

The Analysis of the Content of Tobacco Control Policymaking and Legislation in Iran and Providing Policy Solutions

Ali Mouseli¹ , Rahim Khodayari-Zarnaq² , Jalal Arabloo³ , Shabnam Ghasemyani⁴ , Zahra Mastaneh¹ ,
Gisoo Alizadeh^{2*} 

¹ Tobacco and Health Research Center, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran

² Department of Health Policy & Management, School of Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

³ Health Management and Economics Research Center, Health Management Research Institute, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴ Department of Health Service Management, School of Management and Medical Informatics, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

ARTICLE INFO

Article Type:
Original Article

Article History:
Received: 21 Oct 2022
Accepted: 22 Jan 2023
ePublished: 19 Jun 2023

Keywords:
Tobacco Control,
Health Policy,
Health Policy Analysis

Abstract

Background. Tobacco use is the fifth risk factor for non-communicable diseases in Iran. This study aimed to analyze the policies and measures of tobacco control in Iran in the last four decades (1983-2021).

Methods. The present study is a retrospective policy analysis that used a case study plan based on the Walt and Gilson triangle policy analysis framework to examine the content of tobacco control policies in Iran. Data were collected using tobacco use policies and legal documents and analyzed using documentary analysis. MAXQDA 11 software was used to categorize and analyze the findings.

Results. The policies include setting prices and taxes on tobacco to reduce demand; protecting the public from second-hand smoke; controlling the composition of tobacco products; setting regulations on the disclosure of information about tobacco packaging and labeling; educating the public about the dangers of tobacco use; advertising, promotion, and financial support of tobacco; setting measures to encourage smoking cessation and reduce the demand and dependence on tobacco; banning illegal tobacco product trading; banning youngsters from tobacco trading; financially supporting the practical alternatives such as economic activities and research; setting monitoring and evaluation systems; and enhancing the exchange of information.

Conclusion. Strengthening the government's tobacco control capacity and formulating a clear and coherent national tobacco control strategy and roadmap, including a mechanism for practical cross-sectoral cooperation between different actors, can reduce conflicts of interest between the actors involved and determine the country's current and future tobacco control policies.

Mouseli A, Khodayari-Zarnaq R, Arabloo J, Ghasemyani 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. doi: 10.34172/doh.2023.15. (Persian)

* Corresponding author; Gisoo Alizadeh, E-mail: g.alizadeh.1369@gmail.com



Extended Abstract

Background

Tobacco use is one of the significant causes of illness and death worldwide and has extensive social and economic consequences. While there is extensive scientific evidence on the prevalence of tobacco use and its economic and social effects, there is still a lack of understanding of how policy environments influencing tobacco control policies interact and how tobacco control policies are formulated and implemented, particularly in low- and middle-income countries. In order to optimally influence public policies that affect tobacco control, a complete understanding of the content of policy and legislation seems essential. This study aimed to analyze the policies and measures of tobacco control in Iran during the last four decades.

Methods

The present qualitative case study analyzed tobacco control policies in Iran in the last four decades (1983-2021). We analyzed tobacco control policy in Iran by reviewing relevant policy documents. The documents mainly included policies, laws, regulations, and national survey reports regarding tobacco use. The research community included all documents related to tobacco use and all key informants and policymakers. We collected the data using a data collection form based on the conceptual framework of the research. Data collection was conducted in 2022. Qualitative data were also collected by reviewing the documents. The initial identification of political documents (laws, regulations, by-laws, circulars, approvals, meeting minutes, plans, and bills of the Islamic Council of Iran and other reports) was conducted by reviewing the studies published in Iran and the reports of interviews with key informants. The documents were obtained from tobacco use policy-related centers, institutions, and organizations. Based on the data collection form, the final data were extracted from these policy documents using framework analysis. MAXQDA 11 software was used to categorize and analyze the findings. We enhanced the stability of the study using an experimental review and a detailed review of the data by an external observer. Regarding the reliability of the study, the researcher considered the following: the long-term

involvement of the researcher with the research environment and his continuous observations in such environment, including building trust with the subjects of the research, the researcher tries to maintain his focus on the study.

Results

There seems to be some inconsistency between the interventions of the tobacco control convention and hookah control in the country. The policies recommended in the convention are based on tobacco control evidence. As a result, the policies on hookah use are not appropriately implemented, mainly due to the unique nature of this kind of smoking compared to cigarettes. The cigarette market is well-known, and cigarettes are packaged in compact packets with uniform characteristics everywhere; however, this does not apply to hookah. Compared to cigarettes, hookahs are available in various shapes and sizes, with less portability, and are often shared among several individuals. These differences indicate whether the WHO Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC) can be applied to hookah and whether it is appropriate. For example, there is a need for strict labeling policies for hookah tobacco and its accessories, given what we know about its toxic ingredients.

An evaluation of the warning labels on hookah tobacco and its accessories in several countries found that none of the hookahs purchased were FCTC-compliant. In addition, misleading descriptions such as “nicotine percentage” and “tar percentage” were also common on hookah tobacco packages. Since some of these countries, such as Canada and Germany, have imposed strict regulations on cigarette labeling, the abandoned and contradictory situation in the field of hookah labeling shows that some legal and enforcement agencies do not consider the WHO FCTC labeling regulations appropriate and enforceable for hookah. Another critical issue is that labeling is required on hookah tobacco packets and many hookah accessories. Labeling is an essential social aspect among hookah consumers; in a coffee house or coffee shop, the customers are served with ready-made hookah but unaware of tobacco quality.

The prevalence of hookah use is a significant challenge to effectively enforcing the public smoking ban. Since the serving of hookahs generates a sizable profit for coffee houses and coffee shops, they are persistent in overturning the ban on smoking in enclosed public places. Considering the characteristics of hookahs, imposing restrictions on hookah advertisements may also be ineffective. Many of these advertisements feature hookah equipment, such as charcoal, and infer that hookah is a healthier alternative to cigarettes. Therefore, due to the disproportion between WHO FCTC and other methods of tobacco consumption other than cigarettes, the policies regarding smoking methods such as hookah need to be modified, and their sensitivity to such methods should be increased.

Conclusion

Iran's comprehensive tobacco control policies are based on the WHO FTCT. These policies include pricing and taxation; providing smoke-free areas; monitoring tobacco production; imposing regulations on the disclosure of information about tobacco products; packaging and labeling of tobacco products; educating and informing the public; monitoring the advertising, promotion, and financial support of tobacco sale; establishing measures to reduce tobacco addiction and encourage the cessation of tobacco use; restricting illegal tobacco products trading, particularly among youngsters; and providing financial support for economically viable alternative activities.

تحلیل محتوای سیاست‌گذاری و قانون‌گذاری کنترل دخانیات در ایران و ارائه راهکارهای سیاستی

علی موصلی^۱، رحیم خدایاری زرنق^۲، جلال عربلو^۳، شبنم قاسمیانی^۴، زهرا مستانه^۱، گیسو علیزاده^{۲*}
^۱ مرکز تحقیقات دخانیات و سلامت، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران
^۲ گروه مدیریت و سیاست‌گذاری سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
^۳ مرکز تحقیقات علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، پژوهشکده مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
^۴ گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

چکیده

زمینه. مصرف دخانیات پنجمین عامل خطر بیماری‌های غیر واگیر در کشور است. هدف از این مطالعه تحلیل سیاست‌ها و اقدامات کنترل دخانیات در ایران طی چهار دهه گذشته (۱۳۶۲-۱۴۰۰) می‌باشد. **روش کار.** مطالعه حاضر یک مطالعه کیفی به‌منظور تحلیل سیاست به‌صورت گذشته‌نگر است که در سال ۱۴۰۰ با استفاده از طرح مطالعه موردی براساس چارچوب مثلث تحلیل سیاست والت و گیلسون به تحلیل محتوای سیاست‌های کنترل دخانیات در ایران پرداخته است. داده‌ها با استفاده از اسناد سیاستی و قانونی جمع‌آوری و با استفاده از تحلیل اسنادی، تحلیل شدند. از نرم‌افزار MAXQDA 11 برای دسته‌بندی و تحلیل یافته‌ها استفاده گردید. **یافته‌ها.** محتوای سیاست‌ها شامل قیمت‌گذاری و اخذ مالیات در جهت کاهش تقاضا برای دخانیات، جلوگیری از قرار گرفتن افراد در معرض دود حاصل از دخانیات، تنظیم محتویات فرآورده‌های دخانی و مقررات مربوط به افشای اطلاعات درباره مواد دخانی، بسته‌بندی و برچسب‌گذاری فرآورده‌های دخانی، آموزش، اطلاع‌رسانی و آگاه‌سازی عمومی، تبلیغ، ترویج و پشتیبانی مالی دخانیات، اقدامات کاهش تقاضا در مورد وابستگی و ترک مصرف دخانیات، تجارت غیرقانونی فرآورده‌های دخانی، فروش به افراد صغیر و توسط آن‌ها، حمایت مالی از فعالیت‌های جایگزین عملی از نظر اقتصادی و تحقیقات، نظام پایش و ارزشیابی و تبادل اطلاعات می‌باشد. **نتیجه‌گیری.** تقویت ظرفیت‌های کنترل دخانیات در دولت و تدوین یک استراتژی ملی و نقشه راه شفاف و منسجم برای کنترل دخانیات شامل مکانیسمی برای همکاری بین بخشی مؤثر بین بازیگران مختلف می‌تواند به کاستن از تضاد منافع بین بازیگران درگیر و مشخص کردن جهت‌گیری کلی کشور در زمینه کنترل دخانیات و پیشرفت آن در آینده کمک نماید.

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:

مقاله پژوهشی

سابقه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۱/۰۷/۲۹
 پذیرش: ۱۴۰۱/۱۱/۰۲
 انتشار برخط: ۱۴۰۲/۰۳/۲۹

کلیدواژه‌ها:

کنترل دخانیات،
 سیاست‌گذاری سلامت،
 تحلیل سیاست‌های
 سلامت

مقدمه

نزدیک به هفت میلیون نفر می‌شود. از این تعداد بیش از ۶۰۰،۰۰۰ نفر غیرسیگاری هستند که در اثر استنشاق دود تنباکوی محیطی می‌میرند که آلودگی دخانیات محیطی یا دود دست دوم نیز نامیده می‌شود.^۵ در سطح جهانی، در صورت ادامه روند فعلی، مرگ سالانه ناشی از سیگار کشیدن به ۸ میلیون نفر خواهد رسید^۶ که بیش از ۸۰ درصد این مرگ و میرها مربوط به ساکنان کشورهای کم درآمد و متوسط است.^۴

کنترل مصرف دخانیات یکی از اولویت‌های سلامت عمومی است. همه‌گیری دخانیات یکی از بزرگ‌ترین تهدیدات سلامت عمومی است که جهان تاکنون با آن روبرو شده است.^{۲،۱} اپیدمی جهانی مصرف دخانیات همچنان بار قابل توجهی در مرگ و بیماری‌های زودرس ایجاد می‌کند.^۳ استفاده از دخانیات مهم‌ترین عامل خطر بیماری‌های غیرواگیر و بزرگ‌ترین علت قابل پیشگیری از بیماری و مرگ در جهان است.^۴ گزارش سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد که توتون و تنباکو سالانه باعث مرگ

* پدیدآور رابط: گیسو علیزاده، آدرس ایمیل: g.alizadeh.1369@gmail.com

۲۰۱۳ تصویب شد که شامل یک اقدام داوطلبانه برای کاهش مصرف دخانیات تا ۳۰ درصد تا سال ۲۰۲۵ است.^{۱۲} در کشور ما، نخستین بار در سال ۱۳۷۳ بخشنامه‌ای تحت عنوان «طرح چگونگی کاهش استعمال دخانیات» در شش ماده جهت محدود کردن مصرف دخانیات از سوی هیئت دولت به تصویب رسید. این بخشنامه به‌رغم تأکید و تصریح لازم‌الاجرا بودن برای تمامی دستگاه‌ها و نهادها، به اجرا درنیامد. همچنین قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات در ۲۰ ماده و هفت تبصره در جلسه علنی ۱۵ شهریور ماه ۱۳۸۵ مجلس شورای اسلامی تصویب شد.^{۱۳} با وجود برخورداری بودن ایران از قوانین جامع مرتبط با استعمال دخانیات، به گفته بسیاری از افراد صاحب‌نظر، به‌نظر می‌رسد که در اجرای این قوانین ضعیف عمل شده است؛ و حتی برخی از مواد قانون فوق هنوز اجرا نشده است.^{۱۴} کنترل دخانیات به‌واسطه وجود نیروهای قدرتمند اقتصادی و سیاسی که به‌واسطه تولید و فروش سیگار ایجاد می‌شود، دشوار است. به‌عبارتی، وجود بازیگران فراملی، توزیع نابرابر هزینه‌ها و منافع صنعت دخانیات، گستردگی مزایای اقتصادی و هزینه‌های سلامتی دخانیات و گوناگونی بازیگران دارای منافع در تجارت دخانیات، کنترل آن را پیچیده و دشوار می‌سازد. در بسیاری از کشورهای با درآمد پایین و متوسط، پیشرفت کند به سمت کنترل دخانیات در بعضی از حوزه‌ها و شکست کامل در دیگر حوزه‌ها منجر می‌گردد. توجه به ابعاد اقتصادی و سیاسی مساله می‌تواند به توسعه راهبردهایی برای کمک به پذیرش و اجرای سیاست‌ها کمک نماید.^{۱۵} پس از گذشت بیش از چهار دهه از آغاز فعالیت‌های کنترل مصرف دخانیات در کشور و پس از طی فراز و نشیب‌هایی در سیاست‌گذاری و قانون‌گذاری کنترل مصرف دخانیات در کشور، به نظر می‌رسد بررسی محتوای قانون‌گذاری و سیاست‌گذاری و ارزیابی راه‌حل برای این موارد ضروری باشد. این مطالعه با هدف تحلیل فرایند سیاست‌گذاری و قانون‌گذاری کنترل دخانیات در ایران با بررسی مستندات مرتبط با کنترل دخانیات انجام شده است.

روش کار

مطالعه حاضر، یک مطالعه موردی از نوع مطالعات کیفی است که به‌صورت تحلیل گذشته‌نگر سیاست^{۱۶} به تحلیل سیاست‌های کنترل دخانیات در ایران طی چهار دهه

در سراسر جهان، بیش از ۱ میلیارد نفر سیگاری هستند و هزینه‌های اجتماعی سیگار کشیدن بیش از ۱ تریلیون یوند در سال تخمین زده شده است.^۳ بیش از ۸۰ درصد جمعیت یک میلیارد نفری مصرف‌کننده دخانیات در جهان در کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط زندگی می‌کنند. بررسی میزان مصرف دخانیات در کشورهای در حال توسعه روند رو به افزایش سیگار کشیدن در زنان و مردان را نشان می‌دهد. در افراد سیگاری، خطر سرطان ریه ۲۵ برابر و خطر حملات قلبی و مغزی ۲-۴ برابر بیشتر از افراد غیر سیگاری است.^۷ کل هزینه اقتصادی مصرف دخانیات (هزینه‌های سلامت و بهره‌وری از دست رفته) در سال ۲۰۱۲ معادل ۱/۸ درصد از تولید ناخالص داخلی سالیانه (GDP) در جهان است. تقریباً ۴۰ درصد از این هزینه‌ها در کشورهای در حال توسعه اتفاق افتاده است که این امر نشان می‌دهد که این کشورها متحمل بار زیادی هستند.^۸ یافته‌های مطالعه‌ای که اخیراً در ایران انجام شد، نشان داد که استعمال سیگار مسئول ۶,۶۲۳ مرگ ناشی از سرطان، ۸۰,۸۰۸ سال زندگی از دست رفته و ۸۳,۰۱۹,۵۸۳ دلار آمریکا هزینه بهره‌وری از دست رفته در ایران بود.^۹ سازمان بهداشت جهانی در آخرین گزارش خود شیوع دخانیات را در جمعیت ۱۵ سال و بالاتر ایران، ۱۱/۸ درصد تخمین زده است. در این گزارش میزان شیوع دخانیات در جمعیت مردان و زنان ۱۵ سال و بالاتر به ترتیب ۲۲/۱ درصد و ۱/۳ درصد ذکر کرده است.^{۱۰} در حال حاضر مطالعات انجام گرفته در کشور نشان می‌دهد که مصرف دخانیات به خصوص در زنان در حال افزایش و سن آغاز آن رو به کاهش است.^{۱۱}

با افزایش بار جهانی بیماری‌های غیرواگیر (NCDs)، اغلب کشورها در مورد تقویت مکانیسم‌های اجرایی کنوانسیون چارچوب سازمان بهداشت جهانی جهت کنترل دخانیات به اجماع رسیدند. اجرای این کنوانسیون در اهداف توسعه پایدار تأکید شده است که در وهله اول با هدف توسعه پایدار به دنبال کاهش مرگ‌های زودرس قابل پیشگیری ناشی از بیماری‌های غیرواگیر (بیماری‌های قلبی-عروقی، سرطان‌ها و بیماری‌های مزمن انسدادی ریه) به یک سوم تا سال ۲۰۳۰ است. دخانیات، تهدیدی برای توسعه است و کنترل دخانیات یک سیاست اساسی برای دستیابی به اهداف توسعه پایدار می‌باشد. گذشته از اهداف توسعه پایدار، اهداف جهانی بیماری‌های غیرواگیر نیز در سال

صورتی که آن‌ها نیز دسته‌بندی مشابهی از داده‌ها داشتند، اعتماد حاصل شد. همچنین در زمینه روایی مطالعه، پژوهشگر موارد زیر را در نظر داشت: درگیری طولانی مدت پژوهشگر با فضای پژوهشی و مشاهدات مداوم او در محیط پژوهش از جمله اعتمادسازی با افراد موضوع پژوهش، پژوهشگر همواره تمرکز خود را بر مطالعه حفظ نموده و فرصت کافی برای این امر منظور نماید.

یافته‌ها

محتوای قوانین و سیاست‌های کنترل دخانیات در ایران در قالب اسنادی از قبیل قوانین مصوب مجلس شورای اسلامی، آیین‌نامه‌های اجرایی، معاهدات بین‌المللی، برنامه‌ها، بخشنامه‌ها، تصویب‌نامه‌ها، دستورالعمل‌های اجرایی، اسناد سیاستی ملی، مقالات سیاستی، مصوبات و طرح‌ها و لوایح مجلس شورای اسلامی، صورت‌جلسات، گزارشات کارشناسی و مصوبات نهادهای تصمیم‌گیر مانند ستاد کشوری کنترل دخانیات در خصوص سیاست‌گذاری کنترل دخانیات در ایران بین سال‌های ۱۳۶۲ تا ۱۴۰۰ می‌باشد (جدول ۱). می‌توان گفت اغلب محتوای این سیاست‌ها در قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات و آیین‌نامه اجرایی آن و کنوانسیون سازمان بهداشت جهانی در مورد کنترل دخانیات (FCTC) متبلور شده است. در این قوانین می‌توان سیاست‌ها و مداخلات کنترل دخانیات را در دو دسته کلی مداخلات مرتبط با کاهش عرضه دخانیات و مداخلات مرتبط با کاهش تقاضا و زیرمجموعه‌های هر یک از آن‌ها دسته‌بندی کرد. تحلیل محتوای سیاست‌های کنترل دخانیات حاضر مبتنی بر تحلیل اسنادی انجام گرفته است.

۱- قیمت‌گذاری و اخذ مالیات در جهت کاهش تقاضا برای دخانیات

اسناد سیاستی و قانون‌گذاری مختلفی به سیاست‌های مالیاتی دخانیات پرداخته‌اند و مالیات را به‌عنوان یک اقدام کنترل دخانیات توصیه نموده‌اند.

ماده ۶ کنوانسیون چارچوب کنترل دخانیات سازمان جهانی بهداشت در اقدامات مربوط به قیمت‌گذاری و اخذ مالیات در جهت کاهش تقاضا برای دخانیات از اعضا می‌خواهد که اقداماتی را در جهت قیمت‌گذاری و اخذ مالیات صورت دهند.

گذشته (۱۳۶۲-۱۴۰۰) می‌پردازد. وضعیت سیاست‌گذاری کنترل دخانیات در ایران با استفاده از اسناد سیاستی مرتبط مورد تحلیل قرار گرفت. انواع اسناد به‌عنوان منابع ثانویه اطلاعات جمع‌آوری شدند. این اسناد بیشتر شامل اسناد سیاستی، قوانین، مقررات، آیین‌نامه‌ها و گزارش‌های مطالعات کشوری بود. جامعه پژوهش شامل کلیه اسناد سیاستی مرتبط با دخانیات در کشور و کلیه افراد مطلع کلیدی و ذینفعان بود.

برای گردآوری محتوای سیاست‌های کنترل دخانیات به اسناد سیاستی مرتبط، از فرم جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد که براساس چارچوب مفهومی پژوهش تدوین شده بود. جمع‌آوری اطلاعات در سال ۱۴۰۰ انجام شد. شناسایی اولیه اسناد سیاستی (سندها، قوانین، مقررات، آیین‌نامه‌ها، بخش‌نامه‌ها، مصوبات، صورت‌جلسه‌ها، طرح‌ها و لایحه‌های مجلس شورای اسلامی ایران و سایر گزارش‌ها) از طریق مرور مطالعات و گزارش‌های منتشر شده داخلی در سالنامه‌ها و سایت مراکز و همچنین مصاحبه با افراد مطلع کلیدی صورت گرفت. منظور از افراد مطلع کلیدی، متخصصان مرتبط با کنترل دخانیات - که در زمینه قانون‌گذاری و تصمیم‌گیری در رابطه با کنترل دخانیات در سطح ملی درگیر بوده و یا هستند - می‌باشد. پس از لیست کردن این اسناد سیاستی با مراجعه به مراکز، نهادها و سازمان‌های مربوطه، این اسناد سیاستی به دست آمدند. نهایتاً براساس فرم طراحی شده برای جمع‌آوری (سال انتشار، سازمان منتشر کننده، عنوان و محتوای مرتبط)، داده‌های لازم از این اسناد سیاستی استخراج شد.

از تحلیل چارچوب به منظور تحلیل استفاده شد. در گام اول، به منظور آشنایی هر چه بیشتر پژوهشگر، اسناد به طور مکرر (حداقل ۲ بار) مورد مطالعه قرار گرفت. سپس در گام‌های بعدی از طریق فنون کدگذاری و خلاصه‌سازی، داده‌ها سازمان‌بندی شده و براساس چارچوب تحلیلی تحقیق حاضر که چارچوب مثلث تحلیل سیاست‌گذاری است مورد تحلیل قرار گرفتند. از نرم‌افزار MAXQDA 11 برای دسته‌بندی و تحلیل یافته‌ها استفاده شد. در این پژوهش از یک بازبینی آزمایشی یعنی بررسی دقیق داده‌ها توسط یک ناظر خارجی جهت افزایش میزان ثبات پژوهش استفاده گردید. بدین صورت که پژوهشگر محتوای سیاست‌ها را استخراج و دسته‌بندی نموده و در اختیار تعدادی از اعضای هیئت‌علمی و همکاران قرار داد و در

۲- جلوگیری از قرار گرفتن افراد در معرض دود حاصل از دخانیات

به منظور اجرای ماده ۸ کنوانسیون در خصوص جلوگیری از قرار گرفتن افراد در معرض دود حاصل از دخانیات، مقررات لازم در ماده ۷ آیین‌نامه اجرایی قانون جامع کنترل دخانیات در نظر گرفته است. براساس این ماده به منظور حفظ سلامت عمومی به‌ویژه محافظت در مقابل استنشاق تحمیلی دود محصولات دخانی، استعمال این مواد در اماکن عمومی ممنوع است. ماده ۱۳ قانون جامع کنترل دخانیات نیز استعمال دخانیات را در نهادهای موضوع ماده (۱۸) قانون رسیدگی به تخلفات اداری ممنوع کرده است.

با توجه به عدم وجود زیرساخت‌های اجرایی مورد نیاز در مورد چگونگی برخورد با تخلفات فردی در مکان‌های عمومی (به‌جز ساختمان‌های دولتی)، مطابق با ماده ۸ آیین‌نامه اجرایی قانون ملی کنترل دخانیات، مسئولیت اجرای ممنوعیت استعمال دخانیات در اماکن عمومی و سایر اماکن مندرج در قانون با مدیران یا کارفرمایان یا متصدیان اماکن مربوطه است. لازم به ذکر است که معیارهای مفاد کنوانسیون در این خصوص، سال‌ها قبل از الحاق ایران به کنوانسیون در آیین‌نامه ممنوعیت استعمال و عرضه سیگار و سایر مواد دخانی در اماکن عمومی مصوب هیئت وزیران در سال ۱۳۷۶ و در آیین‌نامه اجرایی قانون اصلاح ماده ۱۳ قانون مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی، بهداشتی مصوب مجلس شورای اسلامی در سال ۱۳۷۹ قید شده بود.

۳- تنظیم محتویات فرآورده‌های دخانی و مقررات مربوط به افشای اطلاعات درباره مواد دخانی

ماده ۹ کنوانسیون در خصوص تنظیم محتویات فرآورده‌های دخانی اعلام می‌کند که فراهمایی اعضا، ضمن مشورت با نهادهای بین‌المللی ذی‌صلاح، رهنمودهایی را برای آزمایش و اندازه‌گیری محتویات و مواد خروجی از فرآورده‌های دخانی و تنظیم آن‌ها پیشنهاد خواهد داد.

ماده ۱۰ کنوانسیون در خصوص مقررات مربوط به افشای اطلاعات درباره مواد دخانی اعلام می‌کند که هر عضو باید در چهارچوب قوانین ملی خود، اقدامات قانونی و اداری و اجرایی یا سایر اقدامات مؤثری را تصویب کرده و به اجرا بگذارد و از تولیدکنندگان و واردکنندگان

ماده ۱۰ سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری در سال ۱۳۹۳ به تأمین منابع مالی پایدار در بخش سلامت با تأکید بر وضع عوارض بر محصولات و مواد و خدمات زیان‌آور سلامت اشاره می‌کند. همچنین در ماده ۳۷ قانون برنامه پنجم توسعه کشور تصریح می‌کند که برای پیشگیری و مقابله با بیماری‌ها و عوامل خطرناک سلامتی که بیشترین هزینه اقتصادی و اجتماعی را دارند باید فهرست اقدامات و کالاهای آسیب‌رسان به سلامت و داروهای با احتمال سوءمصرف توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و درصد عوارض برای این کالاها در ابتدای هر سال توسط کارگروهی با مسئولیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با عضویت وزارتخانه‌های امور اقتصادی و دارایی، بازرگانی، رفاه و تأمین اجتماعی، صنایع و معادن و معاونت تعیین و ابلاغ شود. بر اساس مواد ۱۶ و ۳۸ قانون مالیات بر ارزش افزوده مصوب سال ۱۳۸۷ مجلس شورای اسلامی، نرخ مالیات بر ارزش افزوده و نرخ عوارض شهرداری‌ها و دهیاری‌ها برای انواع سیگار و محصولات دخانی در مجموع ۱۵ درصد (۱۲ درصد مالیات بر ارزش افزوده و ۳ درصد عوارض شهرداری) تعیین شده است. مدیریت مالیات بر دخانیات با توجه به مفاد قانون بودجه کشور صورت می‌گیرد. مجلس شورای اسلامی هر سال قبل از آغاز سال مالی بعدی از طریق کمیسیون تلفیق به بررسی لایحه بودجه سالانه می‌پردازد. ماده ۴۸ قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت مصوب سال ۱۳۹۳ مجلس شورای اسلامی نیز علاوه بر ذکر مفاد ماده ۳۷ قانون برنامه پنجم توسعه تصریح می‌کند صد درصد (۱۰۰ درصد) مبلغ وصولی پس از واریز به خزانه و مبادله موافقت‌نامه به‌صورت درآمد- هزینه در اختیار دستگاه‌های اجرائی مربوطه قرار می‌گیرد. در ماده ۶۹ این قانون به دولت اجازه داده شده است تا به‌منظور ارتقای سلامت جامعه و کاهش مصرف دخانیات نسبت به وضع و اخذ عوارض از خرده‌فروشی سیگار اقدام کند. درآمد حاصله می‌بایست به حساب درآمد عمومی نزد خزانه‌داری کل کشور واریز و طی ردیفی که در بودجه‌های سنواتی مشخص می‌شود به پیشنهاد سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور و تصویب دولت به منظور کاهش مصرف دخانیات و آموزش، پیشگیری و درمان بیماری‌های ناشی از آن، بازتوانی و درمان عوارض حاصله از مصرف آن و توسعه ورزش به‌خصوص ورزش همگانی در مدارس در اختیار دستگاه‌های ذی‌ربط قرار گیرد.

مطابق ماده ۲ آیین‌نامه ممنوعیت استعمال و عرضه سیگار و سایر مواد دخانی در اماکن عمومی، وزارتخانه‌های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، فرهنگ و ارشاد اسلامی و سازمان صدا و سیما و سایر دستگاه‌های فرهنگی و شهرداری‌ها موظف شده بودند از هر گونه اقدامی که موجب تبلیغ، تشویق یا تحریک افراد به استعمال یا مصرف بیشتر دخانیات شود، جلوگیری نموده و نسبت به تهیه برنامه‌های منظم و منسجم فرهنگی و تبلیغی مناسب در زمینه تبیین مضرات و تقبیح مصرف مواد دخانی برای همگان به‌ویژه جوانان اقدام نمایند. طبق تبصره ۲ ماده ۲ این آیین‌نامه، تبلیغ و هر گونه اقدامی که به ترتیب مقرر در آیین‌نامه اجرایی این قانون منجر به تشویق عموم به مصرف دخانیات شود، ممنوع شده بود. قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات (مواد ۳، ۱۰ و ۱۵) و آیین‌نامه آن (مواد ۲ تا ۶ و ماده ۱۰) هر نوع تبلیغ، حمایت، تشویق مستقیم و غیرمستقیم و یا تحریک افراد به استعمال دخانیات را اکیداً ممنوع کرده است. همچنین براساس تبصره ماده ۳۷ قانون برنامه پنج‌ساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران «تبلیغ خدمات و کالاهای تهدیدکننده سلامت که مصادیق آن سالانه توسط کارگروه موضوع بند (الف) این ماده تعیین و اعلام می‌شود از سوی کلیه رسانه‌ها ممنوع است».

۷- اقدامات کاهش تقاضا در مورد وابستگی و ترک مصرف دخانیات

ماده ۱۴ کنوانسیون چارچوب سازمان بهداشت جهانی در مورد کنترل دخانیات در خصوص اقدامات کاهش تقاضا در مورد وابستگی و ترک دخانیات تصریح می‌کند. همچنین در این راستا ماده ۹ قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات مصوب سال ۱۳۸۵ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را موظف می‌کند فعالیت‌های پیشگیرانه، درمان و توان‌بخشی افراد مبتلا به مصرف فرآورده‌های دخانی و خدمات مشاوره‌ای ترک دخانیات را در خدمات اولیه بهداشتی ادغام و زمینه‌های گسترش و حمایت از مراکز مشاوره‌ای و درمانی غیردولتی ترک مصرف مواد دخانی را فراهم نماید. سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در جمهوری اسلامی ایران (۱۳۹۴-۱۴۰۴) هدف «افزایش نرخ ترک دخانیات» را تصریح می‌کند.

فرآورده‌های دخانی بخواهد اطلاعات مربوط به مواد تشکیل‌دهنده و دود حاصل از فرآورده‌های دخانی را در اختیار مقامات دولتی بگذارند.

ماده ۱۸ قانون جامع شرکت دخانیات ایران را موظف به رعایت استانداردهای ملی در تولید و عرضه محصولات دخانی می‌نماید و تولید و واردات محصولات دخانی مغایر با معیارهای تعیین شده در قوانین مربوط و آیین‌نامه و دستورالعمل‌های مرتبط را ممنوع می‌کند. ماده ۲۲ آیین‌نامه اجرایی قانون جامع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را موظف می‌کند تسهیلات و امکانات آزمایشگاهی لازم را برای تعیین مواد و ترکیبات منتشره مواد دخانی فراهم نماید.

۴- بسته‌بندی و برچسب‌گذاری فرآورده‌های دخانی

طبق ماده ۱۱ کنوانسیون کنترل دخانیات مصوب سال ۱۳۸۴، هر یک از کشورهای عضو باید بسته‌بندی و برچسب‌گذاری فرآورده‌های دخانی را به گونه‌ای اجرا کنند که ضمن انتقال پیام و هشدار در مورد مضرات استعمال دخانیات، از درج عباراتی که منجر به گمراهی مصرف‌کنندگان این مواد بشود، نظیر «ملایم»، «سبک»، «کم جرم» یا «فوق‌العاده ملایم» جلوگیری شود.

۵- آموزش، اطلاع‌رسانی و آگاه‌سازی عمومی

ماده ۱۲ کنوانسیون کنترل دخانیات سازمان جهانی بهداشت به نقش مهم اطلاع‌رسانی و آموزش در کنترل دخانیات تأکید می‌کند. در ایران نیز نقش اطلاع‌رسانی و آموزش در کنترل دخانیات در سیاست‌های ملی مورد تأکید قرار گرفته است. ماده (۲) قانون جامع، ماده ۱۶۰ برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران و ماده ۲۱ آیین‌نامه اجرایی قانون جامع، اساس قانونی و ابزارهای اجرایی محکمی را برای اجرای برنامه‌های آموزشی و تبلیغاتی برای پیشگیری و کاهش مصرف دخانیات فراهم می‌کنند.

۶- تبلیغ، ترویج و پشتیبانی مالی دخانیات

ماده ۱۳ کنوانسیون چارچوب کنترل دخانیات، هر عضو را ملزم به اجرا و اعمال ممنوعیت همه‌جانبه تبلیغ، ترویج و پشتیبانی مالی از دخانیات ظرف مدت پنج سال پس از لازم‌الاجرا شدن این کنوانسیون برای آن می‌کند.

۸- تجارت غیرقانونی فرآورده‌های دخانی

ایران گام‌های مهمی برای مبارزه با تجارت غیرقانونی محصولات دخانی انجام داده است. سال‌های متعددی جمهوری اسلامی ایران با قاچاق سیگار و سایر محصولات دخانی مواجه شده است. یک ستاد مرکزی مبارزه با قاچاق کالا و ارز در کشور وجود دارد. در ماده ۴ قانون جامع کنترل دخانیات سیاست‌گذاری، نظارت و مجوز واردات انواع مواد دخانی صرفاً بر عهده دولت گذاشته شده است. در حالی که ماده ۶ این قانون درج عبارت «مخصوص فروش در ایران» بر روی کلیه بسته‌بندی‌های فرآورده‌های دخانی وارداتی را الزامی می‌کند. ماده ۱۱ قانون نیز جریمه‌هایی را برای نقض مفاد این قانون اعمال تعیین کرده است. به منظور کنترل قاچاق، ماده ۱۴ قانون جامع، عرضه، فروش، حمل و نگهداری فرآورده‌های دخانی قاچاق توسط اشخاص حقیقی یا حقوقی را ممنوع و مشمول مقررات راجع به قاچاق کالا کرده است. بند مختلفی در آیین‌نامه اجرایی قانون جامع، مشخصات قانونی بیشتری را برای کنترل و جلوگیری از تجارت غیرقانونی و روش‌های برخورد با محصولات ضبط شده تعیین کرده است (مواد ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۶ و ۱۷). دیگر سیاست‌هایی که مربوط به این حوزه می‌باشد قانون برنامه پنجم توسعه کل کشور مصوب ۱۳۸۹ است. طبق تبصره ۳ ماده ۱۰۲ قانون برنامه پنجم توسعه می‌بایست کل واردات رسمی دخانیات به تولید داخلی تبدیل می‌شد. همچنین ایران در سال ۱۳۹۴ قانون الحاق ایران به پروتکل ریشه‌کنی تجارت غیرقانونی محصولات دخانی را در مجلس شورای اسلامی تصویب کرد و به این پروتکل پیوست.

۹- فروش به افراد صغیر و توسط آن‌ها (دسترسی به فرآورده‌های دخانی)

ماده ۱۶ کنوانسیون WHO فروش به افراد صغیر و توسط آن‌ها؛ هر عضو در سطح دولتی مناسب، اقدامات اداری و اجرایی و قانونی و سایر اقدامات مؤثری را تصویب و اجرا کند تا از فروش فرآورده‌های دخانی به افراد زیر سن تعیین شده توسط قانون داخلی یا قانون ملی یا هجده سال جلوگیری گردد.

۱۰- حمایت مالی از فعالیت‌های جایگزین عملی از نظر اقتصادی

ماده ۱۷ کنوانسیون WHO در قسمت تأمین حمایت مالی فعالیت‌های جایگزین کارآمد از نظر اقتصادی را الزام می‌کند ماده ۱۸ آیین‌نامه اجرایی قانون جامع شرکت دخانیات ایران را موظف می‌کند با اعمال برنامه‌ریزی و با هماهنگی ستاد، سطح زیر کشت توتون و تنباکو را براساس نیاز کارخانجات داخلی تعیین نماید و از افزایش سطح زیر کشت بیشتر از نیاز کارخانجات داخلی با هماهنگی نیروی انتظامی جلوگیری به عمل آورد. همچنین طبق تبصره این ماده، پرداخت یارانه در زمینه کاشت، داشت و برداشت توتون و تنباکو به هر شکل مجاز نمی‌باشد.

۱۱- تحقیقات، نظام پایش و ارزشیابی و تبادل اطلاعات

توسعه یک سیستم مراقبت و ارزشیابی، یکی از تعهدات کشورهای عضو کنوانسیون چهارچوب سازمان بهداشت جهانی در مورد کنترل دخانیات است. پیاده‌سازی سیستم نظارت و ارزشیابی ملی دخانیات یکی از این فعالیت‌ها با هدف کاهش شیوع مصرف دخانیات در سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر و عوامل خطر مرتبط در ایران در بازه زمانی ۱۳۹۴-۱۴۰۴ آمده است که می‌بایست توسط وزارت بهداشت و مرکز ملی آمار ایران انجام شود.

جدول ۱. تحلیل محتوای سیاست‌های کنترل دخانیات در ایران

سیاست	تاثیر سیاست
قیمت‌گذاری و اخذ مالیات	- براساس مواد ۱۶ و ۳۸ قانون مالیات بر ارزش افزوده مصوب سال ۱۳۸۷ مجلس شورای اسلامی، نرخ مالیات بر ارزش افزوده و نرخ عوارض شهرداری‌ها و دهیارها برای انواع سیگار و محصولات دخانی در مجموع ۱۵ درصد (۱۲ درصد مالیات بر ارزش افزوده و ۳ درصد عوارض شهرداری) تعیین شده است که از همان سال ۱۳۸۷ در قانون وجود داشته و تاکنون تغییری نداشته است.
- مدیریت مالیات بر دخانیات با توجه به مفاد قانون بودجه در کشور صورت می‌گیرد. مجلس شورای اسلامی هر سال قبل از آغاز سال مالی بعدی از طریق کمیسیون تلفیق به بررسی لایحه بودجه سالانه می‌پردازد.	
- وزارت امور اقتصادی و دارایی مکلف شد مبالغ مزبور را از واردکنندگان و تولیدکنندگان حسب مورد اخذ و به حساب درآمد عمومی موضوع ردیف ۱۶۰۱۵۵ واریز نماید.	

سیاست	تاثیر سیاست
جلوگیری از قرار	- مطالعه انجام شده در کشور نشان می‌دهد که ۳۵/۴ درصد از افراد ۱۳ تا ۱۵ ساله در خانه‌هایی زندگی می‌کنند که دیگران در گرفتن افراد در حضور آن‌ها سیگار می‌کشند؛ ۴۴/۸ درصد در مکان‌هایی هستند که در خارج از منزل آن‌ها افراد سیگاری هستند.
معرض دود	- در افراد ۱۵-۶۴ ساله در خانه: مردان ۲۱/۱۴ درصد، زنان: ۲۷/۴۸ درصد و در مجموع: ۲۴/۲۷ درصد؛ در محل کار: مردان: حاصل از دخانیات ۲۷/۱۹ درصد و زنان: ۱۳/۴۲ درصد و در مجموع: ۲۰/۳۹ درصد در معرض دود سیگار قرار دارند.
تنظیم محتویات	- سازمان ملی استاندارد ایران ۵۷ استاندارد برای محصولات دخانی براساس استانداردهای مربوطه ایزو و آزمون‌های موردنیاز فرآورده‌های دخانی برای قطران، نیکوتین، مونوکسیدکربن، آلکالوئیدها و نیترات تدوین نموده است.
مقررات مربوط به	- بسته‌بندی سیگار در ایران مطابق با الزامات هشدارهای بهداشتی روی بسته‌بندی‌های فرآورده‌های دخانی است. هشدارهای افشای اطلاعات تصویری حدود ۵۰ درصد سطح بیرونی بسته‌های سیگار را شامل می‌شود.
درباره مواد دخانی	درباره مواد دخانی
بسته‌بندی و	- بسته‌بندی سیگار در ایران مطابق با الزامات هشدارهای بهداشتی روی بسته‌بندی‌های فرآورده‌های دخانی می‌باشد.
برچسب	- کارگروه تخصصی تعیین ضوابط بسته‌بندی و هشدارهای بهداشتی محصولات دخانی در ستاد کشوری کنترل دخانیات تشکیل فرآورده‌های دخانی شده است.
در سال ۱۳۸۷ دستورالعمل اجرایی الصاق هشدارهای بهداشتی بر روی بسته‌های سیگار و مواد دخانی به تصویب ستاد کشوری کنترل دخانیات رسید. در حال حاضر نیز ستاد کشوری کنترل دخانیات درصدد تدوین آیین‌نامه بسته‌بندی ساده محصولات دخانی در کشور و در نتیجه حرکت ایران به سوی بسته‌بندی ساده دخانیات می‌باشد.	
آموزش،	- فعالیت‌های آموزشی و اطلاع‌رسانی متعددی در زمینه کنترل دخانیات در ایران انجام گرفته است و آن‌ها به افزایش آگاهی از خطرات سلامتی استعمال دخانیات و مواجهه با دود دست دوم کمک کرده‌اند. این فعالیت‌ها شامل برگزاری نشست‌ها و همایش‌ها، کنفرانس‌های مطبوعاتی، تولید و انتشار مواد آموزشی و اطلاع‌رسانی می‌شود.
اطلاع‌رسانی و آگاه کردن مردم	- وزارتخانه‌های مختلف، دانشگاه‌های علوم پزشکی، سازمان‌های دولتی و سازمان‌های غیر دولتی (سمن‌ها) فعالیت‌های گسترده آموزشی، اطلاع‌رسانی و آگاهی عمومی انجام داده‌اند. مقدار قابل توجهی مواد آموزشی و مطالب حمایت‌طلبی مربوط به مصرف دخانیات تدوین شده است.
از طیف گسترده‌ای از رسانه‌ها از جمله رادیو، تلویزیون، وب‌سایت‌ها نیز برای آموزش به مردم در مورد کنترل دخانیات استفاده شده است.	
شورای سیاست‌گذاری سلامت صداوسیما جمهوری اسلامی ایران به‌عنوان عضو ناظر ستاد کشوری کنترل دخانیات نقش مهمی در ترویج اجرای ماده ۱۲ کنوانسیون ایفا می‌کند.	
دفتر آموزش و ارتقاء سلامت وزارت بهداشت نیز وب‌سایت خود را با طیف گسترده‌ای از فعالیت‌ها و خدمات تخصصی الکترونیکی مربوط به کنترل دخانیات، مانند دوره‌های یادگیری الکترونیکی، مواد آموزشی، بازی‌های سلامت آنلاین، مسابقات عکس، دانلود فیلم، کتاب، بازی فکری و پوستر تجهیز کرده است.	
هر ساله و در جشن روز جهانی بدون دخانیات، جمهوری اسلامی ایران هفته بدون دخانیات با هدف تشدید افزایش آگاهی عمومی از کنترل دخانیات سازمان‌دهی و برگزار می‌کند.	
وزارت آموزش و پرورش فعالیت‌های مشابهی را برای معلمان و دانش آموزان اجرا کرده است. کنترل دخانیات در مدارس به عنوان بخشی از برنامه درسی آموزش داده می‌شود.	
مرکز «فرآموز نفس پاک» توسط جمعیت مبارزه با استعمال دخانیات ایران با همکاری اداره کل سلامت شهرداری تهران، در تیر ماه ۱۳۸۸ راه‌اندازی شد.	
پویش ملی «قلیان‌ها را گلدان کنیم» در سال ۱۳۹۵ با حضور چهره‌های مطرح و مورد وثوق جوانان در عرصه‌های مختلف انجام شد.	
تبلیغ، ترویج و پشتیبانی مالی از دخانیات	- ستاد کشوری کنترل دخانیات به منظور اجرای این الزام در هماهنگی با وزارت صنعت، معدن و تجارت، صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران و نیروی انتظامی می‌باشد. صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران در این زمینه نقش اساسی ایفا می‌کند و شورای سیاست‌گذاری سلامت را به منظور نظارت بر اجرای ممنوعیت جامع تبلیغ دخانیات در کلیه رسانه‌های جمعی در کشور را ایجاد کرده است.
صداوسیما جمهوری اسلامی ایران به طور موفقیت‌آمیزی تبلیغات غیرمستقیم دخانیات از طریق رسانه‌های الکترونیکی مانند رادیو، فیلم‌های سینمایی و نمایش‌های تلویزیونی را ممنوع کرده است. این سازمان یک مکانیزم پایش روتینی را برای جلوگیری از نمایش صحنه‌های مصرف دخانیات در رسانه‌های تحت اختیار خود راه‌اندازی کرده است (گزارش کنوانسیون ۲۰۱۴).	
تهیه دستورالعمل اجرایی برای ویژگی‌های تبلیغات می‌باشد.	

سیاست	تاثیر سیاست
اقدامات کاهش - ادغام درمان و مشاوره ترک سیگار در نظام مراقبت‌های اولیه از جمله این اقداماتی است که وزارت بهداشت پیگیر اجرای آن تقاضا در مورد است.	وابستگی و ترک مصرف دخانیات
تجارت غیرقانونی - ایران در این خصوص اسناد متعددی برای مبارزه با قاچاق دخانیات تدوین نموده است اما این اقدامات کافی نبوده و این فرآورده‌های دخانی حوزه نیازمند تعهد و اراده سیاسی بیشتری است. ایران و عراق دو بازار هدف برای قاچاق دخانیات در منطقه مدیترانه شرقی هستند.	
فروش به افراد - یکی از حوزه‌های مهم کنترل دخانیات مغفول مانده در ایران فروش یا عرضه سیگار به افراد زیر ۱۸ سال است که به دلایل صغیر و توسط عدم همکاری بین بخشی، نبود ضمانت اجرایی و نبود دستورالعمل یا سازوکار مربوطه به علت ضعف در ظرفیت اجرایی کشور آن‌ها (دسترسی به اجرا نشده است).	فروش به افراد
حمایت مالی از - در زمینه حمایت مالی از فعالیت‌های جایگزین عملی از نظر اقتصادی پیشرفتی حاصل نشده است. هر چند پرداخت یارانه برای فعالیت‌های کشت، رشد و برداشت توتون و تنباکو ممنوع شده است اما در کشور برنامه‌ای برای جایگزینی محصولات توتون با سایر جایگزین عملی از محصولات کشاورزی وجود ندارد.	فروش به افراد
تحقیقات، نظام - توسعه یک سیستم مراقبت و ارزشیابی یکی از تعهدات کشورهای عضو کنوانسیون چهارچوب سازمان بهداشت جهانی در پایش و ارزشیابی مورد کنترل دخانیات است.	فروش به افراد
	و تبادل اطلاعات

بحث

می‌کند که افزایش مالیات و در نتیجه افزایش قیمت محصولات دخانی، قوی‌ترین ابزار سیاستی و هزینه-اثریخس‌ترین مداخله برای کاهش مصرف دخانیات است.^{۱۸، ۱۹} از آنجایی که کاهش قیمت برای افراد کم‌درآمد بالاتر است، این استراتژی‌ها مخصوصاً در جلوگیری از شروع دخانیات در جوانان یا متقاعد کردن آنها برای ترک سیگار بسیار مؤثر است.^{۲۰} شاید به همین دلیل است که در مطالعه‌ای که در خصوص دیدگاه مردم نسبت به مالیات بر دخانیات انجام شد افراد غیرسیگاری به‌طور معناداری نگرش مثبتی به افزایش مالیات نسبت به افراد سیگاری داشتند.^{۲۱}

یافته‌های مطالعه نشان داد که ایران در حوزه تنظیم محتویات فرآورده‌های دخانی عملکرد قابل قبولی داشته است. سازمان ملی استاندارد ایران، ۵۷ استاندارد برای محصولات دخانی براساس استانداردهای مربوطه ایزو و آزمون‌های مورد نیاز برای قطران، نیکوتین، مونوکسیدکربن، آلکالوئیدها و نیترات تدوین نموده است. با توجه به کمبود امکانات آزمایشگاهی برای آزمایش فرآورده‌های دخانی در سازمان ملی استاندارد ایران و وزارت بهداشت، تست محصولات دخانی در آزمایشگاه شرکت دخانیات ایران و یا به انتخاب صنعت دخانیات در آزمایشگاه‌های خارجی انجام می‌شود. ایران در این خصوص با برخی چالش‌ها از قبیل عدم دسترسی به تجهیزات آزمایشگاهی پیشرفته، عدم

محتوای سیاست‌های کنترل دخانیات در ایران مبتنی بر کنوانسیون کنترل دخانیات بوده و تقریباً کامل است. این سیاست‌ها عبارتند از: قیمت‌گذاری و اخذ مالیات، جلوگیری از قرار گرفتن افراد در معرض دود حاصل از دخانیات، تنظیم محتویات فرآورده‌های دخانی، مقررات مربوط به افشای اطلاعات درباره مواد دخانی، بسته‌بندی و برچسب‌زنی فرآورده‌های دخانی، آموزش، اطلاع‌رسانی و آگاه کردن مردم، تبلیغ، ترویج و پشتیبانی مالی از دخانیات، اقدامات کاهش تقاضا در مورد وابستگی و ترک مصرف دخانیات، تجارت غیرقانونی فرآورده‌های دخانی، فروش به افراد صغیر و توسط آن‌ها (دسترسی به فرآورده‌های دخانی) و حمایت مالی از فعالیت‌های جایگزین عملی از نظر اقتصادی.

ایران در بین شش راهکار پیشنهادی، ضعیف‌ترین عملکرد را در خصوص مالیات بر دخانیات داشته است. در گزارش سال ۲۰۱۷ سازمان بهداشت جهانی، ایران در بین ۲۲ کشور منطقه مدیترانه شرقی، کمترین میزان مالیات بر دخانیات (۲۰ درصد) را بعد از کشورهای افغانستان، سومالی، لیبی و امارات داشته و از این حیث در رتبه ۱۸ قرار گرفته است.^{۱۷} براساس تحقیقات گسترده‌ای که توسط بانک جهانی انجام شد، چهارچوب کنترل دخانیات تصریح

دستگاه‌ها به‌خصوص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران را نشان داد.^{۳۲} موثرترین راه‌ها برای کاهش مصرف دخانیات می‌تواند تبلیغات ضد سیگار رسانه‌ها و ممنوعیت فروش به افراد زیر سن قانونی باشد.^{۳۳} جنبش‌های اجتماعی می‌تواند در کنترل دخانیات استفاده گردد. تحریم‌های مذهبی و استفاده از قدرت رهبران می‌تواند در کنترل دخانیات موثر باشد.^{۳۴} کمپین رسانه‌های جمعی در صورت تداوم و استفاده از چندین کانال ارتباطی (تلویزیون، اینترنت، رادیو) تأثیر مثبتی را نشان می‌دهد.^{۳۵، ۳۶} یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که هر وضعیت اجرا در این حوزه نیز تا حدودی مطابق با مفاد کنوانسیون کنترل دخانیات می‌باشد اما سیگار و دخانیات هنوز هم در فیلم‌های ایرانی نمایش داده می‌شود و میزان تبعیت از قانون در این مورد خاص پایین است. مطالعات انجام شده در داخل کشور نیز تأیید کننده این یافته می‌باشد.^{۳۷، ۳۸}

مطالعه حاضر نشان می‌دهد که ایران، اقدامات خوبی در زمینه اقدامات کاهش تقاضا، کاهش وابستگی به سیگار و ترک مصرف دخانیات انجام داده است. در این خصوص ادغام درمان و مشاوره ترک سیگار در نظام مراقبت‌های اولیه از جمله این اقداماتی است که وزارت بهداشت پیگیر اجرای آن است؛ هر چند چالش‌هایی وجود دارد. آگاهی پزشکان در خصوص دخانیات، همچنین آمادگی علمی و عملی آن‌ها جهت کمک به ترک مصرف دخانیات بیماران کافی نیست. داروهای ترک اعتیاد به مواد دخانی تحت پوشش بیمه‌ها نیستند و ادغام برنامه ترک دخانیات در شبکه بهداشت و درمان کشور کامل صورت نگرفته است. ضعف پشتیبانی مالی از دانشگاه‌های علوم پزشکی در نگهداری از مراکز ترک دخانیات و تأمین دارو و عدم مشارکت بخش خصوصی در ارائه خدمات مشاوره ترک دخانیات از دیگر چالش‌های این حوزه بود. نتایج مطالعه کشورهای عضو منطقه مدیترانه شرقی نشان داده است که این کشورها نیز در دسترسی و توانایی پرداخت خدمات و داروهای ترک دخانیات با چالش‌هایی مواجه هستند.^{۳۹} مطالعه دیگری در کشور نشان داد که روش خدمات ترک دخانیات تلفنی روشی مناسب، قابل دسترس و قابل قبول است که می‌تواند به افراد سیگاری برای ترک دخانیات مشاوره دهد که قابلیت اجرا در کشورهای در حال توسعه را نیز دارد.^{۴۰} نتایج مطالعه دیگری نشان داد نقش پزشکان

استفاده از دستورالعمل‌های اجرایی کنوانسیون در تدوین استانداردهای مربوط به محتوای فرآورده‌های دخانی، تمرکز صرف استانداردهای ملی بر روی ترکیبات مضر و نبود آزمایشگاه تخصصی مربوطه در مراجع ذیصلاح روبرو است.^{۲۲-۲۴}

یافته‌های مطالعه نشان می‌دهد که بسته‌بندی سیگار در ایران مطابق با الزامات هشدارهای بهداشتی روی بسته‌بندی‌های فرآورده‌های دخانی است. هشدارهای تصویری حدود ۵۰ درصد سطح بیرونی بسته‌های سیگار را شامل می‌شود. نتایج مطالعه‌ای که به‌منظور بررسی تأثیر برجسب‌های هشداردهنده تصویری بر روی آگاهی، نگرش و الگوی مصرف سیگار در افراد سیگاری ساکن تهران انجام شد، نشان داد که این هشدارهای تصویری هیچ تأثیری در تغییر نگرش سیگاری‌ها در زمینه کاهش یا ترک سیگار نداشتند. همچنین پیش‌بینی سیگاری‌ها در مورد کاهش میزان مصرف سیگار پس از اجرای این قانون درست نبود و کاهش مصرف، تنها در ۷ درصد موارد اتفاق افتاد. با این حال، این نرخ قابل قبول و تقریباً مشابه با مطالعات خارجی بود. این مطالعه به استفاده از تصاویر قوی‌تر برای رسیدن به اهداف تعیین شده در کنترل دخانیات تأکید داشت.^{۲۵، ۲۶}

در حال حاضر در دنیا بسته‌بندی ساده دخانیات به عنوان یک راهبرد مؤثر کنترل دخانیات مورد توجه قرار گرفته است. بسته‌بندی ساده فرآورده‌های دخانی در دستور کار سازمان بهداشت جهانی نیز قرار گرفته است. این سازمان در سال ۲۰۱۶ از دولت‌ها خواست تا برای بسته‌بندی ساده فرآورده‌های دخانی آماده شوند.^{۲۷} بسته‌بندی ساده استاندارد سیگار، یکی از سیاست‌های بهداشت عمومی بالقوه برای کاهش مصرف دخانیات است. مقررات بسته‌بندی ساده، بسته‌بندی‌های سیگار را از تمام عناصر برند، از جمله رنگ‌ها و آرم‌ها عاری می‌کند و الزام می‌کند که تمام بسته‌بندی‌های سیگار به یک رنگ استاندارد (به عنوان مثال قهوه‌ای) باشد و تنها یک نام تجاری در قالب فونت و فرمت تعیین شده نمایش داده شود.^{۲۸-۳۱}

آموزش و اطلاع‌رسانی در زمینه دخانیات در کشور کافی نیست. در مطالعه‌ای که در کشور در خصوص مقایسه وضعیت موجود و مطلوب تبلیغات ضد دخانیات در سیما جمهوری اسلامی ایران انجام شد، نتایج این بررسی لزوم توجه ویژه برنامه‌سازان و تهیه‌کنندگان به تولید برنامه‌ها و تبلیغات مرتبط، همچنین تعامل بیشتر

چرا که جهت استعمال قلیان نیاز به بسیاری از لوازم جانبی وجود دارد که آن‌ها نیز می‌بایست برچسب‌گذاری شوند. این مسئله با توجه به ابعاد اجتماعی قوی مصرف قلیان بسیار مهم است؛ به طوری که در محیط یک قهوه‌خانه یا کافی‌شاپ، برای مشتریان قلیان آماده سرو می‌شود و آن‌ها هیچ ارتباط مستقیمی با بسته تنباکو ندارند. گسترش استعمال قلیان نیز تهدیدی جدی علیه اجرای مناسب ممنوعیت استعمال دخانیات در اماکن عمومی است. با توجه به حاشیه سود خالص بالای کسب شده از فروش قلیان در قهوه‌خانه‌ها و رستوران‌ها، ممنوعیت استعمال دخانیات در اماکن عمومی مسقف دائماً توسط آن‌ها به چالش کشیده می‌شود. در خصوص ممنوعیت تبلیغات نیز با توجه به ویژگی‌های قلیان، آن‌ها نیز ممکن است بی‌تأثیر باشند. چرا که بسیاری از این تبلیغات از طریق تبلیغ لوازم جانبی آن مانند زغال صورت گرفته و در این تبلیغات به طور غیرمستقیم تصویری از قلیان به عنوان محصولی سالم‌تر به نمایش می‌گذارند.^{۴۶-۴۹} بنابراین با توجه به عدم تناسب بین FCTC و سایر روش‌های مصرف دخانیات به غیر از سیگار نیاز است محتوای سیاست‌ها در خصوص این روش‌ها مانند قلیان تعدیل شده و حساسیت آن‌ها به چنین روش‌هایی افزایش یابد.

محدویت این مطالعه گستردگی سیاست‌های کنترل دخانیات و بازه زمانی طولانی مدت تحلیل این مطالعه می‌باشد. تجزیه و تحلیل یک سیاست خاص می‌تواند مناسب‌تر از یک حوزه سیاستی کلی مثل حوزه کلی کنترل دخانیات باشد. پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آتی هر حیطه مورد بررسی با جزئیات بررسی گردد.

نتیجه‌گیری

با وجود موفقیت‌هایی که ایران در کنترل دخانیات طی چهار دهه گذشته به آن‌ها دست یافته است، اما با توجه به وضعیت کنونی مربوط به افزایش شیوع مصرف دخانیات به ویژه قلیان در بین زنان و جوانان و همچنین کاهش سن شروع مصرف می‌بایست اجرای بخش‌های موثرتر سیاست‌های کنترل دخانیات در کشور مانند افزایش مالیات بر دخانیات، فروش به افراد صغیر (دسترس فیزیکی به مواد دخانی) و کنترل قاچاق دخانیات در اولویت قرار بگیرد. ایران نیز همچون بسیاری از کشورهای دیگر با نوعی تناقض در زمینه کنترل دخانیات مواجه است؛ بدین صورت

و کارکنان مراقبت‌های بهداشتی در زمینه مشاوره در مورد ترک دخانیات باید تقویت شود.^{۴۱} همچنین دانش و نگرش پزشکان در خصوص روش‌های ترک دخانیات پایین گزارش شده است. در یک مطالعه کمتر از یک سوم پزشکان شرکت‌کننده در این مطالعه در زمینه روش‌های ترک دخانیات آگاهی داشتند و تنها ۹ درصد پزشکان در طی دوران تحصیل یا پس از آن از طریق دوره‌های بازآموزی، روش‌های ترک دخانیات را آموزش دیده بودند.^{۴۲}

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که هر چند ایران در این خصوص اسناد متعددی برای مبارزه با قاچاق دخانیات تدوین نموده است اما این اقدامات کافی نبوده و این حوزه نیازمند تعهد و اراده سیاسی بیشتری است. ایران و عراق دو بازار هدف برای قاچاق دخانیات در منطقه مدیترانه شرقی هستند.^{۴۳} یک مطالعه پیمایشی در تهران در سال ۲۰۰۵ نشان داد که ۴۰ درصد سیگاری‌ها از سیگارهای غیرقانونی استفاده می‌کردند.^{۴۴} مطالعه دیگری در سال ۲۰۰۹ نشان داد که ۲۰/۹ درصد از افراد سیگاری و به ویژه جوان‌ترها در تهران از سیگارهای غیرقانونی مصرف می‌کردند.^{۴۵} شیوع سیگارهای غیرقانونی در تهران در سال ۲۰۱۵ نسبت به سال ۲۰۰۹ کاهش یافته است که این امر می‌تواند به علت کنترل و نظارت بر توزیع سیگار در مراکز خرده‌فروشی و ممنوعیت فروش خیابانی، افزایش مالیات و اجرای برنامه‌هایی رهگیری و ردیابی سیگارهای قاچاق باشد.^{۴۶}

یکی از حوزه‌های مهم مغفول مانده کنترل دخانیات در ایران، فروش یا عرضه سیگار به افراد زیر ۱۸ سال است که به دلایل عدم همکاری بین بخشی، نبود ضمانت اجرایی و نبود دستورالعمل یا سازوکار مربوطه به علت ضعف در ظرفیت اجرایی کشور اجرا نشده است. مطالعات انجام شده در کشور نشان می‌دهند که سن شروع مصرف دخانیات در کشور کاهش یافته است که این یافته گویای این واقعیت است که ممنوعیت فروش یا عرضه سیگار به افراد زیر ۱۸ سال در کشور اعمال نمی‌شود. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که در خصوص حمایت مالی از فعالیت‌های جایگزین عملی از نظر اقتصادی پیشرفتی حاصل نشده است. هر چند پرداخت یارانه برای کشت، رشد و برداشت توتون و تنباکو ممنوع شده است اما در کشور برنامه‌ای برای جایگزینی محصولات توتون با سایر محصولات کشاورزی وجود ندارد.^{۴۷}

مسئله مهم مرتبط آن است که الزام هشدارهای بهداشتی فقط بر روی بسته‌های تنباکوی قلیان کافی نیست

اجرای این طرح و نیز از تمامی کسانی که نویسندگان را در انجام این پژوهش یاری نمودند؛ تشکر و قدردانی می‌شود.

مشارکت پدیدآوران

علی موصلی (طراحی مطالعه، تحلیلی و تهیه دست‌نوشته، تحلیل نتایج)، رحیم خدایاری زرنق (طراحی مطالعه، اجرا، تحلیلی و تهیه دست‌نوشته)، جلال عربلو (طراحی مطالعه، اجرا، تحلیلی و تهیه دست‌نوشته، تحلیل نتایج)، شبنم قاسمیانی (طراحی مطالعه، اجرا، تحلیلی و تهیه دست‌نوشته، تحلیل نتایج)، زهرا مستانه (طراحی مطالعه، تحلیلی و تهیه دست‌نوشته، تحلیل نتایج)، گیسو عزیزاده (طراحی مطالعه، اجرا، تحلیلی و تهیه دست‌نوشته، تحلیل نتایج) مطالعه را بر عهده داشتند. همچنین همه نویسندگان، مقاله را تالیف نموده و نسخه نهایی آن را خوانده و تایید کرده‌اند.

منابع مالی

حمایت مالی از این طرح تحقیقاتی از طرف مرکز تحقیقات دخانیات و سلامت دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان صورت پذیرفته است.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه با کد اخلاق IR.HUMS.REC.1399.460 و حمایت مالی مرکز تحقیقات دخانیات و سلامت دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان تصویب و اجرا شده است.

تعارض منافع

مؤلفین اظهار می‌دارند که تعارض منافی از تالیف و یا انتشار این مقاله ندارند.

که در آن برخی از وزارتخانه‌ها و نهادهای دولتی در راستای ترویج دخانیات تلاش می‌کنند، در حالی که نهادها و سازمان‌های دیگری بر روی کنترل مصرف دخانیات کار می‌کنند. نکته حایز اهمیت آن است که دولت می‌بایست اولویت‌ها را در نظر بگیرد و برای جهت‌گیری واحد و یکپارچه جهت کنترل مصرف دخانیات تصمیمات سیاستی را اتخاذ نماید. ایجاد چنین "اراده سیاسی" ممکن است به طور جدی فضای بررسی بسیاری از موضوعات مهم اما مورد غفلت واقع شده، مانند حمایت مالی از فعالیت‌های جایگزین کشت و تولید دخانیات را باز کند. بنابراین تقویت ظرفیت کنترل دخانیات در دولت و تدوین یک استراتژی ملی کنترل دخانیات شفاف شامل مکانیسمی برای همکاری بین بخشی مؤثر بین بازیگران مختلف می‌تواند به کاستن از تضاد منافع بین بازیگران درگیر و مشخص کردن جهت‌گیری کلی کشور در زمینه کنترل دخانیات و پیشرفت آن در آینده کمک نماید.

پیامدهای عملی پژوهش

مطالعه حاضر پیچیدگی تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری در زمینه کنترل دخانیات را نشان می‌دهد. بنابراین توصیه می‌شود که تحقیقات تجربی دقیق‌تری در آینده انجام گرفته و از چارچوب‌های نظری متعددی برای راهنمایی بهتر سیاست‌گذاران در خصوص تأثیرگذاری در فرآیند سیاست‌گذاری کنترل و پیشگیری از دخانیات استفاده گردد. نتایج حاصل از این مطالعه می‌تواند برای سایر کشورها به ویژه کشورهای در حال توسعه و با شرایط اقتصادی-اجتماعی و وضعیت اپیدمیولوژیک مشابه ایران سودمند باشد. تحلیل فرآیند سیاست‌گذاری کنترل دخانیات در ایران می‌تواند به دینفعان کمک نماید تا آن‌ها بتوانند به طور مؤثرتری در مراحل مختلف سیاست‌گذاری کنترل دخانیات به ایفای نقش بپردازند.

قدردانی‌ها

از مرکز تحقیقات دخانیات و سلامت دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان به دلیل حمایت‌های مالی در تصویب و

References

1. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2017: monitoring tobacco use and prevention policies. World Health Organization; 2017.
2. Eriksen M, Mackay J, Schluger N, Gomeshtapeh F, Drope J. The Tobacco Atlas, 5th edn, revised, expanded and updated. Atlanta, GA: American Cancer Society. 2015.

3. Been JV, Sheikh A. Tobacco control policies in relation to child health and perinatal health outcomes. *Arch Dis Child*. 2018; 103(9): 817-819. doi: 10.1136/archdischild-2017-313680
4. Sanni S, Hongoro C, Ndinda C, Wisdom JP. Assessment of the multi-sectoral approach to tobacco control policies in South Africa and Togo. *BMC Public Health*. 2018; 18(1): 1-12. doi: 10.1186/s12889-018-5829-3
5. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2021: addressing new and emerging products. Geneva: World Health Organization; 2021.
6. Abrams DB, Glasser AM, Pearson JL, Villanti AC, Collins LK, Niaura RS. Harm minimization and tobacco control: reframing societal views of nicotine use to rapidly save lives. *Annu Rev Public Health*. 2018; 39: 193-213. doi: 10.1146/annurev-publhealth-040617-013849
7. Alimohammadi M, Jafari-Mansoorian H, Hashemi SY, Momenabadi V, Ghasemi SM, Karimyan K. Review on the implementation of the Islamic Republic of Iran about tobacco control, based on MPOWER, in the framework convention on tobacco control by the World Health Organization. *Addict Health*. 2017; 9(3): 183-189.
8. Goodchild M, Nargis N, d'Espaignet ET. Global economic cost of smoking-attributable diseases. *Tob Control*. 2018; 27(1): 58-64. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2016-053305
9. Varmaghani M, Ghobadi M, Sharifi F, Roshanfekr P, Sheidaei A, Mansouri M, et al. The economic burden of smoking-attribution and years of life lost due to chronic diseases in Mashhad, 2015-2016. *Int J Prev Med*. 2021; 12: 23. doi: 10.4103/ijpvm.IJPVM_29_19
10. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2011: Warning about the Dangers of Tobacco. Geneva; 2011.
11. Taremian F, Bolhari J, Pairavi H, Ghazi Tabatabaeii M. The prevalence of drug abuse among university students in Tehran. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology*. 2008; 13(4): 335-342. (Persian)
12. Amul GGH, Pang T. The state of tobacco control in ASEAN: framing the implementation of the FCTC from a health systems perspective. *Asia Pac Policy Stud*. 2018; 5(1): 47-64. doi: 10.1002/app5.218
13. Sharifi H, Ramezankhani A, Fallah-Tafti S, Sharif-Kashani B, Padyab M, Heydari GR. Public Awareness about Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) in Tehran. *Tanaffos*. 2009; 8(4): 26-32.
14. Sharifi H, Hessami Z, Masjedi MR. Health experts' opinions about tobacco control activities in Iran: results from a Delphi panel of national experts. *Tanaffos*. 2012; 11(4): 50-55.
15. Bump JB, Reich MR. Political economy analysis for tobacco control in low-and middle-income countries. *Health Policy Plan*. 2013; 28(2): 123-133. doi: 10.1093/heapol/czs049
16. Buse K, Mays N, Walt G. Making health policy. McGraw-Hill Education (UK), 2012.
17. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic 2017: Monitoring tobacco use and prevention policies: World Health Organization; 2017.
18. WorldBank. Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control. *Tob Control*. 1999; 8(2): 196-201. doi: 10.1136/tc.8.2.196
19. Guidelines for implementation of the WHO FCTC [Internet]. 2011.
20. Jha P, Chaloupka FJ. Tobacco control in developing countries. Oxford University Press; 2000.
21. Aryanpur M, Sharifi H, Hessami Z, Heydari GR, Aryan MR, Vaseghnia A, et al. Evaluation of Iranian general population attitudes towards tobacco taxes. *European Respiratory Journal*. 2015; 46(suppl 59): PA4124. doi: 10.1183/13993003.congress-2015.PA4124
22. Baheiraei A, Ghassab Shirazi M, Rahimi Foroushani A, Mirmohammad Ali M, Nejat S. Prevalence of cigarette smoking and car smoking ban in families with infants. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2011; 21(85):100-106. (Persian)
23. Lotrean LM. Effects of comprehensive smoke-free legislation in Europe. *Salud Publica Mex*. 2008; 50: s292-s8. doi: 10.1590/s0036-36342008000900005
24. Sebríe EM, Schoj V, Glantz SA. Smoke free environments in Latin America: on the road to real change? *Prev Control*. 2008; 3(1): 21-35. doi: 10.1016/j.precon.2007.09.001
25. Heydari GR, Ramezankhani A, Talischi F. The impacts of cigarette packaging pictorial warning labels on smokers in the city of Tehran. *Tanaffos*. 2011; 10(1): 40-47.
26. Abdolahinia A, Maadani M, Radmand G. Pictorial warning labels and quit intention in smokers presenting to a smoking cessation clinic. *Tanaffos*. 2010; 9(4): 48-52.

27. World Health Organization. World No Tobacco Day 2016: Get ready for plain packaging; 2016.
28. Chapman S, Freeman B. Removing the emperor's clothes: Australia and tobacco plain packaging: Sydney University Press; 2013.
29. Cunningham R, Kyle K. The case for plain packaging. *Tob Control*. 1995; 4(1): 80-86.
30. Hammond D. " Plain packaging" regulations for tobacco products: the impact of standardizing the color and design of cigarette packs. *Salud Publica Mex*. 2010; 52: S226-S32. doi:10.1590/s0036-36342010000800018
31. World Health Organization. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2003.
32. Minavand M, Gheraghpour, H. Comparison of current and desired situation of anti-tobacco advertisements in IRIB channels in points of view of communication experts and Health Council of IRIB in 1390. *Quarterly Scientific Journal of Audio-Visual Media*. 2013; 9(21): 73-90. (Persian)
33. Naghdi AK. Meta-Analysis of Tobacco Control Policies for Reducing Tobacco Consumption. 2020. doi: 10.15760/honors.855
34. Morshedizad A, Keshavarz Shokri A, Ahmadpour Torkamani B. Political Mobilization & Action in the Tobacco Movement of Iran (1891-92 AD). *Political Knowledge*. 2011; 6(2): 177-206. (Persian)
35. Bafunno D, Catino A, Lamorgese V, Del Bene G, Longo V, Montrone M, et al. Impact of tobacco control interventions on smoking initiation, cessation, and prevalence: A systematic review. *J Thorac Dis*. 2020; 12(7): 3844-3856. doi: 10.21037/jtd.2020.02.23
36. Puri P, Mallik V, Svenson D, Hamill S, Negi NS, Mullin S, et al. #One TobaccoTax: social media campaign for unified tobacco taxes under Goods and Services Tax in India. *Tob Induc Dis*. 2018; 16(Suppl 1): A135. doi:10.18332/tid/84403
37. Heydari G, Ebn Ahmadi A, Lando H, Chamyani F, Masjedi M, Shadmehr M, et al. Time trend of smoking scenes in Iranian movies during the past three decades (1982-2011): a historical analysis. *Tob Control*. 2016; 25(5): 591-593. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2014-051958
38. Heydari G, Ebn Ahmady A, Lando HA, Chamyani F, Masjedi MR, Shadmehr MB, et al. Smoking Display-Time Trends in Iranian Movies. *Health Soc Work*. 2015; 40(4): e156-e161. doi:10.1093/hsw/hlv066
39. Heydari G, Talischi F, Mojgani N, Masjedi M, Alghoumani H, Lando H, et al. Status and costs of smoking cessation in countries of the Eastern Mediterranean Region. *East Mediterr Health J*. 2012; 18(11):1102. doi: 10.26719/2012.18.11.1102
40. Heydari G, Jianfar G, Alvanpour A, Hesami Z, Talischi F, Masjedi MR. Efficacy of telephone quit-line for smokers in Iran: 12 months follow up results. *Tanaffos*. 2011; 10(3): 42-48.
41. Toghianifar N, Sarrafzadegan N, Roohafza H, Sadeghi M, Eshrati B, Sadri G. Smoking cessation support in Iran: availability, sources & predictors. *Indian J Med Res*. 2011; 133: 627-632.
42. Ramezani Tehrani F, Malekafzali H, Djalalinia S, Rostami Dovom M, Peikari N. Training of general practitioners about smoking cessation counseling. *Hakim Research Journal*. 2007; 10(2): 15-20. (Persian)
43. Heydari G, Joossens L, Chamyani F, Masjedi MR, Shadmehr MB, Fadaizadeh L. Second pack survey on the prevalence of the use of smuggled cigarettes in Tehran, 2015. *Tob Control*. 2016; 25(6): 639-640 doi: 10.1136/tobaccocontrol-2015-052588
44. Heydari G, Sharifi H, Masjedi MR, Ramezankhani A, Joossens L. What kind of cigarettes do smokers use in Tehran. *Tanaffos*. 2009; 8(2): 54-58.
45. Heydari G, Fallah Tafti S, Telischi F, Joossens L, Hosseini M, Masjedi MR, et al. Prevalence of smuggled and foreign cigarette use in Tehran, 2009. *Tob Control*. 2010; 19(5): 380-382. doi:10.1136/tc.2009.033191
46. Sarrafzadegan N, Rabiei K, Mohaseli KF, Manzouri L, Roohafza H, Kelishadi R, et al. Do Iranian tobacco growers support the World Health Organization framework convention on tobacco control? *J Educ Health Promot*. 2014; 3: 32. doi: 10.4103/2277-9531.131904
47. Nakkash R, Khalil J. Health warning labelling practices on narghile (shisha, hookah) waterpipe tobacco products and related accessories. *Tob Control*. 2010; 19(3): 235-239. doi: 10.1136/tc.2009.031773
48. Khalil J, Heath RL, Nakkash RT, Afifi RA. The tobacco health nexus? Health messages in narghile advertisements. *Tob Control*. 2009; 18(5): 420-421. doi: 10.1136/tc.2009.030148
49. Maziak W, Nakkash R, Bahelah R, Hussein A, Fanous N, Eissenberg T. Tobacco in the Arab world: old and new epidemics amidst policy paralysis. *Health Policy Plan*. 2014; 29(6): 784-794. doi: 10.1093/heapol/czt055