassen Abate K, et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018; 392: 1923–1994.
4. WHO Regional Office for South-East Asia Tobacco control for sustainable development. World Health Organization, Regional Office for South-East Asia, New Delhi2017 https://apps.who.int/iris/handle/10665/255509.
5. Wang R, Jiang Y, Yao C, Zho M, Zhao Q . Prevalence of tobacco related chronic diseases and its role in smoking cessation among smokers in a rural area of Shanghai, China: a cross sectional study. *BMC Public Health*; 2019: 19, 753.
6. Ekpu VU, Brown AK. The Economic impact of smoking and of reducing smoking prevalence: Review of evidence. *Tob Use Insights*. 2015; 14;8:1-35.
7. Golechha M. Health Promotion Methods for Smoking Prevention and Cessation: A comprehensive review of effectiveness and the way forward. *Int J Prev Med*. 2016; 11;7:7.
8. West R. Tobacco smoking: Health impact, prevalence, correlates and interventions. *Psychol Health*. 2017;32:1018-1036.
9. Harizi C, El-Awa F, Ghedira H, Audera-Lopez C, Fakhfakh R. Implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control in Tunisia: Progress and challenges. *Tob Prev Cessation*. 2020;6(December):72.
10. Raw M, Ayo-Yusuf O, Chaloupka F, Fiore M, Glynn T, Hawari F, et al. Recommendations for the implementation of WHO Framework Convention on Tobacco Control Article 14 on tobacco cessation support. *Addiction*. 2017;112:1703-1708.
11. GBD 2015 Tobacco Collaborators. Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990-2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2017: 13;389(10082):1885-1906.
12. Chung-Hall J, Craig L, Gravely S, Sansone N, Fong GT. Impact of the WHO FCTC over the first decade: a global evidence review prepared for the Impact Assessment Expert Group. *Tob Control*. 2019;28(Suppl 2):s119-s128.
13. Goodchild M, Zheng R.Tobacco control and Healthy China 2030 . *Tobacco Control*: 2019;28:409-413.
14. Azadnajafabad S, Ghasemi E, Saeedi Moghaddam S, Rezaei N, Farzadfar F. Non-communicable diseases' contribution to the COVID-19 mortality: a global warning on the emerging syndemics. *Arch Iran Med*. 2021;24:445-446.
15. Aryaie M, Sharifi H, Khorrami Z, Ardalan G, Rajaei L, Heydari G, et al. Prevalence of cigarette smoking in Iranian adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis. *East Mediterr Health J*. 2021;27:612–628.
16. Varmaghani M, Sharifi F, Mehdipour P, Sheidaei A, Djalalinia S,

[ Downloaded from ijhp.ir on 2026-02-10 ]

Gohari K, et al. Prevalence of smoking among Iranian adults: findings of the national STEPs survey 2016. *Arch Iran Med.* 2020;23:369–377.
17. Thun MJ, Carter BD, Feskanich D, Freedman ND, Prentice R, Lopez AD, et al. 50-year trends in smoking-related mortality in the United States. *N Engl J Med*. 2013. 24;368: 351-364.
18. Bader P, Boisclair D, Ferrence R. Effects of tobacco taxation and pricing on smoking behavior in high risk populations: a knowledge synthesis. *Int J Environ Res Public Health*. 2011;8:4118-4139.
19. Hurt RD, Ebbert JO, Hays JT, McFadden DD. Treating tobacco dependence in a medical setting. *CA Cancer J Clin*. 2009; 59: 314-326.
20. Rosario C, Harris KE. Tobacco Advertisements: What messages are they sending in african american communities? *Health Promot Pract*. 2020; 21(1_suppl):54S-60S.
21. McDaniel PA, Malone RE. Tobacco industry and public health responses to state and local efforts to end tobacco sales from 1969-2020. *PLoS One*. 2020; 22; 15: e0233417.
22. Drovandi A, Teague PA, Glass B, Malau-Aduli B. A systematic review of the perceptions of adolescents on graphic health warnings and plain packaging of cigarettes. *Syst Rev*. 2019; 17; 8: 25.
23. Rousu MC, O'Connor RJ, Thrasher JF, June KM, Bansal-Travers M, Pitcavage J. The impact of product information and trials on demand for smokeless tobacco and cigarettes: evidence from experimental auctions. *Prev Med*. 2014; 60:3-9.
24. Saha SP, Bhalla DK, Whayne TF Jr, Gairola C. Cigarette smoke and adverse health effects: An overview of research trends and future needs. *Int J Angiol*. 2007 l;16:77-83.
25. Glynn T, Seffrin JR, Brawley OW, Grey N, Ross H. The globalization of tobacco use: 21 challenges for the 21st century. *CA Cancer J Clin*. 2010;60: 50-61.
26. Flor LS, Reitsma MB, Gupta V, Ng M, Gakidou E. The effects of tobacco control policies on global smoking prevalence. *Nat Med*. 2021;27:239-243.
27. Flynn BS, Worden JK, Bunn JY, Solomon LJ, Ashikaga T, Connolly SW, et al. Mass media interventions to reduce youth smoking prevalence. *Am J Prev Med*. 2010; 39:53-62.
28. Joossens L, Raw M. Are tobacco subsidies a misuse of public funds? *BMJ*. 1996; 30;312(7034):832-5.

[ Downloaded from ijhp.ir on 2026-02-10 ]