



تقرير منظمة الصحة العالمية عن وباء التبغ العالمي، 2009

تحرير الأماكن من دخان التبغ





التعرض لدخان التبغ  
غير المباشر يقتل  
600 000 نسمة في كل عام.



لا يوجد شيء اسمه  
مستوى مأمون من  
التعرض لدخان  
التبغ غير المباشر.

**mpower**



**Monitor** الرصد - وضع سياسات لرصد وتوقي  
تعاطي التبغ حماية الناس من دخان التبغ

**Protect** الحماية - حماية الناس من دخان التبغ

**Offer** المساعدة - تقديم المساعدة للاقلاع  
عن تعاطي التبغ

**Warn** التحذير - تحذير الناس من أخطار  
التبغ

**Enforce** الإنفاذ - إنفاذ حظر الإعلان عن التبغ  
والترويج له ورعايته

**Raise** الضرائب - زيادة الضرائب المفروضة  
على التبغ

# حوالي ثلث البالغين في العالم يتعرضون بانتظام لدخان التبغ غير المباشر.

تقرير منظمة الصحة العالمية عن وباء التبغ  
العالمي، 2009: تحرير الأماكن من دخان  
التبغ هو الحلقة الثانية من سلسلة تقارير  
منظمة الصحة العالمية التي تتابع حالة وباء  
التبغ ووقع التدخلات التي تنفذ لدحره.

WHO report on the global tobacco epidemic, 2009:  
implementing smoke-free environments.

1.Smoking - prevention and control. 2.Tobacco smoke  
pollution - prevention and control. 3.Tobacco smoke  
pollution - legislation and jurisprudence. 4.Health policy.  
I.World Health Organization.

ISBN 978 92 4 656391 3 (NLM classification: WM 290)

## منظمة الصحة العالمية 2010

جميع الحقوق محفوظة. يمكن الحصول على مطبوعات منظمة الصحة العالمية من  
إدارة التسويق والتوزيع، منظمة الصحة العالمية  
Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland 20  
(هاتف رقم: +41 22 791 3264؛ فاكس رقم: +41 22 791 4857؛ عنوان  
البريد الإلكتروني: bookorders@who.int). وينبغي توجيه طلبات الحصول على  
الإذن باستنساخ أو ترجمة منشورات منظمة الصحة العالمية - سواء كان ذلك لبيعها أو  
لتوزيعها توزيعاً غير تجاري - إلى إدارة التسويق والتوزيع على العنوان المذكور أعلاه  
(فاكس رقم: +41 22 791 4806؛ عنوان البريد الإلكتروني: permissions@  
who.int).

التسميات المستخدمة في هذا المطبوع، وطريقة عرض المواد الواردة فيه، لا تعبر  
إطلاقاً عن رأي الأمانة العامة لمنظمة الصحة العالمية بشأن الوضع القانوني لأي  
بلد، أو إقليم، أو مدينة، أو منطقة، أو لسلطات أي منها، أو بشأن تحديد حدودها أو  
تخومها. وتشكل الخطوط المنقوطة على الخرائط خطوطاً حدودية تقريبية قد لا يوجد  
بعد اتفاق كامل عليها.

وذكر شركات بعينها أو منتجات جهات صانعة معينة لا يعني أن هذه الشركات  
والمنتجات معتمدة، أو موصى بها من قبل منظمة الصحة العالمية، تفضيلاً لها على  
سواها مما يماثلها ولم يرد ذكره. وفيما عدا الخطأ والسهو، تميز أسماء المنتجات  
المسجلة الملكية بوضع خط تحتها.

اتخذت منظمة الصحة العالمية كل الاحتياطات المعقولة للتحقق من صحة  
المعلومات الواردة في هذا المطبوع. ومع ذلك يتم توزيع المواد المنشورة دون أي  
ضمان من أي نوع صريحاً كان أو ضمناً. وتقع مسؤولية ترجمة المواد واستخدامها  
على عاتق القارئ. ولا تتحمل منظمة الصحة العالمية في أي حال المسؤولية عما يقع  
من أضرار نتيجة استخدامها.

طبع في فرنسا



تقرير منظمة الصحة العالمية  
عن وباء التبغ العالمي، 2009

---

تحرير الأماكن من دخان التبغ

أمكن إصدار هذا التقرير بفضل التمويل  
الذي قدمته جمعية بلومبرغ لمحبي الإنسانية.

# المحتويات

7 التقدم ما زال يحرز: فقد امتدت تدابير مكافحة التبغ إلى نحو 400 مليون نسمة أخرى في عام 2008  
رسالة من المدير العام المساعد لمنظمة الصحة العالمية

8 الملخص

12 إتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ  
14 المادة 8 - الحماية من التعرض لدخان التبغ  
14 المبادئ التوجيهية لتنفيذ المادة 8  
14 توصيات منظمة الصحة العالمية

18 حماية الناس من دخان التبغ

18 دخان التبغ غير المباشر ضار بالصحة  
20 التعرض لدخان التبغ غير المباشر وعلاقته بالوفاة في عمر مبكر  
22 التعرض لدخان التبغ غير المباشر يسبب مشاكل صحية وخيمة  
24 دخان التبغ غير المباشر يهدد الاقتصاد  
25 قوانين منع التدخين تحد من التعرض لدخان التبغ غير المباشر  
26 لا بد من إنفاذ القانون لضمان الحماية من دخان التبغ غير المباشر  
27 لا فائدة من التهوية وتخصيص غرف للتدخين  
28 أثر لوائح منع التدخين على الصحة  
29 لوائح منع التدخين تعود بفوائد أخرى  
30 قوانين منع التدخين تكتسب رواجاً شعبياً  
31 قوانين منع التدخين لا تؤذي المنشآت التجارية  
32 محاولات دوائر صناعة التبغ لتلافي قوانين الأماكن الخالية من التدخين بنسبة 100٪  
33 التوصيات الرئيسية



## المختصرات

مكتب أفريقيا - المكتب الإقليمي لأفريقيا،  
التابع لمنظمة الصحة العالمية

مكتب الأمريكتين - المكتب الإقليمي  
للأمريكتين، التابع لمنظمة الصحة العالمية

مراكز التوقي والمكافحة - مراكز توقي  
الأمراض ومكافحتها

مكتب شرق المتوسط - المكتب الإقليمي  
لشرق المتوسط، التابع لمنظمة الصحة العالمية

مكتب أوروبا - المكتب الإقليمي لأوروبا، التابع  
لمنظمة الصحة العالمية

مكتب جنوب شرق آسيا - المكتب الإقليمي  
لجنوب شرق آسيا، التابع لمنظمة الصحة العالمية

النهج التدريجي - نهج المراقبة التدريجي الذي  
وضعت منظمة الصحة العالمية

دولار - دولار الولايات المتحدة

المنظمة - منظمة الصحة العالمية

الإتفاقية الإطارية - إتفاقية منظمة الصحة  
العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ

مكتب غرب المحيط الهادئ - المكتب  
الإقليمي لغرب المحيط الهادئ، التابع لمنظمة  
الصحة العالمية

## 34 تنفيذ التدابير الفعالة يكتسب دفعة قوية

34 رصد تعاطي التبغ وسياسات الوقاية منه

38 الحماية من دخان التبغ

44 تقديم المساعدة للإقلاع عن تعاطي التبغ

48 التحذير من أخطار التبغ

52 إنفاذ حظر الإعلان عن التبغ والترويج له ورعايته

56 زيادة الضرائب المفروضة على التبغ

60 البرامج والقدرات الوطنية لمكافحة التبغ

## 64 الخلاصة

## 66 المراجع

72 المذكرة التقنية رقم 1: تقييم السياسات الراهنة ومدى امتثالها

76 المذكرة التقنية رقم 2: مدى انتشار التدخين في الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية

78 المذكرة التقنية رقم 3: ضرائب التبغ في الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية

81 التذييل رقم 1: الملخص الإقليمي لتنفيذ تدابير السياسات الست

95 التذييل رقم 2: تنظيم الأماكن الخالية من دخان التبغ

131 التذييل رقم 3: حالة تنفيذ إتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ

## 136 شكر وتقدير

E1 التذييل رقم 4: بيانات عن السياسات العالمية لمكافحة التبغ

E169 التذييل رقم 5: المرتسمات القطرية

E283 التذييل رقم 6: رسوم بيانية عن ضرائب وأسعار التبغ

E307 التذييل رقم 7: تقديرات مدى انتشار التدخين حسب الفئات العمرية، 2006

E339 التذييل رقم 8: بيانات مدى الانتشار الواردة من البلدان

E377 التذييل رقم 9: بيانات المسح العالمي الخاص بالشباب والتبغ

E419 التذييل رقم 10: خرائط عن بيانات السياسات العالمية لمكافحة التبغ

وضعت نصوص التذييل الرابع لغاية التذييل العاشر على قرص الكرتوني مدمج (CD) مرفق بهذا الكتاب، وهي متاحة في الموقع الإلكتروني: [www.who.int/tobacco/mpower/en](http://www.who.int/tobacco/mpower/en)



بالرغم من التقدم المحرز في تنفيذ سياسات مكافحة التبغ، لم يمنع التدخين في المقاهي والمطاعم سوى 9% من البلدان، وأفاد 65 بلداً بأنه لم ينفذ على صعيده الوطني أي سياسة من سياسات التحرر من دخان التبغ.

يجب أن تواصل حكومات العالم، بالشراكة مع المجتمع المدني، اتخاذ الإجراءات الحاسمة لمكافحة وباء التبغ لأنه أكبر سبب للوفيات التي يمكن تجنبها.

د. علاء علوان، المدير العام المساعد لمنظمة الصحة العالمية

## التقدم ما زال يحرز: فقد امتدت تدابير مكافحة التبغ إلى نحو 400 مليون نسمة أخرى في عام 2008

فقد سنت مؤخراً سبعة بلدان، معظمها متوسط الدخل، قوانين شاملة في عام 2008 لمنع التدخين في الأماكن العامة. وكثير من هذه البلدان لم تكن فيه قوانين لمنع التدخين أو كان فيه حد أدنى من الحماية من دخان التبغ في بعض أنواع الأماكن العامة أو أماكن العمل، وها هو يطبف الآن حماية تامة من هذا الدخان في جميع هذه الأماكن. غير أن البيانات المذكورة هنا تبين أيضاً مقدار العمل الذي ما زال مطلوباً. فبالرغم من هذا التقدم حظر 9% فقط من البلدان التدخين في المقاهي والمطاعم، ولم ينفذ 65 بلداً على صعيده الوطني أياً من سياسات تحرير الأماكن من دخان التبغ.

إن الإتفاقية الإطارية بشأن مكافحة التبغ وضعت حدوداً عالية وحوافز قوية للمضي قدماً في مكافحة التبغ في العالم. ويدل هذا التقرير على أن التقدم في تنفيذها جارٍ، ولكن بإمكاننا ومن واجبنا عمل المزيد. ويجب أن تواصل حكومات العالم، بالشراكة مع المجتمع المدني، اتخاذ الإجراءات الحاسمة لمكافحة وباء التبغ لأنه أكبر سبب للوفيات التي يمكن تجنبها. وما أن نجعل من مكافحة التبغ أولوية عليا سيظل باستطاعتنا أن نغتنم أوجه نجاحنا لتحرير العالم من دخان التبغ.

### د. علاء علوان

المدير العام المساعد  
منظمة الصحة العالمية

تعاطي التبغ يصيب الناس بالموت أو العجز وهم في أنضر عمرهم الإنتاجي، الأمر الذي يحرم أسرهم من أصحاب الدخل الرئيسيين، ويستهلك الميزانيات المنزلية، ويزيد تكاليف الرعاية الصحية، ويعرقل النمو الاقتصادي. وإن كانت برامج مكافحة التبغ لها تكاليفها هي أيضاً، فإنها تكاليف ستعوضها وتربو عليها قيمة زيادات الضرائب المفروضة على التبغ والتي تعد في حد ذاتها فعالة جداً في الحد من تعاطي التبغ. وقد أوضح التقدم المحرز مؤخراً إمكانية تحرير الأماكن من دخان التبغ وإذكاء اهتمام العالم بمنع التدخين.

ويتضمن هذا التقرير معلومات عن المكاسب الكثيرة التي تحققت في العام الماضي. فقد أصبح ما يقرب من 400 مليون نسمة أخرى مشمولاً بتدبير كامل من التدابير المنصوص عليها في السياسات الست، وذلك بفضل الإجراءات التي اتخذها 17 بلداً لمكافحة وباء التبغ. وكان أهم أوجه التقدم المحرز هو تحرير أماكن معينة من دخان التبغ، وهو محط تركيز هذا التقرير.



منذ بدأ نفاذ إتفاقية منظمة الصحة العالمية لمكافحة التبغ (اختصاراً: الإتفاقية الإطارية)، أحرزنا تقدماً ملحوظاً في مكافحة وباء التبغ العالمي، وعرضنا النتائج في هذا التقرير الذي أصدرته منظمة الصحة العالمية عن وباء التبغ في العالم، 2009 - وهو الثاني عن حالة هذا الوباء في البلدان - وذكرنا البلدان التي نفذت تدابير فعالة لمكافحة التبغ من أجل خفض الطلب على التبغ، والبلدان التي تحتاج إلى عمل المزيد لحماية شعوبها من أضرار تعاطي التبغ، والبلدان التي تعد مثلاً أعلى يُحتذى به في تنفيذ الإجراءات.

وما زال تعاطي التبغ يزهق أكثر من 5 ملايين روح في العالم في كل سنة، ولسوف يفتك بالمزيد. فهو يصل إلى أقصاه في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل، ويزداد بسرعة في هذه البلدان في العقود المقبلة. ولذلك يجب أن نوسع ونكثف جهودنا للحد منه.

ومكافحة التبغ تنفذ بتكاليف زهيدة نسبياً وتعود بمكاسب هائلة. ذلك لأن

# الملخص

السياسات الست، بعد تحديثها بجميع بيانات عام 2008 وبيانات إضافية تم جمعها عن نخبة من المجالات على النحو المذكور في المذكرة التقنية رقم 1. وأعيد أيضاً تصنيف فئات المنجزات السياسية لجعلها متسقة مع المبادئ التوجيهية الجديدة للإتفاقية الإطارية. ووضع تحليل بيانات العام الماضي بطريقة متوافقة مع هذه الفئات الجديدة وتسهيل المقارنة بين عام 2007 وعام 2008. وطبعنا تقرير هذا العام بطريقة مبسطة، تاركيين للقارئ الرجوع إلى الموقع الإلكتروني [www.who.int/tobacco/mpower](http://www.who.int/tobacco/mpower) للإطلاع على تفاصيل البيانات القطرية.

ويلقي هذا التقرير نظرة شاملة على البيانات التي توفرت لحماية الناس بموجب القانون من أضرار دخان التبغ غير المباشر، مع التركيز بصفة خاصة على حالة تنفيذ سياسات التحرر من دخان التبغ، ويعرض بيانات تفصيلية تم جمعها لأول مرة على الإطلاق على

كما يمثلون الإرادة السياسية العالمية لجعل مكافحة التبغ أشمل وأنجع. فهذه الإتفاقية ومبادئها التوجيهية تشكل الأساس الذي تستند إليه البلدان في تنفيذ وتوجيه مكافحة التبغ. وتحقيقاً لهذا الغاية أعدت المنظمة في العام الماضي برنامج السياسات الست، وهو باقة من التدابير تساعد المساعي القطرية لتنفيذ ما ورد في الإتفاقية الإطارية من تدابير فعالة من شأنها الحد من الطلب على التبغ. وبفضل أعمال مؤتمر الأطراف أصبحت هذه السياسات الست بمثابة المساعدة العملية للبلدان لتنفيذ المجالات التي شملتها الإتفاقية الإطارية. وتركز هذه السياسات الست على التدابير التي تحد من الطلب، حتى وإن كانت المنظمة تدرك أهمية تنفيذ تدابير الحد من العرض المذكورة في الإتفاقية الإطارية وتلتزم بها.

ويتضمن تقرير منظمة الصحة العالمية عن وباء التبغ في العالم، 2009 هذه المرة جميع البيانات عن تنفيذ

إن تعاطي التبغ هو أعظم سبب للوفيات التي يمكن تجنبها، فهو يزهدق أرواح أكثر من 5 ملايين نسمة في كل سنة في العالم أجمع. ومعظم هذه الوفيات يحدث في بلدان منخفضة الدخل وبلدان متوسطة الدخل. ولو وقفنا مكتوفي الأيدي لازدادت الهوة بين الوفيات في هذه البلدان والوفيات في البلدان المرتفعة الدخل ازدياداً مطرداً على مدى العقود المقبلة. ولو استمرت الاتجاهات الراهنة لقتل التبغ أكثر من 8 ملايين نسمة في كل سنة في العالم بحلول عام 2030، ولحدث 80% هذه الوفيات في سن مبكرة في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل. وما لم تتخذ إجراءات عاجلة قبل أن تحل نهاية القرن الحالي لأودي التبغ بحياة مليار نسمة أو أكثر.

وقد حققت الإتفاقية الإطارية نجاحاً في حد ذاتها، لأن عدد الأطراف فيها في تموز/يوليو كان أكثر من 160 طرفاً يمثلون 86% من سكان العالم،

**أصبحت 154 مليون**

**نسمة، معظمها في**

**بلدان منخفضة الدخل**

**وبلدان متوسطة الدخل،**

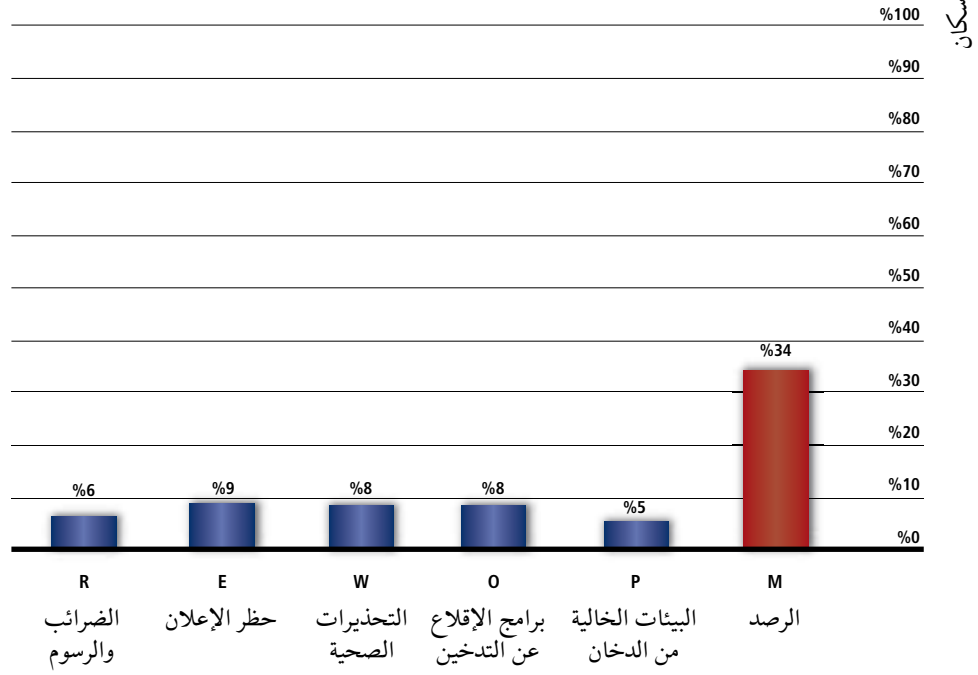
**مشمولة في عام 2008**

**بقوانين شاملة للتحرر**

**من دخان التبغ.**



## سكان العالم المشمولون بنخبة من سياسات مكافحة التبغ في عام 2008



انظر المذكرة التقنية رقم 1 لمعرفة أعلى فئات التصنيف الواردة في هذا الرسم البياني.



إذ لم يكذب يحدث أي تقدم بالمرّة في عام 2008. وكانت بنما هي الدولة الإضافية الوحيدة التي حظرت الإعلان عن منتجات التبغ، في حين ظل 91% من سكان العالم لا يتمتعون بأي حماية بموجب حظر شامل على الإعلان. وكان التقدم صوب زيادة قيمة الضرائب المفروضة على التبغ مفرط البطء، لأن بعض البلدان رفعت قيمة الضرائب في حين عادت بلدان أخرى أدراجها. وحوالي 94% من سكان العالم يعيشون في بلدان تقل فيها نسبة الضرائب عن 75% من سعر علبة السجائر. مع أن زيادة الضرائب في هذه الأوقات العصبية مالياً يعود بالخير على الجميع: فهي تزيد الإيرادات الحكومية وتخفّض إلى حد كبير انتشار التدخين. ثم إن الإبقاء على الضرائب كما هي الآن يضعف تمويل أنشطة مكافحة التبغ، لأن ما يصرف على مكافحة التبغ يبلغ الآن في العالم 170 مرة قيمة الضرائب التي تحصّل على التبغ في كل سنة.

\* انظر الجدول 2-4 للإطلاع على المعلومات التفصيلية.

الاستمرار والتشجيع هي والقوانين الوطنية. ومن بين أكبر 100 مدينة في العالم نجد أن 22 مدينة فقط هي التي تحررت تماماً من دخان التبغ. لكن هذا العدد أخذ في الازدياد لأن ثلاث مدن كبيرة أخرى في البرازيل (ريو دي جانيرو وسلفادور وسان باولو) نفذت قوانين شاملة\* لمنع التدخين بعد أن كنا قد جمعنا بيانات هذا التقرير. وبوسع المدن والبلديات الكبيرة أن تحمي مواطنيها من دخان التبغ بلوائح منها دون أن تنتظر صدور القوانين الوطنية. وبالرغم من هذه الإشارات الإيجابية مازال 90% من سكان العالم لا يتمتعون بأي حماية من دخان التبغ لعدم صدور سياسات شاملة توفر لهم هذه الحماية. ثم إن الإلتزام بالقوانين بطيء: لأن 2% فقط من سكان العالم هم الذين يعيشون في ظل قوانين التحرر من دخان التبغ ويلتزمون بها إلتزاماً قوياً.

ومما يثير الجزع توقف خطى التقدم صوب حظر الإعلان عن التبغ وتسويقه،

الصعيد القطري وعلى صعيد الحكم المحلي في كبرى بلديات جميع أنحاء العالم. وأجريت تحاليل إضافية لقوانين التحرر من التدخين، بما وفر فهماً أكثر تفصيلاً للتقدم المحرز في هذا المجال ولتحديات المستقبل.

وبالرغم من التقدم المحرز في تنفيذ تدابير السياسات الست حتى أصبح 400 مليون شخص جديد مشمولاً بسياسة واحدة كاملة على الأقل في عام 2008، مازال هناك الكثير الذي يجب عمله، لأن أقل من 10% من سكان العالم أصبح مشمولاً بسياسة واحدة من بين السياسات الست.

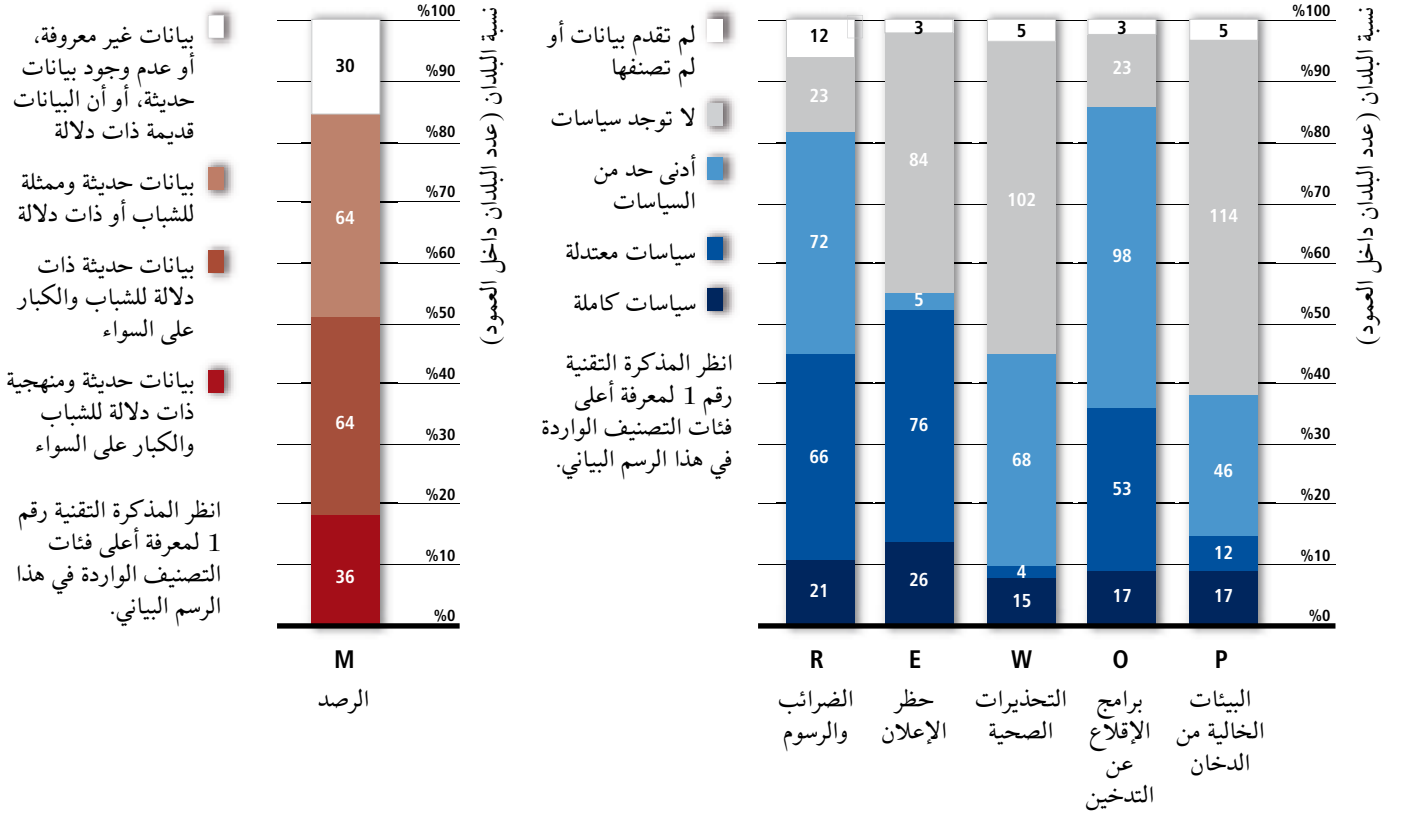
وبالتركيز على قوانين التحرر من دخان التبغ يبين هذا التقرير مدى التقدم الكبير المطلوب إحرازه في هذا المجال. ففي عام 2008 أصبح عدد جديد من السكان قدره 154 مليون نسمة، معظمهم في بلدان منخفضة الدخل وبلدان متوسطة الدخل، مشمولاً بقوانين شاملة للتحرر من دخان التبغ. وأصبحت هذه القوانين أكثر شيوعاً على المستوى دون الوطني وتستحق

**مازال هناك الكثير الذي يجب عمله، لأن أقل من 10% من سكان العالم هم المشمولون بسياسة واحدة من السياسات الست.**

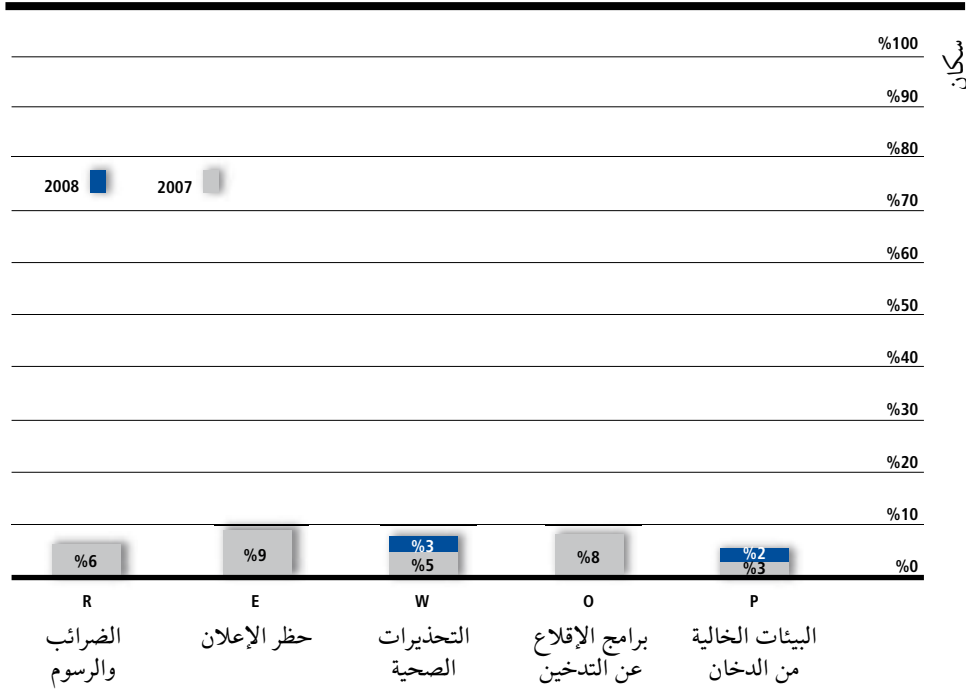




## حالة تنفيذ بعض سياسات مكافحة التبغ في العالم في عام 2008



## ازدياد نسبة سكان العالم المشمولة ببعض سياسات مكافحة التبغ منذ عام 2007



ملاحظة: يوضح المخطط التغير بنسبة 1% على الأقل. بيانات الرصد لم تدرج في هذا الشكل لاستحالة مقارنتها بين عامي 2007 و2008.

# اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ

المادة 12 - التثقيف والاتصال والتدريب وتوعية الجمهور	الإتفاقية الإطارية تدابير بخصوص الطلب والعرض. وترد الأحكام الأساسية بخصوص الحد من الطلب في المادة 6 والمواد 8 إلى 14 من الإتفاقية الإطارية، وفيما يلي عناوينها:	أعدت هذه الإتفاقية الإطارية تصدياً لعولمة وباء التبغ، وهي أول معاهدة تفاوضت عليها الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية مستخدمة في ذلك صلاحياتها المنصوص عليها في دستور المنظمة. وهي أول صك عالمي لمكافحة التبغ ينطوي على إلتزامات قانونية للأطراف فيه، ويضع أساسيات الحد من الطلب على التبغ والحد من عرض منتجاته، وينص على توجيهات شاملة لسياسات مكافحة التبغ على جميع المستويات. والجهاز الرئاسي لهذه المعاهدة يشمل جميع الأطراف فيها ويسمى مؤتمر الأطراف، وهو كيان حكومي دولي يشرف على التنفيذ الفعال لهذه المعاهدة.
المادة 13 - الإعلان عن التبغ والترويج له ورعايته	المادة 6 - التدابير السعرية والضريبية الرامية إلى الحد من الطلب على التبغ والإقلاع عنه	المادة 8 - الحماية من التعرض لدخان التبغ
المادة 14 - لتدابير الرامية إلى الحد من الطلب فيما يتعلق بالاعتماد على التبغ والإقلاع عنه	المادة 9 - تنظيم محتويات منتجات التبغ	المادة 10 - تنظيم الكشف عن منتجات التبغ
أما الأحكام الأساسية للحد من العرض فقد وردت في المواد 15 إلى 17 من الإتفاقية الإطارية، وفيما يلي عناوينها:	المادة 15 - الاتجار غير المشروع بمنتجات التبغ	المادة 11 - تغليف وتوسيم منتجات التبغ
المادة 16 - المبيعات التي تستهدف القُصّر والمبيعات بواسطة القُصّر	المادة 16 - المبيعات التي تستهدف القُصّر والمبيعات بواسطة القُصّر	ولمعالجة محددات مسألة تعاطي التبغ المعقدة، أدرج المفاوضون على

أثبتت القرائن العلمية أن  
التعرض لدخان التبغ  
يسبب الوفاة والمرض  
والعجز.



160 طرفاً يمثلون 86% من سكان العالم. وتكمن قوة هذه الإتفاقية في الإلتزامات التي نصت عليها لجميع الأطراف، كما تكمن أيضاً في الإثبات الرسمي للإلتزام العالمي باتخاذ الإجراءات اللازمة لمناهضة تعاطي التبغ الذي يزهق أرواح ملايين من الناس ويسبب أضراراً اقتصادية قدرها مليارات الدولارات، السنة تلو الأخرى.

الشعوب في التمتع بأعلى مستويات الصحة

■ وطدت دور القانون الدولي في توقي الأمراض وفي النهوض بالصحة..

■ ومنذ بدأ نفاذ الإتفاقية الإطارية في 27 شباط/فبراير 2005 أصبحت هذه الإتفاقية أوسع المعاهدات عضوية في تاريخ الأمم المتحدة، إذ انضم إليها

المادة 17 - تقديم الدعم للأنشطة البديلة ذات الجدوى الاقتصادية

■ وبإقرار الإتفاقية الإطارية قامت الدول الأعضاء في المنظمة بما يلي:

■ وضعت معياراً عالمياً لتضافر الجهود الرامية الى مكافحة وباء التبغ؛

■ أعادت التأكيد على حق جميع



## المادة 8 – الحماية من التعرض لدخان التبغ

من إلتزامات مدعاة إلى إدخال تحسينات ضخمة على أساليب حماية الناس من التعرض لدخان التبغ غير المباشر في أنحاء العالم، لكن الأمر مازال يستدعي المزيد من العمل في معظم البلدان وفي جميع الإقاليم

والعجز" (1). وتشكل المادة 8 أساس الإجراءات الدولية لخفض عبء الأمراض التي تُعزى إلى دخان التبغ غير المباشر، وهذه المادة مهمة على وجه الخصوص لأنها أنشأت إلتزاماً قانونياً بأن تتخذ الأطراف الإجراءات اللازمة. ولقد كانت قوة لهجة المادة 8 وما فيها

عند إعداد نص الإتفاقية الإطارية، كانت البيئنة على منافع التحرر من دخان التبغ هي مسند المادة 8 منه (الحماية من التعرض لدخان التبغ) التي تضمنت بياناً عريض النطاق جاء فيه أن "القرائن العلمية أثبتت دون لبس أن التعرض لدخان التبغ يسبب الوفاة والأمراض

## المبادئ التوجيهية لتنفيذ المادة 8

كاملة لهذه المبادئ التوجيهية لتنفيذ المادة 8، واعتمدها بالإجماع مؤتمر الأطراف الذي مثل جميع الأطراف في الإتفاقية الإطارية (2، 3).

وكانت أساسيات هذه المبادئ التوجيهية الصادرة عن مؤتمر الأطراف متسقة مع القرائن العلمية ومُسندة بأفضل الممارسات، وحددت معايير عالية للمساءلة عن مدى امتثال الإتفاقية

[و] تحديد العناصر الرئيسية للتشريعات اللازمة لتوفير الحماية الفعالة للناس من التعرض لدخان التبغ، كما هو منصوص عليه في المادة 8" (2).

وقد نجحت عملية وضع المبادئ التوجيهية لتنفيذ المادة 8 نجاحاً سريعاً ولموسماً. واستطاع الفريق العامل الذي تولى هذه العملية أن ينهي في دورته الثانية المعقودة في تموز/يوليو 2007 مسودة

الغرضان المنشودان من المبادئ التوجيهية لتنفيذ المادة 8 هما "مساعدة الأطراف على الوفاء بإلتزاماتها بمقتضى المادة 8 من إتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ، بطريقة تتساق مع البيئات العلمية بخصوص التعرض لدخان التبغ غير المباشر، وأفضل الممارسات المتبعة على نطاق العالم في تنفيذ التدابير الخاصة بالأماكن الخالية من دخان التبغ ...

**والتعرض لدخان التبغ  
مُضر مهما كان مستواه  
وينبغي حماية كل  
الناس منه.**



الإطارية، وتضمنت مبادئ وتعريف للمصطلحات. وقد تم تقسيم هذه المبادئ التوجيهية لتنفيذ المادة 8 إلى أربعة فروع هي:

### نطاق التشريع الفعال

نصت المبادئ التوجيهية في هذا الفرع على أن الأطراف ملزمة باتخاذ الإجراءات التي توفر الحماية للجميع من دخان التبغ في جميع الأماكن العامة الداخلية، وجميع أماكن العمل الداخلية، ومرافق النقل العام. ونصت أيضاً على أنه لا يوجد مبرر لأي استثناء لأسباب قانونية أو صحية، وعلى أن يوفر كل طرف هذه الحماية في غضون خمسة أعوام من بدء نفاذ الاتفاقية الإطارية بالنسبة إليه. ولاحظت هذه المبادئ التوجيهية أيضاً أن المادة 8 طالبت الأطراف باعتماد تدابير لحماية الناس من التعرض لدخان التبغ "حسب الاقتضاء" في "الأماكن العمومية الأخرى" (3) وشجعت الأطراف على أن تنظر في البيئة الخاصة بالأخطار الصحية وأن تحمي سكانها عندما تحدد

هذه الأماكن الأخرى.

### تزويد الجماهير بالمعلومات، والتشاور معها، وإشراكها في ضمان الدعم وسلاسة التنفيذ

يتناول هذا الفرع مسألة حرجة، هي إذكاء وعي الجماهير وتأييد سن تشريعات التحرر من التبغ. وبينت هذه المبادئ التوجيهية أنه ينبغي للأطراف أن تشرك في هذين المسعيين جميع أصحاب المصلحة، وخصوصاً المؤسسات التجارية التي قد تتأثر بتشريعات منع التدخين، وذلك طوال مرحلة إعداد التشريعات. ولذلك فإن الربط بين مختلف مستويات إذكاء وعي الجماهير ودعم إصدار القوانين وإنفاذها إنفاذاً قوياً، لمن الأمور التي تساعد على تنفيذ الحملات التثقيفية الواسعة للتعريف بما يلي:

- 1 - الضرر الناجم عن التعرض لدخان التبغ غير المباشر؛
- 2 - التخلص من التدخين في الأماكن الداخلية هو الحل العلمي الوحيد الذي

يضمن الحماية من هذا التعرض؛

3 - حق جميع العاملين في التمتع على قدم المساواة بالحماية المنصوص عليها في القوانين؛

4 - الأماكن الخالية من دخان التبغ لا تضر بالمصالح الاقتصادية، ولا سيما مصالح دوائر صناعة الضيافة، بل على العكس تعود بمنافع اقتصادية على جميع القطاعات بالإضافة إلى الفوائد الصحية، حسبما أثبتت القرائن ذلك.

### الإنفاذ

ينص الفرع الذي تناول مسألة إنفاذ التشريعات على أنه ينبغي للأطراف أن تسن قوانين تفرض على المنشآت التجارية والمدخين واجب الإلتزام بها، وتطالب المنشآت التجارية باتخاذ عدة إجراءات مثل وضع لافتات "التدخين ممنوع"، وإزالة كل مطفأة سجائر، والإشراف على احترام التقييد بالقواعد، واتخاذ التدابير اللازمة ضد من ينتهك الأحكام. وينبغي أن تركز عقوبات



ولعل الأهم هو أن المبادئ الإرشادية الصادرة عن مؤتمر الأطراف لتنفيذ المادة 8 قد أكدت من جديد على أنه لا يوجد شيء اسمه مستوى مأمون من التعرض لدخان التبغ، وأنه ينبغي بالتالي توفير الحماية لجميع الناس من هذا التعرض. وانطلاقاً من هذين المبدأين يركز هذا التقرير على أضرار دخان التبغ غير المباشر وعلى دور حكومات العالم في حماية صحة شعوبها من هذا الخطر.

لا يوجد شيء اسمه مستوى مأمون من التعرض لدخان التبغ. وينبغي بالتالي توفير الحماية لجميع الناس من هذا التعرض.

الانتهاكات، ن بلاغاتهم قد تصبح وسيلة الإنفاذ الأساسية والأقوى.

### رصد التدابير وتقييمها

إن رصد وتقييم آثار التدابير التي تنفذ طبقاً لأحكام المادة 8 أمران حاسمان لإذكاء وعي الجماهير والحصول على تأييدهم ودراسة أفضل الممارسات والاستفادة من العبر ومعرفة الجهود التي تبذلها دوائر صناعة التبغ لتقويض سياسات منع التدخين. وقد نصت المبادئ التوجيهية على ثمانية إجراءات رئيسية ووضعت مؤشرات لرصد وتقييم حصائلها (3).

انتهاك هذه القوانين على أصحاب المنشآت التجارية لا على المدخنين، وأن تكون عقوبات كبيرة وجادة لردع الانتهاكات. وينبغي أيضاً أن تحدد هذه القوانين اسم السلطة المسؤولة عن إنفاذها وأن تنص على نظام لرصد الامتثال وملاحقة المنتهكين. وينبغي أن تشمل استراتيجيات الإنفاذ "طريقة ناعمة" مثل تحذير المخالفين فور صدور القانون، ثم الانتقال رويداً إلى الإنفاذ القوي والحاسم الذي يضمن الامتثال. وكثيراً ما يصبح القانون تلقائياً التنفيذ مع مرور الوقت؛ وينبغي أن يشمل القانون أيضاً طريقة يتبعها أعضاء المجتمعات المحلية للإبلاغ عن

## توصيات منظمة الصحة العالمية

لحماية العاملين والجماهير من التعرض لدخان التبغ غير المباشر (4):

1- التخلص من مصدر التلوث - دخان التبغ - بجعل الأماكن خالية من التدخين بنسبة 100%. لأن هذه

المتوفرة عن المردودية الاقتصادية والجدوى والمقبولية الشعبية لسياسات التحرر من التبغ، وإلى الخبرة المبشرة بالخير التي اكتسبها عدد متزايد من الولايات والبلديات في العالم، أصدرت المنظمة التوصيات الرئيسية الأربع التالية

دعماً لصياغة المبادئ التوجيهية التي أصدرها مؤتمر الأطراف لتنفيذ المادة 8، أصدرت المنظمة توصيات تفصيلية موجهة إلى البلدان لتسهيل شروعاتها في سن قوانين منع التدخين والنجاح في تنفيذها وإنفاذها (4). واستناداً إلى البيانات



هي الاستراتيجية الوحيدة الفعالة للحد من التعرض لدخان التبغ غير المباشر وتأمين الناس من هذا التعرض في الأماكن الداخلية، وتوفير مستوى مقبول من الحماية من أخطار التعرض لدخان التبغ غير المباشر. أما التهوية وتخصيص أماكن للتدخين مزودة بتهوية مستقلة أو غير مستقلة عن تهوية الأماكن الخالية من التدخين، فهما أمران لا يقللان من التعرض للدخان، ولا يضمنان أي أمن من المخاطر، ولا يوصى بهما.

2- إنفاذ قوانين تجعل جميع أماكن العمل الداخلية والأماكن العامة خالية من دخان التبغ بنسبة 100%. وينبغي أن توفر هذه القوانين حماية متساوية للجميع. أما السياسات الطوعية فليست استجابة مقبولة لتوفير هذا الحماية. وفي بعض الظروف يقتضي مبدأ توفير الحماية الشاملة والفعالة أن تكون الأماكن شبه الخارجية وأماكن العمل الخارجية خالية تماماً هي أيضاً من دخان التبغ.

3- تنفيذ القوانين وإنفاذها. إن سن قوانين

منع التدخين ليس كافياً في حد ذاته، علماً بأن تنفيذها تنفيذاً سليماً وإنفاذها إنفاذاً وافياً يقتضيان قدرًا من الجهود والوسائل ضئيلاً نسبياً ولكنه حاسم.

4- تنفيذ استراتيجيات التثقيف للحد من التعرض لدخان التبغ غير المباشر في المنازل، لأن قوانين منع التدخين في أماكن العمل قد تدفع بالناس (سواء كانوا مدخنين أو غير مدخنين) إلى الإمتناع طوعاً عن التدخين في منازلهم.

وإصدار التوصيات الخاصة بالسياسات، مثل المذكورة أعلاه، يشكل جزءاً من برنامج المنظمة الأوسع لمكافحة التبغ استناداً إلى الإتفاقية الإطارية. ولتزويد الدول الأعضاء بالمساعدات التقنية اللازمة للوفاء ببعض إلتزاماتها المنصوص عليها في الإتفاقية الإطارية، اقترحت المنظمة في برنامج السياسات الست مجموعة من التدابير أثبتت فاعليتها في الحد من تعاطي التبغ وهي: زيادة الضرائب والأسعار؛ وحظر الإعلان والترويج والرعاية؛ وحماية الناس من دخان التبغ غير المباشر؛

والتحذير من أخطار التبغ؛ وتقديم يد العون إلى من يريدون الإقلاع عن التدخين؛ ورصد وباء التبغ وسياسات الوقاية منه رسداً حذراً (5). وكل تدبير من هذا التدابير يعبر عن حكم أو أكثر من أحكام الإتفاقية الإطارية، وتمثل هذه التدابير منصة مهمة لانطلاق جهود الحد من الطلب على التبغ.

وفي إطار برنامج السياسات الست تعكف المنظمة الآن على إعداد مواد تدريبية ووسائل للتقييم والمراقبة والرصد من أجل دعم تنفيذ الإتفاقية الإطارية ومبادئها التوجيهية. ويشكل برنامج السياسات الست جزءاً من خطة عمل المنظمة لتوقي ومكافحة الأمراض غير السارية، وهي الخطة التي أيدتها جمعية الصحة العالمية الحادية والستون المعقودة في عام 2008، وجسدت إلتزام الدول الأعضاء في المنظمة بتنفيذ الإتفاقية الإطارية.



# حماية الناس من دخان التبغ

## دخان التبغ غير المباشر ضار بالصحة

المواد الكيميائية السامة الناجمة عن التلوث بدخان التبغ غير المباشر ثابتة حتى بعد مدة طويلة من انتهاء التدخين، ثم تلتصق بالسجاد والستائر والملابس والمأكولات والأثاث وسائر المواد. وتظل هذه السموم في الغرفة طوال أسابيع وأشهر بعد انتهاء التدخين فيها (11، 12) مهما فتحت النوافذ وشغلت المراوح أو مرشحات الهواء. بل إن هذه المواد الكيميائية تترسب في مرشحات الهواء وتعاود الدخول إلى هواء الغرفة بدلاً من التخلص منها. وعندما تتراكم سموم التبغ مع مرور الوقت تلتصق بأسطح الغرفة والمواد الموجودة فيها وممتلكات المدخن، وهذا ما يسمى أحياناً "الدخان المتخلف" (13).

فإن الناس في الأماكن التي يسمح فيها بالتدخين يتعرضون لمستويات ملحوظة من السموم، لأن التلوث الناجم عن دخان التبغ يصل إلى مستويات أعلى بكثير من مستويات التوكسينات (السموم) البيئية مثل الجزيئات المتبقية في عادم السيارات. وأثبتت الدراسات أن مستويات التلوث في الأماكن الداخلية المسموح فيها بالتدخين أعلى من مستويات التلوث في الطرق المزدهمة بالسيارات وفي المرائب (جراجات السيارات) المغلقة وفي دخان الحرائق (10).

ودخان التبغ ينتشر من غرفة إلى أخرى في داخل أي مبنى حتى وإن كانت أبواب غرفة التدخين مغلقة. وتظل

دخان التبغ غير المباشر هو الدخان المنبعث من طرف السيارة المحترق (دخان الطرف المحترق) أو من الطرف المحترق لأي منتج آخر من منتجات التبغ، وهو يندمج عادة في الدخان الذي ينفثه المدخن وينتشر في البيئة، ويأخذ صفات مشابهة له (6). لكن الدخان غير المباشر له سمية لكل غرام من المادة الجزيئية تربو بمقدار يتراوح بين 3 مرات و4 مرات على سمية الدخان المنتشر في البيئة، وله سمية أعلى من مجموع سميات مكوناته (7).

وتوجد في دخان التبغ أكثر من 4000 مادة كيميائية، منها 250 مادة معروفة الضرر، وأكثر من 50 مادة من المعروف أنها تسبب السرطان (8، 9). ولذلك





## المواد الكيميائية في دخان التبغ غير المباشر (قائمة جزئية)



دخان التبغ فيه أكثر  
من 4000 مادة كيميائية.



# التعرض لدخان التبغ غير المباشر وعلاقته بالوفاة في عمر مبكر

النساء اللاتي يمتن في أثناء الوضع في كل سنة (21). ومن بين جميع حالات الوفاة التي تعزى إلى دخان التبغ غير المباشر، يحدث 31% منها للأطفال، و64% منها للنساء (16). وفي الولايات المتحدة تعزى 50 000 وفاة في السنة - أي حوالي 11% من الوفيات بسبب التبغ - إلى التعرض لدخان التبغ غير المباشر (22). وفي الاتحاد الأوروبي يتسبب التعرض لدخان التبغ غير المباشر في نحو 7600 وفاة في السنة، ويسبب 72 100 وفاة أخرى (23).

العالمي للأطفال الذين يدخن أحد والديهم التبغ - حسب التعريف الذي وضعه "المسح العالمي الخاص بالشباب والتبغ" - حوالي 43% (20). وبينت نتائج هذا المسح العالمي أن ما يقرب من نصف هؤلاء الأطفال ممن يتراوح عمرهم بين 13 سنة و15 سنة ولم يدخنوا بالمرّة يتعرضون لدخان التبغ غير المباشر في منازلهم، وأن نسبة مئوية مشابهة منهم تتعرض لهذا الدخان في أماكن أخرى غير المنزل؛ ومن المرجح أن يكون احتمال شروع هؤلاء الشباب في التدخين أكبر مرة ونصف إلى مرتين من احتمال الشروع في التدخين لمن لم يتعرضوا لهذا الدخان (20).

إن دخان التبغ غير المباشر موجود في الأماكن المسموح فيها بالتدخين (4) ولا يوجد مستوى مأمون من التعرض له (15).

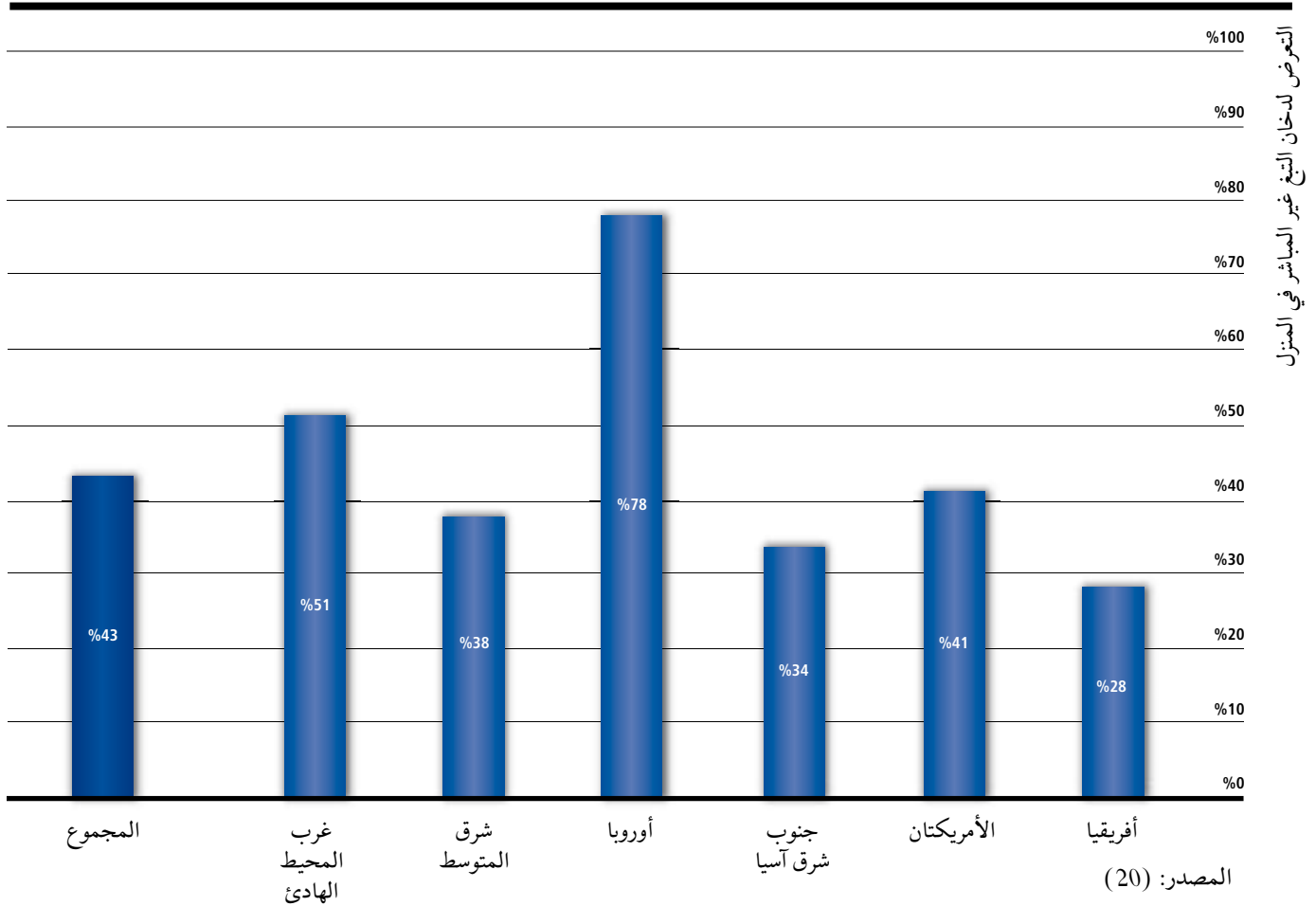
ويقدر أن نحو ثلث البالغين في العالم يتعرضون بانتظام لدخان التبغ غير المباشر (16). وفي الاتحاد الأوروبي يتعرض 14% من غير المدخنين لدخان تبغ غيرهم في المنازل، ويتعرض ثلث العاملين البالغين لدخان التبغ غير المباشر في أماكن عملهم ولو لبعض الوقت (17). وفي كندا يتعرض ربع غير المدخنين تقريباً لهذا الدخان في المنازل أو السيارات أو الأماكن العامة (18).

ويقدر أن دخان التبغ غير المباشر يتسبب في نحو 600 000 وفاة في عمر مبكر في مختلف أنحاء العالم (16)، أي في نفس عدد من يموتون بالحصبة أو عدد

ويقدر أن 700 مليون طفل في العالم - أي حوالي 40% من جميع الأطفال - يتعرضون لدخان التبغ غير المباشر في المنازل (19). ويبلغ المتوسط



متوسط النسبة المئوية لمن تتراوح أعمارهم بين 13 سنة و15 سنة ويعيشون في منازل المدخنين - حسب الأقاليم في عام 2008



تفيد التقديرات العالمية بأن ما يقرب من ثلث البالغين يتعرضون بانتظام لدخان التبغ غير المباشر.

# التعرض لدخان التبغ غير المباشر يسبب مشاكل صحية وخيمة

تسفر عن المزيد من الانخفاض في مستويات الجودة المعيشية (32). وحتى الحيوانات المنزلية الأليفة يرجح أن تصاب بالسرطان مادامت في بيوت المدخنين (33-35).

ومن بين حديثي الولادة الذين تعرضوا إما في الرحم وإما بعد المولد لدخان التبغ غير المباشر يصحون عرضة لخطر الخدج (36) وانخفاض وزنهم عند الولادة (37) ويضعف خطر الإصابة بمتلازمة وفاة الرضع (38). ومن بين الأطفال المعرضين لدخان التبغ غير المباشر يزداد خطر إصابتهم بأمراض تنفسية حادة بنسبة تتراوح بين 5% و100% (39) وبأمراض معدية في الأذن (28) ويزداد احتمال إصابتهم بالعجز والمشاكل السلوكية (40، 41).

واللجنة العلمية المعنية بالتبغ والصحة في المملكة المتحدة (30)، وهي تقارير أجمعت عليها آراء العلماء ولم تترك شكاً في أن التعرض لدخان التبغ غير المباشر يتسبب في طائفة من الأمراض الخيمة والفتاكة التي تصيب غير المدخنين.

وأكدت دراسات عديدة أن التعرض لدخان التبغ غير المباشر يسبب المرض والعجز والموت من عدة أمراض (31). فهذا التعرض يسهم في 1% تقريباً من عبء الأمراض الإجمالي العالمي ويمثل ما يتراوح بين 10% و15% من عبء الأمراض التي تعزى إلى التدخين المباشر (16). ويؤدي أيضاً التعرض لدخان التبغ غير المباشر إلى المساس بجودة مستوى المعيشة الصحية بين من لم يدخنوا بالمرّة طوال حياتهم، وإلى مستويات من التعرض

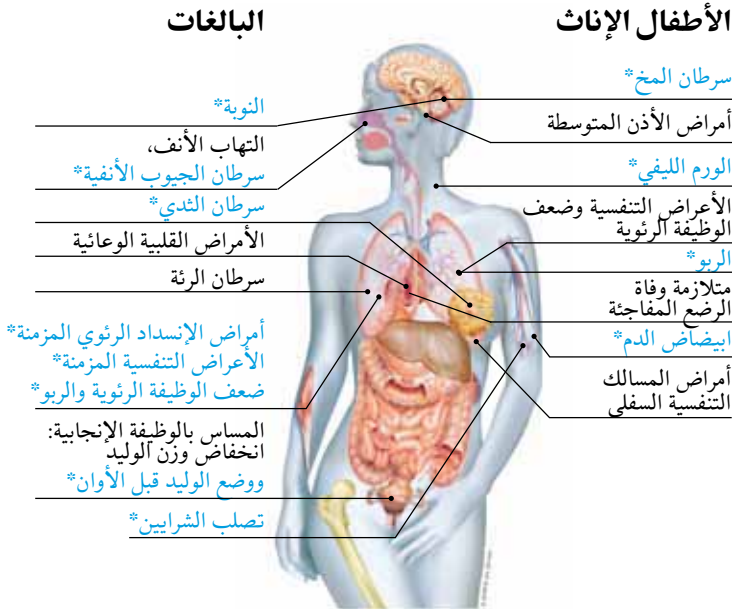
لقد ثبتت صحة القرائن العلمية على الأضرار التي تلحق بالصحة من جراء التدخين، وترسخت بصفة حاسمة من 50 سنة (24). لكن المدخنين ليسوا الوحيدين الذي يمرضون ويموتون بسبب التبغ: لأن غير المدخنين يستنشقون هم أيضاً الهواء المحتوي على دخان التبغ غير المباشر ويزداد تعرضهم بالتالي لمخاطر المرض والوفاة.

وفي ربيع القرن الذي مضى منذ أكدت القرائن خطر دخان التبغ غير المباشر على الصحة (25، 27) صدر 14 تقريراً عن كبرى المنظمات الطبية والعلمية، بما فيها الوكالة الدولية لبحوث السرطان التابعة لمنظمة الصحة العالمية (6)، ووزارة الصحة في الولايات المتحدة (28) ووكالة حماية البيئة في كاليفورنيا (29)

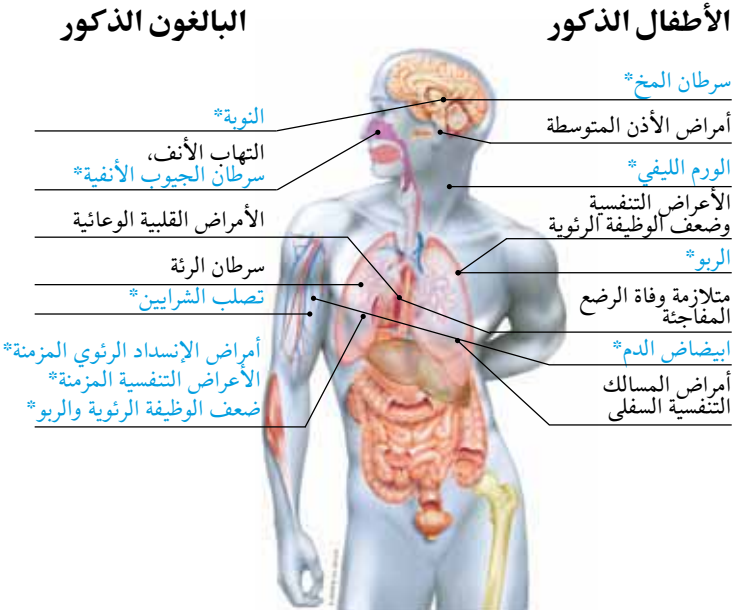


## الأمراض التي يسببها دخان التبغ غير المباشر

# استنشاق دخان التبغ غير المباشر يسفر عن عواقب صحية وخيمة وغالبا فتاكة.



\* البيئة على سبب المرض: ممكنة  
البيئة على سبب المرض: كافية



\* البيئة على سبب المرض: ممكنة  
البيئة على سبب المرض: كافية

المصدر: (28)



# دخان التبغ غير المباشر يهدد الاقتصاد

تقريباً لمثيلتها في الولايات المتحدة. ففي إقليم هونغ كونغ الإداري الخاص التابع للصين كانت تكلفة الرعاية الصحية المباشرة مثلاً والرعاية الطويلة الأجل وخسائر الإنتاجية التي تعزى إلى التعرض لدخان التبغ غير المباشر حوالي 156 مليون دولار أمريكي في السنة (حوالي 24 دولار أمريكي للفرد، أي 23% من مجموع التكاليف المرتبطة بتعاطي التبغ) (45).

بالتبغ تعزى إلى التعرض لدخان التبغ غير المباشر (44). ويبلغ مجموع التكاليف الاقتصادية التي تتكبدها الولايات المتحدة بسبب تعاطي التبغ 193 مليار دولار في السنة (96 مليار دولار لنفقات الرعاية الصحية بسبب التدخين، و97 مليار دولار مقدار خسائر الإنتاجية) (22).

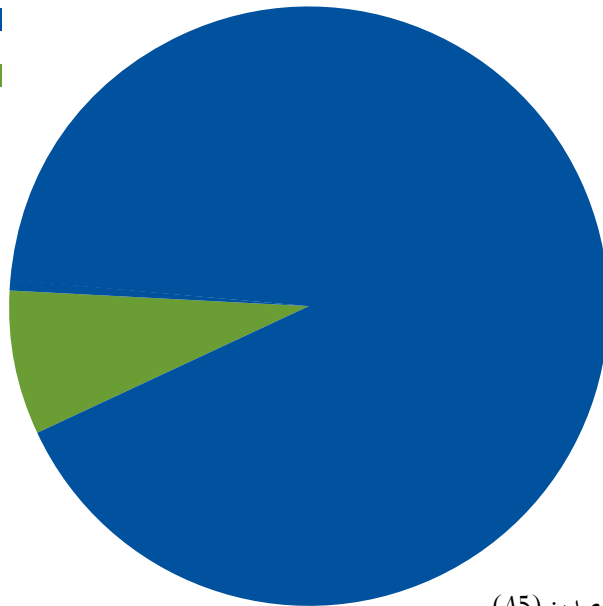
وقد أجريت دراسات اقتصادية على تكلفة تعاطي التبغ في بعض البلدان الأخرى، لكنها لم تحدد التكاليف التقديرية المرتبطة خصيصاً بالتعرض لدخان التبغ غير المباشر. وحيثما وجدت بيانات عن التكاليف دلت على أن التكاليف التي يتحملها الاقتصاد في بلدان أخرى بسبب تعرض الناس لدخان التبغ غير المباشر كانت مشابهة

التعرض لدخان التبغ غير المباشر يزيد عبء الأمراض، ويفرض أيضاً أعباء اقتصادية على الأشخاص والبلدان، فهو يزيد تكاليف الرعاية الصحية المباشرة والتكاليف غير المباشرة الناجمة عن انخفاض الإنتاجية. وتبلغ التكلفة غير المباشرة لهذا التعرض في الولايات المتحدة وحدها حوالي 5 مليارات دولار في السنة ما بين خسائر الإنتاجية والأجر الضائع بسبب العجز أو الوفاة في عمر مبكر (42). وتقدر مصلحة الصحة والسلامة المهنتيين في الولايات المتحدة أن نظافة الهواء في عام 1994 أدت إلى زيادة الإنتاجية بنسبة 3% (43).

وقدرت عدة دراسات أن 10% من مجموع التكاليف الاقتصادية المرتبطة

## تكاليف الأمراض والوفاة المرتبطة بالتبغ في إقليم هونغ كونغ الإداري الخاص التابع للصين، 1998

■ الوفيات: 1 716 مليون دولار أمريكي  
■ المراضة: 142 مليون دولار أمريكي



المصدر: (45)

# قوانين منع التدخين تحد من التعرض لدخان التبغ غير المباشر

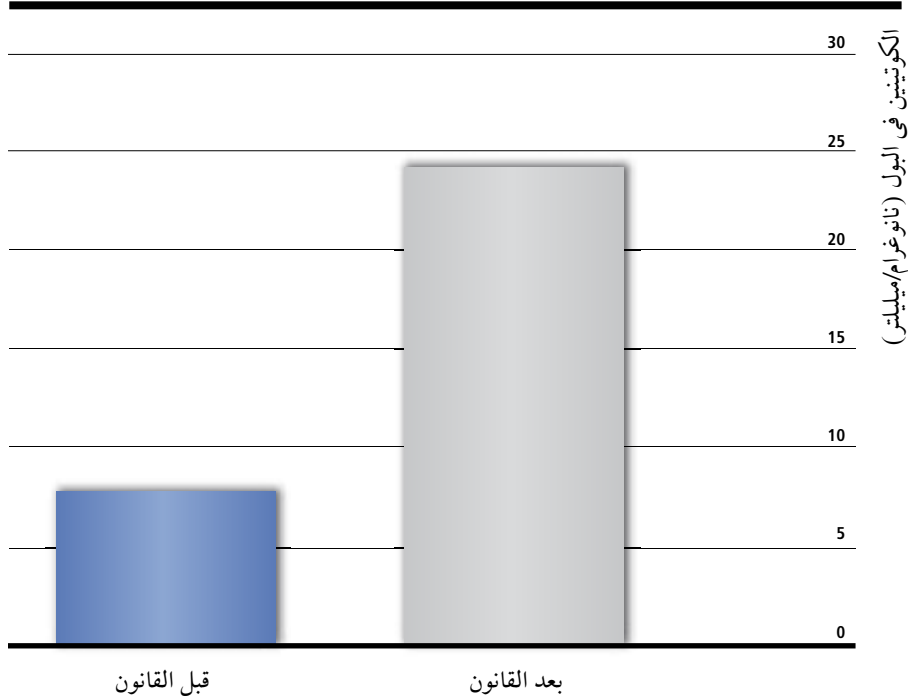
غير المباشر. فبعد أن نفذ البلد تشريع منع التدخين في عام 2004 انخفضت نسبة تركيز النيكوتين والمواد الجزيئية في الأماكن الداخلية الموضوعة تحت الرصد انخفاضاً قدره 83٪، وانخفض انبعاث أول أكسيد الكربون من الزفير بنسبة 79٪، وانخفض الكوتينين\* للعاقي بنسبة 81٪ لدى العاملين في المقاهي. وقد انخفض بحدّة تعرض العاملين في المقاهي لدخان التبغ غير المباشر من 30 ساعة في الأسبوع إلى صفر (50، 51).

الخالية من التدخين يتعرضون لدخان التبغ غير المباشر تعرضاً يقل 3 مرات إلى 8 مرات عن تعرض العاملين الآخرين (48). والبالغون غير المدخنين الذين يعيشون في مجتمعات محلية تسري فيها تشريعات شاملة بشأن منع التدخين، يرجح أن يكون تعرضهم لدخان التبغ غير المباشر أقل بمقدار 5 مرات إلى 10 مرات عن تعرض من يعيشون في أماكن لا تسري فيها قوانين منع التدخين (49). وقد ساقّت أيرلندا بيئة قوية على فوائد الحد من التعرض لدخان التبغ

استتجت الوكالة الدولية لبحوث السرطان ما يلي "هناك بيئة كافية على أن تنفيذ سياسات الأماكن الخالية من التدخين خفض التعرض لدخان التبغ غير المباشر تخفيضاً جوهرياً" (46). ودأبت الدراسات التي أجريت عن آثار هذه السياسات على إثبات قدرتها على خفض التعرض لدخان التبغ غير المباشر بنسبة تتراوح بين 80٪ و 90٪ في ظروف التعرض الشديد، وأنها خفضت عموماً مقدار التعرض بنسبة وصلت إلى 40٪ (47)، وأن العاملين في الأماكن

## سياسات التحرر من دخان التبغ تخفض التعرض لدخان التبغ غير المباشر بنسب تتراوح بين 80٪ و 90٪ في أشد ظروف التعرض.

مستوى الكوتينين في بول العاملين في مقاهي تورونتو بكندا، قبل العمل بقانون منع التدخين وبعد العمل به



المصدر: (52)

\* يستعمل تحليل نسب تركيز الكوتينين في اللعاب بوصفه مقياساً بيولوجياً لمدى التعرض لدخان التبغ غير المباشر.

من إنفاذ حظر التدخين الشامل في عام 2003 (54)؛ ونفذت نيوزيلندا قانوناً شاملاً بشأن منع التدخين في عام 2004 يبدو أنه خفض تعرض أصحاب المقاهي والعاملين فيها بنسبة 19% تقريباً (55)؛ ونفذت فنلندا قانوناً وطنياً لمنع التدخين أسفر عن خفض معدل تعرض العاملين لدخان التبغ غير المباشر في أماكن العمل المشمولة بهذا القانون من 51% قبل تنفيذ هذا القانون إلى 12% بعد ثلاث سنوات من إنفاذه (56).

اسكتلندا في عام 2006 قانوناً شاملاً لمنع التدخين، مما أسفر عن انخفاض قدره 86% في نسب تركيز المواد الجزيئية العالقة في هواء الحانات (53)، وانخفاض قدره 39% في مستويات الكوتينين في لعاب البالغين غير المدخنين (47).

وفي ولاية نيويورك انخفضت مستويات الكوتينين في لعاب البالغين غير المدخنين بنسبة 47% بعد سنة واحدة

وقد ثبتت صحة هذه الاستنتاجات في عدة أماكن جغرافية أخرى. ففي مدينة تورونتو بكندا أدى تنفيذ قانون منع التدخين منعاً باتاً في المقاهي في عام 2004 إلى خفض مستوى الكوتينين\* في غضون شهر واحد في بول العاملين في المقاهي، في حين لم يحدث أي تغير يذكر في مستوى الكوتينين في بول العاملين في مجتمع محلي لم تنفذ فيه قوانين منع التدخين وكان موضوعاً تحت الرقابة العلمية (52). ونفذت

## لا بد من إنفاذ القانون لضمان الحماية من دخان التبغ غير المباشر

من البلدان لم تصدر بعد قوانين من هذا القبيل، أو أصدرتها في حدود ضيقة جداً، أو لم تنفذها بطريقة فعالة. والقانون الشامل الذي لا ينفذ إنفاذاً جيداً لا يوفر أي حماية من التعرض لدخان التبغ غير المباشر، وكذلك فإن القانون الذي يقتصر على بعض الأماكن

وما أن تصدر قوانين منع التدخين يجب أن تدعمها الحكومات بقوة من خلال إنفاذها إنفاذاً إيجابياً وموحداً لضمان أعلى مستويات الإلتزام بها، ولو ريثما تصبح هذه القوانين تلقائية التنفيذ. فقد أصدرت بعض البلدان قوانين منع التدخين، لكن الغالبية العظمى

بناء على القرائن العلمية استنتج مؤتمر الأطراف في الإتفاقية الإطارية أن خلو الأماكن من التدخين بنسبة 100% هو الطريقة الوحيدة المثبتة لتوفير الحماية الوافية لصحة الناس من أضرار دخان التبغ غير المباشر، إذ لا يوجد مستوى تعرض مقبول (2).

## الأماكن الخالية من التدخين

بنسبة 100% هي الطريقة الوحيدة المثبتة لتوفير الحماية الوافية لصحة الناس من أضرار دخان التبغ غير المباشر.



والعقوبات الأخرى على أصحاب المنشآت التجارية - لا على المدخنين - يضمن على الأرجح احترام القانون.

وينبغي الانتظام في رصد إنفاذ القانون ومفعوله، لأن تقييم وإشهار عدم وجود أضرار من جرائه على المنشآت التجارية سيعزز الامتثال له وقبوله.

الامتثال للقانون يمكن عندئذ التساهل في مستوى الإنفاذ الرسمي، لأن خلو الأماكن من دخان التبغ سيصبح أمراً تلقائياً مادامت الجماهير ودوائر الأعمال التجارية تحترم سياسات التحرر من التدخين. و أقوى طريقة تضمن احترام القانون هي تحميل أصحاب المنشآت ومديريها مسؤولية إنفاذ منع التدخين. وقد نصت القوانين في بلدان كثيرة على أن أصحاب المنشآت التجارية هم المسؤولون بحكم القانون عن سلامة أماكن عمل موظفيهم. وفرض الغرامات

دون غيرها لا يوفر أي حماية جيدة مهما كان إنفاذه قويا.

وهذا يعني أن الإنفاذ التام لقوانين منع التدخين أمر حاسم لإثبات مصداقيتها، وخصوصاً في أعقاب العمل بها (57). وقد يستلزم الأمر إنفاذ القانون علناً في الفقرة التي تلي إصداره مباشرة، وذلك لكي تثبت الحكومة إلزامها بضمان احترامه. ولعل التفتيش المفاجئ من قبل السلطة الحكومية المختصة يفيد في هذا الصدد. وما أن يتحقق مستوى عالٍ من

## لا فائدة من التهوية وتخصيص غرف للتدخين

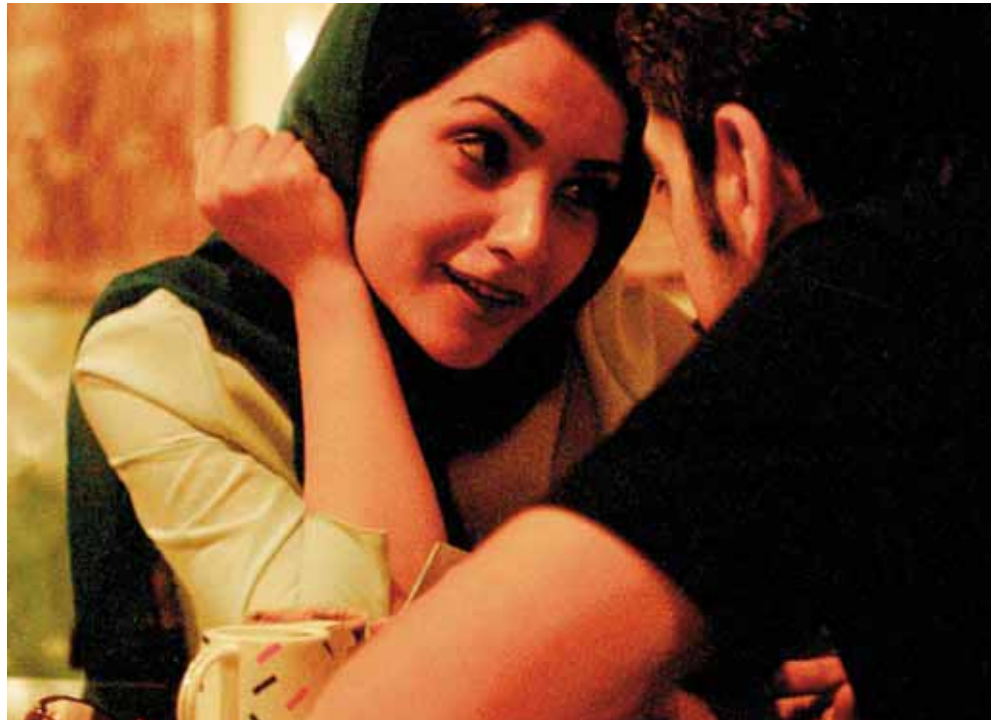
بدخان التبغ غير المباشر، وأن تقنيات التهوية لا يعول عليها في درء المخاطر الصحية الناجمة عن التعرض لدخان التبغ غير المباشر (60، 61). وهذا البيان يتوافق مع نتائج أخرى أثبتت أن التهوية وتخصيص غرف للتدخين لا يحولان دون التعرض لدخان التبغ غير المباشر (62، 63).

إلا بنسبة النصف تقريباً، وبالتالي فهو لا يوفر الحماية التامة (59).

وقد استنتجت الجمعية الأمريكية لمهندسي التدفئة والتبريد وتكييف الهواء في عام 2005 أن القوانين التي تمنع التدخين منعاً باتاً هي الوسيلة الوحيدة للقضاء على المخاطر المرتبطة

إن التدخين في أي مكان من أي مبنى يزيد بشدة نسب تركيز دخان التبغ غير المباشر في الهواء، حتى في الأماكن الأخرى من نفس المبنى التي لا يدخن فيها الناس (58). أي أن الفصل المادي بين المدخنين وغير المدخنين، بتخصيص غرف للتدخين، لا يخفض مقدار التعرض لدخان التبغ غير المباشر

**التهوية  
وتخصيص  
غرف  
للتدخين  
لا يحولان  
دون التعرض  
لدخان التبغ  
غير المباشر.**



# أثر لوائح منع التدخين على الصحة

## قوانين منع التدخين تحد من الأعراض التنفسية

بيانات كاملة عن الانخفاض المحتمل حدوثه في إصابات سرطان الرئة بعد تنفيذ سياسات الأماكن الخالية من التدخين. وبين عام 1988 وعام 2004، وهي المدة التي نفذت فيها ولاية كاليفورنيا القانون الذي منع التدخين منعاً باتاً، انخفضت معدلات الإصابة بسرطان الرئة والشعب التنفسية بمقدار أربع مرات في تلك الولاية عما حدث في بقية الولايات المتحدة، حتى وإن كان جزء على الأقل من هذا الانخفاض قد يكون ناجماً عن انخفاض معدل التدخين في كاليفورنيا منذ الثمانينات عما هو في بقية البلد (75).

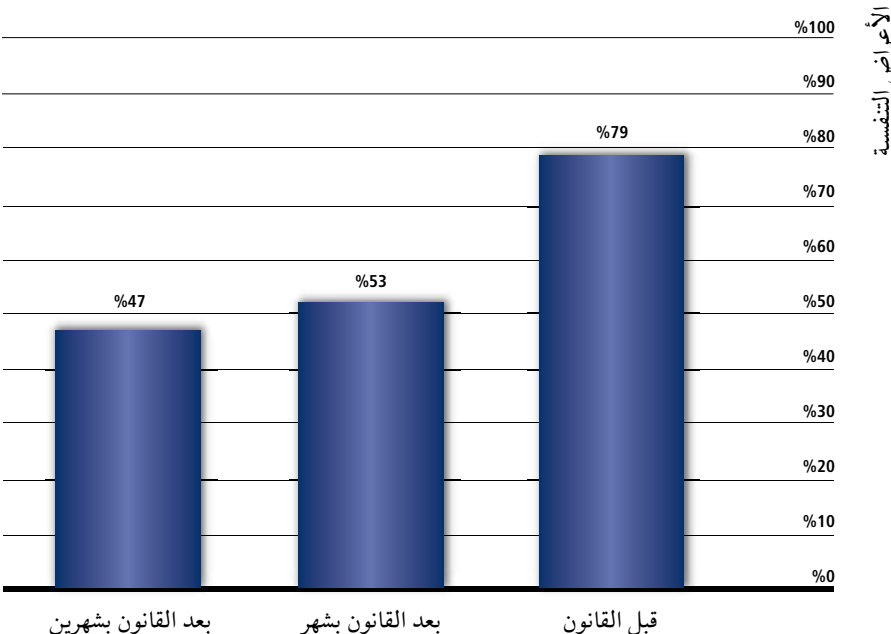
أخرى في المناطق دون الوطنية (ما بين ولايات ومقاطعات ومدن) التي نفذت فيها القوانين الوطنية لمنع التدخين، فأثبتت فائدة هذه القوانين، وأثبتت أيضاً الفوائد التي يحتمل أن تعود بها هذه القوانين لو طبقت على أي صعيد محلي لا يوجد فيه حظر للتدخين.

## قوانين منع التدخين تحد من إصابات سرطان الرئة

بالنظر إلى طول المدة التي تنقضي بين التعرض لدخان التبغ غير المباشر وبدء ظهور سرطان الرئة، لا توجد حتى الآن

إن الانخفاض الفوري في مستويات التلوث وفي مستويات التعرض لدخان التبغ غير المباشر بعد تنفيذ قوانين منع التدخين (64) يؤدي إلى تحسن الصحة التنفسية بسرعة عالية. ففي اسكتلندا انخفضت الأعراض التنفسية بنسبة 26% لدى العاملين في المقاهي، وانخفض التهاب المسالك التنفسية لدى المصابين منهم بالرئتين انخفاضاً ملحوظاً في غضون ثلاثة أشهر من منع التدخين منعاً باتاً (65). وفي كاليفورنيا أبلغ العاملون في المقاهي عن انخفاض الأعراض التنفسية بنسبة 59% وعن انخفاض أعراض الاضطرابات الحسية بنسبة 78%، وذلك في غضون ثمانية أسابيع بعد تنفيذ قوانين منع التدخين في المقاهي (66).

## الأعراض التنفسية لدى العاملين في مقاهي اسكتلندا قبل العمل بقانون منع التدخين وبعد العمل به



المصدر: (65)

## قوانين منع التدخين تحد من علل الأمراض القلبية

إن التعرض لدخان التبغ غير المباشر، مهما كان قليلاً، يسهم بقوة في الإصابة بالأمراض القلبية الوعائية (67). لكن الأماكن الخالية من التدخين تقلل فوراً تقريباً معدل حدوث الذبحة الصدرية بين عموم السكان، وذلك في غضون أشهر قليلة من تنفيذ قوانين منع التدخين (68). وقد أكدت عدة دراسات أن عدد المرضى الذين يلجأون إلى المستشفيات للعلاج من النوبات القلبية قد انخفض بعد إنفاذ قوانين منع التدخين منعاً باتاً (69 - 74). وأجريت عدة دراسات

# لوائح منع التدخين تعود بفوائد أخرى

## قوانين منع التدخين تساعد المدخنين على الحد من التدخين أو الإقلاع عنه

القانون جعلهم يميلون إلى الإقلاع عن التدخين، أما من بين من أقلعوا بالفعل عن التدخين فقد أبلغ 80% منهم بأن ذلك القانون ساعدهم على الإقلاع عن هذه العادة، وأبلغ 88% منهم بأن ذلك القانون ساعدهم على الاستمرار في الإقلاع (80). وفي اسكتلندا قال 44% ممن أقلعوا عن التدخين إن قانون التحرر من دخان التبغ ساعدهم على الإقلاع عن التدخين (81).

## قوانين منع التدخين تشجع الإمتناع عن التدخين في المنازل

إن القوانين الملزمة بمنع التدخين في الأماكن العامة تشجع العائلات أيضاً على جعل منازلها خالية من دخان التبغ (82)، وفي ذلك حماية للأطفال وأعضاء الأسر الآخرين من التعرض لدخان التبغ

وتفيد التقديرات بأن الحظر التام للتدخين في أماكن العمل في عدة دول صناعية قد خفض انتشار عادة التدخين بين العاملين بنسبة متوسطها 3.8%، وخفض استهلاك التبغ بمعدل 3.1 سجائر في اليوم بين العاملين الذين لم يكفوا عن التدخين، وخفض إجمالي استهلاك العاملين للتبغ بنسبة 29% (78). ويقدر أن العاملين في الأوساط الخالية من دخان التبغ لديهم استعداد للإقلاع عن التدخين يساوي ضعف استعداد من يعملون في الأماكن المسموح فيها بالتدخين، وأن من يستمرون في التدخين يخفون استهلاكهم اليومي للتبغ بحوالي أربع سجائر في اليوم (79).

وبعد إنفاذ قانون منع التدخين في أيرلندا، أبلغ نحو 46% من المدخنين بأن ذلك

إن الأماكن الخالية من دخان التبغ تحمي غير المدخنين ولكنها تخفض أيضاً تعاطي التبغ لدى المواطنين على التدخين، وذلك بمقدار يتراوح بين سيجارتين وأربع سجائر يومياً (76)، وتساعد المدخنين الراغبين في الإقلاع على العدول عن عادة التدخين، كما تساعد المدخنين السابقين الذين كفوا بالفعل عن التدخين على أن يقلعوا عن التدخين لأجل طويل. ففي الولايات الأمريكية التي نفذت قوانين منع التدخين انخفض معدل تدخين الفرد بنسبة تتراوح بين 5% و20% بالمقارنة بالولايات الأمريكية الأخرى التي لم تصدر هذه القوانين (77).

## الأماكن الخالية

### من دخان

### التبغ تحمي

### غير المدخنين

### وتخفض أيضاً

### استهلاك التبغ بين

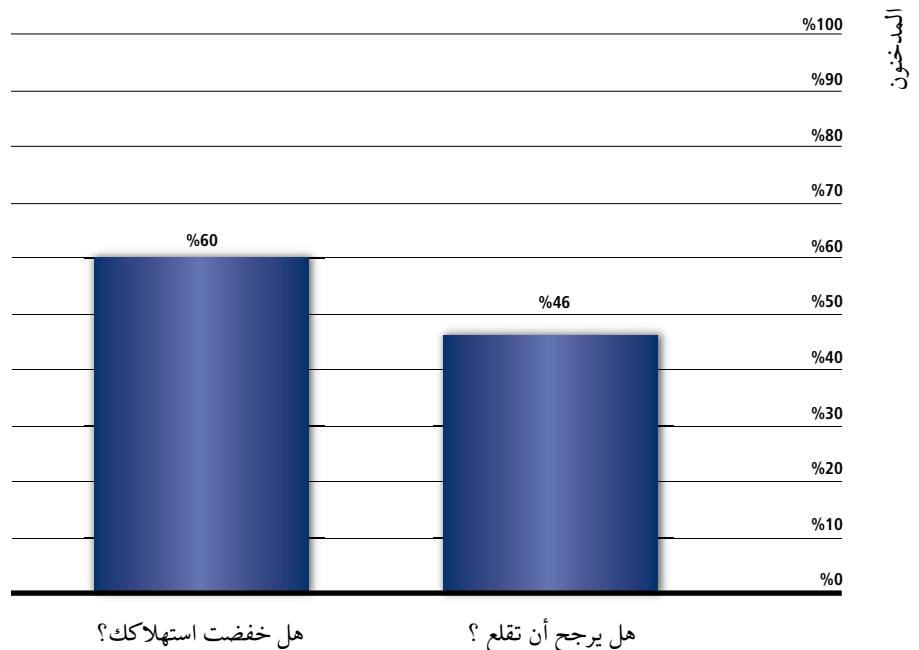
### الموظفين على

### التدخين الراغبين

### في الإقلاع عن

### هذه العادة.

## تأثير قوانين منع التدخين في أيرلندا على سلوكيات المدخنين



المصدر: (80)

البالغين والشباب لأنهم لم يجدوا حافزاً على تجربة التدخين. أما المراهقون الذين يعيشون في المنازل التي يملؤها التدخين فيرجح أن يشرعوا هم أيضاً في التدخين بأعداد تساوي ضعف ما هي في المنازل الخالية من دخان التبغ (87).

مالوا إلى الإمتناع طوعاً عن التدخين في منازلهم بعد إنفاذ قانون الأماكن الخالية من التدخين (85، 86).

وهذا الإمتناع الطوعي عن التدخين في المنازل خفض معدل التدخين بين

غير المباشر (83). ففي أستراليا تبين أن تنفيذ قوانين منع التدخين في أماكن العمل في التسعينات اقترن بزيادة حادة في نسبة البالغين الذين تلافوا تعريض الأطفال لدخان التبغ غير المباشر في المنازل (84). بل إن المدخنين أنفسهم

## قوانين منع التدخين تكتسب رواجاً شعبياً

أماكن العمل فقد حذبه الشعب بنسبة 96%، بمن في ذلك 89% من المدخنين (93). وفي ولاية كاليفورنيا أعرب 75% من السكان عن تأييدهم لقوانين منع التدخين في أماكن العمل بما فيها المطاعم والمقاهي، وذلك في غضون السنوات القليلة الأولى من بدء إنفاذ هذه القوانين في تلك الولاية في عام 1998 (94).

وإن كانت الأماكن العامة الخالية من التدخين في الصين قليلة، فإن 90% ممن يعيشون في المدن الكبرى - مدخنين وغير مدخنين - أيدوا

بنسبة 100% بعد حظر التدخين في جميع الأماكن العامة وأماكن العمل، بما في ذلك المقاهي والمطاعم والكازينوهات. واكتسب ذلك القانون تأييد ثمانية من بين كل عشرة مواطنين، وشاع هذا التأييد بين ما يقرب من ثلثي المدخنين في البلد (91). وبعد أن سنت نيوزيلندا قانون منع التدخين في عام 2004 قال 69% من مواطنيها إنهم يؤيدون حق الناس في العمل في أوساط خالية من دخان التبغ (92).

أما القانون الذي أصدرته أيرلندا في آذار/مارس 2004 لمنع التدخين في

بيئت استطلاعات الرأي العام أن قوانين منع التدخين تحظى بتأييد شعبي إلى أقصى حد أينما نفذت، وتكتسب شعبية حتى بين المدخنين، وأن هذا التأييد يزداد بمرور الوقت بعد إصدار هذه القوانين. ويبلغ هذا التأييد أشده عندما يتعلق الأمر بمنع التدخين في المستشفيات وغيرها من مرافق الرعاية الصحية، في حين يبلغ هذا التأييد أدناه عندما يتعلق الأمر بمنع التدخين في المقاهي والحانات (88 - 90).

وفي عام 2006 أصبحت أوروغواي أول بلد في الأمريكتين خالياً من التدخين

في كل بلد أصدر  
تشريعاتاً لمنع التدخين  
منعاً باتاً اكتسبت الأوساط  
الخالية من التدخين  
رواجاً شعبياً ولم يلحق  
أي ضرر بأعمالها التجارية،  
وكان أثر الحظر إما  
محايداً وإما إيجابياً.

DISFRUTEMOS DEL AIRE FRESCO EN LUGARES CERRADOS SIN HUMO DE TABACO

Quando respiras el humo de tabaco, estás respirando más de 250 sustancias tóxicas como el amoníaco y el arsénico.

Todos tenemos el derecho a respirar aire sin humo de tabaco para preservar la salud.

PORQUE TODOS RESPIRAMOS LO MISMO

حظر التدخين في مرافق النقل العام والمدارس والمستشفيات (95). ويؤيد أكثر من 80% من المقيمين في الصين منع التدخين في أماكن العمل، ويؤيد حوالي نصف السكان حظر التدخين في المطاعم والمقاهي (95). وفي روسيا التي فرضت قيوداً على التدخين في الأماكن العامة، أيد ثلث السكان الحظر التام للتدخين في المطاعم (96).

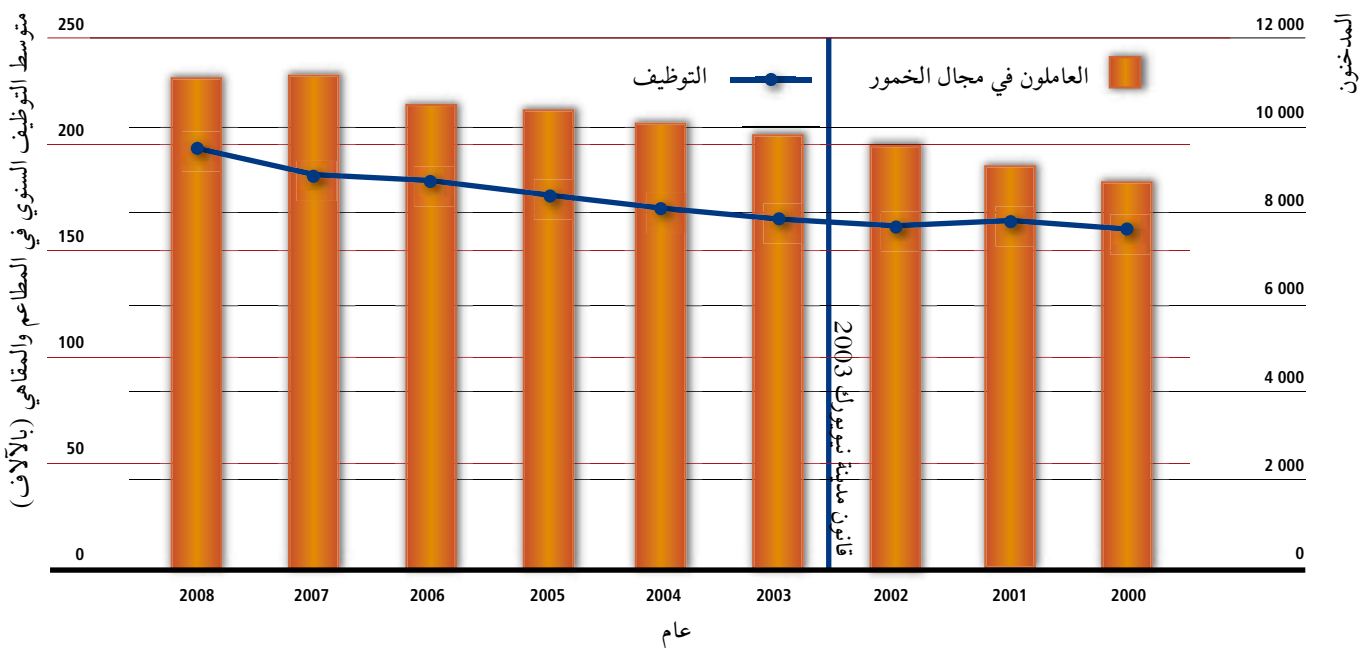
## قوانين منع التدخين لا تؤدي المنشآت التجارية

اقتصادي بأرباح المقاهي والمطاعم في مدينة لكسينغتن المتوسطة الحجم في ولاية كينتاكي (107). ولم يحدث أي ضرر اقتصادي للسياحة في فلوريدا (108). وعندما بيعت بعض المقاهي الموجودة في المجتمعات المحلية الخالية من التدخين، بيعت بأسعار لا تختلف عن أسعار المقاهي الموجودة في المناطق التي لم تحظر التدخين (109). ويمكن الاستدلال بهذه القرائن الاقتصادية لدحض المزاعم المغرضة التي تطلقها دوائر صناعة التبغ لتدخل في روع الناس أن الأماكن الخالية من التدخين تسبب ضرراً اقتصادياً (97، 110).

الأمريكية. وقد نفذت مدينة نيويورك تشريع الأماكن الخالية من التدخين على مرحلتين (شملت أولاهما معظم أماكن العمل بما فيها معظم المطاعم في عام 1995، وشملت الأخرى بقية المقاهي والمطاعم في عام 2003)، فكانت النتيجة أن ازداد التوظيف بعد بدء تنفيذ هذا التشريع في عام 1995 (105). وازداد التوظيف في المقاهي والمطاعم، وازدادت الإيرادات بعد تنفيذ المرحلة الثانية في عام 2003 (103) وما زالت في ازدياد منذ ذلك الحين. وبعد العمل في ولاية ماساتشوستس بقانون الأماكن الخالية من التدخين لم تحدث تغييرات تذكر في المؤشرات الاقتصادية لصناعة الضيافة (106) ولم يلحق أي ضرر

بالرغم من مزاعم دوائر صناعة التبغ ودوائر صناعة الضيافة، أثبتت الخبرة المكتسبة في كل بلد نفذ تشريعاً لمنع التدخين أن الأوساط الخالية من التدخين اكتسبت شعبية، وأن هذه القوانين سهلة التنفيذ وتعود بأثر محايد إن لم يكن إيجابياً لصالح الأعمال التجارية، بما فيها أعمال قطاع الضيافة (97، 98). وكانت هذه النتيجة مماثلة في جميع الأماكن التي تمت دراستها، بما فيها أستراليا وكندا والمملكة المتحدة والولايات المتحدة (99) والنرويج (100) ونيوزيلندا (101) وولاية كاليفورنيا (102) ومدينة نيويورك (103) وولايات وبلديات مختلفة في الولايات المتحدة

### متوسط التوظيف السنوي في مطاعم ومقاهي مدينة نيويورك قبل قانون منع التدخين وبعده



المصدر: (103) والبيانات الإضافية التي لم تنشر وأصدرتها سلطة ترخيص بيع الخمر في ولاية نيويورك ومؤسسة التنمية الاقتصادية في مدينة نيويورك. ملاحظة: متوسط التوظيف السنوي محسوب على أساس المجاميع الشهرية.

# محاولات دوائر صناعة التبغ لتلافي قوانين الأماكن الخالية من التدخين بنسبة 100%

لطالما عرفت دوائر صناعة التبغ أن دخان التبغ غير المباشر يحتوي نسب تركيز من المواد المسرطنة أعلى مما هي في الدخان المباشر (7). فقد وصفت هذه الدوائر، في تقرير لها صدر في عام 1978، قلق الجماهير الآخذ في الازدياد إزاء التعرض لدخان التبغ غير المباشر على أنه "أخطر تطور حتى الآن يهدد بقاء صناعة التبغ" (111). ودوائر صناعة التبغ تعلم علم اليقين أن قوانين الأماكن الخالية من التدخين مفيدة للصحة وأن النص فيها على الاستثناءات يقوض أثرها. وقد ورد في تقرير داخلي أصدرته شركة فيليب موريس في عام 1992 أن "الحظر التام للتدخين في أماكن العمل يؤثر بقوة في حجم صناعة التبغ... أما القيود الأخف على التدخين في أماكن العمل، كجعل التدخين فيها قاصراً على أماكن محددة، فأثره أخف بكثير على معدلات الإقلاع عن التدخين ولا يكاد يذكر على استهلاك التبغ" (112).

ولقد دأبت دوائر صناعة التبغ على تهيئة المظاهر للإيحاء بوجود خلاف علمي حول هذا الموضوع، وذلك في محاولة منها لمناهضة المبادرات الرامية إلى فرض القيود على استهلاك التبغ. ومع ذلك فإن الهدف النهائي لهذه المحاولات هو

الإبقاء على التدخين وزيادة الإقبال عليه والحيلولة دون إصدار السياسات المجدية التي تجعل الأماكن العامة وأماكن العمل خالية من التدخين (113). وهي لذلك تروج لتدابير أخرى مثل التهوية وتخصيص غرف للتدخين وتحاول إظهارها كما لو كانت تدابير "معقولة"، لكنها تدابير تقوض الأثر المنشود من القوانين، وتعرض الناس لدخان التبغ غير المباشر، وتحد من حوافر الإقلاع عن التدخين (114).

وبالرغم من صحة القرائن العلمية غير القابلة للشك على أضرار دخان التبغ غير المباشر، ادعت دوائر صناعة التبغ أن هذه القرائن "علم تافه"، محاولة بذلك إسقاط مصداقية النتائج العلمية (115). واستعانت هذه الدوائر أيضاً بمجموعات الدعاية المغرضة لتفنع بعض الناس برفض هذه النتائج. ومعظم المحاولات القوية لإسقاط مصداقية الدراسات العلمية عن أضرار دخان التبغ غير المباشر كانت محاولات دوائر صناعة التبغ التي اخترعت بحوثاً مزيفة ونشرتها لتدخل في روع الناس أن التعرض لدخان التبغ غير المباشر لا يضر بالصحة إلا في أدنى الحدود، وكان الدافع إلى ذلك خوفها من أن يؤدي فرض القيود على التدخين إلى تخفيض مبيعاتها وأرباحها (116).

ولجأت دوائر صناعة التبغ أيضاً إلى مهاجمة الباحثين العاكفين على دراسة آثار دخان التبغ غير المباشر، وذلك بأن انتقدت دوافعهم أو شككت في مؤهلاتهم، مع أنها اعترفت بينها وبين نفسها بصحة نتائجهم العلمية (120)، (121).

ومن المرجح أن يستنتج الباحثون الممولون من دوائر صناعة التبغ، أو المنتسبون إليها، أن دخان التبغ غير المباشر لا يضر بالصحة، وهم على استعداد للتمسك بهذا الإدعاء 100 مرة أكثر من تمسك الباحثين المستقلين بالحقيقة (122). وكثير من الأبحاث التي مولتها دوائر صناعة التبغ لا ينشر في المجلات العلمية، وجودته العلمية بائسة، ولا يصلح للاستعمال في الأوساط العلمية أو القانونية أو السياسية ما لم يخضع لتقييم مستقل (123). بل إن دوائر صناعة التبغ حاولت أيضاً إصدار مجلات طيبة لحسابها الخاص لمجرد نشر بحوث عن دخان التبغ غير المباشر تحمي مصالحها (124). وقد حكمت محكمة اتحادية في الولايات المتحدة الأمريكية على إدعاءات دوائر صناعة التبغ بأن التعرض لدخان التبغ غير المباشر لا يسبب المرض بأنها إدعاءات "خداعة" (125).

## دأبت دوائر صناعة التبغ على تهيئة المظاهر للإيحاء بوجود خلاف علمي حول هذا الموضوع، وذلك في محاولة منها لمناهضة المبادرات الرامية إلى فرض القيود على استهلاك التبغ.

# التوصيات الرئيسية

- فيما يلي التوصيات الرئيسية (4) الناجمة عن الدروس المستفادة من خبرة عدة بلدان ومئات الولايات والبلديات التي نجحت في تنفيذ قوانين منع التدخين منعاً باتاً في أماكن العمل والأماكن العامة، وهي توصيات متسقة مع المادة 8 من الإتفاقية الإطارية:
- 1 - القوانين التي تلزم بمنع التدخين منعاً باتاً - لا السياسات الطوعية - هي الضرورية لحماية الصحة العمومية.
  - 2 - ينبغي أن يكون القانون بسيطاً وواضحاً وسهل الإنفاذ وشاملاً.
  - 3 - ينبغي اتخاذ الإجراءات اللازمة على أي من المستويات القضائية وعليها جميعاً حيثما كان إعمال التشريع ممكناً.
  - 4 - استباق ودحض المعارضة التي ستثيرها دوائر صناعة التبغ وكثيراً ما ستعتمد فيها على أطراف ثالثة، أمران حاسمان.
  - 5 - مشاركة المجتمع المدني أمر لا غنى عنه لإصدار القوانين الفعالة.
  - 6 - أنشطة التثقيف والتشاور مع أصحاب المصلحة ضرورية لضمان التنفيذ السلس للقوانين.
  - 7 - وضع خطة للتنفيذ والإنفاذ وتحضير البنية التحتية اللازمة لإعمال القانون بما في ذلك المقاضاة العلنية وتوقيع الغرامات أو إغلاق المنشآت التجارية في حالة تكرار المخالفة، كلها أمور حاسمة للنجاح في تنفيذ القوانين.
- 8 - لا غنى عن رصد التنفيذ والامتثال لأنه مقياس مدى خلو الأماكن من التدخين، وحبذا لو تم توثيق الخبرة المكتسبة والنتائج ونشرها على الولايات والبلديات الأخرى لمساعدتها على إصدار وتنفيذ قوانين فعالة.
- 9 - لا الفصل المادي بين المدخنين وغير المدخنين (بإنشاء غرف للتدخين مثلاً) ولا تهوية أماكن التدخين يدرأ الخطر الذي يهدد الصحة من جراء التعرض لدخان التبغ غير المباشر..
- وإن كان المدخنون وغير المدخنين عرضة بلا استثناء لأضرار دخان التبغ غير المباشر على صحتهم، فإن الحكومات هي الملزمة بحماية الصحة بوصفها حقاً أساسياً من حقوق الإنسان (3). وهذا الواجب جزء ضمني من الحق في الحياة والحق في بلوغ أعلى مستويات الصحة الممكنة، وهما من الحقوق المعترف بها في صكوك دولية كثيرة، منها العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، وإتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، وإتفاقية حقوق الطفل. وقد أدرجت هذه الحقوق بصفة رسمية في دياجاجة الإتفاقية الإطارية بشأن مكافحة التبغ وأدرجها أكثر من 100 بلد في دستوره. أما الاتفاقات الطوعية التي كثيراً ما تروج لها دوائر صناعة التبغ بوصفها "حلاً وسطاً" فقد أثبتت عجزها عن تحقيق مرامي الصحة العمومية، لأنها لا تقضي على التعرض لدخان التبغ غير المباشر، بل تخفضه فقط في أحسن الأحوال (126). ولذلك فإن قوانين الأماكن الخالية تماماً من دخان التبغ
- هي أفضل الاستراتيجيات - إذا نُفذت بقوة - للحد من التعرض لدخان التبغ غير المباشر.
- وقد أبرز التقدم المحرز في الآونة الماضية جدوى خلو الأماكن من دخان التبغ، وأثار اهتمام العالم أجمع بالتوسع في هذه الأماكن. وحتى إن كان المزيد من العمل مطلوباً، هناك أمثلة كثيرة على انتشار سياسات الأماكن الخالية من دخان التبغ. وقد نُفذ بنجاح في عدة بلدان حظر التدخين في المطاعم والمقاهي وسائر أماكن الضيافة التي تعد عموماً أصعب الأماكن منعاً للتدخين، وكان الإلتزام به شبه شامل، وكان دعم الجماهير له قوياً. وبوسع بلدان أخرى أن تستفيد من هذه التجارب عندما تشرع في منع التدخين وتتوسع فيه لصالح الغالبية العظمى من الناس في العالم أجمع التي لم تتوفر لها بعد الحماية من التعرض لدخان التبغ غير المباشر.
- ولا يوجد أي مستوى من التعرض خال من الخطر. بل إن الأخطار التي تهدد الصحة من جراء التعرض لدخان التبغ غير المباشر هو السبب الأساسي لحظر التدخين في أماكن العمل والأماكن العامة، وذلك لأن الشخص الذي يعتمد الى التدخين يؤذي الآخرين. والأماكن المدخنين في استنشاق الهواء النظيف، وتشجع المدخنين على الإقلاع عن هذه العادة، وتتيح للحكومات قيادة أنشطة الوقاية من التبغ من خلال تدابير صحية رائجة.

# تنفيذ التدابير الفعالة يكتسب دفعة قوية

## رصد تعاطي التبغ وسياسات الوقاية منه

التقديرات المطلوبة، تصلح لاستقصاء تعاطي التبغ وحده أو لاستقصائه مع مسائل الصحة الأخرى ذات الأولوية التي تهتم وزارة الصحة في البلد. وينبغي تكرار هذه المسوحات على فواصل زمنية منتظمة باتباع نفس الأسئلة والعينات وتقنيات التحليل والإبلاغ. وينبغي توفير بيانات قابلة للمقارنة من مختلف المسوحات توخياً للدقة في رصد وتقييم

وتبادل المعلومات) شرحاً متطلبات المراقبة التي يستند إليها تنفيذ الرصد.

ويجب أن تستند نظم المراقبة والرصد والتقييم إلى ممارسات موحدة قياسياً وصحيحة علمياً لجمع وتحليل البيانات. ولذلك فإن مسوحات السكان التي تستخدم عينة اختيرت عشوائياً، وحجمها كبير بالقدر الكافي لتوفير

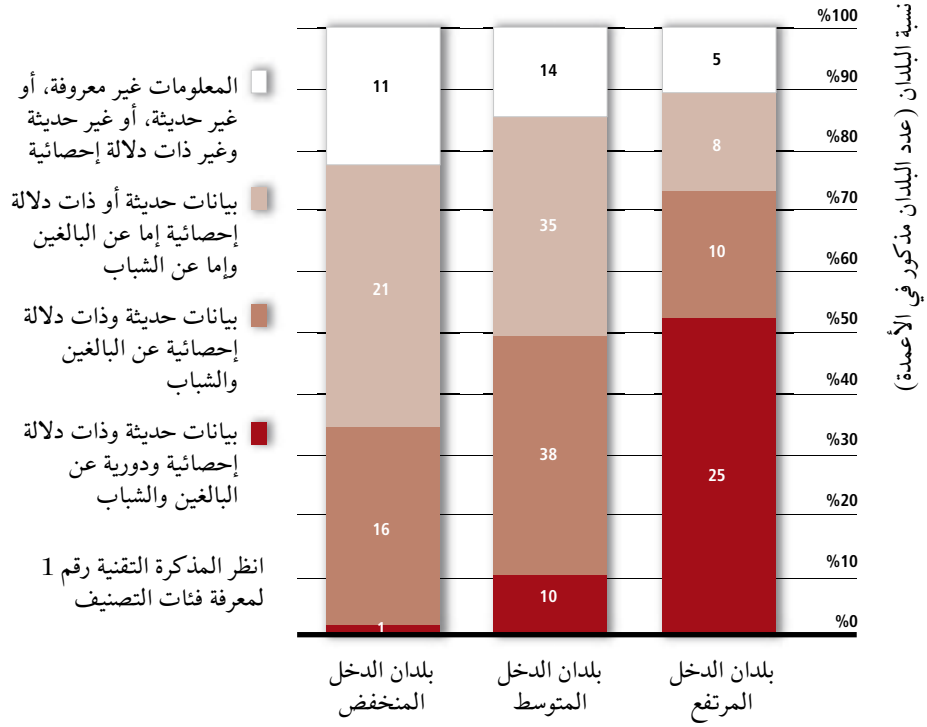
**ينبغي أن يكون الرصد ذا دلالة إحصائية وأن يتكرر بانتظام**

تشكل أنشطة المراقبة والرصد والتقييم حجر الأساس لوضع سياسات مستنيرة لمكافحة التبغ. وقد نص عدد من مواد الإتفاقية الإطارية على جمع البيانات، لكن المادة 20 (البحوث والمراقبة وتبادل المعلومات) والمادة 21 (التبليغ



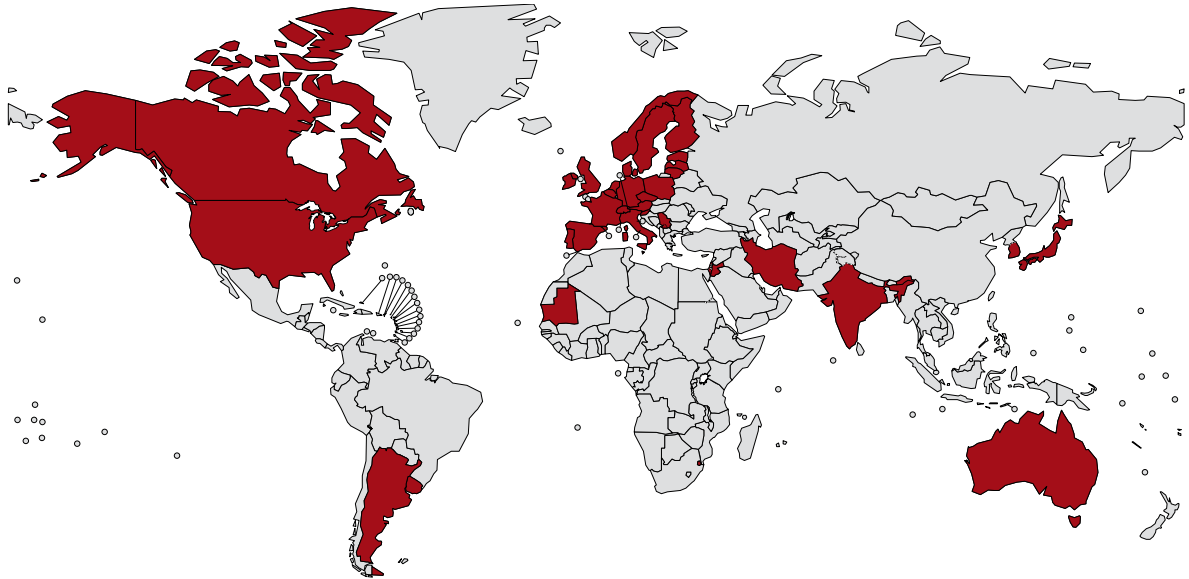


## الرصد



# أنشطة الرصد توفر بيئة حاسمة تدعم التشدد في مكافحة التبغ

رصد انتشار تعاطي التبغ - أكثر البلدان إنجازاً في عام 2008



تدخلات مكافحة التبغ على مر الزمن. ويمكن إدراج أسئلة موحدة عن تعاطي التبغ في الدراسات الاستقصائية عن السكان أو في استمارات تعداد السكان.

تشمل أنشطة الرصد الأخرى التي ينبغي الاضطلاع بها تقييم مدى إنفاذ الحكومة لسياسات مكافحة التبغ ومدى امتثال المجتمع لها، ولاسيما تقييم أنشطة تحصيل الضرائب ومدى التهرب من دفع الضرائب، ومدى خلو الأماكن من دخان التبغ، ومدى تنفيذ حظر الإعلان والتسويق.

وينبغي أيضاً رصد مدى أنشطة الإعلان عن التبغ وتسويقه وترويجه، وما هي أنواع هذه الأنشطة، ولاسيما مدى قيام دوائر صناعة التبغ برعاية التظاهرات العامة والخاصة. وقد نصت المادة 3-5 من الإتفاقية الإطارية على أهمية القضاء على تدخل دوائر صناعة التبغ لإفساد أنشطة مكافحة التبغ. فقد طلبت تلك المادة أن "تتصرف الأطراف [...] على نحو يكفل حماية هذه السياسات [سياساتها في مجال الصحة] من

المصالح التجارية وأية مصالح راسخة أخرى لدوائر صناعة التبغ...". وباعتبار هذا النص حجر الأساس في مكافحة التبغ الفعالة، أقر مؤتمر الأطراف بتوافق الآراء في تشرين الثاني/نوفمبر 2008 مبادئ توجيهية لتنفيذه (3).

وتوفر أنشطة الرصد البيئة الحاسمة لتعزيز وتوطيد سياسات مكافحة التبغ، وينبغي نشرها على نطاق واسع حتى يتسنى للحكومات وقيادات البلدان والمجتمع المدني الاستعانة بها لتطوير سياسات مكافحة التبغ وإنشاء القدرة اللازمة لتنفيذ وإنفاذ التدخلات الأخرى المنصوص عليها في السياسات الست على نحو فعال.

**ثلاث البلدان فقط هو الذي حصل من نظم الرصد على بيانات حديثة وذات دلالة إحصائية ودورية ومتكررة**

■ إن أنشطة الرصد هي عموماً أقوى ما تكون في البلدان المرتفعة الدخل. وينبغي على وجه الخصوص التقدم

فيها في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل حيث يزداد تعاطي التبغ بأكبر سرعة.

■ بيانات أكثر من 20% من البلدان المنخفضة الدخل، ونحو 15% من البلدان المتوسطة الدخل لا تشمل معلومات عن انتشار التدخين بين البالغين والشباب على الصعيد الوطني، وإذا شملتها فهي غير حديثة و/أو غير ذات دلالة إحصائية.

■ وفر 100 بلد يشمل 55% من سكان العالم (48% في عام 2007) بيانات حديثة وذات دلالة إحصائية عن انتشار تعاطي التبغ بين البالغين والشباب، مأخوذة من استقصاءات أجريت في عام 2003 أو ما بعده. لكن 36 بلداً فقط، يسكن فيها 34% من سكان العالم، هي التي جمعت أيضاً هذه البيانات بصفة دورية (أي على فواصل زمنية قدرها خمس سنوات أو أقل).

## أنشطة المراقبة والرصد والتقييم هي حجر الأساس لإعداد سياسات مستنيرة لمكافحة التبغ.

# تركيا تتوسع في استقصاء مدى تعاطي التبغ

الأضرار والوقاية منها ومنظمة الصحة العالمية. وقد بدأ المسح العالمي الخاص بالبالغين والتبغ في 14 بلدا ما بين منخفض الدخل ومتوسط الدخل وفيه عدد كبير من المدخنين. وهذا المسح استقصاء موحد لمدى تعاطي التبغ بين البالغين في الأسر، يجمع ممن عمرهم 15 سنة فما أكثر بيانات عن مدى انتشار التدخين وأنماط هذا الانتشار؛ ومدى التعرض لدخان التبغ غير المباشر؛ ومحاولات الإقلاع عن التدخين؛ ومدى تأثير وسائل الإعلام؛ ومقدار المعرفة والشعور بأضرار التبغ على الصحة، والمواقف المتخذة إزاء هذه الأضرار، ومدى إدراك وجود تدابير لمكافحة التبغ.

وبينت نتائج المسح العالمي الخاص بالبالغين والتبغ في تركيا أن 31% ممن بلغوا عمر 15 سنة فأكثر (48% من الذكور و15% من الإناث) مدخنون حاليون. وأن تعاطي التبغ ينتشر أكثر ما ينتشر بين من يتراوح عمرهم بين 25 سنة و44 سنة، وأن 40% منهم مدخنون حاليون. وأكثر من نصف البالغين في تركيا لم يحاول التدخين قط، وكان 95% من البالغين مدركين لوجود تحذيرات صحية على علب السجائر.

إن توفير البيانات عن انتشار التدخين وعن أنماط تعاطي التدخين بين البالغين والشباب هو أساس النجاح في توجيه برامج مكافحة التبغ، مادامت هذه البيانات حديثة وذات دلالة إحصائية عن سكان البلد. ومن هذا المنطلق أثبتت تركيا التزامها بالمراقبة، بادئة لأول مرة بتنفيذ المسح العالمي الخاص بالشباب والتبغ في تركيا على عينة وطنية وعينة إقليمية من الطلاب الذين كانت أعمارهم تتراوح بين 13 سنة و15 سنة في عام 2003، وكذلك بتنفيذ المسح الصحي العالمي في عام 2003.

وفي عام 2009 نفذت تركيا مرة أخرى المسح العالمي الخاص بالشباب والتبغ على عينتين ذواتي دلالة إحصائية، إحداهما وطنية، والأخرى إقليمية من أربعة مناطق في البلد (هي أكبر ثلاث مدن: أنقرة واسطنبول وإزمير، وبقية البلد). وهذه العينة البيانية تتيح مقارنة بيانات عام 2003 وبيانات عام 2009 والإطلاع على التقدم والصعوبات في أنشطة مكافحة التبغ.

وفي ديسمبر 2008 أصبحت تركيا أول بلد أنجز جمع بيانات المسح العالمي الخاص بالبالغين والتبغ والذي كان عنصرا جديدا في النظام العالمي لترصد التبغ، المشترك بين مراكز مكافحة



## رصد أنشطة دوائر صناعة التبغ في نيجيريا

وكشفت عن حفلات موسيقية وتظاهرات أخرى ترعاها دوائر صناعة التبغ لأنها احتفالات تجذب الشباب وتوزع فيها بالمجان سجائر ومنتجات تبغ أخرى، كما كشفت عن برامج تعاونية لهذه الدوائر مع مؤسسات حكومية مختلفة ومبادرات اجتماعية.

وعززت منظمة حركة الحقوق البيئية/أصدقاء الأرض قدرة منظمات كثيرة أصغر منها على المشاركة في رصد أنشطة دوائر صناعة التبغ، والدعوة إلى مكافحة التبغ على مستوى الشعب، وهي تتزعم الآن تشكيل "تحالف نيجيريا لمكافحة التبغ"، وهو تحالف غير حكومي لتنشيط مكافحة التبغ.

لا يكفي جمع البيانات عن مدى انتشار التدخين وعن أنماط تعاطي التبغ، لأن من الضروري أيضاً رصد أنشطة صناعة التبغ، لا سيما وقد صعدت هذه الدوائر وجودها في أفريقيا في الأعوام القليلة الماضية، وشرعت في تسويق منتجاتها بحملات مكثفة استهدفت الشباب بصفة خاصة.

وقد استطاعت منظمة غير حكومية في نيجيريا، اسمها "حركة الحقوق البيئية/أصدقاء الأرض"، تحديد مجموعات الدعاية المغرضة التي أنشأتها دوائر صناعة التبغ واستعانت بها في الاضطلاع بأنشطتها. وأظهرت تلك المنظمة الممارسات المغرضة ضد زراع التبغ، وتشغيل الأطفال بلا اكتراث،

## التقدم المحرز في تنفيذ سياسات التحرر من التبغ

أحرز تقدم ملحوظ بين عام 2007 وعام 2008 في حماية الناس من أضرار دخان التبغ غير المباشر. فقد انضمت سبعة بلدان أخرى (كولومبيا وجيبوتي وغواتيمالا وموريشيوس وبنما وتركيا وزامبيا) إلى مجموعة البلدان التي أقرت سياسات كاملة لمكافحة التبغ، فأصبح بذلك عدد البلدان التي سنت قوانين منع التدخين 17 بلداً.

وازدادت نسبة سكان العالم المحميين بقوانين شاملة بشأن التحرر من التبغ من 3.1% إلى 5.4% في غضون سنة واحدة فقط، وهذا يعني أن الحماية امتدت إلى 154 مليون نسمة أخرى في العالم أصبحوها في منأى عن أضرار دخان التبغ غير المباشر. وذلك لأن بعض البلدان لم تكن فيها قوانين وطنية لمكافحة التبغ أو كانت فيها حماية من التعرض لدخان التبغ في بعض فئات الأماكن العامة أو أماكن العمل، وأصبحت توفر الحماية التامة في جميع فئات الأماكن.

لكن 114 بلداً على اختلاف مستويات النمو الاقتصادي مازالت الحماية فيها بموجب القانون في أقل المستويات: فليس لديها أي سياسات بالمرّة للتحرر من التبغ أو لديها سياسات لا تشمل سوى فئة واحدة أو فئتين فقط من الفئات الثماني للأماكن العامة التي جرى تقييمها. وحوالي نصف البلدان المرتفعة الدخل، وحوالي ثلثي البلدان المنخفضة

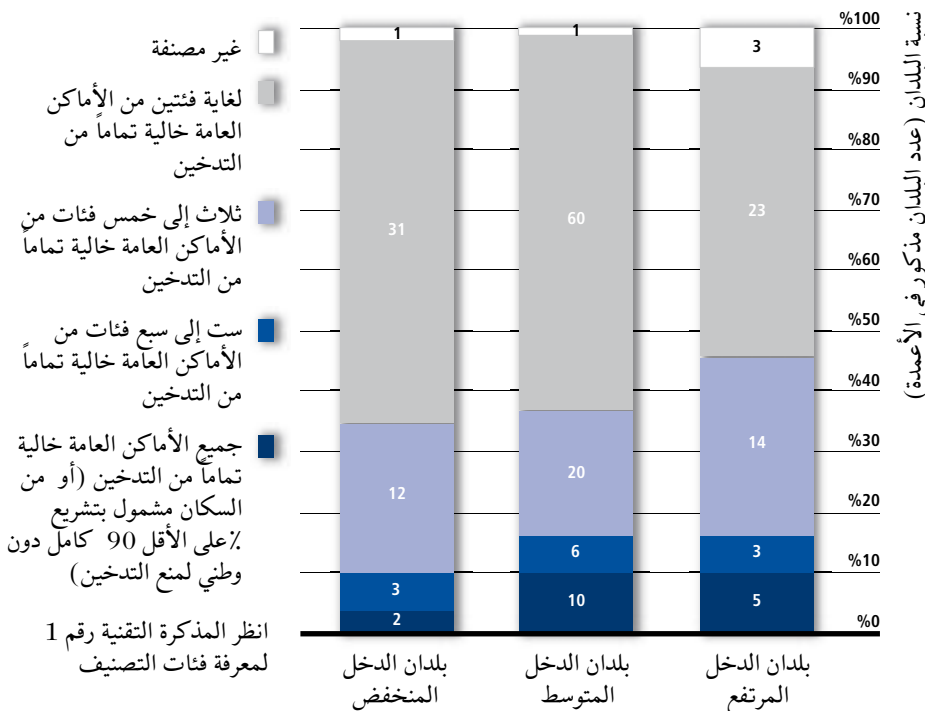
الدخل والمتوسطة الدخل، مازال مستوى الحماية فيها من دخان التبغ في أدناه. وأكثر من ثلث البلدان المرتفعة الدخل، وحوالي ربع البلدان المتوسطة الدخل، وحوالي ثلث البلدان المنخفضة الدخل، قد بلغت مستويات متوسطة في جعل ثلاث فئات أو أكثر من الأماكن العامة وأماكن العمل - لا جميعها - خالية من التدخين تماماً.

أما أكبر تقدم في إنفاذ قوانين منع التدخين فقد أحرزته البلدان المتوسطة الدخل، فقد سنت ستة بلدان منها - من بين سبعة بلدان إضافية - سياسات شاملة لجميع فئات الأماكن العامة.

وللتوسع في حظر التدخين في أماكن عديدة، ومنها المطاعم والمقاهي، اضطرت بلدان كثيرة لأسباب سياسية إلى النص في قوانين منع التدخين على الإعفاء منها في حالة تخصيص غرف مستقلة للتدخين. لكن إنشاء هذه الغرف

أمر معقد وصعب تقنياً إلى درجة ستجعل القليل من المصالح التجارية قادراً على إنشائها، وقد لا تستطيع أي منشأة أن تشرع في ذلك. وبالنظر إلى غياب أي بيانات عن عدد الغرف المخصصة للتدخين التي تم إنشاؤها بالفعل، لا يسعنا أن نعرف ما إذا كانت تلك القوانين قد أدت القصد منها وهو عدم إنشاء أي غرف من هذا القبيل. ولهذا السبب لم يتسن تصنيف هذه البلدان في التحليل الوارد في هذا الفرع. وسوف تشمل أنشطة جمع البيانات في المستقبل هذه التدابير بالإضافة إلى تقييم إنفاذ القوانين. وكما سسلف الذكر في بداية هذا التقرير وفي المبادئ التوجيهية لتنفيذ المادة 8 من الإتفاقية الإطارية وفي تقارير أخرى حكومية وغير حكومية، لا تضمن التهوية والغرف المخصصة للتدخين أي حماية تامة من أضرار دخان التبغ غير المباشر، ولذلك فالقوانين الوحيدة التي توفر الحماية التامة هي القوانين التي تسفر عن خلو جميع الأماكن العامة خلواً تاماً من التدخين.

## قوانين منع التدخين



## بلدان قليلة هي التي تمتلك قوانين منع التدخين الشاملة أمثالاً جيداً

السياسات الجيدة التي لا يتم الإلتزام بها على النحو الوافي لا تحمي الناس من أخطار التعرض لدخان التبغ غير المباشر. وتنفيذ السياسات يجب أن يقترن بمستوى عال من الإلتزام بها من أجل تزويد السكان بحماية فعلية لا بحماية نظرية على الورق. ويتفاوت مستوى امتثال هذه السياسات تفاوتاً كبيراً من بلد إلى آخر، ومن المرجح احترام الحظر التام أكثر من احترام القوانين التي تمنع التدخين في بعض الأماكن العامة دون غيرها. والبلدان التي يعوزها الحظر الشامل للتدخين هي التي يرجح أن تحقق أدنى مستوى من الامتثال.

5% من السكان هم الذين يتمتعون بالحماية بموجب قوانين منع التدخين في المطاعم والحانات والمقاهي.

وحوالي ثلث البلدان يحمي سكانه من التعرض لدخان التبغ غير المباشر، وذلك بموجب قوانين تشمل الجامعات، وحوالي 30% من البلدان يحمي سكانه من دخان التبغ في المنشآت الحكومية، و22% فقط من البلدان يحمي العاملين في المكاتب. وقوانين منع التدخين في 30% تقريباً من البلدان تحمي الناس من التعرض لدخان التبغ في مرافق النقل العام، وإن كان التدخين كثيراً ما يحظر في وسائل النقل فمن المرجح أن يسمح به في المحطات أو في السيارات شبه الخصوصية مثل سيارات الأجرة.

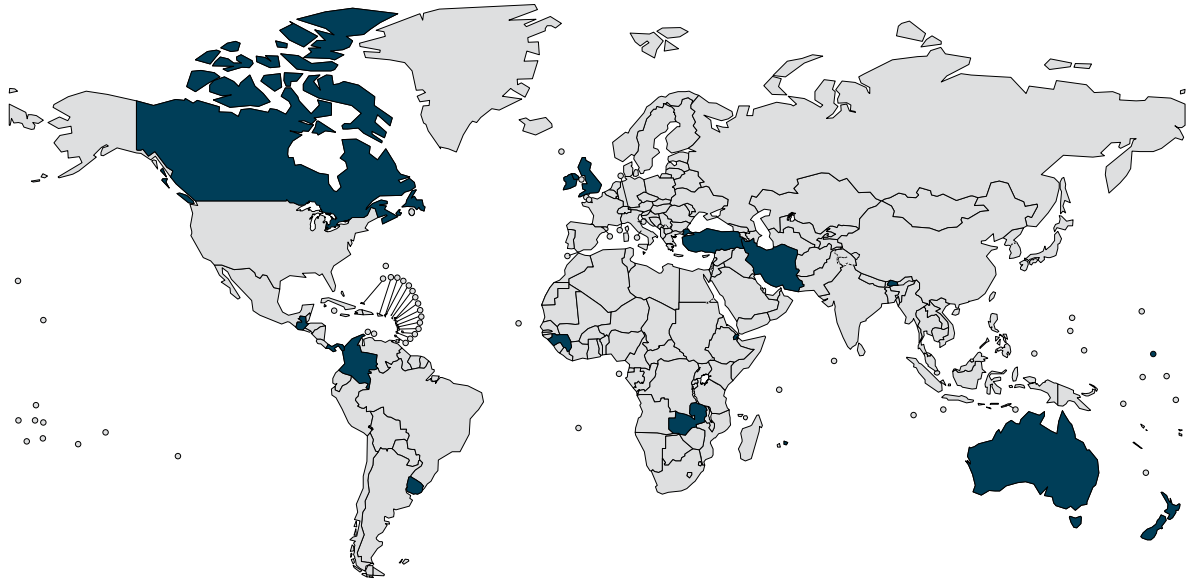
## من الأرجح أن تشمل قوانين منع التدخين بعض الأماكن دون غيرها

17 بلداً في الوقت الراهن هي التي لديها سياسات لمنع التدخين تنص على الحماية الشاملة والفعالة من دخان التبغ غير المباشر. وفي الغالبية العظمى من البلدان لا يتمتع العاملون وأفراد الجمهور بحماية متساوية من التعرض لدخان التبغ غير المباشر، وبذلك فإن بعض العاملين مازالوا معرضين في حالات عديدة للمؤثرات السامة.

وحوالي نصف سكان العالم (49%) يتمتع الآن بالحماية التي توفرها السياسات الوطنية لمنع التدخين في مرافق الرعاية الصحية والتعليم، ولكن

# 17 بلداً في الوقت الراهن هي التي لديها سياسات لمنع التدخين تنص على الحماية الشاملة والفعالة من دخان التبغ غير المباشر

الأوساط الخالية من التدخين: أكثر البلدان إنجازاً في عام 2008



مرتفعة الدخل لديها قوانين شاملة في مجال التحرر من التبغ نصت ثلاثة بلدان منها بلهجة تشريعية على إنشاء آليات قوية لإنفاذ قوانين منع التدخين. أما في مجموعة البلدان المتوسطة الدخل فإن ثمانية من بين عشرة منها لديها قوانين شاملة بشأن التحرر من التبغ هي التي لديها آليات إنفاذ قوية، وكذلك الأمر في أحد البلب المنخفضي الدخل دين اللذين منعا التدخين في جميع الأماكن العامة.

تحقق فيها أعلى امتثال هي قطاع النقل العام (50% من البلدان حققت امتثالا عاليا)، والمكاتب الداخلية (49%) ومرافق الرعاية الصحية (42%) والمطاعم (32%) والمقاهي (30%).

### البلدان التي تنفذ القوانين الشاملة بشأن التحرر من التبغ هي التي نصت على الأرجح على أحكام قوية في مجال الإنفاذ

من الأرجح أن تحقق البلدان الغنية أعلى امتثال لقوانينها الخاصة بالتحرر من التبغ. ومن بين البلدان المرتفعة الدخل نجد أربعة أو خمسة من البلدان التي نفذت تشريعا وطنيا شاملا قد بلغت مستوى عاليا من الامتثال (بلد واحد لم يقدم تقريره عن مدى الامتثال). أما من بين البلدان المتوسطة الدخل التي سنت قوانين شاملة فإن ثلاثة بلدان فقط منها هي التي حققت امتثالا جيدا. في حين لم يحقق البلدان المنخفضا الدخل اللذان لديهما قوانين شاملة مستوى عاليا من الامتثال، الأمر الذي يوحي بأن الحماية التي نصت عليها هذه القوانين لم تعم المواطنين.

ويتفاوت مستوى الامتثال لسياسات التحرر من التبغ تفاوتاً كبيراً حسب تفاوت الموقع، لأن ما يقرب من نصف البلدان التي أقرت هذه السياسات (حوالي 50%) أبلغ عن مستوى عال من الامتثال في أحد القطاعات. والقطاعات التي

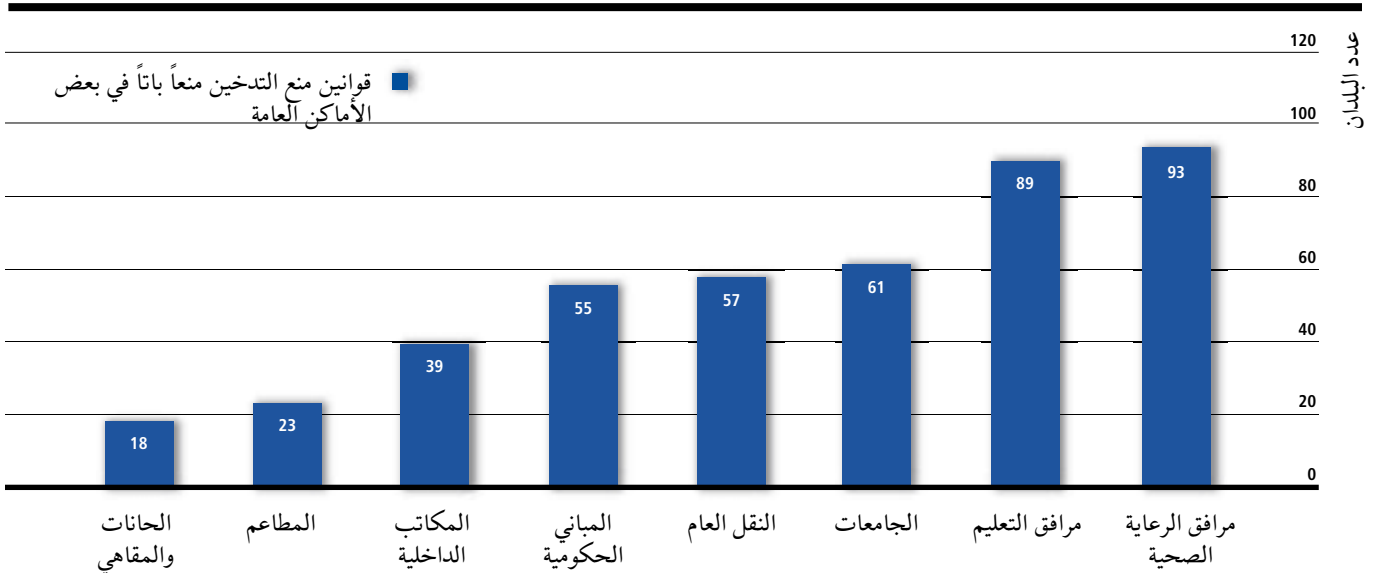
جمعت في عام 2008 لأول مرة بيانات عن مدى احتواء قوانين منع التدخين أحكاماً قانونية بشأن إنفاذها. وتشمل آليات الإنفاذ القوي لقوانين منع التدخين أحكاماً مختلفة مثل توقيع الغرامات على المنشآت التجارية التي تنتهك هذه القوانين، وإنشاء نظام شكاوى للإبلاغ عن الانتهاكات، ويرجح أن تكون البلدان المرتفعة الدخل هي التي أدرجت هذه الأحكام في قوانينها. فمن بين خمسة بلدان

### القوانين دون الوطنية للتحرر من التبغ

جمعت في هتك 2008 لأول مرة بيانات عن مدى تنفيذ القوانين دون الوطنية. فكثير من البلدان لديه نظام حكومة يعطي الولايات والمحافظات والبلديات سلطة تشريعية كبيرة تجعلها قادرة على إصدار قوانين منع التدخين (وقوانين أخرى) باستقلالية عن الحكومة الوطنية.

## يتفاوت مستوى امتثال سياسات التحرر من التبغ تفاوتاً كبيراً، والأرجح أن يكون الحظر الشامل أكثر احتراماً من القيود الجزئية.

حالة قوانين منع التدخين التي تشمل فئات مختلفة من الأماكن العامة



مجموع السكان (بالآلاف)	السكان المشمولون بقوانين منع التدخين منعاً باتاً في المقاطعات الكبيرة دون الوطنية		البلد
	العدد (بالآلاف)	النسبة المئوية	
61 019	61 019	100	المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية
33 170	32 589	98	كندا
20 951	20 142	96	أستراليا
4 503	1 292	29	الإمارات العربية المتحدة
308 798	84 999	28	الولايات المتحدة الأمريكية
4 424	623	14	جمهورية أفريقيا الوسطى
29 492	4 069	14	العراق
39 934	4 813	12	الأرجنتين
107 801	8 605	8	المكسيك
7 512	329	4	سويسرا
28 122	873	3	جمهورية فنزويلا البوليفارية
1 344 074	7 000	1	الصين
سكان العالم: 6 741 434	226 320	3.4	المجموع

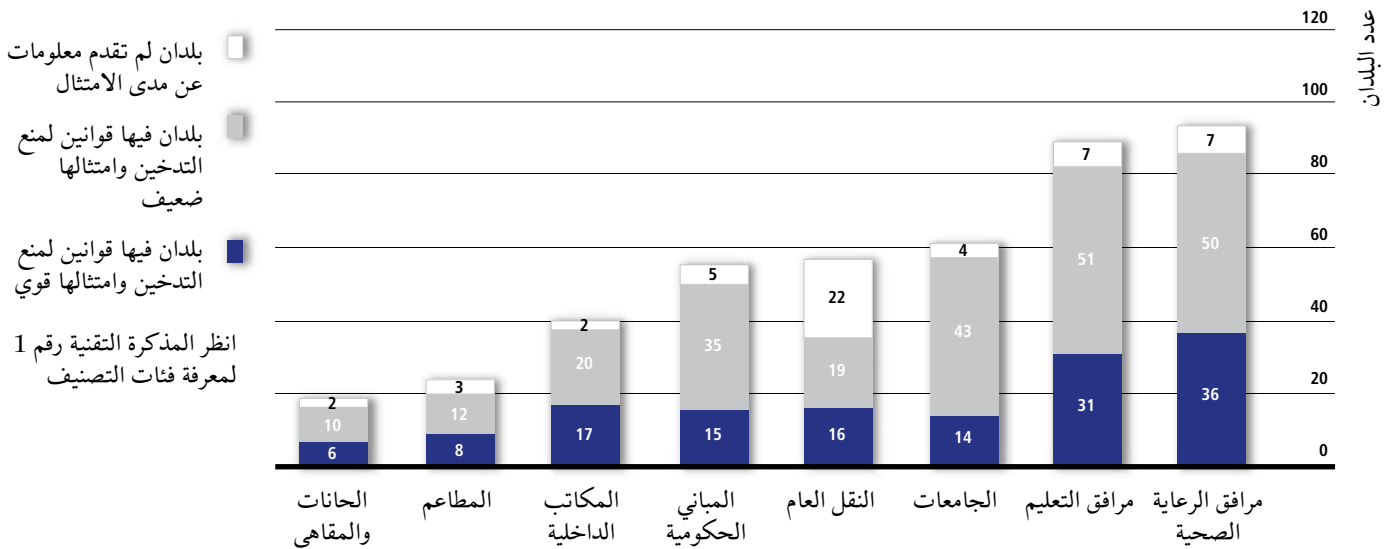
من بين البلدان الكثيرة التي لم تسن قوانين وطنية شاملة في مجال التحرر من التبغ، نجحت بعض مقاطعاتها وبلدياتها في إصدار تشريعات شاملة خاصة بها. وغالباً ما يصبح سن قوانين منع التدخين أسهل سياسياً عندما تشمل هذه القوانين عدداً صغيراً من السكان، مثلما يحدث في المدن أو المحافظات. وفي بعض البلدان (ولاسيما أستراليا وكندا والولايات المتحدة) تتمتع حكومات الولايات والمحافظات والبلديات بسلطات تشريعية عريضة النطاق مثل

التي تتمتع بها الحكومات الوطنية في معظم البلدان الأخرى. وفي الوقت الراهن يتمتع 7% من سكان البلدان المرتفعة الدخل بالحماية من دخان التبغ بموجب قوانين شاملة صدرت على الصعيد الوطني، في حين تتمتع نسبة أخرى قدرها 8% من سكان هذه البلدان بهذه الحماية بموجب قوانين دون وطنية. ومع ذلك لم تنفذ في البلدان المتوسطة الدخل والبلدان المنخفضة الدخل قوانين دون وطنية.

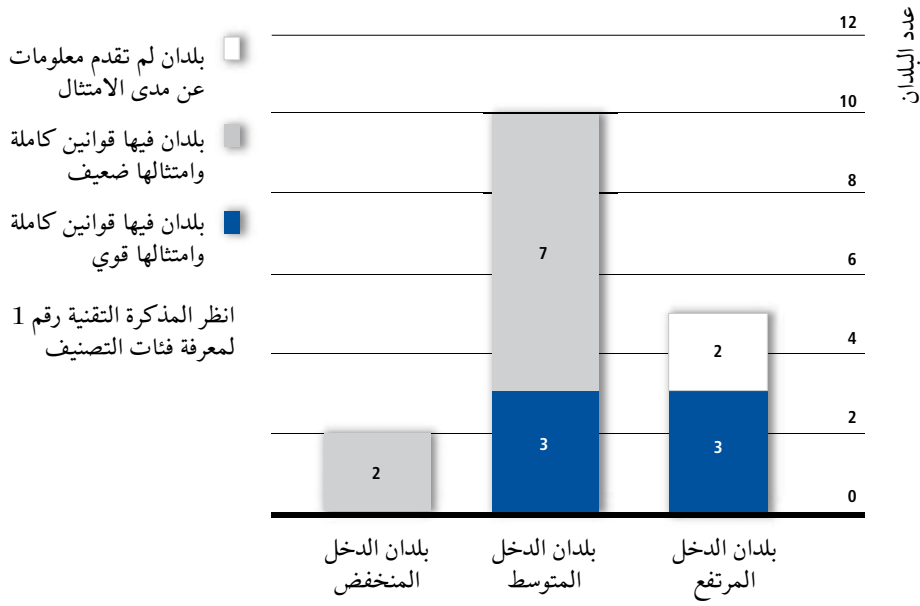
بالرغم من تمتع بعض سلطاتها دون الوطنية بحق إصدار هذه القوانين. ولو تسنى للمحافظات والبلديات التي تتمتع بسلطة تنفيذ سياسات منع التدخين الشاملة أن تنفذ هذه السياسات لتوفرت الحماية من دخان التبغ غير المباشر لنحو 3.3 مليار نسمة. ومن بين السكان غير المحميين بقوانين حالية لمنع التدخين يمكن حماية 53% منهم بقوانين دون وطنية.

التي تتمتع بها الحكومات الوطنية في معظم البلدان الأخرى. وفي الوقت الراهن يتمتع 7% من سكان البلدان المرتفعة الدخل بالحماية من دخان التبغ بموجب قوانين شاملة صدرت على الصعيد الوطني، في حين تتمتع نسبة أخرى قدرها 8% من سكان هذه البلدان بهذه الحماية بموجب قوانين دون وطنية. ومع ذلك لم تنفذ في البلدان المتوسطة الدخل والبلدان المنخفضة الدخل قوانين دون وطنية.

### مدى امتثال قوانين التحرر من دخان التبغ حسب الموقع

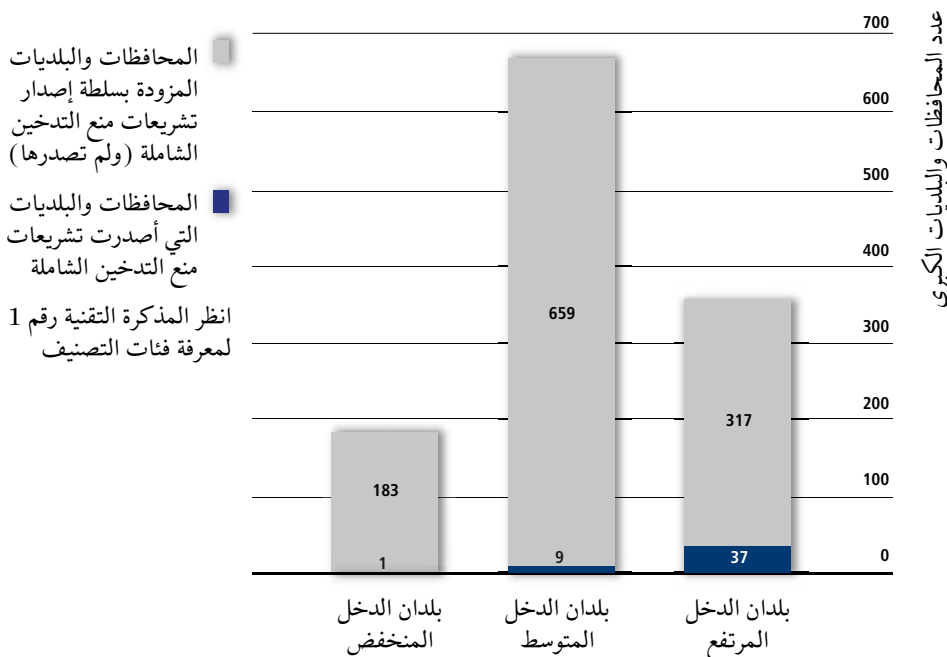


## مدى امتثال القوانين الكاملة في مجال التحرر من التبغ



**تنفيذ سياسات التحرر من التبغ يجب أن يقترن أيضاً بمستوى عال من الإلتزام بها من أجل تزويد السكان بحماية فعلية لا بحماية نظرية على الورق.**

## إمكانات حماية الناس من دخان التبغ غير المباشر بتشريعات دون وطنية





## ولاية مكسيكو الاتحادية خالية من التبغ بنسبة 100%



المجتمع المدني لتنسيق الإجراءات اللازمة لدعم تشريع منع التدخين، واتبعت استراتيجية إعلامية ملفتة للانتباه اجتذبت بها المناصرين من أهل السياسة والمجتمع المدني، وضمنت الموارد المالية اللازمة لتنفيذ الحملات الترويجية والبحوث اللازمة لدعم برامج العمل المناهضة للتدخين وتنويرها بالمعلومات وإذكاء الوعي بها.

وكان دعم الجماهير لهذا القانون قوياً للغاية طوال المراحل التي سبقت إصداره، ثم ازداد قوة بعد سريانه، حتى أصبح أكثر من 90% من المقيمين في ولاية مكسيكو الاتحادية يؤيدون القيود المفروضة على التدخين في أماكن العمل والمطاعم والفنادق، وأكثر من 70% يؤيدون حظر التدخين في المقاهي. وانخفضت نسبة من اشتكوا من التعرض لدخان التبغ غير المباشر في الشهر الماضي من 80% إلى أكثر قليلاً من 50%، وانخفض التعرض اليومي من 28% إلى 12%. وبعد أن ترسخ منع التدخين رأى 98% ممن جرى استطلاع آرائهم أن دخان التبغ غير المباشر خطر، ورأى 97% أن القانون عاد بالفائدة على صحتهم، ورأى 98% أن من حق الناس استنشاق الهواء النظيف.

وبالانضمام إلى ولايات مكسيكية أخرى كبيرة خالية من التدخين، ضربت ولاية مكسيكو الاتحادية المثل لاتخاذ إجراءات مشابهة في جميع أنحاء أمريكا اللاتينية والعالم.

أصدرت ولاية مكسيكو الاتحادية (ولاية العاصمة الاتحادية) التي يقطنها 9 ملايين نسمة قانوناً شاملاً في مجال التحرر من التبغ في شباط/فبراير 2008 يحرم التدخين في الأماكن العامة الخارجية وأماكن

العمل، ولاسيما في مرافق النقل العام والمطاعم والمقاهي. ونص هذا القانون تحديداً على عدم السماح بتخصيص أماكن للتدخين. وقبل صدور هذا القانون كان حوالي 40% من البالغين الذكور وحوالي 17% من البالغات يتعاطون التبغ باستمرار وبمعدلات أعلى بكثير من معدلات التدخين في بقية البلد. وقبل شباط/فبراير 2008 كانت هناك تدابير محدودة للحماية من دخان التبغ ولكنها كانت موضع تجاهل شبه تام.

ولذلك اتخذ رئيس حكومة العاصمة الاتحادية، هو والجمعية التشريعية، بدعم من مناصري مكافحة التبغ، التدابير اللازمة لحماية جميع مواطني ولاية العاصمة الاتحادية من دخان التبغ غير المباشر، وذلك باصدار قانون عام 2008. وطوال جميع مراحل الإجراءات السياسية التي سبقت اصدار هذا القانون، تعاونت حكومة ولاية العاصمة الاتحادية مع مناصري مكافحة التبغ، وحشدت دعماً قوياً ومشاركة إيجابية من الشركاء من

## قوانين منع التدخين في نيوزيلندا اكتسبت شعبية وأصبحت جيدة الإنفاذ

**auahi kore**

إن نسبة المدخنين الذين أيدوا حظر التدخين في المقاهي ازدادت بقوة من 29% في عام 2004 إلى 64% في عام 2006. وأعلن 90% تقريباً ممن تم استطلاع آرائهم في عام 2006 أنهم يؤيدون حظر التدخين في المطاعم، وقد أعلن ذلك أيضاً 75% من المدخنين.

وأثبتت الدراسات وجود مستويات عالية جداً من امتثال قانون منع التدخين. فقد انخفضت نسبة من اشتكوا من التعرض لدخان التبغ غير المباشر في أماكن العمل من 21% في عام 2004 إلى 8% في عام 2006، وانخفض معدل تعرض العاملين في المقاهي لدخان التبغ غير المباشر بنحو 90%. وكانت الإجراءات القانونية التي اتخذتها سلطات الصحة إزاء الانتهاكات نادرة حتى إن الملاحقات القضائية لم تتجاوز 10 دعاوى. وعلى عكس ما أُنذِر به معارضو هذا القانون من أنه سيلحق ضرراً بالغاً بدوائر صناعة الضيافة، لم ينخفض دخل العاملين في المقاهي ولم تنخفض إيرادات المقاهي.

تعد سياسات مكافحة التبغ في نيوزيلندا من أقوى السياسات في العالم، وقد سن هذا البلد في البداية تشريعاً في عام 1990 فرض بموجبه قيوداً على التدخين في بعض الأماكن مثل أماكن العمل والمدارس. وفي كانون الأول/ديسمبر بدأ سريان قانون شامل في مجال التحرر من التبغ، عزز القانون السابق ووسع نطاقه ليشمل جميع الأماكن الداخلية ولاسيما في قطاع الضيافة (الحانات والمقاهي والمطاعم والكازينوهات) دونما إعفاء حتى لو خصصت غرف للتدخين.

وبالنظر إلى كثافة الحملة التثقيفية التي شجعت مدخنين كثيرين في نيوزيلندا على اختيار يوم لبدء إقلاعهم عن التدخين، ازداد الطلب بشدة على خدمات المساعدة على الإقلاع عن التدخين في الفترة اللاحقة مباشرة. وطرأت زيادة كبيرة على عدد المكالمات الموجهة إلى خط الهاتف الوطني لمساعدة المدخنين، وازداد بنسبة 20% عدد من حصلوا على العلاج المدعوم من الحكومة للاستعاضة عن النيكوتين. وهكذا كان قبول الجماهير لقانون منع التدخين قوياً، وكان دعمهم لتعزيزه مستمراً منذ العمل به. ففي عام 2004 أيد 61% من النيوزيلنديين حظر التدخين في المقاهي والحانات والنوادي الليلية، وازداد هذا التأييد إلى 74% في عام 2005 ثم إلى 82% في عام 2006. بل

## العلاج من الاعتماد على التبغ يساعد المدخنين على الإقلاع عنه ويدعم مبادرات مكافحة التبغ الأخرى

والمساعدة، والحصول المجاني على الأدوية اللازمة للإقلاع عن التدخين.

وتقديم المشورة السريعة من خلال الخدمات الصحية إلى المدخنين يقتضي نظاماً جيد التشغيل للرعاية الصحية. ولتعزيز الرعاية الصحية الأولية يمكن الاعتماد على الاستراتيجيات التي وضعتها المنظمة لتعزيز نظم الصحة استناداً إلى ستة مرتكزات (القيادة/الإدارة الرشيدة، والقوى العاملة الصحية، والدعم بالمعلومات، والمنتجات والتكنولوجيا الطبية، والتمويل، وتقديم الخدمات) (133). والمشورة السريعة للإقلاع عن التدخين قليلة التكاليف نسبياً إذا قدمت من خلال خدمات الرعاية الصحية، ويتقبلها المدخنون بسهولة، ويصل مفعولها إلى أقصاه إذا كانت واضحة وقوية ومناسبة لاحتياجات الشخص (128). وتوجد عدة فرص أو مداخل لإدماج المشورة

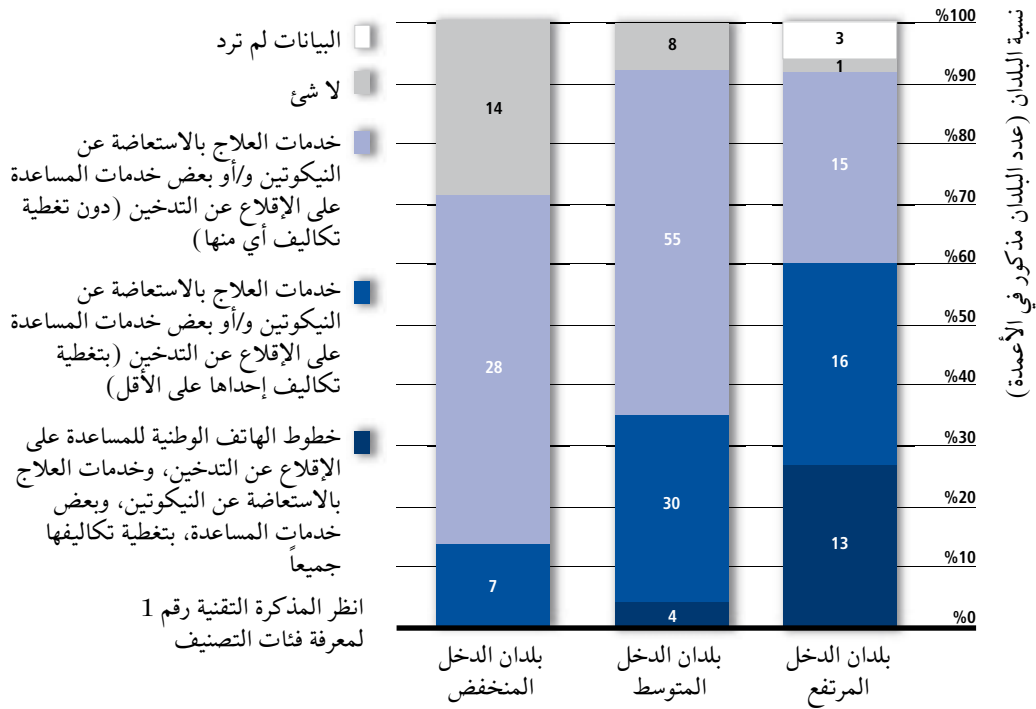
وعلاج الاعتماد على التبغ مسؤولية تقع في المقام الأول على نظام الرعاية الصحية في كل بلد (1). وبالرغم من أن تدخلات الإقلاع عن التدخين لا تؤثر كثيراً في السكان عامة، فإنها تفيد صحة الأفراد، وتعد هذه التدخلات فعالة التكاليف إذا قورنت بأنشطة كثيرة أخرى في النظام الصحي (139). ذلك لأن من يقلعون عن التدخين - بصرف النظر عن أعمارهم أو تاريخهم في التدخين أو حالتهم الصحية - يشعرون فوراً بالفوائد الصحية، ويخفون معظم المخاطر المرتبطة بالتدخين في غضون سنوات قليلة من إقلاعهم عنه (131، 132).

وينطوي العلاج من الاعتماد على التبغ على أساليب مختلفة، بشرط أن تشمل برامج العلاج ما يلي: تقديم المشورة من خلال خدمات الرعاية الصحية؛ وفتح خطوط هاتفية سهلة ومجانية لتقديم

من الصعب على المدخنين الذين يبلغ عددهم مليار نسمة في العالم أن يقلعوا عن تعاطي التبغ. لكن معظم المدخنين ما أن يدركوا أخطار التبغ على الصحة تساورهم الرغبة في الإقلاع عنه (127). وإن كان معظم من يقلعون عن التدخين يقلعون من تلقاء أنفسهم بلا حاجة إلى التدخلات، فإن تقديم يد المساعدة إليهم سيزيد من معدلات الإقلاع (128). وعلى هذا الأساس طلب مؤتمر الأطراف في تشرين الثاني/نوفمبر 2008 أن يعد فريق عامل مبادئ توجيهية تساعد الأطراف على تنفيذ المادة 14 من الإطارية من أجل تقديم المساعدات اللازمة، وأن يقدم تقريره إلى مؤتمر الأطراف في عام 2010 (129).

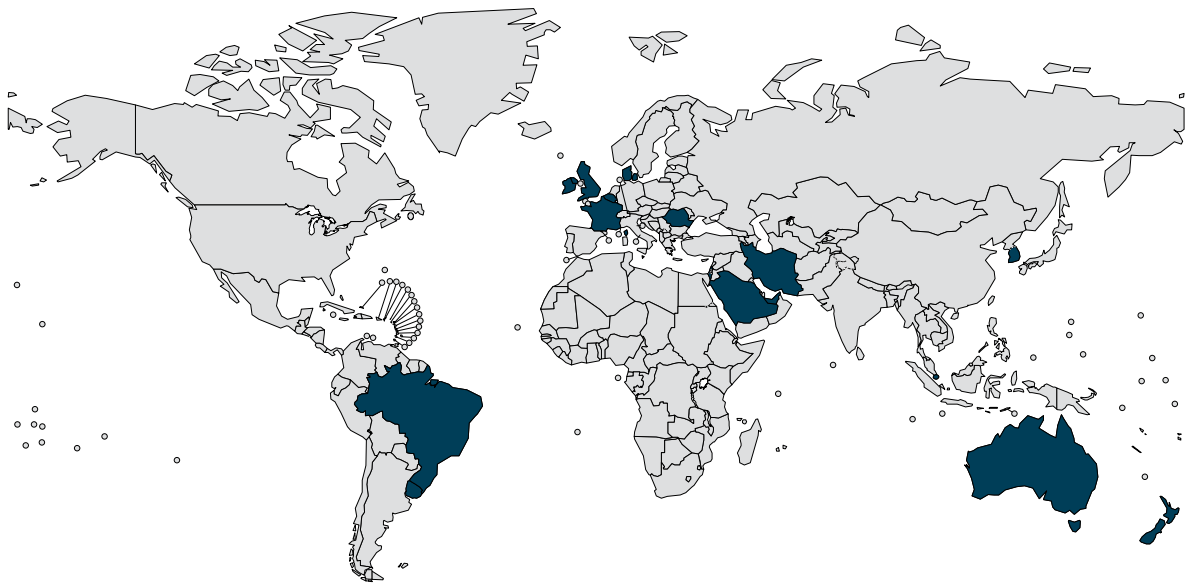


## العلاج من الاعتماد على التبغ



مفعول خدمات المساعدة على الإقلاع عن التدخين يصل إلى أقصاه عندما تقدم هذه الخدمات من خلال برنامج منسق لمكافحة التبغ

العلاج من الاعتماد على التبغ - أكثر البلدان إنجازاً في عام 2008



السريعة بخصوص الإقلاع عن التدخين في خدمات الرعاية الصحية. وقد بدأ بالفعل إدماج هذه المشورة السريعة في تدابير علاج وتوقى الأمراض القلبية الوعائية والسل (134، 135). وينبغي أن يكون الأطباء وهيئة التمريض قدوة حسنة بأن يمتنعوا هم أيضاً عن التدخين.

ويمكن تقديم المشورة والنصح أيضاً عبر الهاتف من خطوط المساعدة الهاتفية، على أن يكون الاتصال بها مجاناً وسهلاً على أفراد الجمهور في المواقف المناسبة لهم (136).

الطريقة المثالية للعلاج بالأدوية من إدمان النيكوتين هي ربط هذا العلاج بتقديم المشورة والنصح حتى وإن كان العلاج الدوائي فعال في حد ذاته (128). والأدوية التي تساعد على الكف عن التدخين تضاعف احتمال النجاح في الإقلاع عن التدخين، ويزداد هذا الاحتمال إذا اقترن الدواء بالنصح. وقد أضيفت مؤخراً أدوية العلاج بالاستعاضة عن النيكوتين إلى الطبعة السادسة عشرة من القائمة النموذجية للأدوية الأساسية، لأنها أدوية فعالة بدليل قرائن عالية الجودة، ومقبولة من حيث مأمونيتها ومردوديتها (137). ولذلك ينبغي أن يكون هذا العلاج، أو بعض أشكاله على الأقل، متاحاً على نطاق عريض بأسعار ميسورة جداً لكل من يريد الإقلاع عن تعاطي التبغ.

ومفعول خدمات المساعدة على الإقلاع عن التدخين يصل إلى أقصاه عندما تقدم هذه الخدمات من خلال برنامج منسق لمكافحة التبغ. وينبغي للبلدان الغنية بما لها من موارد مالية وفيرة أن تقدم بالمجان أو بتكلفة زهيدة خدمات متكاملة للإقلاع عن التدخين، وبوسع البلدان المتوسطة الدخل والبلدان المنخفضة الدخل أن

بالاستعاضة عن النيكوتين، وقدمت خدمات أخرى للكف عن التدخين، 17 بلداً يقطنها 8.2% من سكان العالم (مقابل 7.7% في عام 2007).

■ أحرزت البلدان المرتفعة الدخل أكبر تقدم إزاء مساعدة الناس على الإقلاع عن التدخين، لأن 27% من هذه البلدان شغل خطوطاً هاتفية وطنية للمساعدة على الإقلاع عن التدخين وغطى ولو جزئياً تكاليف العلاج بالاستعاضة عن النيكوتين وتكاليف بعض الخدمات الأخرى في مجال الإقلاع عن التدخين. علماً بأن البلدان المرتفعة الدخل هي الأقدر على تحمل هذه التكاليف.

■ حوالي ثلث البلدان المتوسطة الدخل، وأقل من 15% من البلدان المنخفضة الدخل، تغطي تكاليف العلاج بالاستعاضة عن النيكوتين و/أو خدمات المساعدة على الإقلاع عن التدخين. لكن أربعة بلدان متوسطة الدخل فقط هي التي فتحت خطوط المساعدة الهاتفية المجانية وعمدت إلى تغطية تكاليف العلاج بالاستعاضة عن النيكوتين وتكاليف خدمات المساعدة على الإقلاع عن التدخين. وما من بلد واحد منخفض الدخل قد فعل ذلك.

■ في الغالبية العظمى من البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل لا تغطي الحكومة تكاليف المساعدة على الإقلاع عن التدخين، ولا يقدم 8% من البلدان المتوسطة الدخل أي مساعدة بالمرّة للمدخنين.

تنفذ هي أيضاً بعض هذه الخدمات تنفيذاً فعالاً. ومعظم البلدان تستطيع تقديم النصح بطرق فعالة مهما تجاوز الدعم المالي للأدوية حدود ميزانياتها. فقد ضربت أوروغواي المثل، فهي بلد متوسط الدخل وملتزم بقوة بمكافحة التبغ بالطرق الفعالة، ونفذ بعض عناصر برنامج شامل للمساعدة على الإقلاع عن التدخين. وتحمل أوروغواي بعض تكاليف أنواع معينة من أدوية الاستعاضة عن النيكوتين وأدوية أخرى، ولكنها لا تتحمل تكاليف فئات أخرى من الأدوية بسبب الصعوبات المالية. وقد وضعت أوروغواي مبادئ توجيهية وطنية للعلاج بالاستعاضة عن النيكوتين، تشغل خدمات مكثفة لتقديم النصح، وليس لديها الآن خطوط هاتفية لمساعدة المدخنين على الإقلاع عن التدخين، ولا آلية رسمية لتقديم النصائح الطبية من خلال الرعاية الصحية الأولية، ولكنها تعتزم تشغيل خدمات من هذا القبيل في المستقبل القريب ما أن يتاح لها التمويل. وبوسع الحكومات أن تستعمل إيرادات الضرائب المفروضة على التبغ لتمول بها خدمات سريرية للمساعدة على الإقلاع عن التدخين وتقديم الدعم اللازم بما يقلل أيضاً من معارضة السياسات الأخرى لمكافحة التبغ.

## 17 بلداً فقط هي التي تقدم المساعدة الشاملة على الإقلاع عن التدخين

■ انضمت ثلاثة بلدان (الإمارات العربية المتحدة وإسرائيل ورومانيا) في عام 2008 إلى مجموعة البلدان التي تقدم المساعدة الشاملة على الإقلاع عن التدخين، فأصبح عدد البلدان التي فتحت خطوط هاتفية وطنية للمساعدة على الإقلاع عن التدخين، وغطت تكاليف العلاج



## انجلترا تقدم العلاج المجاني والشامل من الاعتماد على التبغ

ينتقطع الدعم أو التحفيز، ويخبره بالأماكن المحلية التي تقدم العلاج. ويتفرع من هذا الخط خط آخر لمساعدة الآسيويين بخمس لغات (البنغالية والتوراجاتية والهندية والبنجابية والأردو) وهو مفتوح يوماً واحداً في الأسبوع.

وبوسع أي مدخن أن يذهب إلى طبيبه العام ليحيله إلى خدمات العلاج المتخصص، أو أن يذهب مباشرة إلى أحد مراكز العلاج، دون دفع أي رسوم. وتوخياً لتحسين هذه الخدمات افتتحت انجلترا مركزاً تدريبياً وطنياً ليقدم التدريب المسند بالبيانات إلى مستشاري ومديري خدمات المساعدة على الإقلاع عن التدخين، ويقيم كفاءاتهم الأساسية ويجيز مقدمي النصائح، وينظم التدريب ويعتمده. وتبين من إحدى عمليات التقييم أن خدمات العلاج تميل بقدر ضخم إلى خدمة المدخنين ذوي الدخل المنخفض في انجلترا - وهذا عكس ما يرى عادة في خدمات تعزيز الصحة - بما يعني أن المساعدة تقدم إلى أكثر المحتاجين إليها. وللإطلاع على المزيد من المعلومات عن علاج الاعتماد على التبغ في انجلترا انظر <http://smokefree.nhs.uk/>.

وهذا مجرد مثال على ما يمكن عمله باستثمار كبير في الموارد. أما البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل، التي لا تملك الموارد المالية اللازمة لدعم تنفيذ برنامج شامل للإقلاع عن التدخين، فأمامها خطوات تستطيع أن تتخذها لمساعدة الناس على وقف التدخين، وأن تتخذ مبادرات شاملة أيضاً مثل تلك التي اتخذتها أوروغواي وشرحناها أعلاه.

أنشأت البلدان الأربعة في المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية خدمات وطنية للعلاج من الاعتماد على التبغ متاحة لجميع المدخنين وتكاد تكون بالمجان، وهي ملحقة بمكتب الصحة الوطني.

فانجلترا مثلاً تقدم العلاج بالاستعاضة عن النيكوتين وسائر أدوية الإقلاع عن التدخين من خلال الصيدليات والمتاجر الأخرى (مثل أسواق السوبرماركت والبقالات) دونما وصفة طبية. وهذا العلاج، هو وغيره من الأدوية التي تساعد على الإقلاع عن التدخين، متاح أيضاً بأسعار مخفضة في حالة تقديم وصفة طبية. ولما كان ذوو الدخل المنخفض معفون من مصاريف الوصفات الطبية فإن جميع الأدوية التي تصرف بالوصفات - بما فيها أدوية الاستعاضة عن النيكوتين والبوبروبيون والفارينيكلين - تصرف بدون مقابل لنحو نصف سكان انجلترا، أما النصف الآخر فيدفع رسماً بسيطاً يبلغ حوالي 10 دولارات أمريكية لأدوية الشهر كله (وقد يختلف هذا المبلغ).

ويوجد أيضاً خطان هاتفيان للمساعدة على الإقلاع عن التدخين - أحدهما يشغله مكتب الصحة الوطني، والآخر خط مستقل تشغله منظمة مستقلة اسمها Quit (أقلع). والخط الذي يشغله مكتب الصحة الوطني، واسمه "خط المساعدة على وقف التدخين" مفتوح طوال 16 ساعة في اليوم جميع أيام الأسبوع. ومن يتصل به يحصل على النصائح عبر الهاتف، ويعاود الخط الاتصال به أو يرسل إليه بريداً إلكترونياً أو رسائل نصية حتى لا



وينبغي أن توضح التحذيرات الأخطار والأمراض المحددة التي يسببها تعاطي التبغ، وينبغي تغيير هذه التحذيرات من آن إلى آخر حتى تظل تثير انتباه الجمهور. والتحذيرات النصية المصورة أقوى مفعولاً من التحذيرات النصية فقط (143) وأسهل فهماً للأمين وصغار الأطفال ذوي الأهل المدخنين.

وينبغي حظر العبارات الخداعة التي تصف السجائر، مثل "قليلة القار" أو "خفيفة" أو "الطيفة"، لأنها توهي عن خطأ بأن بعض منتجات التبغ أقل ضرراً (144).

ونشر الإعلانات المناهضة للتبغ في جميع أشكال وسائل الإعلام يساعد على تعريف الجماهير بجميع أخطار التبغ وعلى مناهضة تعاطي التبغ واستعباده من القواعد الاجتماعية المعتادة. ومن المرجح ألا يصبح نصف المراهقين مدخنين نظاميين (145) وأن يقلع المدخنون البالغون عن التدخين (146) عندما يتعرضون للرسائل المعنوية المضادة للتبغ على التلفزيون، وكذلك فإن

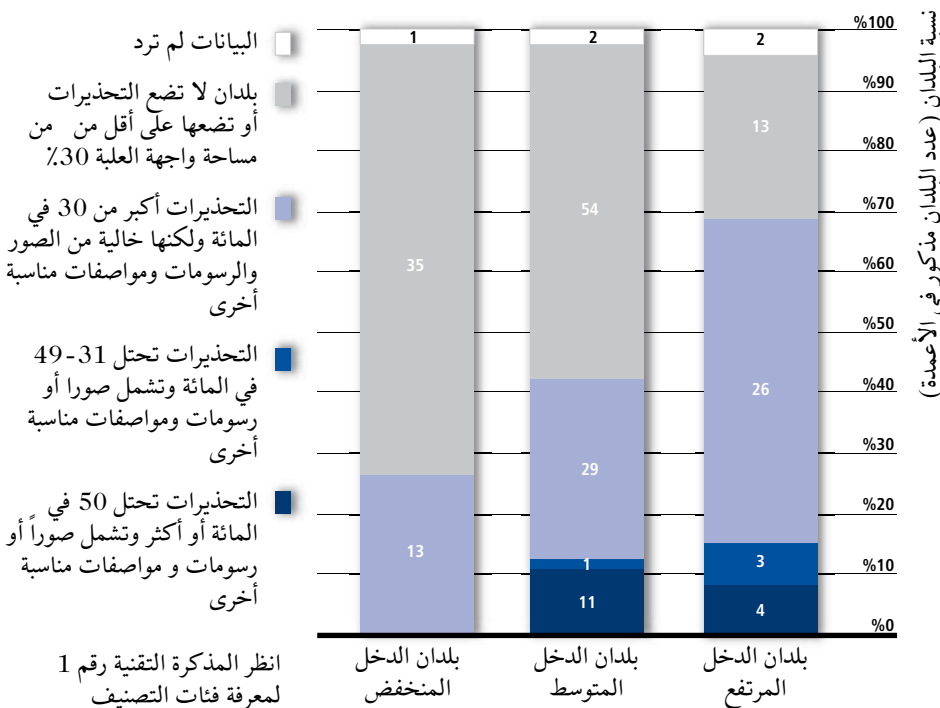
عن أخطار استهلاك التبغ وعن فوائد الإقلاع عنه. وبلوغاً لهذا الغاية يعكف الآن فريق عامل على إعداد مبادئ توجيهية لتنفيذ المادة 12 وعرضها على مؤتمر الأطراف ليعتمدها (140).

وبطاقات التحذير الظاهرة على علب منتجات التبغ هي أسرع وسيلة توصيل الرسائل الصحية إلى جميع المدخنين، وكذلك إلى غير المدخنين الذين يرون هذه العلب (138، 141 - 143). وهذه البطاقات تشجع المدخنين على الإقلاع عن التدخين، وتبعد غير المدخنين عن الشروع في التدخين، وهي مقبولة للجمهور ويسهل على الحكومات تنفيذها بتكاليف زهيدة لا تكاد تذكر. والأهم هو وضع التحذيرات على الواجهتين الأمامية والخلفية للعلب حتى لا يسهو المدخنون عن رؤيتها، لكن معظم البلدان لا تشترط وضع التحذيرات بهذه الأبعاد على الواجهتين.

**التحذيرات الموضوعة على علب التبغ، والحملات الإعلامية القوية، توفر المعلومات المطلوبة عن أخطار التدخين التي تهدد الصحة**

بالرغم من البيّنات القاطعة على أخطار التبغ، فإن عدداً قليلاً نسبياً من متعاطي التبغ في العالم هو الذي يفهم النطاق الكامل لأخطار التبغ على صحته (138). وذلك يعني أن المدخنين يميلون إلى الاستهتار بمخاطر التبغ على أنفسهم وعلى غيرهم. ولذلك أنشأت المادة 11 (تغليف وتوسيم منتجات التبغ) من الإطارية التزاماً على الأطراف بوضع تحذيرات ذات مواصفات عالمية تبين بوضوح أخطار تعاطي التبغ، ومكتوبة باللغة الرئيسية السائدة في البلد، وتحتل 30% على الأقل من الواجهة الرئيسية لعلب منتجات التبغ، على أن يتم تبديل هذه التحذيرات بصفة دورية. وقد أعد مؤتمر الأطراف وأقر مبادئ توجيهية لتنفيذ هذه المادة 11 (3).

## التحذيرات الصحية



وتتسم التحذيرات الشاملة عن أخطار التبغ بأهمية حاسمة لتغيير صورة التبغ في أذهان الناس ولاسيما المراهقين وصغار البالغين، لأن هاتين الفئتين العمريتين هما اللتان يرجح أن تقعا في إغراء تعاطي التبغ (139). والهدف النهائي للثقف المناهض للتبغ ولتكذيب الدعاية هو تغيير النظرة الاجتماعية إلى تعاطي التبغ حتى يتجه كثيرون إلى الإمتناع عن تعاطي التبغ ويزداد التأييد للتدابير الأخرى لمكافحة التبغ. وتعزز المادة 12 (الثقف والاتصال والتدريب وتوعية الجمهور) من الإطارية هذه الإجراءات بأن جعلت لزاماً قانونياً على الأطراف أن تشجع إتاحة المعلومات

– ولاسيما الصور أو الرسومات التي يفهمها بسهولة الأميون ومن تمتعوا بقدر ضئيل من التعليم.

■ أكثر من 70% من بلدان الدخل المنخفض وقرابة 55% من بلدان الدخل المتوسط مازالت لا تشترط وضع أي تحذيرات من أي نوع أو شرط وضعها على أقل من 30% من واجهة العبوة.

■ لا توجد أساساً في معظم البلدان تحذيرات صحية على منتجات تبغ التدخين بخلاف السجائر الجاهزة (مثل سجائر البيدي والكريتيك وتبغ اللفافات والأراجيل). ولا يوجد إلا بلد واحد مرتفع الدخل وستة بلدان متوسطة الدخل هي التي تشترط وضع تحذيرات صحية قوية على هذه المنتجات التي تدخن.

مجموع سكانها 178 مليون نسمة) في عام 2008 إلى مجموعة البلدان التي استوفت تماماً المبادئ التوجيهية لتنفيذ المادة 11 من الإطارية، بشأن وضع التحذيرات على علب التبغ. وبذلك أصبح الآن خمسة عشر بلداً يقطنها 7.6% من سكان العالم (مقابل 4.9% في عام 2007) تشترط وضع بطاقات تحذير تحتل نصف الواجهة الأمامية والخلفية لعب السجائر وتشتمل على صور وبالوصفات الأخرى المقررة.

■ البلدان التي استوفت مؤخراً شروط التحذيرات الشاملة في عام 2008 كلها بلدان متوسطة الدخل.

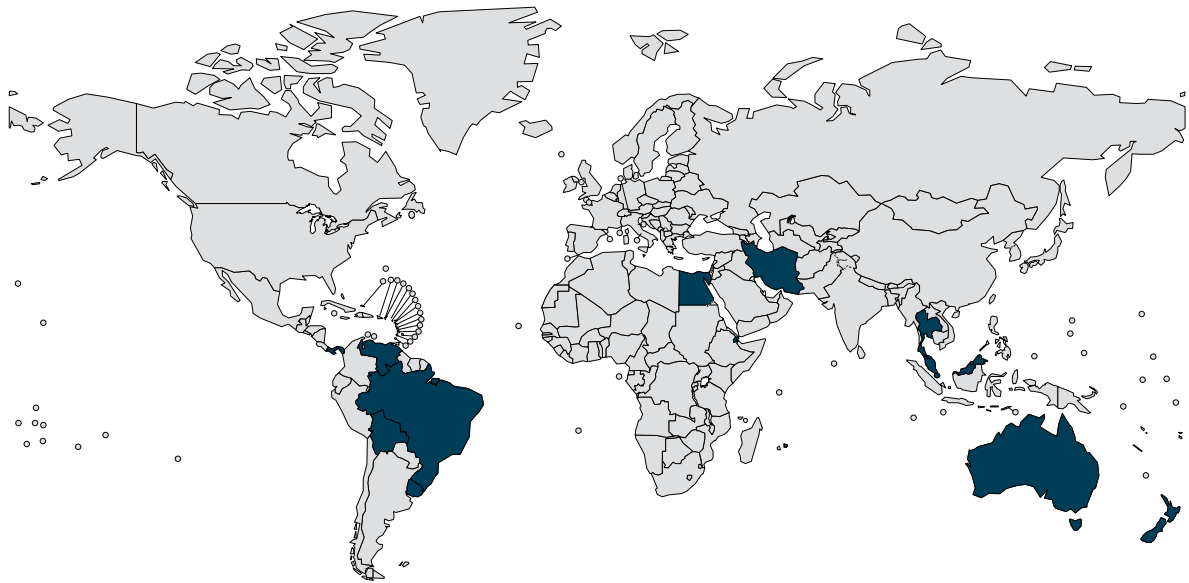
■ أقل من 10% من البلدان المرتفعة الدخل يشترط وضع بطاقات التحذير بجميع المواصفات المناسبة. وإن كان أكثر من ربع بلدان الدخل المنخفض قد وضع بطاقات تحذير تحتل 30% على الأقل من واجهة علب التبغ، فإن جميع هذه التحذيرات تنقصها مواصفات مهمة

الحمولات القوية التي تستعمل صوراً مؤثرة للأضرار التي يسببها تعاطي التبغ تؤدي مفعولاً أكبر لأنها تقنع المدخنين بالإقلاع عن التدخين (147). وقد أعدت دوائر صناعة التبغ إعلانات خاصة بها، ظاهرها مناهض للتبغ وباطنها غير فعال في خفض معدلات التدخين، بل وقد يؤدي إلى زيادة التدخين ولاسيما بين الشباب (148). وبالإضافة إلى الإعلانات التي تنشر لقاء أجر، يمكن تعزيز حملات التثقيف المضادة للتبغ تعزيزاً فعالاً وقليل التكلفة عن طريق أنشطة العلاقات العامة التي تسفر عن تغطية إعلامية مجانية (وتسمى أحياناً هذه الأنشطة "اكتساب تعاطف وسائل الإعلام" (149)).

**8% فقط من سكان العالم هم الذين يعيشون في بلدان فيها تحذيرات على علب السجائر مزودة بصور مؤثرة**

■ انضمت خمسة بلدان (جيبوتي ومصر وإيران وماليزيا وموريشيوس،

## التحذير من أخطار التبغ – أكثر البلدان إنجازاً في عام 2008



# في عام 2008 أقرت خمسة بلدان يقطنها 178 مليون نسمة وضع تحذيرات مصورة على جميع علب السجائر

## الحملة الإعلامية في الهند

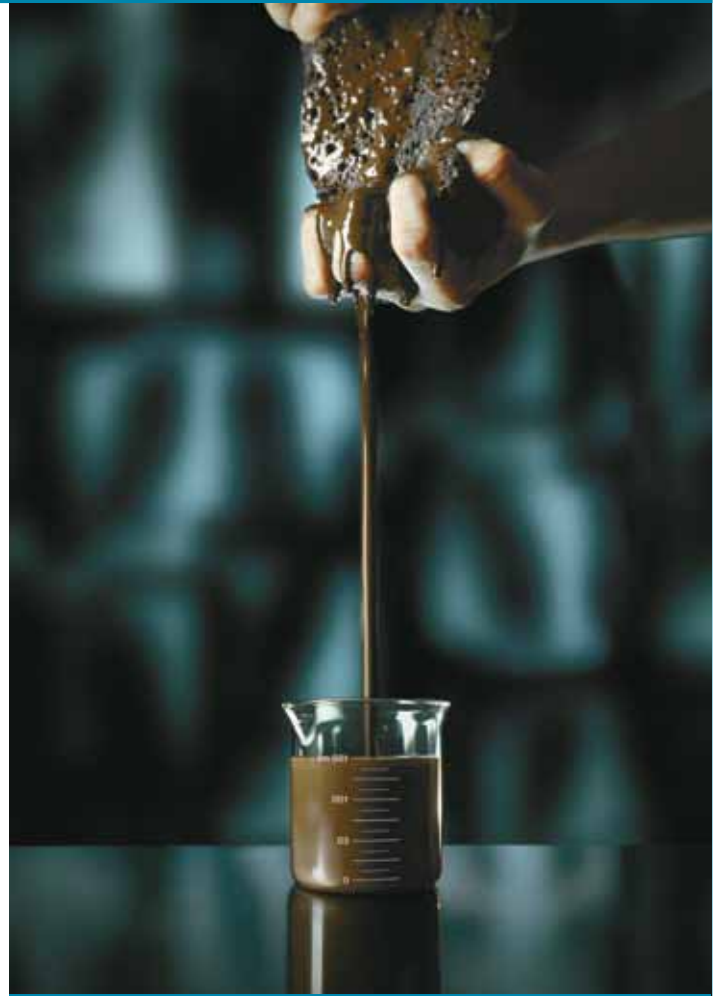
وفي إطار التعزيز المنهجي للبرنامج الوطني لمكافحة التبغ نفذت الهند عدة حملات دعائية في وسائل إعلام الجماهير من أجل إذكاء وعي الناس بأضرار التدخين ودخان التبغ غير المباشر، وتغيير نظرة الناس إلى تعاطي التبغ، وتحفيز المدخنين على الإقلاع عن التدخين. وكما هي الحال إزاء بطاقات التحذير التي توضع على علب التبغ، ينبغي تغيير محتوى هذه الحملات الإعلامية العامة بصفة دورية لكي تظل مؤثرة.

وأحدث حملة شنتها الهند اسمها "الإسفننج"، وهي أصلاً من تصميم معهد السرطان في ولاية نيو ساوث ويلز (أستراليا). وهي تبين بالصورة المؤثرة مقدار القار المسرطن الذي يترسب في رئتي المدخن في سنة واحدة. وهذا التصوير الواضح يبين أن التدخين أكثر ضرراً مما يظنه الناس.

وقد تم تكليف وشن حملة "الإسفننج" بخمس لغات هي اللغة الإنكليزية التي أعدت بها الحملة أصلاً، وترجماتها إلى البنغالية والقوجاراتية والهندية ولغة التاميل. وصرفت الحكومة الهندية حوالي مليون دولار أمريكي لشراء الخانات الزمنية التلفزيونية لعرض حملة "الإسفننج" في 40 قناة وطنية وإقليمية لمدة ستة أسابيع في شهري حزيران/يونيو وتموز/يوليو 2009.

وقد مرت هذه الحملة باختبار متشدد أجراه 24 فريقاً محلياً متخصصاً للتأكد من أن الجماهير الهندية ستستوعب مضمونها. ومن بين 10 دعايات مناهضة للتبغ تم اختيارها، احتلت حملة "الإسفننج" أعلى درجة بموجب المؤشرات السلوكية، ومنها أن المدخنين سيشعرون بالقلق إزاء التدخين، وأنهم سيقنعون على الأرجح عن التدخين، وأنهم سيتحدثون مع غيرهم عن إمكانية الإمتناع عن التدخين.

وتعد الاختبارات المسبقة مسألة حاسمة لنجاح الحملات الدعائية في وسائل إعلام الجماهير، وذلك لأن الاختلافات الثقافية والعقدية تلعب دوراً في مدى استيعاب فحوى هذه الحملات، ويجب النظر في اختبار الحملات قبل شنها في أي بلد بعينه.



صورة من حملة "الإسفننج" في التلفزيون الهندي: "الرئة كالإسفننج، ورئة المدخن إسفنجة معبأة بالقار."

يعيش في الهند 10% من المدخنين في العالم، ويموت هناك مليون شخص في كل سنة من أمراض مرتبطة بالتبغ. وحوالي ثلث الرجال يدخنون السجائر أو سجائر البيدي، وأكثر من النصف يدخنون التبغ أو يمضغونه. أما تعاطي النساء للتبغ فقد كان ضئيلاً على مر الزمن ولكنه أخذ في الازدياد مثلما ازدادت معدلات التدخين بين الشباب.





## اكتساب تعاطف وسائل الإعلام لمناهضة الترويج للتبغ ورعايته في اندونيسيا

وسائل الإعلام الدولية هذه القصة ، مما أسفر عن عدة أخبار ومقالات في وسائل الإعلام الدولية والاندونيسية. وبناء على هذه التغطية الإعلامية سارعت المغنية أليسيا كيز إلى مطالبة شركة التبغ بإلغاء رعايتها، ووافقت هذه الشركة (فيليب

تخضع دوائر صناعة التبغ في اندونيسيا لرقابة ضعيفة. فالقانون الذي يحظر الإعلان عن التبغ وتسويقه قانون ضعيف، مثله كمثل قانون منع التدخين وقانون وضع التحذيرات الصحية على علب السجائر. بل إن مصالح هذه الدوائر أصبحت ممثلة تمثيلاً جيداً لدى الحكومة. والنتيجة هي أن شركات التبغ المتعددة الجنسيات صارت حرة طليقة في استخدام مناورات تسويقية ممنوعة في بلدان أخرى.

ثم إن رصد ورقابة رعاية شركات التبغ للتظاهرات التي تستهدف الشباب وصغار البالغين أمران عسيران على وجه الخصوص مهما كان قانون مكافحة التبغ قوياً في أي بلد. ولذلك شرعت عدة منظمات اندونيسية غير حكومية في وضع وتنفيذ استراتيجيات تركز على اكتساب تعاطف وسائل الإعلام، وذلك بالاتصال بالصحفيين لكي يعدوا الأخبار المناهضة للتدخين وينشروها في الصحافة والإذاعة والتلفزيون.

وفي تموز/يوليو 2008 اتصلت هذه المنظمات الاندونيسية غير الحكومية بالمغنية المشهورة أليسيا كيز وطلبوا منها أن تلغي رعاية شركات التبغ لحفلة غنائها في جاكرتا، وأن تتحدث إبان تلك الحفلة ضد دوائر صناعة التبغ. وقد تداولت

موريس انترناشيونال) على سحب رعايتها وجميع إعلاناتها وملصقاتها التي كانت ستروج بها للتبغ في إطار هذه الرعاية. وهناك محاولات أخرى مناهضة للتبغ نجحت بفضل اكتساب تعاطف وسائل الإعلام، وتراوحت بين وقف أنشطة ترويجية، ومنع توزيع عينات السجائر بالمجان في الحفلات الموسيقية والغنائية، وإجبار شركات التبغ على سحب رعايتها لمهرجانات موسيقية مشهورة والإمتناع عن تسويق منتجات التبغ مباشرة للأطفال.

## إيران تنفذ تحذيرات قوية على علب التبغ

توخياً لمكافحة مشكلة تعاطي التبغ المستمرة، سنت جمهورية إيران الإسلامية في عام 2006 قانوناً وطنياً شاملاً بشأن مكافحة التبغ، نص على إنشاء برنامج وطني لمكافحة التبغ تابع لوزارة الصحة، وعلى حظر جميع أنواع الإعلان والتسويق للتبغ بالطرق المباشرة والطرق غير المباشرة، وعلى فرض سلسلة مستمرة من الزيادات السنوية على ضرائب التبغ، وعلى الإلزام بوضع تحذيرات صحية قوية على علب السجائر، وعلى عدة تدخلات أخرى.

وفي عام 2008 عززت جمهورية إيران الإسلامية قانونها لينص على وضع تحذيرات مصورة على جميع علب السجائر التي تباع في البلد اعتباراً من كانون الثاني/يناير 2009. وهذه التحذيرات تغطي 50% من الواجهتين الرئيسيتين لجميع علب السجائر، ويجب أن تشمل صوراً مؤثرة بالألوان عن الأمراض التي يسببها التبغ. وتم اعتماد ثماني تحذيرات لوضعها بالتناوب على علب السجائر على مدى سنتين تبدأ بعدها تحذيرات مصورة أخرى. وتم حظر العبارات الخداعة مثل "خفيفة" و"لطيفة". وكانت النتيجة أن استوفت إيران تماماً جميع المبادئ



التحذير الإيراني على علب السجائر

التوجيهية الموضوعية لتنفيذ المادة 11 من الإطارية، والشروط الخاصة بمحتوى التحذيرات الصحية على علب السجائر وطريقة عرضها لتحذير المدخنين بطريقة فعالة من الأخطار التي تهدد صحتهم.

# إنفاذ حظر الإعلان عن التبغ والترويج له ورعايته



## حظر الإعلان عن التبغ والترويج له ورعايته يحد من التدخين ويستبعده من نطاق العادات المقبولة

يمنع دوائر صناعة التبغ من الإنفاق على الدعاية في أي وسيلة أخرى تقبلها (152، 153).

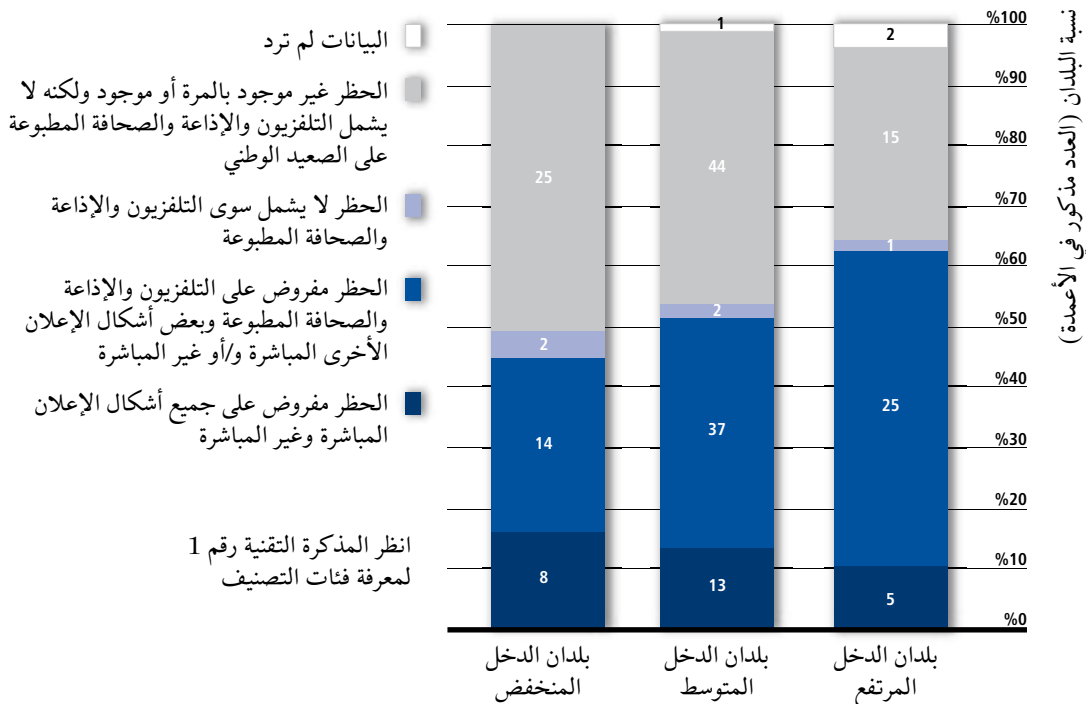
ودوائر صناعة التبغ تعارض بقوة حظر التسويق، لأنه فعال للغاية في الحد من تعاطي التبغ. وكثيراً ما تدعي دوائر صناعة التبغ بأن الحظر الشامل للإعلان والترويج والرعاية غير ضروري وأن السياسة الطوعية والتنظيم الذاتي فيهما الكفاية. ومع ذلك فلا طائل من وراء القيود الطوعية لأنها لا تضاهي قوة القانون، ولقد دأبت دوائر صناعة التبغ على عدم احترام لوائحها الطوعية (154). ولذلك لا بد من التدخلات الحكومية في صورة قوانين جيدة الصياغة وقوية الإنفاذ، لأن لدوائر صناعة التبغ خبرة ملحوظة في التحايل على حظر التدخين.

اجتماعياً، وتعيق تثقيف الناس بأخطار تعاطي التبغ، وتوطد نفوذ دوائر صناعة التبغ على وسائل الإعلام والترفيه ودوائر الأعمال التجارية. ولذلك فإن فرض حظر شامل على جميع أنشطة الإعلان والترويج والرعاية يحمي الناس من مناورات التسويق التي تمارسها دوائر صناعة التبغ، ويخفض وحده استهلاك التبغ بنحو 7% غير التخفيض الناجم عن تدخلات مكافحة التبغ الأخرى (151). والحظر التام يقضي على إمكانية مواصلة تسويق التبغ لصغار الشباب الذين لم يشرعوا بعد في التدخين، وكذلك للمدخنين البالغين الراغبين في الإقلاع عن التدخين. أما الحظر الجزئي فإن مفعوله قليل إن وجد: لأن حظر الإعلان في وسيلة واحدة بعينها من وسائل الإعلام لا

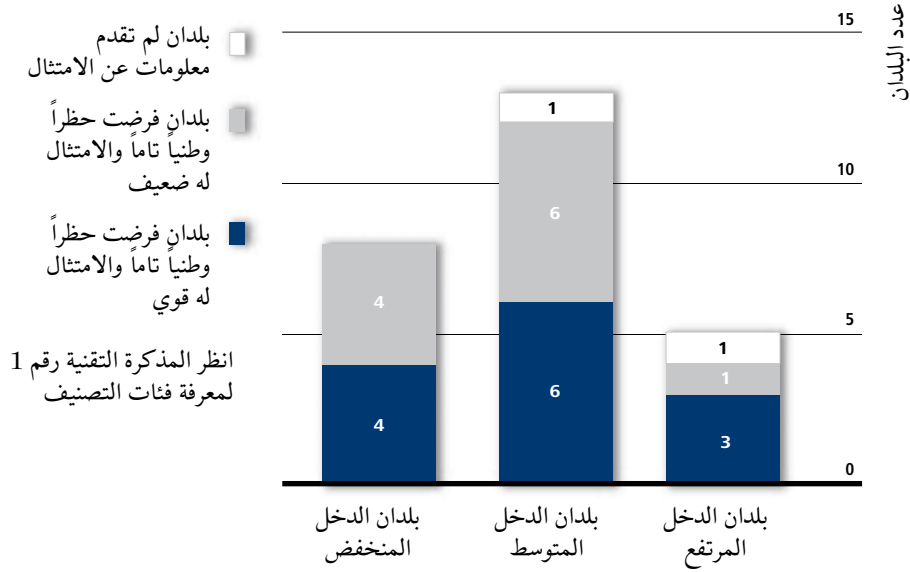
تصرف دوائر صناعة التبغ عشرات المليارات من الدولارات في كل سنة في أنحاء العالم لتعلن عن التبغ وتروجه وترعاه (150). ولمناهضة هذه الأنشطة نصت المادة 13 (الإعلان عن التبغ والترويج له ورعايته) من الإطارية على فرض حظر شامل على الإعلان عن التبغ والترويج له ورعايته، وذلك حسب المبادئ الدستورية لكل بلد (1). ولمساعدة البلدان على بلوغ هذا المرمى اعتمد مؤتمر الأطراف مبادئ توجيهية لتنفيذ هذه المادة 13 (3).

فالإعلان عن التبغ والترويج له ورعايته كلها أنشطة تجعل التدخين عادة مقبولة

## حظر التدخين والترويج له ورعايته

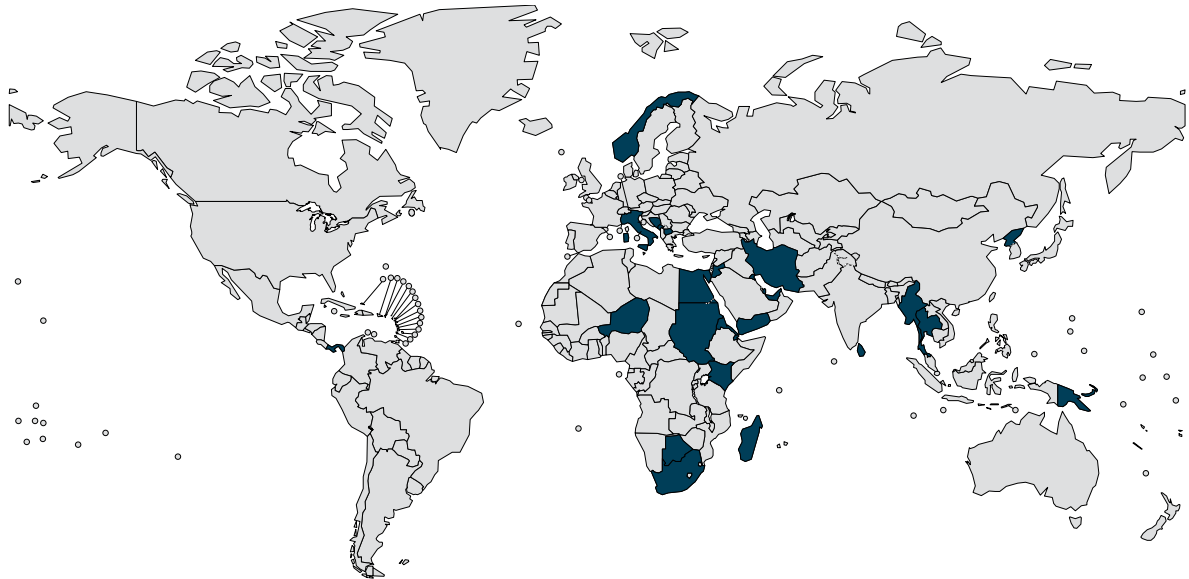


## الحظر الشامل المفروض على الإعلان عن التبغ والترويج له ورعايته: التغطية والامتثال



**الحظر الشامل لجميع أنواع الإعلان والترويج والرعاية يحمي الناس من مناورات التسويق التي تمارسها دوائر صناعة التبغ، ويخفض وحده استهلاك التبغ بنسبة 7٪.**

**إنفاذ الحظر على الإعلان والترويج والرعاية: أكثر البلدان إنجازاً في عام 2008**



## كانت بنما هي الوحيدة التي فرضت حظراً جديداً في عام 2008 على الإعلان عن التبغ والترويج له ورعايته

- أحرزت البلدان المتوسطة الدخل تقدماً في فرض الحظر الشامل على جميع أشكال الإعلان والترويج والرعاية أكبر من التقدم الذي أحرزته البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المرتفعة الدخل.
- أكثر من نصف البلدان المرتفعة الدخل حظر الإعلان في جميع الإذاعات والصحافة المطبوعة، لكن هذا الحظر لم يشمل بعض أشكال الإعلان الأخرى المباشرة وغير المباشرة، هذا مقابل أكثر من

- انضم بلد واحد (بنما) في عام 2008 إلى مجموعة البلدان التي فرضت حظراً تاماً على جميع أشكال الإعلان والترويج والرعاية، وبذلك أصبح عدد البلدان التي فرضت هذا الحظر على الإعلان والتسويق 26 بلداً يقطنها 8.8% من سكان العالم (مقابل 8.7% في عام 2007).

- من بين البلدان التي حظرت الإعلان عن التبغ والترويج له ورعايته حظراً شاملاً، قليل منها فقط هو الذي أنفذ هذا الحظر إلى درجة عالية. فثلاثة بلدان فقط مرتفعة الدخل، وستة بلدان متوسطة الدخل، وأربعة بلدان منخفضة الدخل هي التي أنجزت درجة عالية من الامتثال لهذا الحظر.

## من المرجح أن تحظر البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل جميع أشكال الإعلان عن التبغ والترويج له ورعايته أكثر مما تفعل البلدان المرتفعة الدخل.

## الأردن يعزز منع الإعلان عن التبغ والترويج له ورعايته

وتعزيزاً لإنفاذ هذا القانون، دربت وزارة الصحة 35 منسقاً لأنشطة تعزيز الصحة على الأمور المتعلقة بتشريع مكافحة التبغ، وعلى الأساليب العملية والمناسبة لإنفاذه وتنفيذه، وعلى إجراءات التفتيش. ويتمتع هؤلاء المنسقون بسلطة واسعة لتحذير الناس من الوقوع تحت طائلة هذا القانون، وتثقيفهم، وحظر المواد الترويجية، والشروع في رفع الدعاوى القضائية لإنفاذ القوانين.

وقد اختيرت عمان عاصمة الأردن - التي كانت جميع أنشطة ترويج التبغ تمارس فيها بالمرأوخة - لتكون محك اختبار هذه النصوص القانونية الجديدة. وأصبحت عمان خالية اليوم من أي إعلان للتبغ، وأزيلت جميع الملصقات الدعائية للتبغ، وماعدت شركات التبغ ترعى أي أنشطة رياضية أو ثقافية، واختفت آلات بيع السجائر. وهذا النموذج الناجح لإنفاذ حظر تسويق التبغ أصبح في طريقه للتنفيذ في بقية البلد.

كان الأردن أول من سارع إلى تنفيذ تدابير مكافحة التبغ منذ أكثر من 30 سنة مضت، وها هو يعزز في عام 2008 القيود التي فرضها من قبل. فقد حظر هذه الأنشطة منذ عام 1977 ولكن إنفاذ هذا الحظر وغيره من تدابير مكافحة التبغ كان ضعيفاً عموماً، فقد كان ينفذ بطريقة مناسبة ولكن السلطة القضائية أحجمت عن التشدد في ملاحقة الانتهاكات وكثيراً ما فرضت أدنى العقوبات المسموح بها، الأمر الذي أدى إلى انتشار الانتهاكات.

وقد أوضح قانون 2008 وعزز صيغة التشريعات السابقة التي أصدرها الأردن لمكافحة التبغ، وخصص موارد إضافية لمكافحة التبغ، ونص على الإكثار من تدريب موظفي برامج مكافحة التبغ. وأضيفت إلى هذا القانون عدة نصوص تحد من عدد منافذ تسويق التبغ، وتحظر على وجه الخصوص بيع السجائر الفرط وبيع السجائر بواسطة الآلات.

# بنما تحظر جميع أنشطة الإعلان عن التبغ والترويج له ورعايته



## إصدار القانون

منافذ البيع، وهذا أمر لم تفلح غالبية البلدان في تحقيقه مهما كان الحظر الساري فيها شاملاً. وقد انتهزت دوائر صناعة التبغ من قبل ثغرات في قوانين حظر التسويق عند منافذ البيع، الأمر الذي يوضح عزم هذه الدوائر على انتهاك روح القانون في سبيل تسويق منتجاتها، كما يوضح ضرورة قيام خبراء مكافحة التبغ برصد أنشطة هذا الصناعة.

وأي حظر شامل على الإعلان والتسويق سيكون قليل المفعول ما لم يتم إنفاذه. وفي حالة بنما صدر هذا القانون منذ أقل من سنتين ولكن مستويات امتثاله عالية للغاية إذ بلغت 95%. وقد أجري مؤخراً تقييم لمدى امتثال هذا القانون أيضاً في عدة ضواحي مجاورة للعاصمة بنما وفي مناطق ريفية من البلد، ولم يكن في جميع الأماكن التي جرى فيها التقييم أي أثر لأي إعلان عن التبغ ولا لأي أنشطة غير مباشرة للترويج أو الرعاية، ولم يسجل سوى انتهاك واحد في مجال التسويق عند أحد منافذ البيع.

أصبحت بنما في عام 2008 أول بلد في الأمريكتين ينفذ حظراً تاماً على أنشطة الإعلان عن منتجات التبغ والترويج لها ورعايتها. وقبل تنفيذ هذا القانون الجديد لم تكن بنما قد فرضت قيوداً من أي نوع على الإعلان عن التبغ وتسويقه. وبهذا القانون الجديد أصبحت جميع أشكال الإعلان عن التبغ وتسويقه بالطرق المباشرة وغير المباشرة محظورة، بما في ذلك توزيع الملابس والبند الأخرى التي تحمل شعارات أصناف التبغ، ورعاية الفرق الرياضية والتظاهرات المشهورة التي كثيراً ما يشارك فيها الأطفال. وشمل هذا الحظر أيضاً الإعلان عن التبغ في وسائل الإعلام الدولية خارج البلد.

ولم يكتف هذا القانون بحظر الإعلان في جميع وسائل الإعلام ولوحات الإعلان الخارجية مثل لوحات الملصقات، بل امتد أيضاً إلى حظر التوزيع المجاني لمنتجات التبغ، وبيعها بالتخفيضات التشجيعية، وظهورها في التلفزيون والأفلام. وجددير بالملاحظة أن هذا القانون منع الإعلان والتسويق عند

## مدغشقر تصدر قانوناً يحظر جميع أنشطة الإعلان والترويج والرعاية

توقفت تماماً هذه الأنشطة المحظورة. ولم يعد في أي مكان في مدغشقر أي أثر لإعلانات منتجات التبغ في التلفزيون والصحف والمجلات ولوحات الدعاية، وأصبح تسويق التبغ عن طريق شبكة الإنترنت محظوراً هو أيضاً. وانتهت أنشطة الترويج، مثل توزيع السجائر مجاناً وتقديم الجوائز على شكل منتجات التبغ. وتعزيزاً للرصد والإنفاذ يعمل عن كثب مسؤولو الصحة العمومية في البلديات وأجهزة إنفاذ القانون مع البرنامج الوطني لمكافحة التبغ ومع وزارة الصحة على فضح الانتهاكات والتحقيق فيها.

دأبت مدغشقر على تنفيذ سياسات معتدلة القوة لمكافحة التبغ على مدى السنوات القليلة الماضية، اشتملت على حظر التدخين في الأماكن العامة، وعلى وضع تحذيرات صحية تحتل 50% من واجهتي علب التبغ، ومنع جميع أنشطة الإعلان عن التبغ والترويج له ورعايته. وشمل هذا الحظر الإعلانات المباشرة والتسويق غير المباشر.

ولما كان القانون الذي حظر الإعلان والترويج والرعاية جيد الإنفاذ ونص على عقوبات صارمة في حالات الانتهاك، فقد

## رفع أسعار التبغ هو أقوى تدخل للحد من التدخين

دخل المستهلكين والقوة الشرائية. وهذا يعني إدخال زيادات دورية على ضرائب الإنتاج للإبقاء على أثرها. وقد أصبحت أسعار منتجات التبغ في بلدان كثيرة أكثر يسراً لأن الضرائب لم تواكب زيادات التضخم والدخل.

وقد ثبت مراراً في بلد تلو الآخر أن زيادة الضرائب على التبغ تزيد الإيرادات الضريبية على الأجلين القصير والمتوسط مهما نقص الاستهلاك (155). وهذا يُعزى إلى قلة حساسية الأسعار للطلب، ففي البلدان المرتفعة الدخل تؤدي كل زيادة قدرها 10% في أسعار التبغ إلى نقص في استهلاك التبغ قدره 4% (158)، وهذا النقص يصبح أكبر في البلدان المنخفضة الدخل لأن حساسية الأسعار فيها أكبر على الأرجح.

ولتحقيق أكبر الأثر على الإيرادات ينبغي أن يكون الهيكل الضريبي العام بسيطاً وسهل التنفيذ لأن الهيكل المعقد دافع إلى المزيد من التهرب والتملص من دفع الضرائب. بل إن خطر تفادي دفع ضريبة الإنتاج المحددة يزداد عندما تحسب هذه الضرائب على أساس مواصفات الإنتاج الأخرى (مثل الطول أو الوزن) بدلاً من أن تحسب على أساس الكمية. أما ضرائب الإنتاج المنسوبة إلى القيمة فإنها تواكب معدل التضخم من تلقاء نفسها، في حين تحتاج ضرائب الإنتاج المحددة إلى التعديل بانتظام لتواكب التضخم. و حتى الآن عمد بلدان اثنان فقط (أستراليا ونيوزيلندا) إلى التعديل التلقائي لضرائب الإنتاج المحددة حسب معدلات التضخم.

وعلى عكس ما تزعمه دوائر صناعة التبغ، لا توجد دائماً علاقة طرادية بين التهريب وازدياد الضرائب (159).

ضرائب المبيعات ورسوم الاستيراد. ومن بين هذه الضرائب تعد ضريبة الإنتاج أهمها لأنها تخص منتجات التبغ على وجه التحديد. وهناك نوعان من ضرائب الإنتاج: الضرائب المحددة (التي تحسب على أساس الكمية و/أو الوزن و/أو مواصفات أخرى) وضرائب الإنتاج المنسوبة إلى القيمة. وأنسب طريقة لحماية الصحة العمومية هي زيادة ضرائب الإنتاج المحددة لأنها هي التي تجعل الأسعار عالية نسبياً وتضيق فرق السعر بين الأصناف الممتازة والأصناف المتواضعة، الأمر الذي يؤدي إلى الحد من تعاطي التبغ.

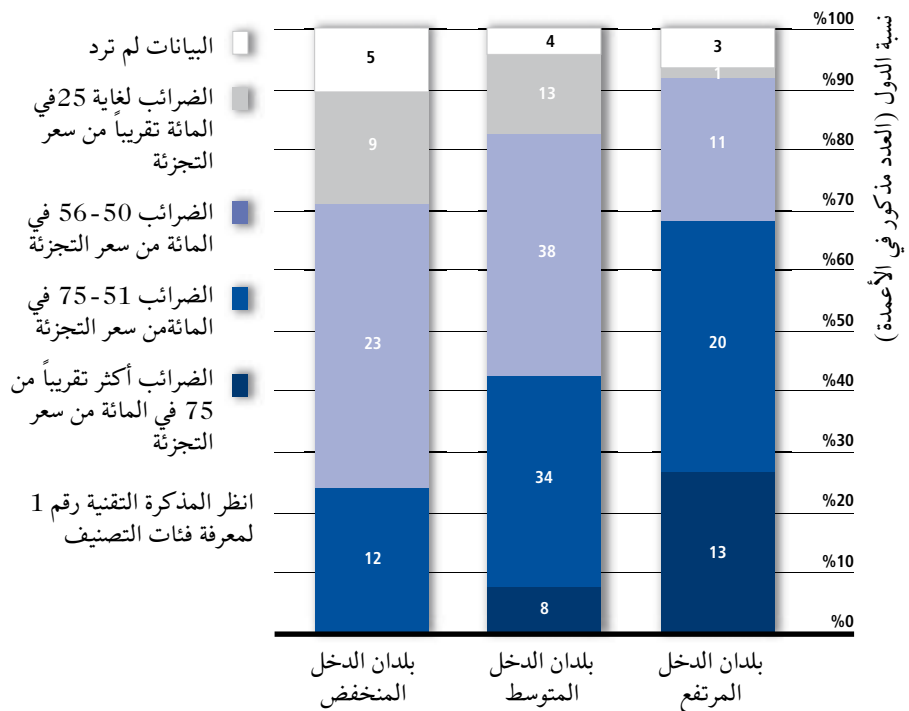
## ينبغي جعل أسعار السجائر أبعد منالاً بمرور الوقت من أجل الحد من الاستهلاك

تحسيناً للصحة العمومية، ينبغي جعل أسعار منتجات التبغ أبعد منالاً تدريجياً من أجل إلغاء تأثير التضخم وازدياد

إن رفع أسعار منتجات التبغ من خلال زيادة الضرائب المفروضة عليها زيادة ملحوظة هو أقوى طريقة مستقلة بذاتها تحدد من تعاطي التبغ وتشجع المدخنين الحاليين على الإقلاع عن التدخين (100). هذا فضلاً عن أن زيادة ضرائب التبغ تفيد بصفة خاصة في إبعاد الشباب عن الشروع في تعاطي التبغ وتفيد كذلك في الحد من تعاطي الفقراء للتبغ (156) لأن هاتين الفئتين هما الأكثر تأثراً بتغيرات الأسعار (100 - 157). وقد اعترفت المادة 7 (التدابير السعرية والضريبية الرامية إلى الحد من الطلب على التبغ) من الإطارية بفاعلية زيادة الضرائب على منتجات التبغ.

فالحكومات تفرض عدة ضرائب على منتجات التبغ، منها ضرائب الإنتاج، وضرائب القيمة المضافة وغيرها من

## مجموعة الضرائب المفروضة على التبغ



(مقابل 5.7% في عام 2007).

■ كان متوسط نسبة جميع ضرائب التبغ في عام 2008 الى جميع أسعار بيع منتجات التبغ بالتجزئة أقل قليلاً من 50%.

■ معدلات الضرائب عالية عموماً في البلدان المرتفعة الدخل. لأن متوسط نسبة جميع الضرائب الى جميع أسعار السجائر 63% في البلدان المرتفعة الدخل، و49% في البلدان المتوسطة الدخل، و39% في البلدان المنخفضة الدخل.

■ حوالي 70% من البلدان المرتفعة الدخل يفرض ضرائب لا تقل قيمتها عن نصف قيمة سعر البيع بالتجزئة شاملاً الضرائب، وتنخفض هذه النسبة إلى أقل من 50% في البلدان المتوسطة الدخل، وإلى حوالي 25% في البلدان المنخفضة الدخل. وعدد قليل نسبياً من البلدان (13 بلداً مرتفع الدخل وثمانية بلدان متوسطة الدخل وما من بلد منخفض الدخل) هو الذي يفرض ضريبة إنتاج وضرائب أخرى على السجائر لا تقل نسبتها عن 75%.

في الحد من الاتجار غير المشروع. وكذلك فإن مسودة نص البروتوكول الجاري التفاوض عليها بشأن الاتجار غير المشروع بمنتجات التبغ تقترح مراقبة ورصد الإنتاج والتجارة للقضاء على الاتجار غير المشروع (160).

### كانت الزيادة في نسبة سكان العالم المشمولين بسياسات ضريبية فعالة على التبغ زيادة طفيفة في عام 2008

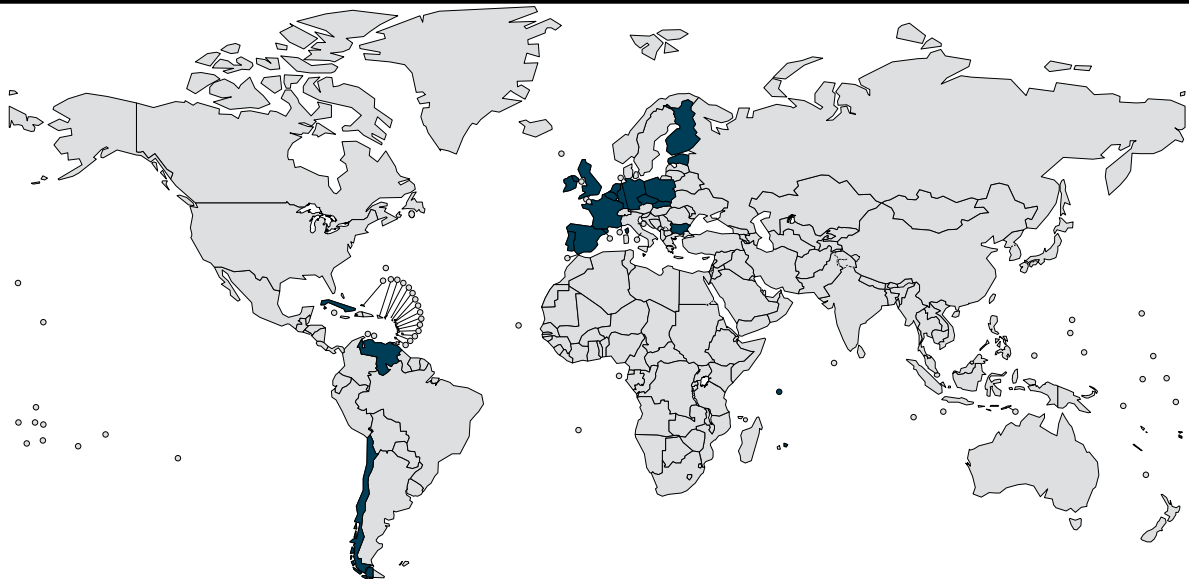
■ انضمت ستة بلدان أخرى (الجمهورية التشيكية وإستونيا وفيجي وفنلندا وهولندا وسيشيل) في عام 2008 إلى مجموعة البلدان التي فرضت على منتجات التبغ ضرائب قيمتها أكثر من 75% من أسعار البيع بالتجزئة، وبذلك أصبح مجموع البلدان التي تفرض الضرائب بهذه النسبة 21 بلداً يقطنها 6.2% من سكان العالم

والحقيقة إن الزيادات الكبيرة في قيمة الضرائب والأسعار في عدة بلدان لم تستتبع زيادات كبيرة في التهريب. وأهم محددات التهريب هي العوامل الأخرى مثل ضعف الضوابط على الحدود، وسوء إدارة الضرائب، ووجود قنوات توزيع غير رسمية، ورغبة الناس في شراء المنتجات المهربة. وقد أثبتت بلدان كثيرة (ومنها فنلندا والنرويج والسويد) أن ازدياد الضرائب والأسعار لا يفضي إلى التهريب، في حين أثبتت بلدان أخرى (مثل إيطاليا وإسبانيا) تقل فيها الضرائب والأسعار أن معدلات التهريب فيها عالية (159)

ويسهل تحصيل الضرائب بإنشاء جهاز مركزي يتابع جهات التصنيع ويحسن إدارة الضرائب وإنفاذ قوانين الحمارك. وقد نصت المادة 15 (الاتجار غير المشروع بمنتجات التبغ) من الإطارية على أن رصد إنتاج التبغ وتجارته يسهم

## زيادة أسعار منتجات التبغ من خلال زيادات كبيرة في ضرائبها هو أقوى طريقة قائمة بذاتها تحد من تعاطي التبغ وتشجع المدخنين الحاليين على الإقلاع عن التدخين.

زيادة الضرائب على التبغ - أكثر البلدان إنجازاً في عام 2008



من أسعار بيع السجائر بالتجزئة.

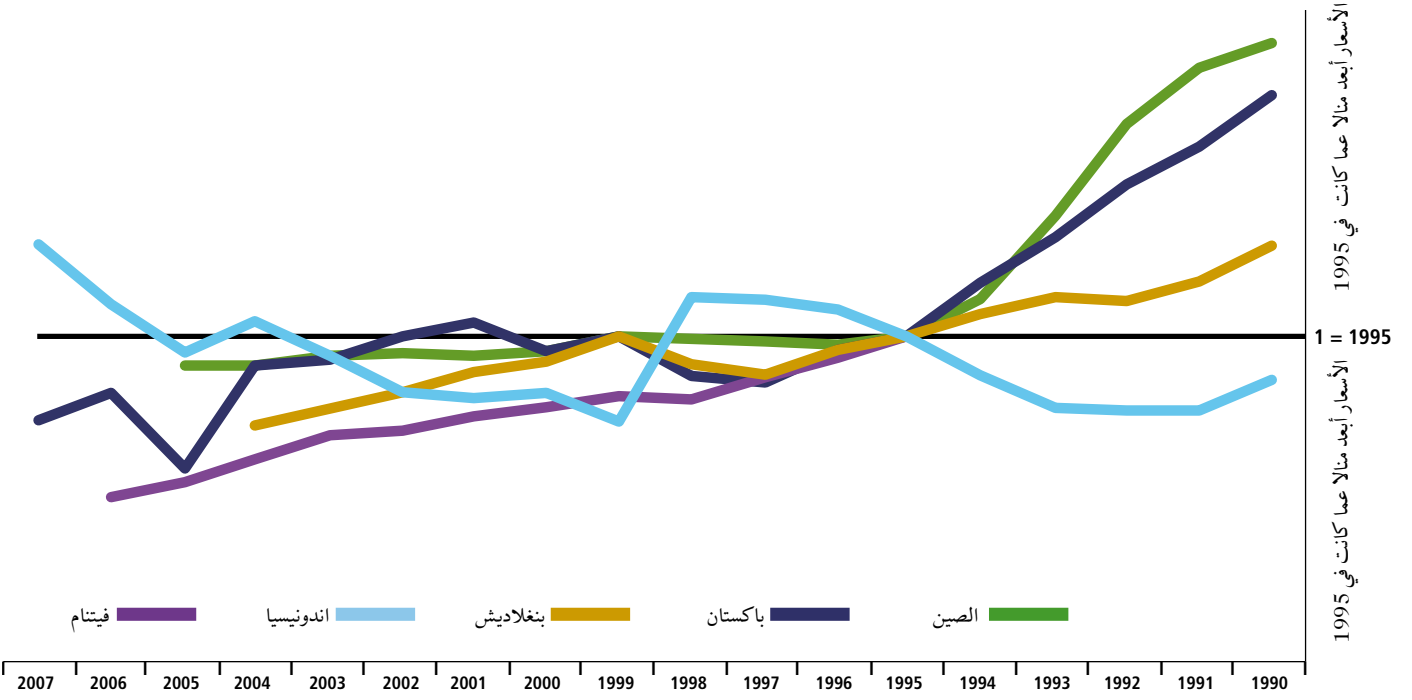
الأسعار في البلدان المنخفضة الدخل.

ضرائب الإنتاج المنسوبة إلى القيمة، في حين يفرض 48 بلداً (معظمها في أوروبا) توليفة من هاتين الضريبتين، ولا يفرض 19 بلداً أي ضرائب إنتاج على الإطلاق وإنما يعتمد على رسوم الاستيراد.

■ أسعار السجائر في البلدان المرتفعة الدخل تساوي أكثر من ضعف الأسعار في البلدان المتوسطة الدخل، وتصل إلى أكثر من خمسة أضعاف

■ من بين 163 بلداً توفرت عنها بيانات ضرائب الإنتاج، لا يفرض 55 بلداً سوى ضرائب الإنتاج المحددة، ولا يفرض 60 بلداً سوى

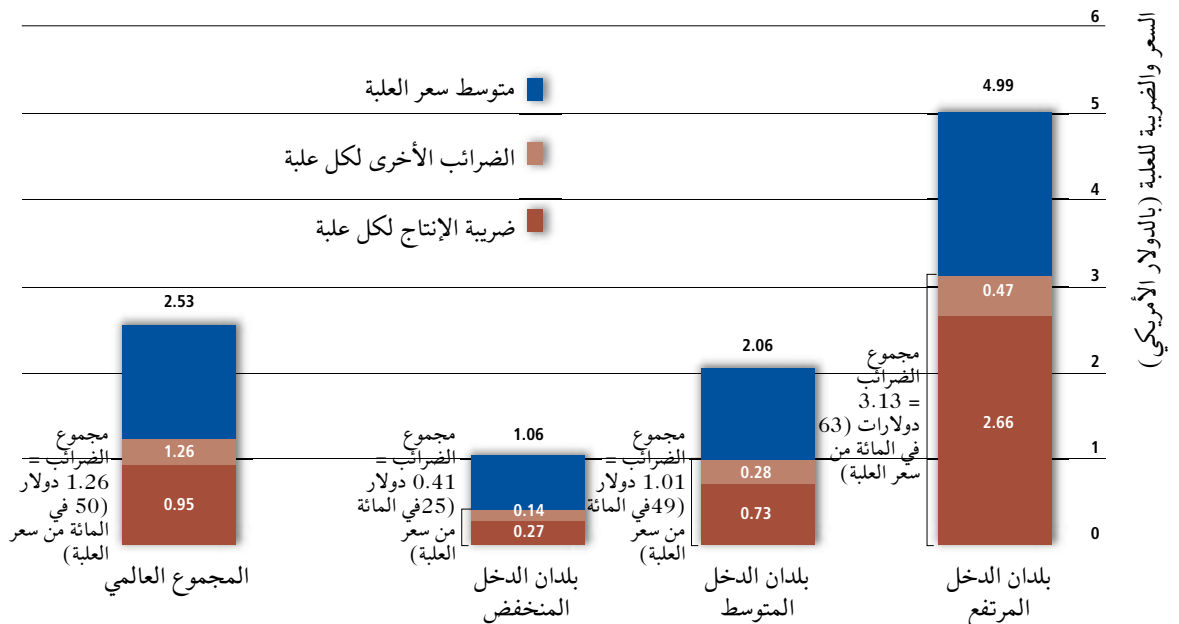
### القدرة على تحمل أسعار السجائر بمرور الوقت في بلدان منتقاة



المصدر: حسابات أجرتها منظمة الصحة العالمية على أساس بيانات وردت في دراسات مبادرة بلومبرغ للحد من تعاطي التبغ (نشرت في <http://worldlungfoundation.org/publications>).

ملحوظة: يحسب مؤشر القدرة على تحمل الأسعار بقسمة سعر أكثر الأصناف شيوعاً على متوسط دخل الفرد (نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي). ويفترض أن القيمة في عام 1995 = 1 وتقدر قيم السنوات اللاحقة باعتبار عام 1995 سنة الأساس. فإذا زادت القيمة التقديرية على 1 لكان معنى ذلك أن أسعار السجائر أصبحت أبعد من أن كانت في عام 1995. وكذلك فإن القيمة التقديرية التي تقل عن 1 معناها أن أسعار السجائر كانت ميسورة أكثر مما كانت في عام 1995.

### متوسط أسعار التجزئة والضرائب (ضريبة الإنتاج ومجموع الضرائب) لمعظم أصناف السجائر المباعة في عام 2008







# البرامج والقدرات الوطنية لمكافحة التبغ

## ينبغي للبرامج الوطنية أن تقود أنشطة مكافحة التبغ

تتكون من أعلى مستويات الحكومة (مثل مجلس رئاسة الوزراء أو رئاسة الدولة) وتشمل ممثلين من جميع الهيئات الحكومية والمدنية المشاركة مباشرة في أنشطة مكافحة التبغ.

ومن الأهمية بمكان أن تزود الحكومة برنامجهما المعني بمكافحة التبغ بمصادر تمويل ثابتة على الصعيد الوطني وكذلك حسب الاقتضاء على صعيد الحكم المحلي. ولما كانت غالبية الحكومات تجمع إيرادات من ضرائب التبغ تربو مئات المرات بل آلاف المرات على ما تنفقه لمكافحة التبغ، فهذا يعني أن المجال فسيح أمام زيادة الصرف على مكافحة التبغ زيادة جوهرية، إما من خلال استعمال الصناديق العامة الحكومية أو من خلال تخصيص

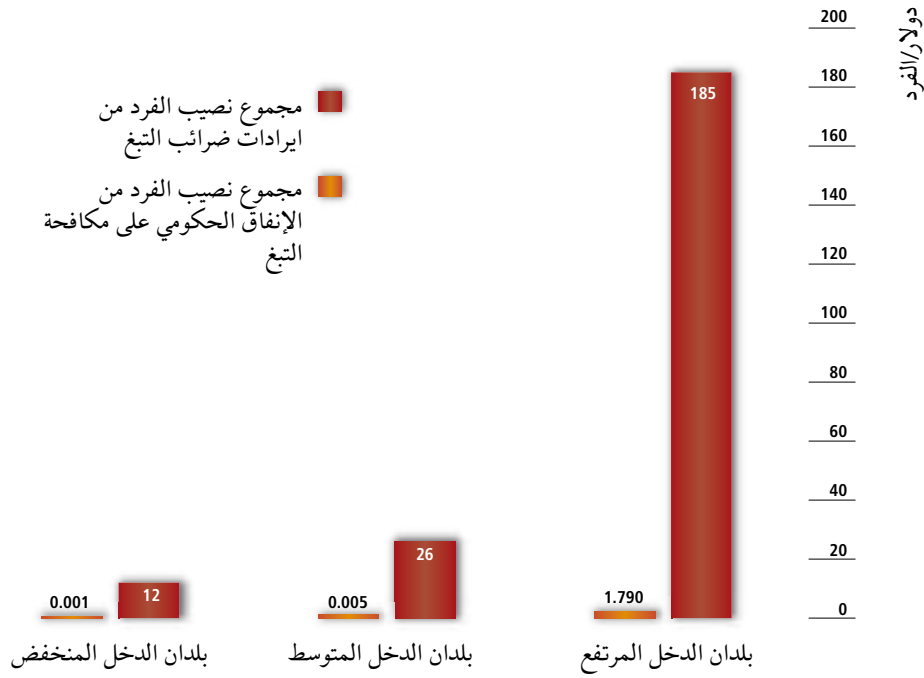
والمجتمعات المدنية مطلوبة لتنفيذ أي برنامج وطني فعال لمكافحة التبغ، فإن التخطيط الاستراتيجي والروح القيادية ينبغي أن ينبعا من صميم وزارة الصحة في البلد (57). وفي البلدان الكبيرة يجوز تصميم البرنامج بحيث يتسنى تنفيذه بطريقة مرنة بتوزيع السلطة المركزية على البلديات (57).

وأي برنامج وطني لمكافحة التبغ مزود بموظفين متفرغين ومتفانين على الصعيد المركزي و(حسب الاقتضاء) المحلي، ومدعوم من كبار المسؤولين في الحكومة والخبراء التقنيين والأشخاص المختصين بالتخطيط والتنفيذ، بوسعه توفير قيادة شديدة الفاعلية وإدارة رشيدة لجميع مبادراته. هذا فضلاً عن ضرورة انشاء لجنة وطنية لتنسيق مكافحة التبغ

إن بناء القدرة الوطنية اللازمة لتنفيذ برامج وطنية فعالة ومستدامة لمكافحة التبغ أمر لا غنى عنه لكبح وباء التبغ، لاسيما وأن البلدان ملزمة بموجب الإطارية (1) بتنفيذ برامج وطنية لمكافحة التبغ. ولقد أسهمت بقوة في أنشطة مكافحة التبغ على الصعيدين الوطني والدولي منظمات غير حكومية وهيئات أخرى من المجتمع المدني غير مرتبطة بدوائر صناعة التبغ، ولاسيما الاتحادات المهنية والمجموعات النسائية وتجمعات الشباب ومجموعات المستهلكين والدوائر الأكاديمية ومؤسسات الرعاية الصحية. وإن كانت مشاركة قطاعات كثيرة من الحكومات



## أنشطة مكافحة التبغ غير ممولة بالقدر الكافي



ملحوظة: بناء على المعلومات الواردة من 55 بلداً قدمت المعلومات عن إيرادات ونفقات مكافحة التبغ في العامين 2007 و2008.

**الحكومات تحصل في كل سنة أكثر من 167 مليار دولار من ضرائب التبغ ولكنها لا تصرف على أنشطة مكافحة التبغ سوى 965 مليون دولار.**



هيئة وطنية مسؤولة عن مكافحة التبغ، وهذه الهيئات موجودة في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل أكثر مما هي موجودة في البلدان المرتفعة الدخل.

■ أقل من 15% من البلدان المرتفعة الدخل و22% من البلدان المتوسطة الدخل لديها هيئة من هذا القبيل يعمل فيها ما يعادل خمسة موظفين متفرغين، في حين أن 24% من البلدان المنخفضة الدخل لديها هيئة من هذا القبيل بنفس مستوى التوظيف.

من هذا المبلغ يصرف في 17 بلداً مرتفع الدخل. ويتراوح نصيب الفرد من مصروفات مكافحة التبغ بين عُشر السنت في السنة في البلدان المنخفضة الدخل، ونصف السنت في السنة في البلدان المتوسطة الدخل، وحوالي 1.80 دولار في السنة في البلدان المرتفعة الدخل.

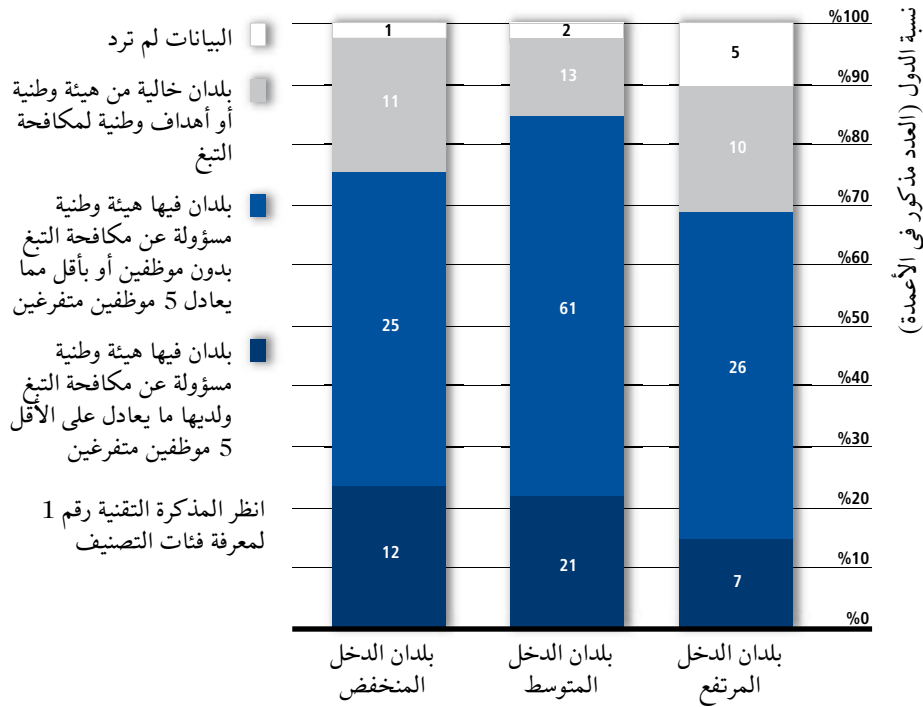
**غالبية البلدان لديها برامج وطنية لمكافحة التبغ، لكن بلدانا كثيرة لا تزود هذه البرامج بالموظفين على النحو المناسب**

■ حوالي 80% من البلدان أبلغ أن لديه

اعتمادات مالية مأخوذة من إيرادات ضرائب التبغ. وتشمل مصادر التمويل الأخرى الهبات والمنح التي تقدمها المنظمات غير الحكومية، الوطنية والدولية، والمؤسسات الخيرية.

وقد أثبتت بيانات العامين 207 و2008 أن مجموع ضرائب التبغ حسب تقارير البلدان مثلت أكثر من 173 مرة قيمة مصروفات أنشطة مكافحة التبغ. فالحكومات تحصل في كل سنة أكثر من 167 مليار دولار من ضرائب التبغ ولكنها لا تصرف على أنشطة مكافحة التبغ سوى 965 مليون دولار، و99%.

### البرامج الوطنية لمكافحة التبغ



**من الأهمية بمكان أن تزود الحكومات ببرامج مكافحة التبغ بمصدر تمويل ثابت على الصعيد الوطني وكذلك حسب الاقتضاء على صعيد الحكم المحلي.**

# البرازيل لديها برامج عالية القدرة لمكافحة التبغ

ولما كانت البرازيل بلداً اتحادياً (يضم 27 ولاية وولاية العاصمة الاتحادية و5592 بلدية) يتبع اللامركزية في نظام الصحة، فإن تنفيذ وإنفاذ معظم سياسات مكافحة التبغ يجريان على مستوى الولايات والبلديات. وتشكل مديريات الصحة المحلية شبكة حكومية قوية لمكافحة التبغ لها مراكز اتصال مخصصة لمكافحة التبغ ومزودة بموظفين متفانين. وفي عام 2005 جرى تدريب موظفين في جميع الولايات وفي أكثر من ثلثي البلديات على تنفيذ أنشطة مكافحة التبغ، في حين نفذت البلديات - بما فيها كبرى المدن البرازيلية - برامج محددة لمكافحة التبغ وإجراءات محددة لإنفاذ هذه البرامج.

أولت البرازيل أولوية عالية لمكافحة وباء التبغ والتزمت بها التزاماً قوياً. وهي تستند في نهجها الشامل لمكافحة التبغ إلى آلية تنسيق وطنية يقودها برنامج وطني لمكافحة التبغ تابع لوزارة الصحة ويعمل بوصفه أمانة لجنة قطاع الصحة لشؤون مكافحة التبغ وأمانة اللجنة الوطنية لتنفيذ الإطارية. وتمارس هيئات المراقبة في وزارة الصحة رصد أنشطة مكافحة التبغ وتنظيمها وإنفاذها وتقييمها.



وزارة الصحة في البرازيل

# الخلاصة

المشمولون بواحد وأكثر من تدابير الحد من الطلب على التبغ المنصوص عليها في برنامج السياسات الست.

■ توقف التقدم صوب تنفيذ حظر الإعلان عن التبغ والترويج له ورعايته، مما ترك أكثر من 90% من سكان العالم بلا حماية من أنشطة التسويق التي تمارسها دوائر صناعة التبغ.

■ توقف أيضاً التقدم صوب زيادة ضرائب التبغ، ومازال 95% من سكان العالم يعيشون في بلدان تمثل فيها هذه الضرائب أقل من 75% من سعر بيع التبغ بالتجزئة.

■ مازال تمويل مكافحة التبغ ناقصاً إلى حد كبير مع أن العالم يحصل من ضرائب التبغ في كل سنة ما

التقدم في بعض البلدان سريعاً وسلساً، وهذه البلدان نموذج يستحق أن تحتذي به البلدان التي لاتزال بحاجة إلى عمل المزيد لحماية مواطنيها من أضرار تعاطي التبغ. وما لم نواصل توسيع نطاق أنشطة مكافحة التبغ وتكثيفها لظل ملايين الناس يموتون في كل سنة من مرض مرتبط بالتبغ وقابل للتجنب، ولظلت عشرات المليارات من الدولارات تضيع سنوياً للانفاق على الرعاية الصحية وكان بالإمكان تفادي هدرها، ولظلت الخسارة الإنتاجية مستمرة.

ويبين هذا التقرير أن نحو 400 مليون نسمة إضافية قد استفادت من سياسات مكافحة التبغ التي نفذت في عام 2008، ولكنه يبين أيضاً أن كثيراً من العمل مازال مطلوباً للأسباب التالية.

■ أقل من 10% من سكان العالم هم

جسدت إتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية لمكافحة التبغ التزاماً باتخاذ إجراءات حاسمة ضد وباء التبغ العالمي الذي يزهدق أرواح ملايين الأشخاص ويصيب بالعجز ملايين آخرين في كل سنة. فقد قطع 160 طرفاً في هذه الإطارية يمثلون 86% من سكان العالم على أنفسهم عهداً ملزماً قانونياً بتنفيذ سياسات فعالة لمكافحة التبغ. علماً بأن وسائل كبح تعاطي التبغ سهلة المنال على عكس ما يحدث في كثير من المشاكل الصحية العمومية الكبيرة الأخرى: ففي برنامج السياسات الست وغيره من السياسات المذكورة في الإطارية للحد من الطلب على التبغ، أصبح في متناول البلدان وسائل المكافحة المطلوبة للحد من تعاطي التبغ ولإنقاذ الأرواح.

وتبين النتائج المعروضة في هذا التقرير أن إحراز التقدم ممكن وجار. وكان هذا



يربو 173 مرة على ما يصرفه على مكافحة التبغ.

أما من حيث التقدم المحرز في تنفيذ سياسات حظر التدخين - وهو موضع تركيز هذا التقرير - فإن غالبية الناس في العالم مازالت بدون حماية من أخطار التعرض لدخان التبغ غير المباشر.

■ شملت قوانين حظر التدخين التي صدرت في عام 2008 نسبة إضافية من سكان العالم قدرها 2.3% وتعادل أكثر من 154 مليون نسمة، معظمهم يعيشون في بلدان منخفضة الدخل وبلدان متوسطة الدخل.

■ بدأت السياسات اللامركزية لحظر التدخين تزداد شيوعاً. فمن بين أكبر 100 مدينة في العالم أصبحت 22 مدينة خالية من التدخين، وانضمت

إليها ثلاث مدن أخرى (ريودي جانيرو وسلفادور وسان باولو، وكلها في البرازيل) بعد جمع مواد هذا التقرير.

■ لكن امتثال قوانين حظر التدخين مازال ضعيفاً، لأن 2% فقط من سكان العالم هم الذين يعيشون في بلدان أصدرت قوانين شاملة في مجال حظر التدخين وكان امتثالها قوياً.

وقد جعلت الأزمة الاقتصادية العالمية الراهنة لزاماً على البلدان أن تضمن وسائل التمويل لبرامج فعالة لمكافحة التبغ. وزيادة الضرائب على التبغ تحد بشدة من مدى انتشار التدخين، وتزيد في الوقت ذاته الإيرادات الحكومية، وتدر التمويل الذي يمكن توجيهه إلى أنشطة مكافحة التبغ وإلى مبادرات

الصحة العمومية الأخرى. وحتى لو بقيت معدلات ضرائب التبغ على ما هي عليه دون أن تنخفض، لظلت برامج مكافحة التبغ ناقصة التمويل بشدة، وخصوصاً في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل.

والمهم فوق كل هذا أن مكافحة التبغ لا تحتاج إلى التمويل فقط، بل تحتاج أيضاً إلى إلتزام سياسي على أعلى مستويات الحكومات. وما لم تتخذ إجراءات عاجلة لأزهرق التبغ أرواح أكثر من مليار نسمة في هذا القرن. وقد ساق نجاح الإطارية الدليل القاطع على وجود هذه الإرادة السياسية على الصعيدين الوطني والعالمي، وإمكانية تسخيرها لجني أكبر الثمار. وبتخاذ الإجراءات اللازمة لتنفيذ تدابير الحد من تعاطي التبغ تستطيع الحكومات والمجتمعات المدنية أن تنقذ ملايين الأرواح في كل سنة، ولسوف تفعل.



- Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006 (<http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/report/fullreport.pdf>). (آخر اطلاع 13 تشرين الثاني/نوفمبر 2009).
- Proposed identification of environmental tobacco smoke as a toxic air contaminant, Scientific Review Panel approved version. Part B – Health effects. Sacramento, CA, California Environmental Protection Agency, Office of Environmental Health Hazard Assessment, 2005 (<ftp://ftp.arb.ca.gov/carbis/regact/ets2006/app3part%20b.pdf>). (آخر اطلاع 27 تشرين الثاني/نوفمبر 2009).
- Update of evidence on health effects of secondhand smoke. London, Scientific Committee on Tobacco and Health, 2004 ([http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/idcplg?IdcService=GET\\_FILE&ID=13632&Rendition=Web](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/idcplg?IdcService=GET_FILE&ID=13632&Rendition=Web)). (آخر اطلاع 13 تشرين الثاني/نوفمبر 2009).
- Woodward A, Laugesen M. How many deaths are caused by second-hand cigarette smoke? *Tobacco Control*, 2001, 10:383–388.
- Bridevaux PO et al. Secondhand smoke and health-related quality of life in never smokers: results from the SAPALDIA cohort study 2. *Archives of Internal Medicine*, 2007, 167:2516–2523.
- Bertone ER et al. Environmental tobacco smoke and risk of malignant lymphoma in pet cats. *American Journal of Epidemiology*, 2002, 156:268–273.
- Snyder LA et al. p53 expression and environmental tobacco smoke exposure in feline oral squamous cell carcinoma. *Veterinary Pathology*, 2004, 41:209–214.
- Reif JS et al. Passive smoking and canine lung cancer risk. *American Journal of Epidemiology*, 1992, 135:234–239.
- Fantuzzi G et al. Preterm delivery and exposure to active and passive smoking during pregnancy: a case-control study from Italy. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 2007, 21:194–200.
- Fantuzzi G et al. Exposure to active and passive smoking during pregnancy and severe small for gestational age at term. *The Journal of Maternal-fetal and Neonatal Medicine*, 2008, 21:643–647.
- Anderson HR, Cook DG. Passive smoking and sudden infant death syndrome: review of the epidemiological evidence. *Thorax*, 1997, 52:1003–1009.
- Law MR, Hackshaw AK. Environmental tobacco smoke. *British Medical Bulletin*, 1996, 52:22–34.
- Gilbert SG. *Scientific consensus statement on environmental agents associated with neurodevelopmental disorders*. Bolinas, CA, Collaborative on Health and the Environment, Learning and Developmental Disabilities Initiative, 2008 (<http://www.iceh.org/pdfs/LDDI/LDDIStatement.pdf>). (آخر اطلاع 3 شباط/فبراير 2009).
- Analysis and Environmental Epidemiology*, 1998, 8:313–334.
- Winickoff JP et al. Beliefs about the health effects of “thirdhand” smoke and home smoking bans. *Pediatrics*, 2009, 123:e74–79.
- Navas-Acien A et al. Secondhand tobacco smoke in public places in Latin America, 2002–2003. *JAMA*, 2004, 291:2741–2745.
- Hyland A et al. A 32-country comparison of tobacco smoke derived particle levels in indoor public places. *Tobacco Control*, 2008, 17:159–165.
- Öberg M et al. Global estimate of the burden of disease from second-hand smoke. (unpublished).
- Survey on tobacco – analytical report. Brussels, European Commission, 2009 (Flash Eurobarometer No. 253, The Gallup Organisation; ([http://ec.europa.eu/public\\_opinion/flash/fl\\_253\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_253_en.pdf)). آخر اطلاع 27 آب/أغسطس 2009).
- Shields M. Smoking – prevalence, bans and exposure to second-hand smoke. Ottawa, Statistics Canada, 2007. *Health Reports*, Vol. 18, No. 3:67–85.
- International Consultation on Environmental Tobacco Smoke (ETS) and Child Health. Geneva, World Health Organization, Division of Noncommunicable Disease, Tobacco Free Initiative, 1999. ([http://www.who.int/tobacco/research/en/ets\\_report.pdf](http://www.who.int/tobacco/research/en/ets_report.pdf)) (آخر اطلاع 13 تشرين الثاني/نوفمبر 2009).
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Global Youth Tobacco Surveillance, 2000–2007. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2007, 2008, 57: 1–21.
- Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 2006, 3: e442.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses – United States, 2000–2004. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2008, 57:1226–1228.
- Lifting the smokescreen: 10 reasons for a smoke free Europe. Brussels, The Smoke Free Partnership, 2006 ([http://www.ersnet.org/ers/show/default.aspx?id\\_attach=13509](http://www.ersnet.org/ers/show/default.aspx?id_attach=13509)) (آخر اطلاع 13 نيسان/أبريل 2009).
- Smoking and health: joint report of the Study Group on Smoking and Health. *Science*, 1957, 125:1129–1133.
- White J, Froeb H. Small-airways dysfunction in nonsmokers chronically exposed to tobacco smoke. *New England Journal of Medicine*, 1980, 27:720–723.
- Hirayama T. Non-smoking wives of heavy smokers have a higher risk of lung cancer: a study from Japan. *British Medical Journal*, 1981, 282:183–185.
- Trichopoulos D et al. Lung cancer and passive smoking. *International Journal of Cancer*, 1981, 27:1–4.
- The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA, US
- 1 - إتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية لمكافحة التبغ جنيف، منظمة الصحة العالمية، 2003 (بتحديثات 2004 و2005) ([http://www.who.int/tobacco/framework/WHO\\_FCTC\\_english.pdf](http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf)) (آخر اطلاع 23 أيلول/سبتمبر 2009).
- 2 - مؤتمر الأطراف في إتفاقية منظمة الصحة العالمية لمكافحة التبغ. الدورة الثانية. التقرير الأول للجنة “أ”. جنيف، منظمة الصحة العالمية، 2007 ([http://apps.who.int/gb/fctc/E/E\\_it2.htm](http://apps.who.int/gb/fctc/E/E_it2.htm)) (آخر اطلاع 13 تشرين الثاني/نوفمبر 2009).
- 3 - إتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية لمكافحة التبغ. المبادئ التوجيهية لتنفيذ المادة 5-3 والمادة 8 والمادة 11 والمادة 13. جنيف، منظمة الصحة العالمية، 2009 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598224\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598224_eng.pdf)) (آخر اطلاع 18 أيلول/سبتمبر 2009).
- 4 - الحماية من التعرض لدخان التبغ غير المباشر – توصيات بشأن السياسات. جنيف، منظمة الصحة العالمية، 2007 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241563413\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241563413_eng.pdf)) (آخر اطلاع 9 شباط/فبراير 2009).
- 5 - تقرير منظمة الصحة العالمية عن وباء التبغ العالمي، 2008 – برنامج السياسات الست. جنيف، منظمة الصحة العالمية، 2008 ([http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower\\_report\\_full\\_2008.pdf](http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf)) (آخر اطلاع 13 تشرين الثاني/نوفمبر 2009).
- 6 - *Tobacco smoke and involuntary smoking: summary of data reported and evaluation*. Geneva, World Health Organization, International Agency for Research on Cancer, 2002 (IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Vol. 83; (<http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol83/volume83.pdf>) (آخر اطلاع 13 تشرين الثاني/نوفمبر 2009).
- 7 - Schick S, Glantz S. Philip Morris toxicological experiments with fresh sidestream smoke: more toxic than mainstream smoke. *Tobacco Control*, 2005, 14:396–404.
- 8 - *Report on carcinogens*, 11th ed. Research Triangle Park, NC, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Toxicology Program, 2005.
- 9 - *Respiratory health effects of passive smoking*. Washington, DC, United States Environmental Protection Agency, 1992:Table 3-1.
- 10 - Invernizzi G et al. Particulate matter from tobacco versus diesel car exhaust: an educational perspective. *Tobacco Control*, 2004, 13:219–221.
- 11 - Singer BC et al. Gas-phase organics in environmental tobacco smoke. 1. Effects of smoking rate, ventilation, and furnishing level on emission factors. *Environmental Science and Technology*, 2002, 36:846–853.
- 12 - Daisey JM et al. Toxic volatile organic compounds in simulated environmental tobacco smoke: emission factors for exposure assessment. *Journal of Exposure*



- Pell JP et al. Smoke-free legislation and hospitalizations for acute coronary syndrome. *New England Journal of Medicine*, 2008, 359:482–491. - 69
- Bartecchi C et al. Reduction in the incidence of acute myocardial infarction associated with a citywide smoking ordinance. *Circulation*, 2006, 114:1490–1496. - 70
- Khuder SA et al. The impact of a smoking ban on hospital admissions for coronary heart disease. *Preventive Medicine*, 2007, 45:3–8. - 71
- Sargent RP et al. Reduced incidence of admissions for myocardial infarction associated with public smoking ban: before and after study. *British Medical Journal*, 2004, 328:977–980. - 72
- Lemstra M et al. Implications of a public smoking ban. *Canadian Journal of Public Health*, 2008, 99:62–65. - 73
- Meyers DG et al. Cardiovascular effect of bans on smoking in public places: a systematic review and meta-analysis. *J Am Coll Cardiol*, 2009, 29:54:1249-1255. - 74
- California tobacco control update: the social norm change approach. Sacramento, CA, California Department of Public Health, Tobacco Control Section, 2006 and 2009 (<http://www.cdph.ca.gov/programs/tobacco/Pages/CTCPPublications.aspx>) (آخر اطلاع 27 آب/ أغسطس 2009). - 75
- Evans W et al. Do workplace smoking bans reduce smoking? *American Economic Review*, 1999, 89:728–747. - 76
- Levy D, Friend K. Clean air laws: a framework for evaluating and improving clean air laws. *Journal of Public Health Management and Practice*, 2001, 7:87–97. - 77
- Fichtenberg CM, Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *British Medical Journal*, 2002, 325:188. - 78
- Bauer JE et al. A longitudinal assessment of the impact of smoke-free worksite policies on tobacco use. *American Journal of Public Health*, 2005, 95:1024–1029. - 79
- Fong GT et al. Reductions in tobacco smoke pollution and increases in support for smoke-free public places following the implementation of comprehensive smoke-free workplace legislation in the Republic of Ireland: findings from the International Tobacco Control (ITC) Ireland/UK Survey. *Tobacco Control*, 2006, 15(Suppl. 3):iii51–iii58. - 80
- Fowkes FJ et al. Scottish smoke-free legislation and trends in smoking cessation. *Addiction*, 2008, 103:1888–1895. - 81
- Borland RM et al. Determinants and consequences of smoke-free homes: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control*, 2006, 15(Suppl. 3):iii42–iii50. - 82
- Wipfli H et al. Secondhand smoke exposure among women and children: evidence from 31 countries. *American Journal of Public Health* 2008, 98:672–679. - 83
- Borland R et al. Trends in environmental tobacco smoke restrictions in the home in Victoria, Australia. *Tobacco Control*, 1999, 8:266–271. - 84
- Heloma A, Jaakkola MS. Four-year follow-up of smoke exposure, attitudes and smoking behaviour following enactment of Finland's national smoke-free work-place law. *Addiction*, 2003, 98:1111–1117. - 56
- Building blocks for tobacco control: a handbook. Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://www.who.int/entity/tobacco/resources/publications/general/HANDBOOK%20Lowres%20with%20cover.pdf>) (آخر اطلاع 13 تشرين الثاني/نوفمبر 2009). - 57
- Gan Q et al. Effectiveness of a smoke-free policy in lowering secondhand smoke concentrations in offices in China. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2008, 50:570–575. - 58
- Cains T et al. Designated "no smoking" areas provide from partial to no protection from environmental tobacco smoke. *Tobacco Control*, 2004, 13:17–22. - 59
- Ventilation for acceptable indoor air quality. Atlanta, GA, American Society of Heating, Refrigerating, and Air-Conditioning Engineers, Inc., 2004 (ANSI/ASHRAE Standard 62.1-2004). - 60
- Environmental tobacco smoke. Position document approved by ASHRAE Board of Directors, 30 June 2005. Atlanta, GA, American Society of Heating, Refrigerating, and Air-Conditioning Engineers, Inc., 2005. - 61
- Health effects of exposure to environmental tobacco smoke. Sacramento, CA, California Environmental Health Agency, Office of Environmental Health Hazard Assessment, 1997 ([http://www.oehha.org/air/environmental\\_tobacco/finalets.html](http://www.oehha.org/air/environmental_tobacco/finalets.html)) (آخر اطلاع 13 تشرين الثاني/نوفمبر 2009). - 62
- Institute for Health and Consumer Protection. Activity report 2003. Ispra, European Commission Joint Research Centre Directorate-General, 2004 ([http://ihcp.jrc.ec.europa.eu/docs/IHCP\\_annual\\_report/ihcp03.pdf](http://ihcp.jrc.ec.europa.eu/docs/IHCP_annual_report/ihcp03.pdf)) (آخر اطلاع 13 تشرين الثاني/نوفمبر 2009). - 63
- Valente P et al. Exposure to fine and ultrafine particles from secondhand smoke in public places before and after the smoking ban, Italy 2005. *Tobacco Control*, 2007, 16:312–3. - 64
- Menzies D et al. Respiratory symptoms, pulmonary function, and markers of inflammation among bar workers before and after a legislative ban on smoking in public places. *Journal of the American Medical Association*, 2006, 296:1742–1748. - 65
- Eisner M, Smith A, Blanc P. Bartenders' respiratory health after establishment of smokefree bars and taverns. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280:1909–1914. - 66
- Venn A, Britton J. Exposure to secondhand smoke and biomarkers of cardiovascular disease risk in never-smoking adults. *Circulation*, 2007, 115:990–995. - 67
- Richiardi L et al. Cardiovascular benefits of smoking regulations: The effect of decreased exposure to passive smoking. *Preventive Medicine*, 2009, 48:167–172. - 68
- Herrmann M, King K, Weitzman M. Prenatal tobacco smoke and postnatal secondhand smoke exposure and child neurodevelopment. *Current Opinion in Pediatrics*, 2008, 20:184–190. - 41
- Behan DF et al. Economic effects of environmental tobacco smoke. Schaumburg, IL, Society of Actuaries, 2005 (<http://www.soa.org/research/life/research-economic-effect.aspx>) (آخر 13 تشرين الثاني/نوفمبر 2009). - 42
- Indoor Air Quality 1994, 59:15968-16039. Washington, DC, United States Department of Labor, Occupational Safety and Health Administration, 1994. - 43
- Adams KA et al. The costs of environmental tobacco smoke (ETS): an international review. Geneva, World Health Organization, 1999 (WHO/NCD/TFI/99.11). - 44
- McGhee SM et al. Cost of tobacco-related diseases, including passive smoking, in Hong Kong. *Tobacco Control*, 2006, 15:125–130. - 45
- Pierce JP, León M. Effectiveness of smoke-free policies. *Lancet Oncology*, 2008, 9:614–615. - 46
- Haw SJ, Gruer L. Changes in exposure of adult non-smokers to secondhand smoke after implementation of smoke-free legislation in Scotland: national cross sectional survey. *British Medical Journal*, 2007, 335:549. - 47
- Borland R et al. Protection from environmental tobacco smoke in California. The case for a smoke-free workplace. *Journal of the American Medical Association*, 1992, 268:749–752. - 48
- Pickett MS et al. Smoke-free laws and secondhand smoke exposure in US non-smoking adults, 1999–2002. *Tobacco Control*, 2006, 15:302–307. - 49
- Mulcahy M et al. Secondhand smoke exposure and risk following the Irish smoking ban: an assessment of salivary cotinine concentrations in hotel workers and air nicotine levels in bars. *Tobacco Control*, 2005, 14:384–388. - 50
- Goodman P et al. Effects of the Irish smoking ban on respiratory health of bar workers and air quality in Dublin pubs. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 2007, 175:840–845. - 51
- Bondy SJ et al. Impact of an indoor smoking ban on bar workers' exposure to secondhand smoke. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2009, 51:612–619. - 52
- Semple S et al. Secondhand smoke levels in Scottish pubs: the effect of smoke-free legislation. *Tobacco Control*, 2007, 16:127–132. - 53
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Reduced secondhand smoke exposure after implementation of a comprehensive statewide smoking ban, New York, June 26, 2003–June 30, 2004. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2007, 56:705–708. - 54
- Fernando D et al. Legislation reduces exposure to second-hand tobacco smoke in New Zealand bars by about 90%. *Tobacco Control*, 2007, 16:235–238. - 55

- Heironimus J. *Impact of workplace restrictions on consumption and incidence*. Tobacco Documents Online, 1992 (<http://tobaccodocuments.org/pm/2023914280-4284.html>). (آخر اطلاع 13 تشرين الثاني/نوفمبر 2009).
- Sebrie E, Glantz S. "Accommodating" smoke-free policies: tobacco industry's Courtesy of Choice programme in Latin America. *Tobacco Control*, 2007, 16:e6.
- Smoking in public places*. House of Commons Health Committee, first report of session 2005–2006, Vol. II. London, House of Commons, 2005 (<http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200506/cmselect/cmhealth/485/485ii.pdf>). (آخر اطلاع 13 تشرين الثاني/نوفمبر 2009).
- Samet JM, Burke TA. Turning science into junk: the tobacco industry and passive smoking. *American Journal of Public Health*, 2001, 91:1742–1744.
- Ong EK, Glantz SA. Tobacco industry efforts subverting International Agency for Research on Cancer's second-hand smoke study. *Lancet*, 2000, 355:1253–1259.
- Ong EK, Glantz SA. Constructing "sound science" and "good epidemiology": tobacco, lawyers, and public relations firms. *American Journal of Public Health*, 2001, 91:1749–1757.
- Tong EK, Glantz SA. Tobacco industry efforts undermining evidence linking secondhand smoke with cardiovascular disease. *Circulation*, 2007, 116:1845–1854.
- Bornhauser A et al. German tobacco industry's successful efforts to maintain scientific and political respectability to prevent regulation of secondhand smoke. *Tobacco Control*, 2006, 15:e1.
- Robinson JB. *ETS in Nordic countries*. Paper presented at: PM EEC ETS Conference, Geneva, 12–14 November 1986. San Francisco, CA, University of California Legacy Tobacco Documents Library, 1986.
- Tobacco Institute. *Embargoed for use in A.M. newspapers, Monday 8/10/615*. San Francisco, CA, University of California Legacy Tobacco Documents Library, 1981 (Philip Morris Collection; Bates No. 2015018011/8012 (<http://legacy.library.ucsf.edu/tid/arl68e00>)). (آخر اطلاع 13 تشرين الثاني/نوفمبر 2009).
- Barnes DE, Bero LA. Why review articles on the health effects of passive smoking reach different conclusions. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 279:1566–1570.
- Barnes DE, Bero LA. Scientific quality of original research articles on environmental tobacco smoke. *Tobacco Control*, 1997, 6:19–26.
- Garne D et al. Environmental tobacco smoke research published in the journal *Indoor and Built Environment* and associations with the tobacco industry. *Lancet*, 2005, 365:804–809.
- United States of America v. Philip Morris USA, Inc., et al., 449 F Supp 2d 1 (2006).
- Siegel M. The effectiveness of state-level tobacco control interventions: a review of program implementation and behavioral outcomes. *Annual Review of Public Health*, 2002, 23:45–71.
- Jones JM. *Smoking habits stable; most would like to quit*. Washington: Gallup, Inc., 2006. (<http://www.gallup.com/poll/23791/Smoking-free-policies-in-the-hospitality-industry>).
- Carlton, VicHealth Centre for Tobacco Control, 2008 (<http://www.vctc.org.au/downloads/Hospitalitysummary.pdf>). (آخر اطلاع 28 أغسطس 2009).
- Borland R et al. Support for and reported compliance with smoke-free restaurants and bars by smokers in four countries: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control*, 2006, 15(Suppl. 3):iii34–iii41.
- Lund M. Smoke-free bars and restaurants in Norway. Oslo, National Institute for Alcohol and Drug Research (SIRUS), 2005 (<http://www.sirus.no/internet/tobakk/publication/375.html>). (آخر اطلاع 13 تشرين الثاني/نوفمبر 2009).
- Edwards R et al. After the smoke has cleared: evaluation of the impact of a new national smoke-free law in New Zealand. *Tobacco Control*, 2008, 17:e2.
- Tang H et al. Changes of knowledge, attitudes, beliefs, and preference of bar owner and staff in response to a smoke-free bar law. *Tobacco Control*, 2004, 13:87–89.
- The state of smoke-free New York City: a one-year review*. New York: New York City Department of Finance, New York City Department of Health & Mental Hygiene, New York City Department of Small Business Services, New York City Economic Development Corporation, 2004. (<http://www.nyc.gov/html/doh/downloads/pdf/smoke/sfaa-2004report.pdf>). (آخر اطلاع 28 أغسطس 2009).
- Eriksen M, Chaloupka F. The economic impact of clean indoor air laws. CA: *a Cancer Journal for Clinicians*, 2007, 57:367–378.
- Hyland A, Cummings KM. Restaurant employment before and after the New York City Smoke-Free Air Act. *Journal of Public Health Management and Practice*, 1999, 5:22–27.
- Alpert HR et al. Environmental and economic evaluation of the Massachusetts Smoke-Free Workplace Law. *Journal of Community Health*, 2007, 32:269–281.
- Pyles MK et al. Economic effect of a smoke-free law in a tobacco-growing community. *Tobacco Control*, 2007, 16:66–68.
- Dai C et al. *The economic impact of Florida's Smoke-Free Workplace Law*. Gainesville, FL, University of Florida, Warrington College of Business Administration, Bureau of Economic and Business Research, 2004.
- Alamar B, Glantz SA. Effect of smoke-free laws on bar value and profits. *American Journal of Public Health*, 2007, 97:1400–1402.
- Binkin N et al. Effects of a generalised ban on smoking in bars and restaurants, Italy. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2007, 11:522–527.
- A study of public attitudes toward cigarette smoking and the tobacco industry in 1978*, Vol. 1. Storrs: The Roper Organization, 1978. (<http://legacy.library.ucsf.edu/tid/qra99d00/pdf>). (آخر اطلاع 13 تشرين الثاني/نوفمبر 2009).
- After the smoke has cleared: evaluation of the impact of a new smokefree law*. Wellington, New Zealand Ministry of Health, 2006 (<http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/A9D3734516F6757ECC25723D00752D50>). (آخر اطلاع 13 تشرين الثاني/نوفمبر 2009).
- Evans D, Byrne C. *The 2004 Irish smoking ban: is there a "knock-on" effect on smoking in the home?* Dublin, Health Service Executive of the Republic of Ireland, Western Area, 2006.
- Albers AB et al. Household smoking bans and adolescent antismoking attitudes and smoking initiation: findings from a longitudinal study of a Massachusetts youth cohort. *American Journal of Public Health*, 2008, 98:1886–1893.
- Li Q et al. Support for smoke free policies among smokers and non-smokers in six cities in China. *Tobacco Control*, 13 August 2009 (نشر الالكتروني سابق للطبع).
- Major new poll shows public support across UK for comprehensive smokefree law*. London, Action on Smoking and Health, Press Release 30 December 2005 ([http://www.ash.org.uk/ash\\_jf90yumi.htm](http://www.ash.org.uk/ash_jf90yumi.htm)). (آخر اطلاع 18 أيلول/سبتمبر 2009).
- Sebríe EM et al. Smokefree environments in Latin America: on the road to real change? *Prevention and Control*, 2008, 3:21–35.
- Equipos Mori. *Estudio de "Conocimiento y actitudes hacia el decreto 288/005" (Regulación de consumo de tabaco en lugares públicos y privados) [Regulation of snuff consumption in public and private places]*. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud (Pan American Health Organization), 2006 ([http://www.presidencia.gub.uy/\\_web/noticias/2006/12/informe\\_dec268\\_mori.pdf](http://www.presidencia.gub.uy/_web/noticias/2006/12/informe_dec268_mori.pdf)). (آخر اطلاع 13 تشرين الثاني/نوفمبر 2009).
- Aotearoa New Zealand smokefree workplaces: a 12-month report*. Wellington, Asthma and Respiratory Foundation of New Zealand, 2005 ([http://www.no-smoke.org/pdf/NZ\\_TwelveMonthReport.pdf](http://www.no-smoke.org/pdf/NZ_TwelveMonthReport.pdf)). (آخر اطلاع 13 تشرين الثاني/نوفمبر 2009).
- Poll shows 98% of us believe Irish workplaces are healthier as a result of the smokefree law*. Naas, Office of Tobacco Control (Press release 28 March 2005 (<http://www.otc.ie/article.asp?article=267>)). (آخر اطلاع 13 تشرين الثاني/نوفمبر 2009).
- California bar patrons' Field Research Corporation polls, March 1998 and September 2002*. Sacramento, CA, California Department of Public Health, Tobacco Control Section, 2002.
- China tobacco control report*. Beijing, Ministry of Health of the People's Republic of China, 2007.
- Danishevski K et al. Public attitudes towards smoking and tobacco control policy in Russia. *Tobacco Control*, 2008, 17:276–283.
- Scollo M et al. Review of the quality of studies on the economic effects of smoke-free policies on the hospitality industry. *Tobacco Control*, 2003, 12:13–20.
- Scollo M, Lal A. *Summary of studies assessing the economic impact of smoke-*

- (<http://www.ftc.gov/reports/cigarette05/050809cigrpt.pdf>)  
آخر اطلاع 13 تشرين الثاني/نوفمبر 2009.)
- Saffer H, Chaloupka F. The effect of tobacco advertising bans on tobacco consumption. *Journal of Health Economics*, 2000, 19:1117-1137. - 151
- Jha P, Chaloupka FJ, eds. *Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control*. Washington, DC, The World Bank, 1999  
(<http://www.usaid.gov/policy/ads/200/tobacco.pdf>)  
آخر اطلاع 13 تشرين الثاني/نوفمبر 2009.) - 152
- Crofton J, Simpson D. *Tobacco: a global threat*. Hong Kong, Macmillan Education, 2002. - 153
- Select Committee on Health, second report. London, House of Commons, 2000  
(<http://www.parliament.the-stationery-office.co.uk/pa/cm199900/cmselect/cmhealth/27/2702.htm>)  
آخر اطلاع 13 تشرين الثاني/نوفمبر 2009.) - 154
- Jha P et al. Tobacco addiction. In: Jamison D et al., eds. *Disease control priorities in developing countries*, 2nd ed. Washington, DC, The World Bank, 2006:869-885  
(<http://files.dcp2.org/pdf/DCP/DCP46.pdf>)  
آخر اطلاع 13 تشرين الثاني/نوفمبر 2009.) - 155
- van Walbeek C. *Tobacco excise taxation in South Africa*. Geneva, World Health Organization, 2003 ([http://www.who.int/tobacco/training/success\\_stories/en/best\\_practices\\_south\\_africa\\_taxation.pdf](http://www.who.int/tobacco/training/success_stories/en/best_practices_south_africa_taxation.pdf))  
آخر اطلاع 13 تشرين الثاني/نوفمبر 2009.) - 156
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Response to increases in cigarette prices by race/ethnicity, income, and age groups – United States, 1976-1993. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1998, 47:605-609. - 157
- Chaloupka FJ et al. The taxation of tobacco products. In: Jha P, Chaloupka FJ, eds. *Tobacco control in developing countries*. New York, Oxford University Press, 2000:2737-2772. - 158
- Joossens L. *Report on smuggling control in Spain*. Geneva, World Health Organization, 2003 ([http://www.who.int/tobacco/training/success\\_stories/en/best\\_practices\\_spain\\_smuggling\\_control.pdf](http://www.who.int/tobacco/training/success_stories/en/best_practices_spain_smuggling_control.pdf))  
آخر اطلاع 13 تشرين الثاني/نوفمبر 2009.) - 159
- الدورة الثالثة لهيئة التفاوض الحكومية الدولية المعنية بوضع بروتوكول بشأن الإتجار غير المشروع بمنتجات التبغ، منظمة الصحة العالمية، مؤتمر الأطراف في إتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ. منظمة الصحة العالمية، 2009  
([http://www.who.int/fctc/inb/third\\_session\\_inb/en/index.html](http://www.who.int/fctc/inb/third_session_inb/en/index.html))  
آخر اطلاع 20 تشرين الأول/أكتوبر 2009.) - 160
- Data provided by the National Statistics Office and the Excise Department, Thailand. Analyzed by B. Sarunya and T. Lakkhana, Tobacco Control Research and Knowledge Management Center (TRC), Mahidol University, 2007. - 161
- Demographic Yearbook: Table 8. *Population of capital cities and cities of 100 000 and more inhabitants, latest available year: 1988-2007*. New York, United Nations, United Nations Statistics Division, 2009  
(<http://unstats.un.org/unsd/Demographic/Products/dyb/dyb2007.htm>)  
آخر اطلاع 13 تشرين الثاني/نوفمبر 2009.) - 162
- Youth and tobacco: Preventing tobacco use among young people*. A report of the Surgeon General. Rockville, MD, US Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1994. - 139
- إعداد مبادئ توجيهية لتنفيذ المواد 3-5 و10 و11، و13 (القرار 14) (FCTC/COP2). مؤتمر الأطراف في إتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ. منظمة الصحة العالمية، 2007  
([http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop2/FCTC\\_COP2\\_DIV9-ar.pdf](http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop2/FCTC_COP2_DIV9-ar.pdf))  
آخر اطلاع 13 أيلول/سبتمبر 2008.) - 140
- Datafolha Instituto de Pesquisas. 76% são a favor que embalagens de cigarros tragam imagens que ilustram males provocados pelo fumo; 67% dos fumantes que viram as imagens afirmam terem sentido vontade de parar de fumar. [76% are in favor of pictures on cigarette packs that illustrate the problems caused by smoking, 67% of smokers saw the pictures and say they made them want to stop smoking] *Opinião pública*, 2002. - 141
- Tobacco warning labels*. Geneva, Framework Convention Alliance for Tobacco Control, 2005 (Factsheet No. 7)  
(<http://tobaccofreekids.org/campaign/global/docs/7.pdf>)  
آخر اطلاع 13 تشرين الثاني/نوفمبر 2009.) - 142
- Thrasher JF et al. Smokers' reactions to cigarette package warnings with graphic imagery and with only text: a comparison between Mexico and Canada. *Salud Pública de México*, 2007, 49 (Suppl. 2):S233-S240. - 143
- Up in smoke: the truth about tar and nicotine ratings*. Washington, DC, Federal Trade Commission, Bureau of Consumer Protection, Office of Consumer and Business Education, 2000 (FTC Consumer Alert)  
(<http://www.ftc.gov/bcp/edu/pubs/consumer/alerts/alt069.shtm>)  
آخر اطلاع 13 تشرين الثاني/نوفمبر 2009.) - 144
- Siegel M, Biener L. The impact of an antismoking media campaign on progression to established smoking: results of a longitudinal youth study. *American Journal of Public Health*, 2000, 90:380-386. - 145
- McVey D, Stapleton J. Can anti-smoking television advertising influence smoking behaviour? Controlled trial of the Health Education Authority for England's anti-smoking TV campaign. *Tobacco Control*, 2000, 9:273-282. - 146
- Dunlop SM et al. The contribution of antismoking advertising to quitting: intra- and interpersonal processes. *Journal of Health Communication*, 2008;13:250-266. - 147
- Wakefield M et al. Effect of televised, tobacco company-funded smoking prevention advertising on youth smoking-related beliefs, intentions, and behavior. *American Journal of Public Health*, 2006, 96:2154-2160. - 148
- American Cancer Society/UICC Tobacco Control Strategy Planning Guide #4. Enforcing Strong Smoke-free Laws: The Advocate's Guide to Enforcement Strategies*. Atlanta, American Cancer Society, 2006. - 149
- Cigarette report for 2003*. Washington, DC, Federal Trade Commission, 2005 - 150
- Habits-Stable-Most-Would-Like-Quit.aspx)  
آخر اطلاع 13 تشرين الثاني/نوفمبر 2009.) - 139
- Fiore MC et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Clinical practice guideline. Rockville, MD, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2008  
([http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating\\_tobacco\\_use08.pdf](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use08.pdf))  
آخر اطلاع 13 تشرين الثاني/نوفمبر 2009.) - 128
- مؤتمر الأطراف في إتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ. الدورة الثالثة. المقررات الإجرائية. جنيف. منظمة الصحة العالمية، 2008  
([http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop3/FCTC\\_COP3\\_DIV3-en.pdf](http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop3/FCTC_COP3_DIV3-en.pdf))  
آخر اطلاع 13 تشرين الثاني/نوفمبر 2009.) - 129
- Cromwell J et al. Cost-effectiveness of the clinical practice recommendations in the AHCPR guideline for smoking cessation. Agency for Health Care Policy and Research. *Journal of the American Medical Association*, 1997, 278:1759-1766. - 130
- Doll R et al. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *British Medical Journal*, 2004, 328(7455):1519-1527. - 131
- The health benefits of smoking cessation: a report of the Surgeon General*. Rockville, MD, US Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1990 ([http://profiles.nlm.nih.gov/NN/B/C/TL/\\_nnbct.pdf](http://profiles.nlm.nih.gov/NN/B/C/TL/_nnbct.pdf))  
آخر اطلاع 18 أيلول/سبتمبر 2009.) - 132
- Everybody's business – Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. Geneva, World Health Organization, 2007  
([http://www.searo.who.int/LinkFiles/Health\\_Systems\\_EverybodyBusinessHSS.pdf](http://www.searo.who.int/LinkFiles/Health_Systems_EverybodyBusinessHSS.pdf))  
آخر اطلاع 13 تشرين الثاني/نوفمبر 2009.) - 133
- WHO CVD-risk management package for low- and medium-resource settings. Geneva, World Health Organization, 2002  
(<http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545852.pdf>)  
آخر اطلاع 13 تشرين الثاني/نوفمبر 2009.) - 134
- WHO/The Union monograph on TB and tobacco control: joining efforts to control two related global epidemics*. Geneva, World Health Organization, 2007  
([http://www.who.int/tobacco/resources/publications/tb\\_tobac\\_monograph.pdf](http://www.who.int/tobacco/resources/publications/tb_tobac_monograph.pdf))  
آخر اطلاع 13 تشرين الثاني/نوفمبر 2009.) - 135
- Stead LF et al. A systematic review of interventions for smokers who contact quitlines. *Tobacco Control*, 2007, 16(Suppl. 1):i13-i18. - 136
- قائمة منظمة الصحة العالمية التموجدة للأدوية الأساسية، الطبعة السادسة عشرة آذار/مارس 2009، جنيف، منظمة الصحة العالمية، 2009 (قيد النشر - 30 نيسان/أبريل 2009).  
([http://www.who.int/selection\\_medicines/committees/expert/17/WEB\\_unedited\\_16th\\_LIST.pdf](http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/17/WEB_unedited_16th_LIST.pdf))  
آخر اطلاع 20 تشرين الأول/أكتوبر 2009.) - 137
- Hammond D et al. Effectiveness of cigarette warning labels in informing smokers about the risks of smoking: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control*, 2006, 15(Suppl. 3):iii19-iii25. - 138

# شكر وتقدير

ببالوس، فيرا دا كوستا إي سيلفا، جوفري ت. فونغ، جون بيرس، مارتن رو، جوناثان سامت، وآخرون آراءهم وتعليقاتهم القيمة. ونتقدم بجزيل الشكر أيضا الى أمانة اتفاقية الأمم المتحدة الإطارية بشأن مكافحة التبغ، والى كولين ماترس، وغريتشن ستيفنس، وفريق المكتب المعني بالتدخين والصحة التابع لمراكز توقي ومكافحة الأمراض بالولايات المتحدة.

وساعدت درو بليكمان على صياغة هذا التقرير. ونود تقديم شكرنا الخاص الى المحررة ومصممة الطبقات باربارا كامباني، وإلى الرسام رضا صدقي وفريقه، على كفاءتهم في مساعدتنا على إصدار هذا التقرير في حينه.

تم إنتاج هذا التقرير بفضل هبة من المؤسسة العالمية لأمراض الرئة ودعم مالي من جمعية بلومبرغ لمحبي الإنسانية. ومنظمة الصحة العالمية هي المسؤول الوحيد عن محتويات هذا التقرير، ولا ينبغي اعتبار هذه المحتويات كما لو كانت تعبر عن آراء المؤسسة العالمية لأمراض الرئة.

ونسق إنتاج هذا التقرير كيرستين شوتي بمساعدة من كاترين ديلاند.

وقام كريستوفر فيتسباتريك بالإشراف التقني على إعداد محتويات هذا التقرير.

وقدم خدمات ضمان جودة البيانات القطرية كل من: أليسوت كومار، كريستوفر فيتسباتريك، غوري خانا، سمير بوجاري، كيرستين شوتي، إيرن سميث.

وكان أرماندو بيروغا مسؤولا عن عملية الاستعراض القانوني التي أجراها كل من: دونغيو نو، رامن مينياس، لومينيتا ساندا، إيرن سميث، جيما فيستال، باربارا زولتي.

وقام غوري خانا وإدوار تورسان ديبينييه بحساب معدلات الانتشار التقديرية.

وتولى استعراض وتحليل البيانات المالية والاقتصادية بما فيها من بيانات ضرائب وأسعار التبغ كل من: كريستوفر فيتسباتريك (للإقليم الأفريقي وإقليم جنوب شرق آسيا)، آن-ماري بيروتشيش (للإقليم الأمريكتين وإقليم شرق المتوسط)، عايدة يوريكلي (للإقليم الأوروبي وإقليم غرب المحيط الهادئ)، بدعم من فرانك شالوبكا وصوفيا ديليبيلالا.

وتولى إدارة البيانات وإعداد الجداول والأشكال البيانية والتذييلات وضمن جودتها كل من: أليسوت كومار، سمير بوجاري، شون تاكاو.

ونشكر كلا من: جنيفر راليس، كيلبي هينينغ، من "مبادرة بلومبرغ للحد من تعاطي التبغ" على تعاونهما. وقدم لنا كل من: ستيللا

ساعد موظفو منظمة الصحة العالمية التالية أسماؤهم في جمع معلومات هذا التقرير وتحليلها وتحريرها:

## من المكتب الإقليمي لأفريقيا:

جان بيار باتيست، تكلا بوتو، ديوان محيي، نيفو رامانادريب.

## من المكتب الإقليمي للأمريكتين:

أدرينا بلانو، ماريستيلا مونتيرو، روزا ساندوفال، مايتي فاسكيس.

## من المكتب الإقليمي لجنوب شرق آسيا:

خليل رحمن، قمر رضوان، ديرنيدرا ن. سينا.

## من المكتب الإقليمي لأوروبا:

يوليا قديروفا، رولا خوري، كريستينا مادر، أغنيس تسوروس.

## من المكتب الإقليمي لشرق المتوسط:

فاطمة العوا، ماجد الحاوي، فروخ قريشي.

## من المكتب الإقليمي لغرب المحيط الهادئ:

سارا اتكلاند (الصين)، ترينيت لي، غوانغويان ليو، سوزان ميركادو.

## من المقر الرئيسي للمنظمة في جنيف:

سندس العدوفي، زهراء علي بيانسا، علاء علوان، الفالوك باتيا زيفي، ليني باتي، دوغلاس بيتشر، كاترين ديلاند، كريستين فارس، دانيال فيرانتني، جيليان فوريس، أواميد فتوحي، دونغيو نو، ليلي كاجيك، برناردوس غانتر، جون هندرسون، غوردون انغولسدوتير، مي أنيوي، صن غولي، تعمة منصور، رامن مينياس، ريان موران، سيمون نيلز، تيموثي أوليري، ألكزاندر باسكوتو، أرماندو بيروغا، باتريك بوتني (بالمنظمة سابقا)، لومينيتا ساندا، روزان سيراو، بروك ترينوم، غولنوزا عثمانوفا، باربارا زولتي.

وقدم الدعم الإداري كل من: سديمبوي آرمي-قنصاه، كاتالين ياكوبيسكو، لويس مادج، كارولين باتن، اليزابيث تكسون، جينيفر فولونينو.



© البنك الدولي (الحقوق محفوظة)

الصفحة 8-9	المصور: أنور إلياسوف
الصفحة 10	المصور: كورت كارنمارك
الصفحة 12-13	المصور: كورت كارنمارك
الصفحة 16-17	المصور: كورت كارنمارك
الصفحة 20	المصور: كورت كارنمارك
الصفحة 22-23	المصور: كورت كارنمارك
الصفحة 34	المصور: أنور إلياسوف
الصفحة 44	المصور: بونيا دينك
الصفحة 60	المصور: دومينيك سانسوني
الصفحة 64-65	المصور: أنور إلياسوف
الصفحة 128	المصور: كورت كارنمارك
الصفحة 134	المصور: سيمون د. ماكورتي

© كيستون (الحقوق محفوظة)

الصفحة 14-15	كيستون/لايف
الصفحة 18	كيستون/لايف
الصفحة 26-27	كيستون/لايف
الصفحة 72	المصور: مارتن روتشي
الصفحة 96	كيستون/لايف
الصفحة 136	كيستون/لايف

© كورت كونسالينغ (الحقوق محفوظة)

الصفحة 19	رسم توضيحي
-----------	------------

© خدمة الفنون الطبية (الحقوق محفوظة)

الصفحة 23	© رسمان توضيحيان
الصفحة 7	© منظمة الصحة العالمية (الحقوق محفوظة)
الصفحة 21	© البرنامج الوطني لمكافحة التبغ، حكومة الهند (الحقوق محفوظة)
الصفحة 30	© المؤسسة العالمية لأمراض الرئة (الحقوق محفوظة)
الصفحة 37	© حركة حقوق البيئة/أصدقاء الأرض، نيجيريا (الحقوق محفوظة)
الصفحة 47	© الخدمة الصحية الوطنية سيتي أند هاكني (الحقوق محفوظة)
الصفحة 50	© معهد السرطان بولاية نيو ساوث ويلز، استراليا (الحقوق محفوظة)
الصفحة 51	© جامعة هرمزكان للعلوم الطبية، جمهورية إيران الإسلامية (الحقوق محفوظة)
الصفحة 63	© وزارة الصحة، البرازيل (الحقوق محفوظة)

التصميم: استوديو Infinito

الإخراج: [designisgood.info](http://designisgood.info)

الطبع: مطبعة Gonnet الجديدة، فرنسا

أمكن إصدار هذا التقرير بفضل  
التمويل الذي قدمته جمعية  
بلومبرغ لمحبي الإنسانية.

ISBN 978 92 4 656391 3



9 789246 563913

**Avenue Appia 20**  
**CH-1211 Geneva 27**  
**Switzerland**  
**[www.who.int/tobacco/mpower](http://www.who.int/tobacco/mpower)**

منظمة  
الصحة العالمية

