

A Review of Operational Strategies for Delivering Tobacco Counseling and Cessation Services in Primary Health Care: A Policy Brief

Nasirzadeh Mostafa

Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Occupational Environment Research Center, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran.

Mohammadbeigi Abolfazl

Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Health, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

Aligol Mohammad

* Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

(Corresponding

Author)

aligol1389@gmail.com

Abstract

Background and Objective: Tobacco use is one of the most important preventable risk factors for non-communicable diseases and a major cause of mortality and economic burden on health systems. This study aimed to develop operational strategies for providing tobacco counseling and cessation services within the primary health care system.

Materials and Methods: This review study was conducted in the form of a policy brief. To identify the available evidence and develop operational strategies, scientific articles, guidelines, clinical practice guidelines, and policy documents were searched in PubMed, Google Scholar, ScienceDirect, and SID, as well as on the websites of the WHO and the Ministry of Health. Relevant keywords included tobacco, counseling, tobacco cessation, smoking, and primary health care. Ultimately, 26 documents were selected and reviewed based on their accessibility, currency, and appropriate structure.

Results: Based on the evidence reviewed, an integrated three-tier model is proposed, comprising systematic screening and documentation of tobacco use status, brief intervention and encouragement to quit, and specialized treatment with targeted referral. Staff training, organizational support, medication availability, remote follow-up, sustainable financing, and intersectoral collaboration were also identified as important requirements for successful implementation of this model. Limited resources, inadequate staff training, workload, medication costs, and weak intersectoral collaboration were identified as the major barriers.

Conclusion: Providing tobacco counseling and cessation services within primary health care can improve access to and effectiveness of cessation services while contributing to economic savings and greater health equity. Sustainable implementation of this policy requires adequate financial resources, and enhanced intersectoral collaboration.

Keywords: Counseling, Tobacco Cessation; Primary Health Care System

Open Access Policy: This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. To view a copy of this licence, visit <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

► **Citation:** Nasirzadeh M, Mohammadbeigi A, Aligol M. A Review of Operational Strategies for Delivering Tobacco Counseling and Cessation Services in Primary Health Care: A Policy Brief. *Journal of Research in Environmental Health*. 12(2):11-20.

Received: 2026/03/21

Accepted: 2026/06/20

Doi:10.22038/jreh.2026.95827.1755

مروری بر راهکارهای اجرایی ارائه خدمات مشاوره و ترک دخانیات در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه: یک خلاصه سیاستی

مصطفی نصیرزاده

گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات محیط کار، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران.

ابوالفضل محمدبیگی

گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

محمد علی گل

* گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، مرکز تحقیقات آلاینده‌های محیطی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران. (نویسنده

مسئول)

aligol1389@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: مصرف دخانیات یکی از مهم‌ترین عوامل خطر قابل پیشگیری بیماری‌های غیرواگیر و از علل عمده مرگ‌ومیر است. این مطالعه با هدف ارائه راهکار برای ارائه خدمات مشاوره و ترک دخانیات در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به‌صورت پژوهش مروری و در قالب یک خلاصه سیاستی انجام شد. برای شناسایی شواهد و تدوین راهکارهای اجرایی، مقالات علمی، دستورالعمل‌ها، راهنماهای بالینی و اسناد سیاستی در پایگاه‌های PubMed، Google Scholar، ScienceDirect و SID و همچنین وبسایت‌های سازمان جهانی بهداشت و وزارت بهداشت با استفاده از کلیدواژه‌های مرتبط با دخانیات، مشاوره، ترک دخانیات، سیگار و مراقبت‌های بهداشتی اولیه جستجو شدند. در نهایت، ۲۶ سند بر اساس در دسترس بودن، به‌روز بودن و ساختار مناسب انتخاب و بررسی شد.

یافته‌ها: بر اساس شواهد بررسی‌شده، اجرای یک مدل یکپارچه سه‌سطحی شامل غربالگری و ثبت وضعیت، مداخله مختصر و ترغیب برای ترک و درمان تخصصی و ارجاع هدفمند پیشنهاد می‌شود. همچنین آموزش کارکنان، حمایت سازمانی، تأمین دارو، پیگیری از راه دور، تأمین مالی پایدار و همکاری بین‌بخشی از الزامات مهم اجرای موفق این مدل بودند. محدودیت منابع، آموزش ناکافی کارکنان، بار کاری، هزینه دارو و ضعف همکاری بین‌بخشی از مهم‌ترین موانع شناسایی شده بود.

نتیجه‌گیری: ارائه خدمات مشاوره و ترک دخانیات در مراقبت‌های بهداشتی اولیه می‌تواند ضمن افزایش دسترسی و اثربخشی خدمات ترک، موجب صرفه‌جویی اقتصادی و ارتقای عدالت در سلامت شود. اجرای پایدار این سیاست مستلزم تأمین منابع مالی، تقویت نیروی انسانی، ایجاد مشوق‌های عملکردی، تعهد مدیریتی و سیاسی و تقویت همکاری بین‌بخشی است.

کلید واژه‌ها: مشاوره، ترک دخانیات، نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه

◀ **استناد:** نصیرزاده م، محمدبیگی ا، علی گل م. مروری بر راهکارهای اجرایی ارائه خدمات مشاوره و ترک دخانیات در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه: یک خلاصه سیاستی. فصلنامه‌ی پژوهش در بهداشت محیط. تابستان ۱۴۰۵؛ ۱۲(۲): ۱۱-۲۰.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۰۱/۰۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۳/۳۰

نوع مقاله: مروری

مقدمه

مصرف دخانیات به عنوان مهم ترین عامل خطر قابل پیشگیری برای بیماری های غیرواگیر، سالانه موجب مرگ بیش از ۸ میلیون نفر در جهان می شود (۱). شیوع گسترده مصرف سیگار و پس از آن قلیان، لزوم اقدامات فوری و جامع برای کنترل مصرف تنباکو را آشکار می سازد (۲). در ایران، این مسئله به یک پدیده همه گیر تبدیل شده است. برآوردها حاکی از آن است که سالانه ۳۶ هزار مرگ در ایران به علت بیماری های وابسته به دخانیات رخ می دهد. اگر روند کنونی مصرف تداوم یابد، این میزان در ۲۰ سال آینده به ۲۰۰ هزار مرگ در سال افزایش خواهد یافت (۳). این پیش بینی بسیار نگران کننده است؛ زیرا میزان مرگ های ناشی از استعمال دخانیات در کشورهای در حال توسعه، از جمله ایران، بین سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۲۰ میلادی تا سه برابر افزایش یافته است (۴).

مصرف دخانیات عوارض خود را عمدتاً در سنین بهره دهی و فعالیت افراد نشان می دهد، که منجر به کاهش شدید بهره وری نیروی کار سالم و تحمیل هزینه های سنگین درمانی، کاهش توان تولید و سایر خسارات اقتصادی به جامعه می شود (۵). بعد عدالت در سلامت این مسئله نیز حائز اهمیت است؛ مطالعات نشان می دهند که استعمال دخانیات و فقر رابطه تنگاتنگی دارند (۶). در خانوارهای فقیر، حدود دو برابر بیشتر نسبت خانواده های ثروتمند دخانیات مصرف می شود، که به صورت مستقیم چرخه فقر را تشدید می کند، زیرا پول کمتری برای تأمین نیازهای اساسی مانند غذا و خدمات بهداشتی باقی می ماند (۷).

رویکرد MPOWER چارچوب سازمان جهانی بهداشت برای کنترل دخانیات که شامل پایش (Monitoring) مصرف دخانیات، حفاظت (Protection) از مردم در برابر دود دخانیات، ارائه (Offer) کمک برای ترک، هشدار (Warning) درباره مضرات دخانیات، ممنوعیت (Ban) تبلیغات و ترویج دخانیات و افزایش (Rising) مالیات بر محصولات دخانی است، کارآمدترین راه برای کنترل دخانیات به شمار می رود (۸). ترک دخانیات به عنوان سومین استراتژی در این رویکرد، بر اهمیت ارائه خدمات ترک به متقاضیان تأکید دارد. با توجه به اینکه از بین مصرف کنندگان مواد دخانی آگاه به خطرات و مضرات

مصرف دخانیات، ۳ نفر از هر ۴ نفر، خواهان ترک هستند و از طرفی ترک وابستگی به نیکوتین، نیازمند حمایت دیگران است، سیستم های بهداشتی کشورها، مسئول اصلی درمان وابستگی دخانیات می باشند (۹). ماده ۹ «قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات» مصوب سال ۱۳۸۵، وزارت بهداشت را به ارائه فعالیت های پیشگیرانه، درمان و خدمات مشاوره ای ترک دخانیات در خدمات اولیه بهداشتی موظف کرده است. این امر، تکلیف قانونی و سند بالادستی اجرای این سیاست در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه را فراهم کرده است و دستورالعمل های اجرایی نیز بر مبنای آن ابلاغ شده اند (۱۰).

ارائه خدمات مشاوره و ترک دخانیات نیازمند رویکردهای موثر و با قیمت مناسب است. رویکردهای مشاوره و روانشناختی نقش بسیار مهمی در فرآیند ترک سیگار دارند. این رویکردها شامل انواع مداخلات از قبیل بسته های آموزشی خودیاری، توصیه های پزشکان و پرستاران، مشاوره های انگیزشی فردی، گروهی و یا ترکیبی از این مداخلات می باشد. نتایج مطالعات مرور نظام مند در این مورد نشان می دهد توصیه های پزشکان برای ترک سیگار نسبت شانس ترک سیگار را در گروه مداخله نسبت به گروه عدم مداخله تا ۸۰ درصد افزایش می دهد (۱۱، ۱۲). لذا سازمان ها و مسئولین سلامت باید ترک دخانیات را به عنوان یک جز ضروری فعالیت های مراقبت سلامت در نظر گرفته و در این راستا فرصت های مختلف پیشرفت حرفه ای به منظور حمایت از کارکنان مراقبت های بهداشتی اولیه جهت ایجاد مهارت های مؤثر در زمینه مشاوره و مداخلات ترک سیگار را فراهم آورند. با توجه به امکان دسترسی مناسب به گروه های هدف مختلف در محیط های مراقبت های بهداشتی اولیه، ارائه خدمات مشاوره و ترک سیگار در این محیط ها می تواند راهکار موثری برای کنترل دخانیات در جامعه باشد (۱۳).

روش کار

به منظور دستیابی به بالاترین سطح شواهد موجود در مورد ارائه خدمات ترک سیگار در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه دستورالعمل های داخلی و بین المللی

موجود مورد جستجو قرار گرفت. جهت تدوین راهکارهای اجرایی، شواهد گوناگون ازجمله مقالات علمی، دستورالعمل‌ها و راهنماها در چند پایگاه‌های داده‌ای مانند Pubmed، Google Scholar، Science Direct و SID و وب سایت سازمان جهانی بهداشت و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با استفاده از کلید واژه‌های ارائه خدمات، دخانیات، مشاوره، ترک دخانیات، سیگار و مراقبت‌های بهداشتی اولیه مورد استفاده قرارگرفت و در نهایت بر اساس معیارهای در دسترس بودن، به روز بودن و ساختار مناسب در راهنمای بالینی تعداد ۲۶ سند انتخاب شد و مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها

راهکارهای اجرایی ارائه خدمات مشاوره و ترک دخانیات

راهکارهای اجرایی برای ارائه مؤثر خدمات ترک در مراقبت‌های بهداشتی اولیه باید بر مدل‌های اثربخش بین‌المللی مبتنی باشد که بر غربالگری سریع، مداخله مختصر و ارجاع هدفمند تمرکز دارد (۱۴). مدل پیشنهادی، یکپارچه‌سازی سه سطح مراقبتی تشخیص، مشاوره و ارجاع را در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه امکان پذیر می‌سازد:

سطح (۱) غربالگری و ثبت وضعیت: ثبت در پرونده الکترونیک: ثبت وضعیت استعمال دخانیات در پرونده الکترونیک سلامت تمام مراجعین به مراکز مراقبت‌های بهداشتی اولیه (۹).

ارزیابی خطر: استفاده از مراقبین سلامت برای تکمیل پرسشنامه‌های سطح آمادگی و تعیین نمره خطر اختصاصی (مانند پرسشنامه فاگسترورم^(۱)) (۱۵). این اقدام، امکان دسته‌بندی مراجعین به گروه‌های خطر پایین، متوسط و بالا را فراهم می‌کند.

سطح (۲) مداخله مختصر و ترغیب: مداخله استاندارد: به تمامی افراد سیگاری باید توصیه بسیار مختصر و هدفمند برای ترک سیگار ارائه شود. شواهد نشان می‌دهد که حتی با ارائه ۳ دقیقه توصیه مختصر به ۱۰۰ نفر، دو نفر موفق به ترک خواهند شد (۱۶).

تقویت انگیزشی: برای افرادی که آمادگی کمتری دارند، تمرکز بر درک چرایی عدم تمایل به ترک و استفاده از روش‌های انگیزشی مانند تکمیل جدول دلایل موافق و مخالف ترک، می‌تواند انگیزه فرد را تقویت کند (۱۷).

سطح (۳) درمان فشرده و ارجاع تخصصی: مدل درمان ترکیبی: مراجعین با وابستگی بالا (نمره فاگسترورم بالا یا مصرف بیش از ۱۰ نخ در روز) باید برای دریافت درمان تخصصی و فشرده ارجاع داده شوند. این درمان شامل مشاوره شناختی-رفتاری و درمان دارویی (مانند جایگزین‌های نیکوتین^۲، بوپروپیون^۳، یا وارنیکلین^۴) است (۱۸).

استفاده از سیستم‌های پشتیبانی از راه دور: راه‌اندازی و تقویت سامانه‌های تلفنی رایگان ترک دخانیات به‌عنوان یک منبع حمایتی محلی و کشوری برای پیگیری و پیشگیری از عود. شواهد نشان می‌دهد پیگیری بیماران تا شش ماه پس از ترک نیز می‌تواند میزان موفقیت را افزایش دهد (۱۹).

هزینه اثربخشی و پیامدهای مثبت و منفی ارائه خدمات ترک دخانیات در مراقبت‌های بهداشتی اولیه

تحلیل هزینه-اثربخشی نشان می‌دهد که ارائه خدمات ترک دخانیات در مراقبت‌های بهداشتی اولیه، اثربخشی مالی بالایی دارد (۲۰). اکثر مطالعات مورد بررسی نشان دادند که مداخلات یکپارچه، به‌ویژه آن‌هایی که درمان جایگزینی نیکوتین را با مشاوره رفتاری ترکیب می‌کنند، منجر به میزان ترک سیگار به‌طور قابل توجهی بالاتر از مراقبت‌های استاندارد می‌شوند. موانع کلیدی شامل منابع محدود، آموزش ناکافی ارائه‌دهندگان خدمات و دسترسی محدود به داروهای ترک سیگار بود (۲۱). تسهیل‌کننده‌های اجرای موفقیت‌آمیز، سیستم‌های پشتیبانی ساختاریافته، اطلاع‌رسانی پیشگیرانه و متناسب‌سازی فرهنگی بودند. در حالی که مطالعات کمی به‌طور مستقیم به مقرون به‌صرفه بودن پرداخته‌اند، درمان‌های دارویی کم‌هزینه نتایج امیدوارکننده‌ای را در محیط‌های کم برخوردار نشان داده‌اند. به‌طور کلی

2. Nicotine Replacements
3. Bupropion
4. Varenicline

1. Fagerstrom Test

مراقبت‌های بهداشتی اولیه، دسترسی افراد کم‌درآمد که بیشترین آسیب را متحمل می‌شوند، به درمان تسهیل می‌کند (۲۴).

پیامدهای منفی

افزایش بار کاری کارکنان بهداشتی: ارائه سیستماتیک مشاوره و ترک دخانیات هنوز به‌طور گسترده به‌عنوان یک استاندارد مراقبتی در نظر گرفته نشده است (۱۴)، در نتیجه ممکن است منجر به افزایش بار کاری کارکنان بهداشتی و عدم رضایت مندی آنان گردد.

هزینه دارو: درمان‌های دارویی مانند واریسکلین و بوپروپیون، نیازمند تأمین مالی و پوشش بیمه‌ای گسترده هستند. در صورت عدم پوشش این هزینه‌ها در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه، مانع مالی مانع دسترسی عمومی به خدمات ترک می‌شود (۲۵).

مداخلات یکپارچه ترک دخانیات در مراقبت‌های اولیه به‌طور قابل توجهی نتایج ترک سیگار را بهبود می‌بخشند. رفع موانع اجرا و ترویج مدل‌های مقرون به صرفه برای پذیرش گسترده ضروری است (۲۲). مقایسه هزینه-اثربخشی و پیامدهای راهکارهای ترک دخانیات در مراقبت‌های بهداشتی اولیه در **جدول ۱** آمده است.

پیامدهای مثبت

بالاترین بازدهی بالینی: خدمات مشاوره و رفتار درمانی، به‌ویژه در ترکیب با دارو، در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه می‌تواند نرخ موفقیت ترک را تا بیش از ۵۰ درصد افزایش دهد (۲۳).

کاهش بار اقتصادی آتی: سرمایه‌گذاری در مشاوره، با کاهش بیماری‌های مزمن وابسته به دخانیات، از ورشکستگی اقتصادی نظام سلامت در آینده جلوگیری می‌کند (۱۸).

افزایش عدالت در سلامت: ارائه خدمات رایگان در

جدول ۱. مقایسه هزینه-اثربخشی و پیامدهای راهکارهای ترک دخانیات در مراقبت‌های بهداشتی اولیه (۹، ۱۱، ۱۶)

راهکار	مزایا	معایب/چالش‌ها	هزینه-اثربخشی
مداخله مختصر (سطح ۱ و ۲)	بیشترین دسترسی و پوشش، کمترین هزینه عملیاتی	نرخ موفقیت پایین‌تر برای افراد وابسته، عدم کافی بودن برای حفظ پرهیز درازمدت	بسیار مقرون به صرفه، منجر به صرفه‌جویی خالص در هزینه‌ها و ایجاد بالای QALYs در سطح جامعه
درمان تخصصی/ترکیبی (سطح ۳)	بالاترین نرخ موفقیت تا ۵۰ درصد با رفتار درمانی. استفاده از داروهای تأیید شده.	نیاز به پرسنل متخصص آموزش‌دیده، هزینه بالاتر داروها، نیاز به پوشش بیمه‌ای جامع برای رفع مانع مالی	بیشترین بازدهی بالینی: اثربخش‌ترین راهکار از نظر تولید سال‌های عمر با کیفیت تعدیل شده (QALYs)

بحث

ارائه خدمات مشاوره و ترک دخانیات در مراقبت‌های بهداشتی اولیه، به‌عنوان یک مداخله پیشگیرانه و درمانی مقرون به صرفه، می‌تواند نقش محوری در کاهش بار بیماری‌های غیرواگیر و ارتقای عدالت در سلامت ایفا کند. این خلاصه سیاستی با مرور شواهد داخلی و بین‌المللی، یک مدل یکپارچه سه‌سطحی شامل غربالگری و ثبت وضعیت مصرف، مداخله مختصر و ترغیب به ترک، و درمان فشرده و ارجاع تخصصی را پیشنهاد می‌دهد. شواهد نشان می‌دهد که این مدل، به‌ویژه هنگامی که با آموزش کارکنان، حمایت سازمانی، تأمین دارو، پیگیری از راه دور و تأمین مالی پایدار همراه شود، می‌تواند نرخ ترک را به‌طور معناداری افزایش دهد و از تحمیل هزینه‌های

آتی بیماری‌های مزمن به نظام سلامت بکاهد (۱۴، ۱۸، ۲۲). با این حال، اجرای موفق و پایدار آن مستلزم شناسایی و مدیریت الزامات و موانع در سطوح مختلف مراجعین، ارائه‌دهندگان، مدیران و سازمان‌های بین‌بخشی است. در این بخش، ضمن تبیین منطق انتخاب مدل ترکیبی جامع و بررسی هزینه-اثربخشی آن، الزامات و موانع استقرار این راهکارها به‌صورت ساختارمند تحلیل می‌شود تا سیاست‌گذاران بتوانند با اتخاذ تصمیم‌های مبتنی بر شواهد، زمینه نهادینه‌سازی خدمات ترک دخانیات را در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه فراهم کنند.

اجرای موفق سیاست ارائه خدمات ترک دخانیات در مراقبت‌های بهداشتی اولیه، در گرو مدیریت فعال الزامات و تلاش برای رفع موانع در سطوح مختلف ذینفعان است (جدول ۲).

الف) الزامات و موانع بر اساس گروه هدف مداخله: الزامات اساسی، استقرار این راهکارها، شامل تقویت اعتماد به نفس مراجعین و مداخله بر اساس انگیزه آنان است. برنامه‌های مداخله‌ای باید بر تقویت اعتماد به نفس فردی مراجعین برای ترک تأکید کنند (۲۶). منابع خودیاری و آموزش‌های لازم در مورد غلبه بر موانع مشترک و هوس‌های سیگار باید فراهم شود. هم‌چنین کارکنان مراقبت‌های بهداشتی اولیه باید توانایی تشخیص سطح انگیزه و آمادگی فرد برای ترک و ارائه مدل ترک متناسب با نیاز وی را داشته باشند (۲۷).

موانع بالقوه برای اجرای این راهکار در سطح گروه‌های مداخله شامل مقاومت در برابر تغییر و موانع مالی است. افراد سیگاری به‌طور شایع در مقابل تغییر مقاومت نشان می‌دهند، زیرا رفتار سیگار کشیدن اغلب از نظر آنان دارای منافع روانی یا اجتماعی است (۲۸). به علاوه اگر خدمات و داروهای ترک تحت پوشش بیمه نباشند، هزینه‌های مالی می‌تواند مانعی برای افرادی باشد که به دنبال حمایت هستند، به ویژه اقشار کم‌درآمد (۲۹).

ب) الزامات و موانع بر اساس ارائه‌دهندگان مداخله (کادر مراقبت‌های بهداشتی اولیه): الزامات اساسی اجرای این راهکارها شامل ظرفیت‌سازی جامع یعنی تدوین و اجرای برنامه آموزشی ساختارمند برای تمامی کارکنان بیمارستان‌ها و مراکز مراقبت‌های بهداشتی اولیه (شامل پزشکان، پرستاران، و کارکنان خدمات) در مورد اهمیت ترک دخانیات و روش‌های عملی آن و سیستم انگیزشی مبتنی بر عملکرد به معنی معرفی مکانیزم‌های پرداخت تشویقی برای ارائه‌دهندگان خدمات مشاوره ترک دخانیات است (۳۰). هم‌چنین لازم است حمایت‌های سازمانی ازجمله فراهم کردن آموزش، بودجه و منابع لازم برای ارائه حمایت مؤثر از ترک، ازجمله شناسایی یک کارمند اختصاصی برای ارائه خدمات، برای عملی شدن این راهکارها صورت گیرد (۳۱).

موانع بالقوه در ارائه‌دهندگان مداخله شامل کمبود مهارت‌های مشاوره‌ای و بار کاری و انگیزه پایین می‌شود. برای اجرای مداخلات مؤثر، ارائه‌دهندگان نیازمند مهارت‌های خاصی در فرآیند تغییر رفتار و مشاوره هستند. آگاهی و آموزش ناکافی در زمینه راهنماهای بالینی، مانع مهمی در مراقبت‌های بهداشتی اولیه است. به علاوه کادر مراقبت‌های بهداشتی اولیه به دلیل فشار کاری بالا و عدم وجود مشوق‌های مالی، معمولاً تمایلی به صرف زمان طولانی (بیش از ۱۰ دقیقه) برای مشاوره فشرده ترک دخانیات ندارند (۳۲).

ج) الزامات و موانع بر اساس مدیران و سیاست‌گذاران: الزامات اساسی در این بخش شامل تثبیت ساختار رهبری، از طریق تعهد مدیریتی به پایداری ساختار مراقبت‌های بهداشتی اولیه و جلوگیری از تغییرات مستمر تشکیلاتی، و تخصیص بودجه پایدار از طریق ایجاد ساز و کاری برای سرمایه‌گذاری و تامین اعتبارات لازم از طریق افزایش درآمدهای مالیاتی دخانیات، به‌منظور توسعه و تقویت برنامه‌های کنترل دخانیات می‌باشد.

ازجمله موانع بالقوه در این بخش به فقدان تعهد سیاسی پایدار که شرط لازم برای تحولات اساسی در نظام سلامت است و عدم وجود این تعهد می‌تواند منجر به سستی برنامه‌ها شود، و تغییرات سازمانی ناپایدار می‌توان اشاره کرد. تغییرات مستمر و پی در پی تشکیلاتی و سازمانی در نظام سلامت، به‌ویژه به دلیل تفکر غیر استراتژیک مدیران، می‌تواند مانع نهادینه شدن برنامه‌ها شود (۳۳).

د) الزامات و موانع بر اساس سازمان‌های مرتبط (بین‌بخشی): تقویت همکاری بین‌بخشی از طریق ایجاد مکانیسمی قوی برای همکاری بین بخشی مؤثر بین بازیگران مختلف (مانند شورای سلامت و امنیت غذایی استان)، و نظارت فرابخشی و پاسخگویی از طریق تدوین شاخص‌های عملکردی برای سازمان‌های مرتبط و اجرای نظارت فنی بر فعالیت‌های کنترل دخانیات در سطح استان از الزامات اساسی بین بخشی است (۳۴).

در این بخش موانع بالقوه شامل عدم همکاری فعال دست اندرکاران و عدم اجرای وظایف فرهنگ‌سازی توسط نهادهایی مانند صدا و سیما و وزارت آموزش و پرورش، وزارت ارشاد و غیره، و وجود تضاد منافع بین نهادهای

بار بیماری‌های مزمن، صرفه‌جویی اقتصادی خالص برای نظام سلامت به همراه داشته باشد (۲۰، ۲۳). با این حال، تحقق این پتانسیل مستلزم فراهم‌سازی زیرساخت‌های حمایتی چندلایه است؛ ازجمله آموزش ساختارمند و مستمر کارکنان، حمایت سازمانی، تأمین پایدار داروهای ترک، پیگیری از راه دور و تقویت خودکارآمدی مراجعین از طریق مصاحبه انگیزشی (۱۹، ۲۶، ۳۰، ۳۱). هم‌چنین ارائه رایگان یا بیمه‌شده این خدمات، به‌ویژه برای اقشار کم‌درآمد، می‌تواند به کاهش نابرابری‌های سلامت و افزایش عدالت در دسترسی به درمان کمک کند (۲۴، ۲۹).

متولی سلامت و نهادهای اقتصادی-صنعتی، است که مانع از اجرای سیاست‌های کنترل مؤثر می‌شود (۳۵).

یافته‌های این مرور با شواهد بین‌المللی هم‌راستا است که نشان می‌دهند مدل یکپارچه سه‌سطحی شامل غربالگری نظام‌مند، مداخله مختصر و ارجاع هدفمند، مؤثرترین و مقرون‌به‌صرفه‌ترین رویکرد برای ارائه خدمات ترک دخانیات در مراقبت‌های بهداشتی اولیه است (۱۴، ۲۲). این مدل با تکیه بر دسترسی گسترده شبکه مراقبت‌های بهداشتی اولیه، امکان شناسایی زودهنگام مصرف‌کنندگان، ارائه توصیه‌های کوتاه اما اثربخش و هدایت افراد با وابستگی بالا به درمان‌های تخصصی و ترکیبی را فراهم می‌کند (۱۶، ۱۸). شواهد نشان می‌دهد ترکیب مشاوره رفتاری با درمان دارویی می‌تواند نرخ موفقیت ترک را به‌طور قابل توجهی افزایش دهد و در عین حال با کاهش

جدول ۲. خلاصه الزامات اساسی و موانع استقرار راهکارهای اجرایی سیاستی ارائه خدمات مشاوره ترک سیگار در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه

سطوح ذینفعان	الزامات/تسهیل‌کننده‌ها	موانع/چالش‌ها	منابع
گروه هدف مداخله (مراجعین)	تشخیص سطح آمادگی توسط کارکنان، تطبیق مدل ترک با نیاز فرد، مشاوره انگیزشی	مقاومت در برابر تغییر به دلیل منافع روانی/اجتماعی درک‌شده؛ موانع مالی در نبود بیمه، به‌ویژه در اقشار کم‌درآمد	(۲۶، ۲۷، ۲۸)
ارائه‌دهندگان مداخله	آموزش مهارت‌های مشاوره، مشوق مالی، فراهم‌سازی بودجه و منابع	کمبود مهارت‌های مشاوره‌ای، بار کاری بالا، انگیزه پایین، فقدان مشوق مالی، عدم تمایل به صرف زمان طولانی برای مشاوره فشرده	(۳۰، ۳۱، ۳۲)
مدیران و سیاست‌گذاران	تعهد سیاسی پایدار، بودجه اختصاصی، ثبات سازمانی	فقدان تعهد سیاسی پایدار، تغییرات سازمانی ناپایدار، تفکر غیراستراتژیک مدیران	۳۳
سازمان‌های مرتبط (بین‌بخشی)	همکاری فعال بین‌بخشی، نظارت فنی، پاسخگویی سازمانی	عدم همکاری فعال دست‌اندرکاران، کوتاهی نهادهای فرهنگ‌ساز (صدا و سیما، آموزش و پرورش، ارشاد)، تضاد منافع بین نهادهای سلامت و نهادهای اقتصادی-صنعتی	(۳۴ و ۳۵)
جمع‌بندی و توصیه‌های سیاستی	تخصیص مالیات دخانیات به سلامت، مشوق عملکردی، رهبری پایدار، سازوکار پاسخگویی بین‌بخشی	بی‌ثباتی مالی، تعارض منافع، ضعف پاسخگویی، نبود تعهد سیاسی	(۲۵، ۳۳، ۳۴)

نتیجه‌گیری

موفقیت پایدار ارائه این خدمات در گرو ایجاد یک زیرساخت حمایتی در چند سطح است. اول، تأمین مالی پایدار و حل تعارض منافع؛ تا زمانی که مکانیسم قوی برای افزایش نرخ مالیات دخانیات و تخصیص آن به بخش سلامت ایجاد نشود، تأمین منابع مالی برای داروهای ترک و مشوق‌های پرسنلی در مراقبت‌های بهداشتی اولیه با چالش مواجه خواهد بود. دوم، تقویت منابع انسانی و انگیزشی؛ استقرار سیستم‌های انگیزشی مبتنی بر عملکرد

ارائه خدمات مشاوره و ترک دخانیات در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه نه تنها یک ضرورت قانونی و بهداشتی است، بلکه از لحاظ اقتصادی، یکی از مقرون‌به‌صرفه‌ترین و اثربخش‌ترین مداخلات در نظام سلامت محسوب می‌شود. شواهد علمی نشان می‌دهند که مشاوره ترک دخانیات در مراقبت‌های بهداشتی اولیه منجر به صرفه‌جویی خالص هزینه‌ای و تولید سال‌های عمر با کیفیت می‌شود و این یک توجیه قوی برای سیاست‌گذاران است تا این برنامه را به‌عنوان یک سرمایه‌گذاری حیاتی در نظر بگیرند.

تعارض منافع: نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تعارض منافی ندارند.

حمایت مالی: معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی قم می‌باشد.

ملاحظات اخلاقی: در این مطالعه مروری، اصول اخلاق پژوهش از جمله امانت‌داری علمی، رعایت حقوق مالکیت فکری و ارجاع‌دهی دقیق به منابع مورد توجه قرار گرفت. همچنین، از هرگونه تحریف، حذف‌گزینی یا دستکاری یافته‌های مطالعات پیشین اجتناب شد.

سهم نویسندگان: نویسنده اول در جست‌وجو و بررسی منابع، استخراج و تحلیل مطالب و نگارش اولیه مقاله مشارکت داشت. نویسنده دوم در بررسی منابع، تحلیل و تفسیر یافته‌ها و ویرایش علمی مقاله مشارکت کرد. نویسنده سوم در طراحی و نظارت بر مطالعه، بررسی نهایی محتوای علمی و ویرایش نهایی مقاله مشارکت داشت. تمامی نویسندگان نسخه نهایی مقاله را مطالعه و تأیید کردند.

References

1. WHO Tobacco (2020). <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/tobacco> Accessed 27 May 2020.
2. Pourabbari Langroudi A, Farzi Y, Almasi G, Shokri Varniab Z, Abbasi-Kangevari M, Rezaei N, et al. Age of tobacco smoking initiation among Iranian adults based on National and Subnational data from the 2021 STEPS survey: Short title: Tobacco Smoking Onset Age in Iran. Scientific Reports. 2025;15(1):8504. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-86675-8> PMID:40074760 PMCID:PMC11903872
3. Abbasi-Kangevari M, Ghanbari A, Fattahi N, Malekpour M-R, Masinaei M, Ahmadi N, et al. Tobacco consumption patterns among Iranian adults: a national and sub-national update from the STEPS survey 2021. Scientific Reports. 2023;13(1):10272. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-37299-3> PMID:37355699 PMCID:PMC10290637
4. Reitsma MB, Kendrick PJ, Ababneh E, Abbafati C, Abbasi-Kangevari M, Abdoli A, et al. Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and attributable disease burden in 204 countries

برای پرسنل مراقبت‌های بهداشتی اولیه برای ارائه خدمات مشاوره‌ای فشرده، یک الزام کلیدی است. و سوم، تعهد

سیاسی و همکاری بین‌بخشی: رهبری و تعهد سیاسی پایدار، همراه با ایجاد ساز و کارهای پاسخگویی برای نهادهای خارج از بخش سلامت در اجرای وظایف فرهنگ‌سازی، برای مقابله با موج رو به رشد مصرف دخانیات در کشور ضروری است.

به‌طور خلاصه، ارائه خدمات ترک دخانیات در مراقبت‌های بهداشتی اولیه، به‌عنوان خط مقدم مقابله با مهم‌ترین عامل خطر بیماری‌های غیرواگیر، باید با قاطعیت، پایداری و حمایت مالی کامل، به یک اولویت استراتژیک در نظام سلامت تبدیل شود تا از تحمیل بار سنگین بیماری‌ها و

خسارات جبران‌ناپذیر اقتصادی و انسانی در آینده جلوگیری شود.

تشکر و قدردانی: از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی قم، برای حمایت و از جمعیت مبارزه با دخانیات ایران برای فراهم کردن برخی منابع قدردانی می‌گردد.

- and territories, 1990-2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet. 2021;397(10292):2337-60. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01169-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01169-7) PMID:34051883
5. Le Foll B, Piper ME, Fowler CD, Tonstad S, Bierut L, Lu L, et al. Tobacco and nicotine use. Nature Reviews Disease Primers. 2022;8(1):19. <https://doi.org/10.1038/s41572-022-00346-w> PMID:35332148
 6. Dutra LM, Farrelly MC, Nonnemaker J, Bradfield B, Gaber J, Patel M, et al. Differential relationship between tobacco control policies and US adult current smoking by poverty. International journal of environmental research and public health. 2019;16(21):4130. <https://doi.org/10.3390/ijerph16214130> PMID:31717748 PMCID:PMC6862047
 7. Mugosa A, Cizmovic M, Vulovic V. Impact of tobacco spending on intrahousehold resource allocation in Montenegro. Tobacco Control. 2024;33(Suppl 2):s75-s80. <https://doi.org/10.1136/tc-2022-057786> PMID:37147127 PMCID:PMC11187378

8. Hiilamo H. Global Progress in Implementing Tobacco Demand Reduction Measures Under the Framework Convention on Tobacco Control. *Business Ethics in the Healthcare Industry*: Springer; 2026. p. 173-87. https://doi.org/10.1007/978-3-032-07649-6_12
9. Adekola AD, Alli OI, Mbata AO, Ogbeta CP. Integrating multisectoral strategies for tobacco control: Evidence-based approaches and public health outcomes. *International Journal of Medical and All Body Health Research*. 2023;4(1):60-9. <https://doi.org/10.54660/IJMBHR.2024.4.1.60-69>
10. Mouseli A, Khodayari-Zarnaq R, Arabloo J, Ghasemani S, Mastaneh Z, Alizadeh G. The analysis of the content of tobacco control policymaking and legislation in Iran and providing policy solutions. *Depiction of Health*. 2023;14(2):193-208. <https://doi.org/10.34172/doh.2023.15>
11. Adhikari K, Mughal MK, Whitworth J, Bischoff M, Teare GF. Implementing screening, Brief Intervention and Referral Intervention for Health Promotion and Disease Prevention in Hospital Settings in Alberta: a pilot study. *International Journal of Public Health*. 2023;68:1605038. <https://doi.org/10.3389/ijph.2023.1605038> PMID:36816832 PMCID:PMC9931591
12. Setchoduk K, Pichayapinyo P, Lapvongwatana P, Chansatitporn N. The effectiveness of tobacco cessation programs for university students: A systematic review and meta-analysis. *Tobacco induced diseases*. 2023;21:73. <https://doi.org/10.18332/tid/162001> PMID:37275243 PMCID:PMC10236936
13. Khunfur SR, Aldaheri RE, Aljuaid FHM, Ali SAH, Felemban GMB, Hadadi AA, et al. Smoking cessation interventions in primary healthcare settings. *International Journal of Pharmaceutical Research and Allied Sciences*. 2022;11(1-2022):21-8. <https://doi.org/10.51847/MDYniAlk8A>
14. Pipe AL, Evans W, Papadakis S. Smoking cessation: health system challenges and opportunities. *Tobacco Control*. 2022;31(2):340-7. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2021-056575> PMID:35241609
15. Fagerström K. Can alternative nicotine products put the final nail in the smoking coffin? *Harm Reduction Journal*. 2022;19(1):131. <https://doi.org/10.1186/s12954-022-00722-5> PMID:36456941 PMCID:PMC9714162
16. Chirila SI, Grasa CN, Gurgas L, Cristorean C-V, Hanzu-Pazara L, Hangan T. Evaluating the Effectiveness of Brief Interventions for Smoking Cessation Performed by Family Doctors. *Medicina*. 2024;60(12):1985. <https://doi.org/10.3390/medicina60121985> PMID:39768864 PMCID:PMC11728199
17. Hartmann-Boyce J, Ordóñez-Mena JM, Livingstone-Banks J, Fanshawe TR, Lindson N, Freeman SC, et al. Behavioural programmes for cigarette smoking cessation: investigating interactions between behavioural, motivational and delivery components in a systematic review and component network meta-analysis. *Addiction*. 2022;117(8):2145-56. <https://doi.org/10.1111/add.15791> PMID:34985167
18. Rigotti NA, Kruse GR, Livingstone-Banks J, Hartmann-Boyce J. Treatment of tobacco smoking: a review. *Jama*. 2022;327(6):566-77. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.0395> PMID:35133411
19. Li S, Qu Z, Li Y, Ma X. Efficacy of e-health interventions for smoking cessation management in smokers: a systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*. 2024;68. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102412> PMID:38273889 PMCID:PMC10809126
20. Norful AA, Muir KJ, Cramer E, Jung HJ, Nikpour J. Financial models used to embed registered nurses in primary health care settings in the United States: A scoping review. *Nursing outlook*. 2025;73(5):102533. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2025.102533> PMID:40829367 PMCID:PMC12518002
21. Mather M, Pettigrew LM, Navaratnam S. Barriers and facilitators to clinical behaviour change by primary care practitioners: a theory-informed systematic review of reviews using the Theoretical Domains Framework and Behaviour Change Wheel. *Systematic reviews*. 2022;11(1):180. <https://doi.org/10.1186/s13643-022-02030-2> PMID:36042457 PMCID:PMC9429279
22. Narang P, Wasnik M, Chevuri R. Optimizing Tobacco Cessation: A Systematic Review of Integration Approaches in Primary Care Settings. *Journal of Indian Association of Public Health Dentistry*. 2025;23(4):332-9. https://doi.org/10.4103/jiaphd.jiaphd_3_25

23. Webb Hooper M, Lee DJ, Simmons VN, Brandon KO, Antoni MH, Asfar T, et al. Cognitive behavioral therapy versus general health education for smoking cessation: A randomized controlled trial among diverse treatment seekers. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2024;38(1):124. <https://doi.org/10.1037/adb0000928> PMid:37141036 PMCID:PMC10624643
24. Mills SD, Golden SD, O'Leary MC, Logan P, Lich KH. Using systems science to advance health equity in tobacco control: a causal loop diagram of smoking. *Tobacco control*. 2023;32(3):287-95. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2021-056695> PMid:34535509 PMCID:PMC9466654
25. Tildy BE, McNeill A, Perman-Howe PR, Brose LS. Implementation strategies to increase smoking cessation treatment provision in primary care: a systematic review of observational studies. *BMC Primary Care*. 2023;24(1):32. <https://doi.org/10.1186/s12875-023-01981-2> PMid:36698052 PMCID:PMC9875430
26. Yildiz Özdemir A, Gök Uğur H. The Effect of Motivational Interviewing on the Level of Self-Efficacy and Addiction in Smoking Cessation in Nursing Students: A Single-Blind Randomized Controlled Study. *International journal of nursing practice*. 2025;31(2):e70009. <https://doi.org/10.1111/ijn.70009> PMid:40109145
27. Buczkowski K, Marcinowicz L, Czachowski S, Piszczek E. Motivations toward smoking cessation, reasons for relapse, and modes of quitting: results from a qualitative study among former and current smokers. *Patient preference and adherence*. 2014;1353-63. <https://doi.org/10.2147/PPA.S67767> PMid:25336926 PMCID:PMC4199752
28. Klein H, Sterk CE, Elifson KW. Smoke and mirrors: the perceived benefits of continued tobacco use among current smokers. *Health Psychology Research*. 2014;2(2):1519. <https://doi.org/10.4081/hpr.2014.1519> PMid:26973934 PMCID:PMC4768546
29. Leon-Salas A, Hunt JJ, Richter KP, Nazir N, Ellerbeck EF, Shireman TI. Pharmaceutical assistance programs to support smoking cessation medication access. *Journal of the American Pharmacists Association*. 2017;57(1):67-71. e1. <https://doi.org/10.1016/j.japh.2016.08.009> PMid:27816543 PMCID:PMC5203802
30. Verbiest ME, Greenslade S, Parkhouse T, Assendelft WJ, Crone MR, Livingstone-Banks J. Training health professionals in smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2026(2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000214.pub3> PMid:41676926 PMCID:PMC12895530
31. Zhang G, Zhou J, Luk TT, Lam VSF, Yao Z, Wang MP, et al. The learning outcomes of smoking cessation training in undergraduate nursing students: A systematic review. *Nurse Education in Practice*. 2024;75:103907. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2024.103907> PMid:38308947
32. Jørgensen CU, Løkke A, Hjorth P, Pisinger C, Farver-Vestergaard I. Barriers to implementation of smoking cessation support among healthcare professionals in the secondary healthcare sector: A qualitative and quantitative evaluation. *Tobacco prevention & cessation*. 2024;10:10.18332/tpc/183775. <https://doi.org/10.18332/tpc/183775> PMid:38389587 PMCID:PMC10882562
33. Organization WH. Two decades of the implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control in the European Union: progress, challenges and the road ahead. *World Health Organization. Regional Office for Europe*; 2025.
34. Bakhtiari A, Takian A, Majdzadeh R, Ostovar A, Afkar M, Rostamigooran N. Intersectoral collaboration in the management of non-communicable disease's risk factors in Iran: stakeholders and social network analysis. *BMC public health*. 2022;22(1):1669. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14041-8> PMid:36056315
35. Arabloo J, Ravaghi H, Tourani S, Kabiri N, Hajizadeh M, Khodayari-Zarnaq R, et al. Stakeholder analysis of tobacco control policy in Iran: a qualitative study. *Discover Social Science and Health*. 2025;5(1):15. <https://doi.org/10.1007/s44155-025-00164-x>