

تقرير منظمة الصحة العالمية عن وباء التبغ العالمي، 2008

مجموعة السياسات الست

متعة الحياة بدون تبغ

mpower

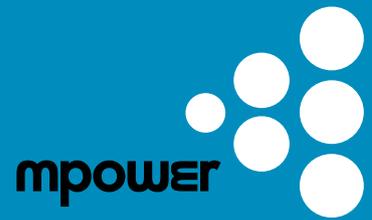


منظمة
الصحة العالمية

لقد قضى وباء التبغ على
100 مليون نسمة في
جميع أنحاء العالم في
القرن العشرين

وقد يقضى على مليار
نسمة في القرن الحادي
والعشرين

بإمكان مجموعة السياسات
الست المعتمدة من قبل
منظمة الصحة العالمية أن
تتصدى لوباء التبغ وأن تحد
من أعداد ضحاياه.



رصد تعاطي التبغ **Monitor**

حماية الناس من
دخان التبغ **Protect**

عرض المساعدة على
الإقلاع عن تعاطي
التبغ **Offer**

التحذير من مخاطر
التبغ **Warn**

فرض حظر الإعلان
عن التبغ والترويج له **Enforce**

زيادة الضرائب
المفروضة على التبغ **Raise**

بإمكان مجموعة تتكون من ست سياسات فعالة لمكافحة التبغ أن تتصدى للوباء

يُعد تقرير منظمة الصحة العالمية عن
وباء التبغ العالمي لعام 2008 فاتحة
سلسلة من التقارير التي تضعها
والتي ستتقصى حالة وباء التبغ
والآثار المترتبة على التدخلات التي
تنفذ لوضع حد له

جميع الحقوق محفوظة. يمكن الحصول على مطبوعات منظمة الصحة العالمية من إدارة التسويق والتوزيع، منظمة الصحة العالمية 20، Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (هاتف رقم: +41 22 791 3264 ؛ فاكس رقم: +41 22 791 4857 ؛ عنوان البريد الإلكتروني: bookorders@who.int). ويتبع 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 4806 791 ؛ عنوان البريد الإلكتروني: permissions@who.int).

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

وذكر شركات بعضها 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 ضمنياً. وتقع مسؤولية ترجمة المواد واستخدامها على عاتق القارئ. ولا تتحمل منظمة الصحة العالمية في أي حال المسؤولية عما يقع من أضرار نتيجة استخدامها.

ويمكن أيضاً، حسب الاقتضاء، استكمال بياني إخلاء المسؤولية التاليين:

[فيما يخص المطبوعات التي يتحمل مؤلفون ومحررون محددة أسماؤهم المسؤولية عما ورد فيها]
[يتحمل المؤلفون المحددة أسماؤهم] أو المحررون المحددة أسماؤهم حسب الاقتضاء [وخدمهم مسؤولية الآراء المعرب عنها في هذا المطبوع.]

[فيما يخص تقارير لجان الخبراء وما شابهاها من مجموعات]
يحتوي هذا المطبوع على آراء جماعية لفريق خبراء دولي [أو يوضع اسم الفريق] ولا يمثل بالضرورة قرارات جمعية الصحة العالمية ولا سياساتها المحددة.



منظمة
الصحة العالمية

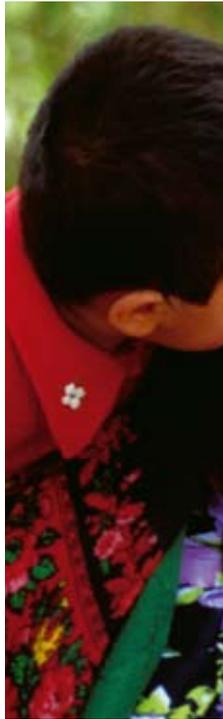
تقرير منظمة الصحة العالمية عن وباء
التبغ العالمي، 2008

مجموعة السياسات الست **mpower**

تم تمويل التقرير بمنحة من
مؤسسات بلومبيرغ الخيرية

المحتويات

يجب أن نتحرك الآن لكبح جماح وباء التبغ العالمي وإنقاذ ملايين الأرواح	7
الموجز	8
أزمة التبغ العالمية	
التبغ - مندوب الوفاة في العالم	14
وباء أخذ في النمو	16
التبغ يهدد الاقتصاد	18
صناعة التبغ تنقل الأمراض	21
برنامج السياسات الست: ست سياسات لكبح جماح وباء التبغ	23
رصد تعاطي التبغ وسياسات توقي التبغ	24
حماية الناس من دخان التبغ	25
عرض المساعدة على الإقلاع عن تعاطي التبغ	29
التحذير من أخطار التبغ	33
حظر الإعلان عن التبغ والترويج له ورعايته	36
زيادة الضرائب المفروضة على التبغ	39



ABBREVIATIONS

AFRO	WHO Regional Office for Africa
AMRO	WHO Regional Office for the Americas
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
EMRO	WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean
EURO	WHO Regional Office for Europe
HQ	WHO headquarters
IMF	International Monetary Fund
LCU	Local currency unit
NCD	Noncommunicable diseases
NGO	Nongovernmental organization
SEARO	WHO Regional Office for South-East Asia
STEPS	WHO's STEPwise approach to Surveillance
US	United States
USD	United States dollar
WHO	World Health Organization
WPRO	WHO Regional Office for the Western Pacific

حالة مكافحة التبغ في العالم تنفيذ التدابير الفعالة بدءاً لتوه

أكثر من نصف البلدان ليس لديه أدنى معلومات الرصد	44
5% فقط من سكان العالم هم المشمولون بقوانين شاملة لمنع التدخين	44
قليل من يتعاطون التبغ يحصلون على المساعدة اللازمة للإقلاع عن التعاطي	48
قليل من البلدان ينفذ التحذيرات الشاملة على عبوات التبغ	48
قليل من البلدان يحظر الإعلان عن التبغ والترويج له ورعايته	50
بوسع البلدان أن تنفذ الأرواح بزيادة ضرائب التبغ	54
تمويل مكافحة التبغ في العالم غير كافٍ	54
الخلاصة	58
المراجع	60
الملاحظة التقنية الأولى كيفية تقييم السياسات الراهنة ومدى تنفيذها	64
الملاحظة التقنية الثانية مدى انتشار التدخين في الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية	67
التذييل الأول: المرتسمات القطرية	69
التذييل الثاني بيانات عن سياسات مكافحة التبغ في العالم	179
التذييل الثالث: معدلات الانتشار القابلة للمقارنة دولياً	267
التذييل الرابع: بيانات الانتشار المقدمة من البلدان	289
التذييل الخامس: بيانات الدراسة الاستقصائية العالمية حول الشباب والتبغ	311
التذييل السادس: حالة اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ	323
شكر وتقدير	328



ضحايا وباء التبغ

وفاة 100 مليون نسمة في القرن العشرين

وفاة 5.4 مليون شخص كل عام

وإذا لم تتخذ الإجراءات اللازمة فوراً:

ستحدث أكثر من 8 ملايين حالة وفاة بحلول عام 2030

ستحدث أكثر من 80% من الوفيات الناجمة عن التبغ في البلدان

النامية بحلول عام 2030

وتشير التقديرات إلى أن عدد الضحايا سيقارب المليار نسمة في القرن
الحادي والعشرين

ويجب أن تحظى السيطرة على هذا
الوباء الذي يمكن اتقاؤه بالأولوية
القصوى لدى القيادات الصحية
والسياسية في كل قطر من أقطار
العالم

الدكتورة مارغريت تشان، المديرية العامة لمنظمة الصحة العالمية

يجب أن نتحرك الآن لكبح جماح وباء التبغ العالمي وإنقاذ ملايين الأرواح

كشيفاً على وباء تعاطي التبغ، وعلى تأثيره على الناس والاقتصادات، وعلى التقدم الذي تحرزه البلدان لكبح جماحه.

والعامل الحاسم هو الإسراع بالعمل، لأن التبغ يزهق بالفعل أرواح 5.4 ملايين نسمة في كل سنة لأنه يسبب سرطان الرئة وأمراض القلب وأمراض أخرى. وما لم نكبح جماحه لازداد عدد الوفيات بسببه بحلول سنة 2030 إلى 8 ملايين نسمة في كل سنة. وللأسف يحدث أكثر من 80% من هذه الوفيات في العالم النامي، وسيوجه التبغ ضربته القاصمة إلى البلدان التي تنمو اقتصاداتها بسرعة وتعطي مواطنيها الأمل في حياة أفضل، لأن هذه البلدان تمثل لشركات التبغ أسواقاً جديدة. وهذا الأمر لن يسفر إلا عن زيادات كبيرة في الأمراض والوفيات، وعن تقليص القوى العاملة المنتجة، وارتفاع لا مناص منه في تكاليف الرعاية الصحية.

ولا يمكننا أن نقف مكتوفي الأيدي. ولذلك فإنني أدعو الحكومات في شتى أنحاء العالم إلى الإسراع باتخاذ الإجراءات اللازمة لتنفيذ برنامج السياسات الست.

الدكتورة مارغريت نشان
المديرة العامة
منظمة الصحة العالمية

وقد أجمعت الآراء على وجوب مكافحة وباء التبغ، فقد توافقت على ذلك آراء 150 طرفاً في اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ. وما هو تقرير منظمة الصحة العالمية عن وباء التبغ العالمي في عام 2008 يوفر للدول خريطة طريق مستقاة من تلك الاتفاقية الإطارية، خريطة تفيد في تحويل هذا التوافق العالمي في الآراء إلى واقع عالمي من خلال تنفيذ «برنامج السياسات الست»، وهو مجموعة من ست سياسات فعالة لمكافحة التبغ.

وهذا لا يعني إلقاء عبء العمل على الدول وحدها. فمنظمة الصحة العالمية تعزز قدرتها بمساعدة شركائها العالميين، وهي ملتزمة بدعم دولها الأعضاء لتنفيذ وإنفاذ برنامج السياسات الست. وهذا التقرير عن وباء التبغ العالمي في عام 2008 يعرض مجموعة فريدة من نوعها من البيانات القطرية المقارنة، جمعتها المنظمة من مختلف أنحاء العالم لتلقي كشافاً ضوئياً

إننا نملك في أيدينا الحل اللازم للتخلص من وباء التبغ العالمي الذي يهدد أرواح مليار من البشر بين رجال ونساء وأطفال في هذا القرن. فالتبغ يقتل البشر بطرق عديدة تجعله عامل اختطار من بين عدد يتراوح بين ستة أسباب وثمانية أسباب رئيسية للموت في العالم. ولا يحتاج علاج هذا الوباء الذي يحصد الأرواح إلى أدوية أو لقاحات، بل يقتضي إجراءات من الحكومات والمجتمع المدني.

وهذه مرحلة فريدة من نوعها في تاريخ الصحة العمومية، أصبحت تترابط فيها الإرادة السياسية والسياسات وسبل التمويل لتهدى الزخم المطلوب لإجراء خفض هائل في تعاطي التبغ وإنقاذ ملايين الأرواح قبل انقضاء منتصف القرن الحالي. ولذلك يجب أن تحظى أنشطة كبح جماح هذا الوباء القابل للدحر تماماً بأولوية عليا في سياسات الصحة العمومية وفي سياسات زعماء كل بلد في العالم.



الموجز

للقانون الدولي دوراً أساسياً في توقي الأمراض والنهوض بالصحة.

فبالانضمام إلى اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية التزمت الأطراف بحماية صحة شعوبها من خلال مكافحة وباء التبغ. ولمساعدة البلدان على تحقيق هذا الأمل الذي تبشر به الاتفاقية الإطارية، أعدت المنظمة «برنامج السياسات الست» الذي يتضمن أهم ست سياسات وأقواها مفعولاً لمكافحة التبغ، وهذه السياسات هي: زيادة الضرائب والأسعار، وحظر الإعلان والترويج والرعاية، وحماية الناس من دخان غيرهم، وتحذير الناس جميعاً من أخطار التبغ، وعرض المساعدة على من يريدون الإقلاع عن تعاطي التبغ، وترصد الوباء بحذر، ووضع سياسات لتوقي التبغ. وهي سياسات أثبتت نجاعتها في التقليل من تعاطي التبغ، وتحذير الناس جميعاً من أخطار التبغ، وعرض المساعدة على من يريدون الإقلاع عن تعاطي التبغ، وترصد الوباء بحذر، ووضع سياسات لتوقي التبغ.

في العالم، فإن المرض والموت المرتبطين بوبائه مازالا في أولى مراحلهما.

وبوسعنا أن نغير هذه الأوضاع في المستقبل، لأن وباء التبغ قابل للدحر مهما كان مدمراً. ويجب علينا الشروع في مكافحته بكل ما أوتينا من قوة وسرعة، لأن مكافحته لا تقلل إلحاحاً عن إلحاح مكافحة الأمراض الأخرى. وبوسعنا أن ندحر وباء التبغ ونتحرك صوب إنشاء عالم خال من التبغ، **ويجب أن نبادر إلى ذلك الآن.**

كانت أول خطوة في المكافحة العالمية لوباء التبغ هي اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ، وهي معاهدة متعددة الأطراف انضم إليها أكثر من 150 طرفاً (انظر التذييل السادس للاطلاع على حالة هذه الاتفاقية الإطارية). وهذه الاتفاقية بمثابة دليل يرشد البلدان إلى كيفية تقليل العرض والطلب في سوق التبغ. وقد أعطت هذه الاتفاقية

إن التبغ هو السبب الذي يمكن توقيه أكثر من غيره من بين أسباب الموت في عالم اليوم. فهو سيقتل في هذا العام أكثر من خمسة ملايين شخص، وهذا عدد يربو على من ستقتلهم أمراض السل والإيدز والملاريا مجتمعة. وبحلول عام 2030 سيتجاوز هذا العدد ثمانين مليون وفاة في السنة. وما لم تتخذ إجراءات عاجلة لقتل التبغ **مليار نسمة** في هذا القرن.

والتبغ هو الإنتاج الاستهلاكي القانوني الوحيد الذي يضر كل من يتعرض له ويقتل ما يقرب من نصف من يتعاطونه بأي طريقة صنع لها. وبالرغم من هذا مازال تعاطي التبغ شائعاً في جميع أنحاء العالم لأن أسعاره منخفضة، وتسويقه عنيف ومنتشر، والوعي بأخطاره ناقص، والسياسات العامة المناهضة له غير متسقة.

ولا تظهر معظم أضرار التبغ على الصحة إلا بعد سنوات، بل عقود، من الشروع في تعاطيه. وإن كان تعاطي التبغ قد ازداد



نفذوا الآن برنامج السياسات الست!

تعاطي التبغ يشكل احتمالاً للإصابة بستة أسباب من بين الأسباب الثمانية الرئيسية للوفاة في العالم

المساحات المخططة تدل على نسبة الوفيات المرتبطة بتعاطي التبغ، وقد لونت بلون العمود ذي الصلة بسبب الوفاة.

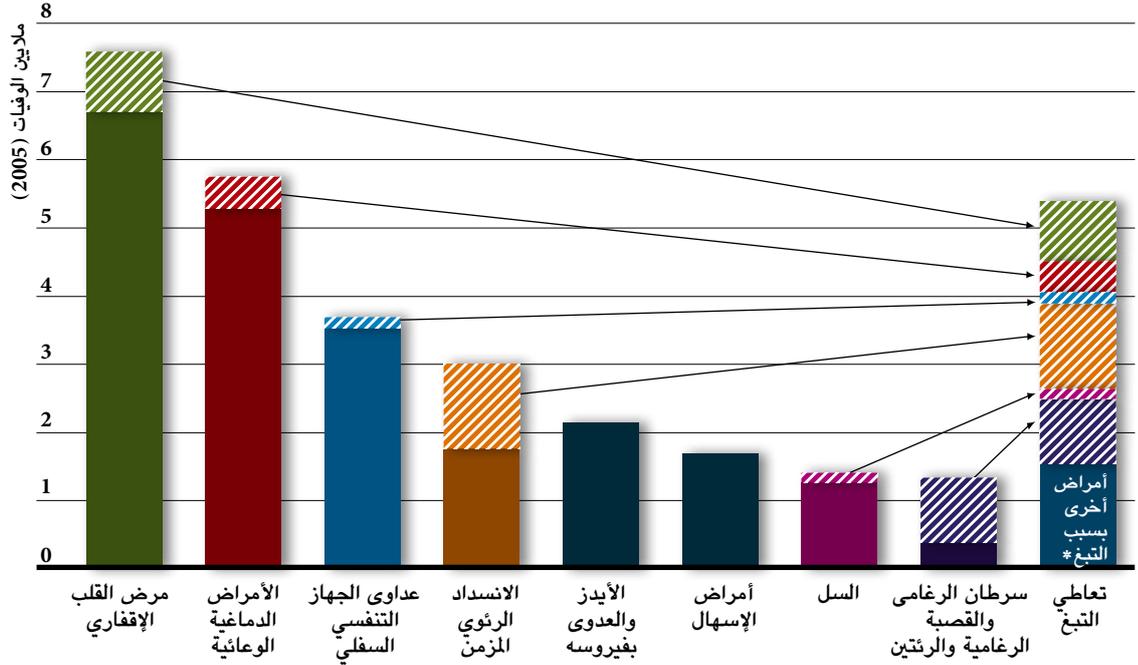
* تشمل هذه الأمراض سرطان الفم والسرطان الفموي البلعومي، وسرطان المعدة، وسرطان الكبد، وسرطانات أخرى، بالإضافة إلى الأمراض القلبية الوعائية الأخرى غير مرض القلب الإقفاري والأمراض الدماغية الوعائية الأخرى.

المصدر:
Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 2006, 3(11): e442.

وتم الحصول على معلومات إضافية بالاتصال الشخصي مع س. د. ماثرز.

مصدر الأرقام المنقحة الدالة على مرض الأيدز والعدوى بفيروسه:

AIDS epidemic update. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) and World Health Organization (WHO), 2007.



[تعاطي التبغ] أكبر سبب للوفاة في العالم يمكن توقيه.

منظمة الصحة العالمية: التقرير الخاص بالصحة في العالم، 2003

وهي سياسات أثبتت نجاعتها في التقليل من تعاطي التبغ.

وتعمل المنظمة مع شركائها على دعم برنامج السياسات الست بتقديم موارد جديدة لدحر ما يسببه التبغ من مرض ووفاة وخسارة اقتصادية. وعندما تنفذ هذه السياسات الست مجتمعة تحول دون شروع الشباب في التدخين، وتساعد المدخنين الحاليين على الإقلاع عن التدخين، وتحمي غير المدخنين من التعرض لدخان غيرهم، وتعتق البلدان وسكانها من ضير التبغ.

رصد تعاطي التبغ وسياسات توقي

التبغ. يجب تعزيز أنشطة تقييم مدى تعاطي التبغ ومدى وقع هذا التعاطي. فنصف البلدان - بل وثلثا البلدان النامية في العالم - لا يعرف حتى القليل عن مدى تعاطي الشبان والبالغين للتبغ. وما زالت البيانات غير كافية عن الجوانب الأخرى لهذا الوباء، مثل الأمراض والوفيات التي تعزى إلى التبغ. ولذلك فإن الرصد الجيد يوفر المعلومات عن مدى انتشار هذا الوباء في البلد، وكيفية وضع السياسات خصيصاً لتلبية مقتضياته. ولذلك فإن الرصد العالمي والرصد القطري أمران حاسمان لفهم وباء التبغ وكبح جماحه.

حماية الناس من دخان التبغ. إن لجميع الناس حقاً أساسياً في تنفس الهواء النظيف. ولذلك فلا غنى عن منع التدخين في أماكن معينة لحماية غير المدخنين وتشجيع المدخنين على الإقلاع عن هذه العادة. وبوسع أي بلد - بصرف النظر عن مستوى الدخل فيه - أن ينفذ قوانين منع التدخين تنفيذاً فعالاً. ومع ذلك فإن 5% فقط من سكان العالم هم الذين يتمتعون بحماية تامة بموجب تشريع شامل بشأن منع التدخين. ولا تشمل قوانين منع التدخين في معظم البلدان سوى بعض الأماكن المغلقة، وهي قوانين ضعيفة الصياغة أو قليلة التنفيذ. وما أن تصدر وتنفذ قوانين منع التدخين فإنها تلقى قبولاً كبيراً حتى من جانب المدخنين، ولا تسفر عن ضرر لدوائر الأعمال التجارية. والحظر التام للتدخين في الأماكن العامة وأماكن العمل هو الذي يحمي الناس من دخان غيرهم ويساعد المدخنين على الإقلاع عن التدخين.

عرض المساعدة على الإقلاع عن

تعاطي التبغ. إن معظم المدخنين في العالم مدمنون، وعددهم أكثر من مليار مدخن، وربعهم من البالغين. وكثير منهم يريدون الإقلاع عن هذه العادة ولكن القليل منهم هم الذين يجدون المساعدة

التي يحتاجون إليها. ولا توجد لعلاج إدمان التبغ خدمات كاملة إلا في تسعة بلدان تشمل 5% من سكان العالم. ولذلك يجب على الدول أن تضع برامج تتكون من تدخلات فعالة واقتصادية لصالح من يريدون التخلص من الإدمان.

التحذير من أخطار التبغ.

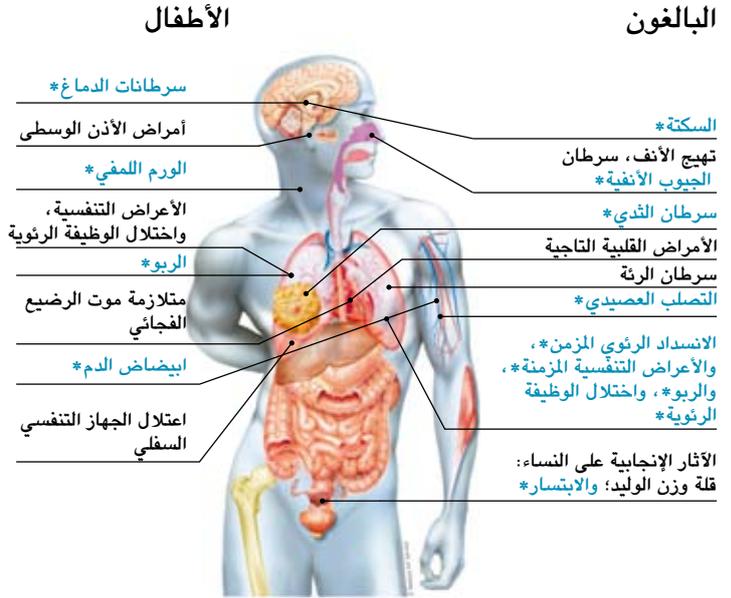
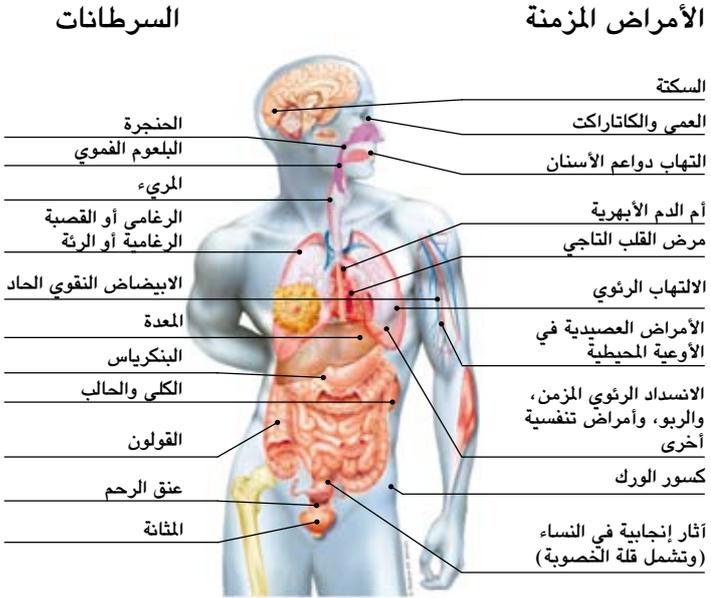
بالرغم من البيئة القاطعة على أخطار التبغ على الصحة، فإن عدداً قليلاً نسبياً ممن يتعاطون التبغ هو الذي يفهم النطاق الكامل لهذه الأخطار. وقد تؤدي التحذيرات الشاملة من أخطار التبغ إلى تغيير صورة التبغ في مخيلة الناس، ولاسيما في مخيلة المراهقين وصغار البالغين. ولذلك فإن وضع التحذيرات المضادة للتبغ والمزودة بصور مروعة على أغلفة عبواته يردع الناس عن تعاطي التبغ، ومع ذلك فإن وضع التحذيرات المصورة (على 30% على الأقل من مساحة الوجه الرئيسي للعبوة) ليس إلزامياً إلا في 15 بلداً يعيش فيها 6% من سكان العالم، ولم تستوف أعلى معايير التحذير على العبوات سوى خمسة بلدان فقط تمثل بالكاد أكثر من 4% من سكان العالم. هذا في حين يعيش أكثر من 40% من سكان العالم في بلدان لا تمنع استخدام المصطلحات المضللة أو الخادعة مثل «سجائر خفيفة»



حذروا الناس من خطر تعاطي التبغ

الأمراض الناجمة عن التعرض لدخان الآخري

الأمراض الناجمة عن التدخين



* البيئة على سبب المرض: ذاتية
البيئة على سبب المرض: كافية

المصدر:
U.S. Department of Health and Human Services. *The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General*. Atlanta, U.S. 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, 2004 (http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/sgr_2004/chapters.htm, في 5 كانون الأول/ ديسمبر 2007).

المصدر:
U.S. Department of Health and Human Services. *The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General*. Atlanta, U.S. 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>, في 5 كانون الأول/ ديسمبر 2007).

**التبغ أصبح القاتل الأول
في العالم. ولدينا الوسائل
المجربة للحد من تعاطي التبغ،
لكن راسمي السياسات
لم ينفذوها بعد**

مايكل ر. بلومبرغ، عمدة مدينة نيويورك

و«سجائر قليلة القار»، مع أن البيّنة العلمية القاطعة – التي طالما عرفتتها صناعة التبغ لعدة عقود – أثبتت أن المنتجات التي توصف على هذا النحو لا تخفف من وطأة المخاطر الصحية. ولا يشمل هذا التقرير تقييماً لحملات تثقيف الجمهور التي تؤتي نتائجها بفاعلية إذا أصابت الصميم وتكاملت معلوماتها وكانت مستدامة، وقد أثبتت دول مثل أستراليا ما يمكن إنجازه بالحملات الفعالة لتثقيف الجمهور.

حظر الإعلان عن التبغ والترويج له

ورعايته. تصرف صناعة التبغ عشرات المليارات من الدولارات في كل سنة على الإعلان والترويج والرعاية في أنحاء العالم. ولا طائل من فرض أي حظر جزئي على الإعلان عن التبغ والترويج له ورعايته لأن صناعة التبغ تكتفي في هذه الحالة بتوجيه مواردها إلى قنوات التسويق الأخرى غير الخاضعة لأي قواعد تنظيمية. وهذا يعني أن الحظر التام هو وحده الذي يقلل من استهلاك التبغ، ويحمي الناس ولاسيما الشباب من مناورات التسويق التي تنفذها صناعة التبغ. ولا يمثل الآن سكان البلدان التي فرضت حظراً شاملاً على الإعلان والترويج والرعاية سوى 5% من سكان العالم. وحوالي نصف أطفال العالم يعيشون

في بلدان لا تحظر توزيع منتجات التبغ.

زيادة الضرائب المفروضة على التبغ.

إن أقوى وسيلة لتقليل تعاطي التبغ وتثبيط الشباب خصوصاً عن تعاطيه هي زيادة الضرائب بطريقة تزيد أسعار التبغ. وهذه الوسيلة تساعد من يتعاطون التبغ على الإقلاع عن تعاطيه. وليس هناك سوى أربعة بلدان تمثل 2% من سكان العالم هي التي فرضت ضرائب تربو على 75% من سعر بيع التبغ بالتجزئة. وحتى إن كان أكثر من أربعة بلدان من بين كل خمسة بلدان مرتفعة الدخل يفرض ضرائب على التبغ تتراوح بين 51% و75% من أسعار التجزئة، فإن أقل من ربع البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل يفرض ضرائب بهذه النسبة. وقد يؤدي رفع أسعار التبغ بنسبة 70% إلى توقي ما يصل إلى ربع جميع الوفيات التي تعزى إلى التبغ في العالم. وقد يؤدي رفع أسعار التبغ بنسبة 10% إلى انخفاض في استهلاك التبغ قدره 4% في البلدان المرتفعة الدخل و8% في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل، ويؤدي في الوقت ذاته إلى زيادة إيرادات ضرائب التبغ مهما انخفض الاستهلاك. هذا فضلاً عن أن فرض ضرائب أعلى يوفر للبلدان تمويلاً لتنفيذ وإنفاذ سياسات

مكافحة التبغ، وأموالاً للبرامج الأخرى الصحية العمومية والاجتماعية.

ويستدل من البلدان التي لديها معلومات متاحة عن إيرادات ضرائب التبغ أن هذه الإيرادات تربو 500 مرة على قيمة ما تصرفه لمكافحة التبغ. وفي البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل التي يعيش فيها 3.8 مليار نسمة وتتوفر عنها معلومات متاحة، لا يتجاوز مجموع النفقات الوطنية على مكافحة التبغ 14 مليون دولار أمريكي في السنة. وفي المقابل حققت هذه البلدان إيرادات من ضرائب التبغ قدرها 66.5 مليار دولار أمريكي. أي أن هذه البلدان تصرف من كل 5000 دولار أمريكي من إيرادات ضرائب التبغ دولاراً واحداً تقريباً على مكافحة التبغ. ولذلك فإن متوسط الإنفاق للفرد لمكافحة التبغ – حسب المعلومات المتاحة – أقل من عُشر سنت في البلدان المنخفضة الدخل، وحوالي نصف سنت في البلدان المتوسطة الدخل.

وبالرغم من أن أخطار التبغ لا تقف عند أي حدود اجتماعية أو اقتصادية، فإن وباء التبغ يسبب معظم الضرر للأسر والبلدان المنخفضة الدخل. وما زال معظم سكان

ارسم السياسات الصحية لمجتمعك المحلي

العاملين وخبراء القانون والإنفاذ والتسويق والضرائب والاقتصاديات والمناصرة والإدارة البرمجية وكل المجالات الرئيسية الأخرى اللازمة، أصبحت برامج مسورة ومطلوبة ولكنها غائبة إلى حد كبير وخصوصاً في حكومات البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل.

ومع ذلك بدأت مكافحة التبغ في العالم تكتسب دفعة قوية. فقد أصبحت اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية تشمل أكثر من 150 طرفاً، وأصبح المانحون يدعمون البلدان بتمويل جديد. وأعدت منظمة الصحة العالمية برنامج السياسات الست للمضي قدماً في مكافحة التبغ في جميع الدول الأعضاء بما يتيح للحكومات الوطنية والمحلية زيادة المكافحة الفعالة للتبغ والتصدي للتحدي الذي تثيره أكبر الأخطار الصحية العمومية التي عرفها العالم على الإطلاق.

ولصد وباء التبغ يجب أن تبدي البلدان عزمها السياسي على إقرار وإنفاذ برنامج السياسات الست. إذ بالرغم من البيئة القوية على فاعلية تدابير مكافحة التبغ وعلى تأييد الجمهور لها، لم ينفذ أي من السياسات الأساسية الخمس على مستوى يوفر الحماية التامة للسكان إلا في بلد واحد من كل خمسة بلدان - ويقصد بالسياسات الأساسية الخمس إنشاء أماكن خالية من التدخين، ومعالجة الإدمان، ووضع التحذيرات الصحية على عبوات التبغ، وحظر الإعلان والترويج والرعاية، وفرض الضرائب على التبغ - وما من بلد نفذ جميع السياسات الست على أعلى مستوى. ولو نفذت البلدان برنامج السياسات الست لحالت بذلك دون إصابة ملايين البشر بالعجز أو الوفاة من جراء التبغ.

عزمها على إصدار وإنفاذ هذه السياسات الست التي ثبت أنها تقلل من تعاطي التبغ، ومن عبء المرض والوفاة الناجمين عن هذا التعاطي. وقد تبين أن المواطنين يؤيدون بقوة تدابير مكافحة التبغ، حتى في البلدان التي يكثر فيها تعاطيه. ففي الصين مثلاً، وهي أكبر منتج ومستهلك للتبغ، تبين من مسح أجري مؤخراً أن معظم المقيمين في المدن يؤيدون منع التدخين في الأماكن العامة وحظر إعلانات التبغ والترويج له ورعايته، وزيادة الضرائب على التبغ.

ثم إن مكافحة التبغ ليست بالأمر الباهظ التكاليف. لأن ضرائب التبغ تُكثّر من إيرادات الحكومات. وإنفاذ قوانين منع التدخين وحظر الإعلان عن التبغ والترويج له ورعايته أمور لا تقتضي نفقات كبيرة. وخدمات المساعدة على الكف عن التدخين يمكن إدماجها في نظام الرعاية الصحية العمومي. وإن اقتضت حملات تثقيف الجمهور ميزانية على حدة فإن الحكومات تقبض ضرائب تربو 500 مرة عما تصرفه على مكافحة التبغ؛ وبالتالي فإن هناك حيزاً واسعاً لتوسيع نطاق أنشطة المكافحة وتوطيدها، حتى وإن استلزم الأمر بعض الموارد الإضافية. والبرامج الوطنية لمكافحة التبغ المزودة بالعدد الوافي من

العالم يعيشون في بلدان منخفضة الدخل ومتوسطة الدخل يزداد فيها استهلاك التبغ وتعوزها الموارد اللازمة للتصدي للمشاكل الصحية والاجتماعية والاقتصادية التي تعزى إلى تعاطي التبغ. ومازالت صناعة التبغ تستهدف المجموعات المستضعفة في تلك البلدان بمناوراتها التسويقية والترويجية.

ولذلك فإن تقرير منظمة الصحة العالمية عن وباء التبغ في العالم في عام 2008 يوثق مدى انتشار هذا الوباء، ويشرح بالتفصيل كيف يمكن لبرنامج السياسات الست أن يكبح جماحه، ويتناول بالتقييم الحالة الراهنة لمكافحة التبغ في العالم. ويقدم هذا التقرير لأول مرة معلومات شديدة الدقة عن حالة التدابير الفعالة لمكافحة التبغ في كل بلد تقريباً. وقد أرفقت به نصوص تلقي نظرة متعمقة على الحالة الراهنة لمكافحة التبغ في مختلف البلدان، وتحدد ما في المعلومات والبيانات والسياسات من ثغرات يجب سدها.

ويشكل برنامج السياسات الست وسيلة لاتخاذ الإجراءات اللازمة. ولا يتبقى الآن سوى أن تبدي القيادات السياسية والحكومات والمجتمع الدولي في كل بلد



التبغ من أكبر الكوارث الصحية الناشئة في تاريخ البشرية.

الدكتورة غرو هارليم برونتلاند، المديرة العامة السابقة لمنظمة الصحة العالمية (1998)

أزمة التبغ العالمية

التبغ - مندوب الوفاة في العالم

بل إن سجائر البيدي، وهي ملفوفة باليد وتُدخن عادة في الهند وبلدان جنوب شرق آسيا، تنتج كمية من أول أكسيد الكربون والنيكوتين تربو على خمسة أضعاف القار الموجود في السجائر العادية.⁽¹³⁾ ويتعرض مدخنو سجائر البيدي إلى ثلاثة أضعاف خطر الإصابة بسرطان الفم بالمقارنة بغير المدخنين، ويتعرضون أيضاً لخطر متزايد بالإصابة بسرطان الرئة والمعدة والمريء. أما سجائر الكريتك وسجائر البرسيم وسجائر التبغ التي يشيع تدخينها في إندونيسيا فهي تعرض مدخنها لخطر الإصابات الحادة في الرئة. وكذلك فإن تبغ الشيشة المعالج بالنكهات والذي يُدخن أساساً بالنارجيلة (الحُقّة) في إقليم شرق المتوسط يسبب أمراض الرئة والأمراض القلبية الوعائية والسرطان.⁽¹¹⁾

والتبغ لا يكتفي بأمراض وقتل المدخنين وحدهم، بل ينتقل إلى غير المدخنين فيسفر عن عواقب وخيمة على صحتهم كثيراً ما

فالسجائر ومنتجات التبغ الأخرى التي يجري تعاطيها بالتدخين تفرز بسرعة مادة النيكوتين المسببة للإدمان، فتصل فور الاستنشاق إلى المخ بكفاءة لا تقل عن كفاءة الحقن في الوريد.⁽⁸⁾ وقد أطلقت صناعة السجائر بنفسها على السجائر تسمية "جهاز إيتاء النيكوتين".⁽⁹⁾ ولما كان تأثير تدخين التبغ لا يدوم إلا بضع دقائق فإن المدخنين يعانون من متلازمة الامتناع ما لم يواصلوا التدخين.⁽¹⁰⁾

وإن كانت السجائر العادية هي نوع التبغ الشائع تدخينه، إلا أن منتجات التبغ الأخرى التي يتم تعاطيها بالتدخين قد بدأت تشيع، مثل لفة التبغ التي تسمى "بيدي" ولفة التبغ التي تسمى "كريتك" وتبغ الشيشة، والتي كثيراً ما يُعتقد بطريق الخطأ أنها أقل ضرراً بالصحة مع أن جميع أشكال التبغ تفضي بالإنسان إلى الموت.⁽¹¹⁾ وتدخين التبغ بأي شكل يتسبب في 90% من جميع أنواع سرطان الرئة، ويشكل عامل خطورة يؤدي إلى السكتات والنوبات القلبية المميتة.⁽¹²⁾

نادراً ما تحتل حالات الوفاة بسبب التبغ مركز الصدارة في الأخبار، ومع ذلك فإن التبغ يزهق روحاً كل ست ثوان،⁽¹⁾ ويقتل ثلث من يتعاطونه،⁽²⁾ قبل 15 سنة تقريباً من أجلمهم الافتراضي.⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾ وأصبح التبغ اليوم يتسبب في عُشر حالات الوفاة بين البالغين في جميع أنحاء العالم، أي أكثر من خمسة ملايين شخص في السنة.⁽¹⁾ وبحلول عام 2030 سيزداد هذا العدد إلى ثمانية ملايين شخص في السنة ما لم تتخذ إجراءات مضادة عاجلة.⁽¹⁾⁽⁵⁾

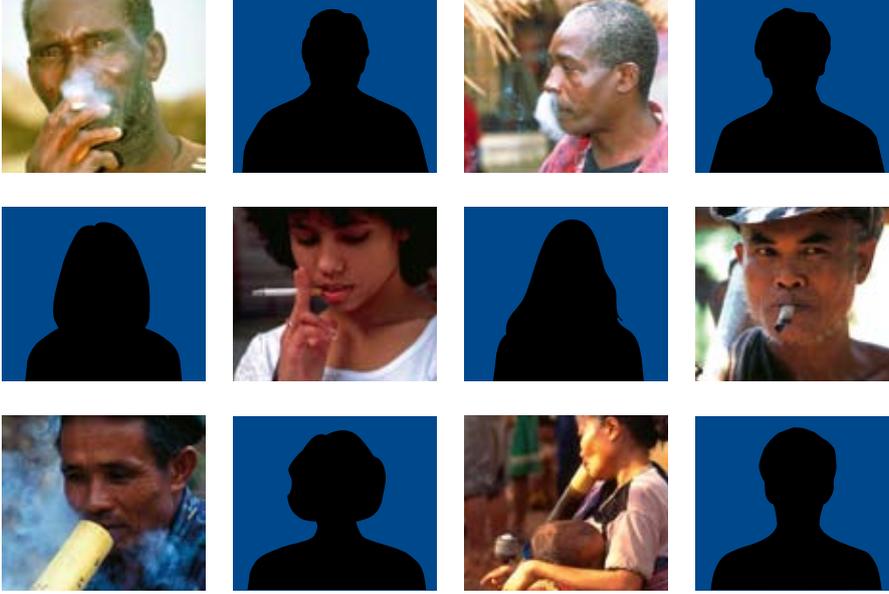
وإذا استمرت المناحي الراهنة بلا كبح لأسفر التبغ تقديراً عن قتل نحو 500 مليون شخص ممن هم على قيد الحياة اليوم⁽⁶⁾ وفي مجرى هذا القرن الحادي والعشرين قد يقتل التبغ عدداً يصل إلى مليار شخص.⁽⁷⁾ ولعل معظم من يتعاطون التبغ يريدون الإقلاع عنه ولكنهم لن يتمكنوا من تحقيق إرادتهم هذه لأنهم أصبحوا مرتبطين بهذه المادة التي تسبب إدماناً قوياً.



اشرح للناس موقفك

التبغ يقتل واحداً من كل اثنين يتعاطاه

سيقتل التبغ 500 مليون من بين أكثر من مليار مدخن على قيد الحياة اليوم



تفضي بهم إلى الموت. ففي الولايات المتحدة تحدث في كل سنة 3400 وفاة بسرطان الرئة و46 000 وفاة بأمراض قلبية بين غير المدخنين ممن تعرضوا لدخان غيرهم. ويقدر أن هذا التعرض لدخان المدخنين يؤدي في الولايات المتحدة في كل سنة إلى 430 متلازمة وفاة فجائية بين الرضع، وإلى مولد 24 500 طفل ضئيل الوزن، وإلى 71 900 حالة وضع قبل الأوان، وإلى 200 000 حالة ربو طفولي.⁽¹⁴⁾

والتبغ الذي لا يُدخن يؤدي هو أيضاً إلى إدمان قوي ويسبب سرطان الرأس والرقبة والمرئ والبنكرياس، بالإضافة إلى أمراض كثيرة في الفم.⁽¹¹⁾⁽¹⁵⁾ وهناك بيئة على أن بعض أشكال تعاطي التبغ بدون تدخين تزيد هي أيضاً من مخاطر الأمراض القلبية ومن مولد الأطفال ضئيلي الوزن.⁽¹⁶⁾

... التبغ هو المنتج
الاستهلاكي القانوني الوحيد
الذي يقتل كل من يتعاطاه
بأطريقة التي صنع لها

ملازم أوكسفورد الطبي (1994)

وباء آخذ في النمو

وقد ظلت معدلات تعاطي الباليغات للتبغ في العالم منخفضة نسبياً ولكنها قد ترتفع بسرعة بين من هن في مقتبل عمر المراهقة. أما في جنوب شرق آسيا فإن معدل التدخين بين الذكور البالغين يمثل عشرة أضعاف معدل التدخين بين البالغات.⁽¹⁷⁾ وفي العمر الذي يتراوح بين السنة الثالثة عشرة والسنة الخامسة عشرة، لا يصل معدل التدخين بين الذكور إلا إلى حوالي مرتين ونصف مرة معدل تدخين الإناث.⁽²¹⁾

وتواجه أكثر الأقاليم تضرراً تحدياً يتمثل في طائفة أعرض من منوعات منتجات التبغ، تشمل مثلاً سجائر البيدي والكريتك وتبغ الشيشة. وهذه المنتجات قاتلة، مثلها في ذلك كمثل السجائر. لكن اختلاف شكلها عن أشكال التبغ يجعلها كثيراً ما تخلو من التحذيرات على عبواتها، ولا تطبق عليها الضرائب والقيود الأخرى بقدر ما تطبق على السجائر. ولا غرابة في أن يعتقد الناس – بالخطأ – أن هذه المنتجات أقل خطورة من السجائر.

يدخنه الرجال. ولما كان معظم النساء لا يتعاطى التبغ حالياً، فقد عمدت صناعة التبغ إلى مناورات قوية لتسويق التبغ لهن وانتهاز هذه السوق الجديدة بالإعلان والترويج والرعاية، ولا سيما بتقديم الهبات لمناصرة قضايا المرأة، بما يضعف الثقافة المضادة لتعاطي النساء التبغ. وأصبح الإنتاج والتسويق يصممان خصيصاً لتشجيع النساء على التدخين، بما في ذلك الاستعانة بعارضات الأزياء الحسنات للإعلان عن منتجات التبغ وإنتاج منوعات من التبغ خصيصاً للنساء لتشجيعهن على التدخين.

وفي معظم أنحاء أوروبا، حيث بدأ تعاطي التبغ العصري منذ قرن مضى، دأبت معدلات تعاطي الرجال ومعدلات تعاطي النساء للتبغ على التقارب طوال عدة عقود. وأصبح معدل تعاطي التبغ ينخفض بين الرجال الأوروبيين ويزداد بين النساء، وخصوصاً في شرق ووسط وجنوب أوروبا.⁽²⁰⁾ وفي بلدان الاتحاد الأوروبي يرجح أن الفتيات يدخنَ مثل الصبيان، إن لم يدخنَ أكثر منهم.⁽²¹⁾

ما لم تُتخذ إجراءات عاجلة سيستمر ازدياد عدد المدخنين.⁽¹⁷⁾ وعلى عكس المواد الخطرة الأخرى الكثيرة التي تسفر عن وقع فوري على الصحة، لا تبدأ الأمراض المرتبطة بالتدخين إلا بعد سنين أو عقود من بدء التعاطي. ولما كانت البلدان النامية في أولى مراحل وباء التبغ فإنها لم تشهد بعد الوباء الكامل للأمراض والوفاة المرتبطة بالتبغ والتي ظهرت بوضوح في البلدان الأغنى التي شاع فيها تعاطي التبغ لجزء طويل من القرن الماضي.

وينمو تعاطي التبغ أسرع ما ينمو في البلدان المنخفضة الدخل لأن عد سكانها ينمو بثبات ولأن صناعة التبغ تستهدفها وتعمل ما في وسعها ليصبح ملايين الناس فيها مدمنين في كل سنة إلى حد الموت. وسوف يحدث في البلدان المتوسطة الدخل بحلول عام 2030 أكثر من 80% من الوفيات السنوية التي تعزى إلى التبغ في العالم.⁽¹⁾

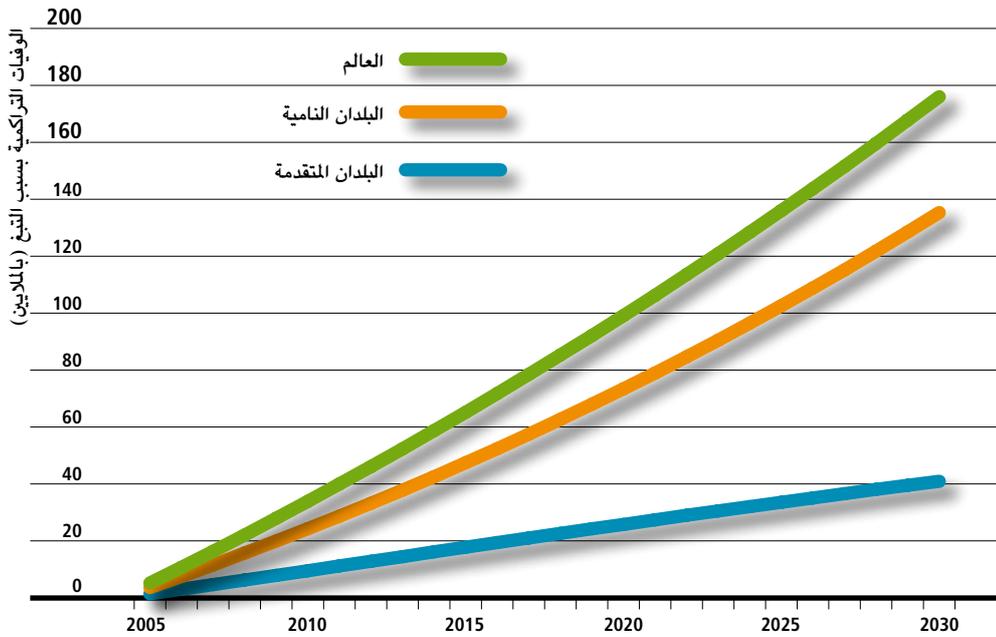
وسيلقى 100 مليون صيني ممن لم يبلغوا الآن السنة الثلاثين من عمرهم حتفهم بسبب تعاطي التبغ.⁽¹⁸⁾ وفي الهند يعزى ربع الوفيات بين الرجال متوسطي العمر إلى التدخين.⁽¹⁹⁾ ولما كان عدد المدخنين من هذه الفئة يزداد مع ازدياد عدد السكان، فإن عدد الوفيات سيزداد هو أيضاً. وسيؤدي انتقال وباء التبغ إلى العالم النامي إلى مستويات غير مسبوقه من الأمراض والوفاة في عمر مبكر في البلدان التي ينمو عدد سكانها ويبلغ فيها احتمال ازدياد تعاطي التبغ أعلى المستويات وتعد فيها خدمات الرعاية الصحية الأقل توافراً.

وأصبح ارتفاع معدل تعاطي الشباب للتبغ في البلدان الكثيفة السكان أحد أشد التطورات سوءاً من حيث تعاطم هذا الوباء. ففي الماضي لم تكن النساء في بلدان كثيرة تتعاطى التبغ عادة: فقدكن يدخن ربع ما

أيّد تحرير العالم من التبغ

التبغ سيقتل أكثر من 175 مليون نسمة في العالم من الآن وحتى عام 2030

الوفيات التراكمية بسبب التبغ بين عام 2005 وعام 2030



المصدر:

Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 2006, 3(11):e442.

عندما أفكر ملياً
في أي مرض
لا أفكر أبداً في علاجه
بل في وسيلة اتقائه

لويس باستير (1822-1895)

التبغ يهدد الاقتصاد

في العالم مرتبطة بالتبغ.⁽¹⁾ ومازالت البيانات عن وقع التبغ على تكاليف الرعاية الصحية العالمية غير مكتملة، ولكن المعروف أن هذا الوباء ضخم. فالتكاليف السنوية للرعاية الصحية في مجال التبغ تبلغ في الولايات المتحدة 81 مليار دولار أمريكي، وتبلغ في ألمانيا حوالي 7 مليارات دولار أمريكي، وتبلغ في أستراليا مليار دولار أمريكي.⁽²²⁾

والحصيلة الصافية للأثر الاقتصادي للتبغ هي تعميق الفقر. لأن غاية صناعة التبغ - وهي زيادة العملاء المدخنين - تصيب الفقراء بالبلاء الأكبر. فقد ارتفع معدل تعاطي التبغ بين الفقراء حتى تجاوز معدل تعاطي الأغنياء في معظم البلدان، وفرق التعاطي بين الفقراء والأغنياء أكبر ما يكون في الأقاليم الأقل دخلاً.⁽²⁴⁾

والنقود التي يصرفها الفقراء على التبغ هي نقود مستقطعة من احتياجاتهم الأساسية مثل الأغذية والمأوى والتعليم والرعاية

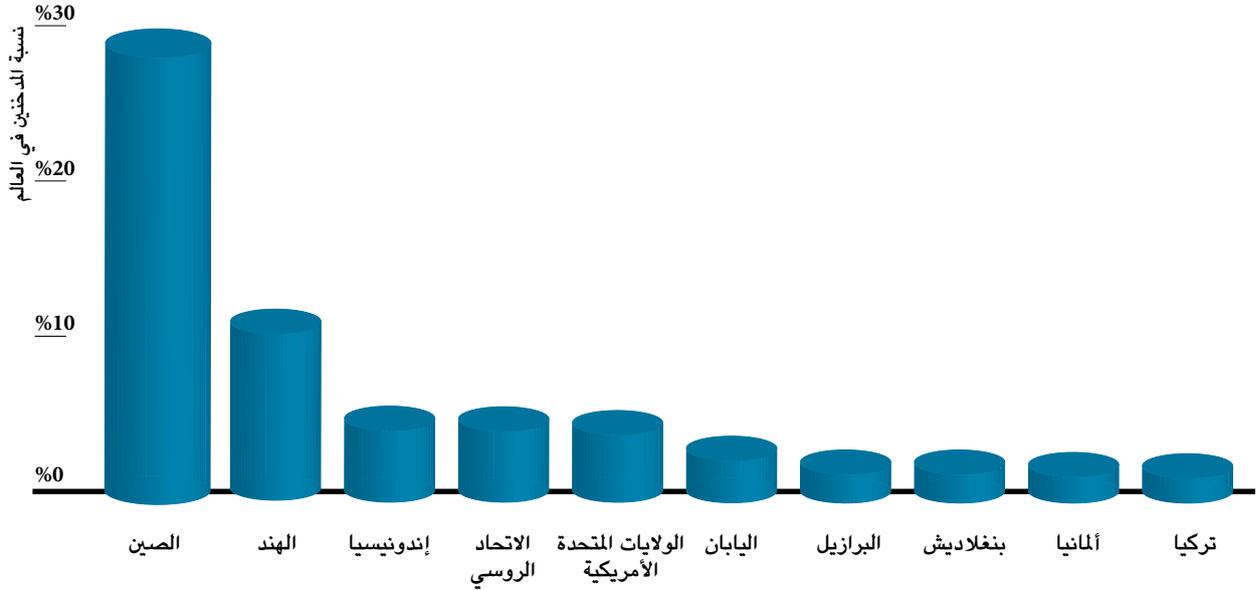
تدعي صناعة التبغ أنها تنشئ الوظائف وتدر الإيرادات التي تعزز الاقتصادات المحلية والوطنية، لكن أكبر إسهام لهذه الصناعة في أي بلد هو المرض والموت والخسارة الاقتصادية التي تكلف العالم حالياً مئات المليارات من الدولارات في كل سنة.⁽²²⁾

وتؤدي الوفيات التي تعزى إلى التبغ إلى ضياع الفرص الاقتصادية. ويقدر هذا الضياع في الولايات المتحدة بنحو 92 مليار دولار أمريكي في السنة.⁽²²⁾⁽²³⁾ وضياع الفرص الاقتصادية في البلدان النامية الكثيفة السكان - والتي يشكل بعضها مراكز صناعية لخدمة الاقتصاد العالمي - يؤثر بشدة على هذه البلدان كلما تفاقم وباء التبغ، لأن نصف جميع الوفيات المرتبطة بالتبغ يحدث في أوج العمر المعطاء.⁽²²⁾ والتكلفة الاقتصادية للوفيات المرتبطة بالتبغ تفرض عبئاً خاصاً على العالم النامي لأنه سيسجل بحلول عام 2030 أربع وفيات من بين كل خمس وفيات



ساعد على بناء مستقبل مفعم بالصحة

ما يقرب من ثلثي المدخنين في العالم يعيشون في 10 بلدان



المصدر: عدد المدخنين في كل بلد حسب تقديراً بإدخال تسويات على معدلات انتشار التدخين التقديرية (انظر الملاحظة التقنية الأولى والتذييل الثالث). وهذه الطريقة لها حدودها لأن التقديرات المعدلة بهذه التسويات التي اعتمدنا عليها لتقدير عدد المدخنين كانت مأخوذة من بيانات قطرية محدودة، الأمر الذي يقتضي إدخال تسويات كبيرة لبعض البلدان. وفي هذه الحالات قد تختلف التقديرات المعدلة بالتسويات عن الأرقام الواردة من البلدان على الاستقصاءات. وقد أخذت بيانات انتشار التدخين في البرازيل من تقرير VIGITEL لعام 2006.

**إن عدم استخدام المعارف المتاحة
لتوقي ومكافحة الأمراض
المزمنة يُعرض أجيال
المستقبل للخطر.**

تقرير منظمة الصحة العالمية 2005، توقي الأمراض المزمنة: استثمار حيوي

الصحية. وتصرف أفقر الأسر في بنغلاديش على التبغ 10 أضعاف ما تصرفه على التعليم.⁽²⁵⁾ وفي إندونيسيا حيث يشجع التدخين أكثر ما يشجع بين الفقراء، تصرف الفئة الأقل دخلاً 15% من مجموع نفقاتها على التبغ.⁽²⁶⁾ وفي مصر تصرف الأسر المنخفضة الدخل على التبغ أكثر من 10% من نفقاتها.⁽²⁷⁾ ويصرف 20% من أفقر الأسر في المكسيك على التبغ حوالي 11% من دخله.⁽²⁸⁾ وتؤدي التكاليف الطبية المرتبطة بالتدخين في الصين إلى إفقار أكثر من 50 مليون نسمة.⁽²⁹⁾

والفقراء عرضة أكثر من الأغنياء للمرض والموت في سن مبكرة بسبب الأمراض المرتبطة بالتبغ. وهذا الأمر يضيف مشقة أكبر على الاقتصاد ويغذي دوامة الفقر والمرض.⁽³⁰⁾ كما أن موت المعيلين الرئيسيين في سن مبكرة يشكل كارثة فادحة للأسر والمجتمعات الفقيرة. لأن

البنغلاديشي مثلاً الذي بلغ من العمر 45 عاماً ويعيل أسرته المنخفضة الدخل يموت بالسرطان لأنه تعاطى البيدي لمدة 35 سنة، وبذلك يواجه من يخلفونه معضلة مستعصية. لأن موته يعني ضياع القدرة الاقتصادية فيزداد انزلاق امرأته وأفراد عائلته في الفقر، وتضطّر الحكومة أو بقية الأسرة إلى إعانتهم.

وبالإضافة إلى العواقب الصحية الناجمة عن التعرض لدخان الآخرين، يسفر هذا التعرض عن استنزاف الموارد الاقتصادية بشكل خطير. فالتعرض لدخان الآخرين في الولايات المتحدة يتسبب في تكاليف طبية مباشرة تقدر بنحو 5 مليارات دولار أمريكي في السنة وفي تكاليف طبية غير مباشرة مثل أجر العجز والأجر الضائع تربو على 5 مليارات دولار أمريكي.⁽³¹⁾ وفي إقليم هونغ كونغ الإداري الخاص بالصين تصل تكاليف الرعاية الطبية المباشرة والرعاية

الطويلة الأجل وخسارة الإنتاجية بسبب التعرض لدخان الآخرين إلى حوالي 156 مليون دولار أمريكي في السنة.⁽³²⁾

وما زال المزيد من البيانات مطلوباً عن تكاليف التبغ والعبء الاقتصادي للتبغ، ومن الواضح أن الأثر الاقتصادي للتبغ على الإنتاجية والرعاية الصحية - وهو باهظ على الفقراء - سيزداد مع ازدياد تعاطي التبغ. لأن الأمراض والوفيات التي تعزى إلى التبغ ستظهر بشكلها الكامل في العقود القليلة المقبلة، وستؤدي التكاليف النقدية لهذا الوباء إلى ضرر اقتصادي جسيم للبلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل.



برنامج السياسات الست يفيد كل الناس

صناعة التبغ تنقل الأمراض

اتباعها طوال عقود في البلدان المتقدمة. وبالنظر إلى اتساع قاعدة العملاء المدمنين وكثرة الأرباح، أصبحت خزائن شركات التبغ مليئة بالنقد، وهذا النقد يساعدها على استغلال أسواق العالم النامي. وتعكف الآن إحدى أكبر شركات التبغ في العالم على نقل استثماراتها المالية الدولية بعيداً عن الولايات المتحدة هرباً من المشاكل القانونية ومشاكل العلاقات العامة هناك. (40) وأصبح الدخل في المشاريع المشتركة وإدماج الشركات المتعددة الجنسيات والمحلية والحكومية من الأمور الشائعة، لأن الشركات الكبرى تحاول التوسع في أسواقها العالمية. وفي السنوات القليلة الماضية اشترت شركات التبغ العملاقة أسهماً في شركات تبغ في الجمهورية الدومينيكية واندونيسيا والمكسيك وباكستان وبلدان أخرى لكي تزيد مبيعاتها ويزداد تعاطي التبغ في العالم النامي. (41)(42)(43)(44)

المراهقين بتجربة منتج مسبب لإدمان قوي وتسوقه صناعة التبغ بترويج قوي، يؤدي بسهولة إلى إدمانهم التبغ لبقية عمرهم. وعندما يجرب الأطفال التدخين لأول مرة يصبحون على الأرجح مدخنين منتظمين ولا يرجح أن يكفوا عن التدخين. (34)(35)(36)(37)(38)

وتصرف صناعة التبغ سنوياً في أنحاء العالم عشرات المليارات من الدولارات على التسويق. (39) وتتجه الآن صناعة التبغ إلى استغلال العالم النامي بنفس مناورات التسويق والضغط التي حسنتها في العالم المتقدم أيما تحسین - والتي كثيراً ما خالفت القوانين. ففي البلدان النامية تستهدف الآن هذه الصناعة مثلاً النساء والمراهقين في مقتبل العمر ليتعاطوا التبغ، وتضغط على الحكومات لإزالة قيود التسويق ووقف زيادات الضرائب، وهي المناورات التي دأبت هذه الصناعة على

كل الأوبئة لها وسيلة للعدوى تتمثل في ناقل ينشر المرض والموت. والناقل في حالة وباء التبغ ليس بالفيروس ولا بالجراثومة ولا بأي كائن مجهري آخر - وإنما هو إحدى الصناعات واستراتيجية ربحها. (33) فوباء تعاطي التبغ هو والأمراض التي يجلبها، كما نعرفه اليوم ما كان له أن يوجد لولا قيام صناعة التبغ بالتسويق والترويج لمنتجاتها القاتلة على مدى القرن الماضي.

وطالما استهدفت شركات التبغ الشباب بوصفهم "المدخنين البديلين" لمن أقلعوا عن التعاطي أو ماتوا بسببه. وصناعة التبغ تعلم إن إدمان الشباب هو أملها الوحيد لضمان مستقبلها. وإن كان أي شخص يتعاطى التبغ قد يصبح مدمناً للنيكوتين، فإن من لا يشرعون في التدخين قبل السنة الحادية والعشرين من عمرهم لا يرجح أن يميلوا إلى التدخين أبداً. ولذلك فإن قيام

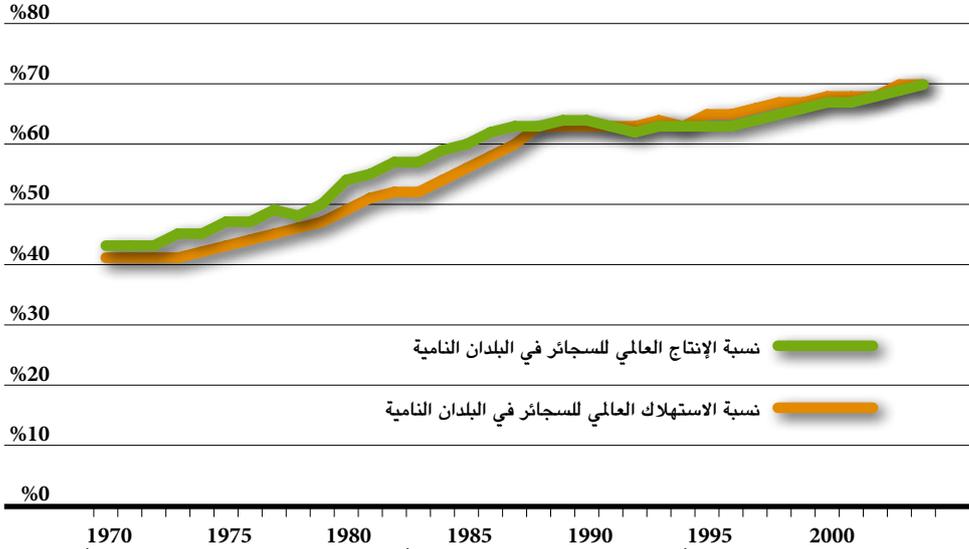
إن ما يزعج الذهن
أن منتجاً مدمراً
لجسم الإنسان مثل السجائر
ما زال بدون قيود تنظيمية
لحماية الصحة والسلامة

ماثيول. مايرز، رئيس حملة تحرير الأطفال من التبغ

وباء ينمو

صناعة التبغ تدخل أسواقاً جديدة في البلدان النامية

نسبة إنتاج السجائر ونسبة استهلاكها في البلدان النامية



المصدر: بيانات إحصائية من منظمة الأغذية والزراعة، ومن قاعدة بيانات الأمم المتحدة الإحصائية عن تجارة السلع الأساسية، وقاعدة البيانات المشتركة للأمم المتحدة، ودائرة البحوث الاقتصادية التابعة لوزارة الزراعة في الولايات المتحدة، ونظام المعلومات الإحصائية في منظمة الصحة العالمية، وتقرير عام 2005 الصادر عن مؤسسة بحوث السوق ERC Group PLC s

الموجز

التالي الإجراءات التي يتعين أن تتخذها الحكومات لحماية شعوبها.

بل إن إزالة هذا الوباء ممكنة بتنفيذ سياسات عامة مجربة. وعلاج وباء التبغ أمر في متناول الحكومات. ويشرح الفرع

وباء التبغ يهدد المزيد من أرواح البشر أكثر من أي مرض معد، ولا يقتضي الحل اكتشاف علاج أو لقاح طافر.



يجب أن تتحرك الآن الحكومات والمجتمعات المدنية

برنامج السياسات الست: ست سياسات لكبح جماح وباء التبغ

إن وباء التبغ قابل للدرء. ولا داعي لأن يموت مئات الملايين من الناس في هذا القرن بسبب الأمراض المرتبطة بالتبغ، ولن يفلح هذا الدرء إلا إذا أسرع الآن زعماء الحكومات والمجتمع المدني باتخاذ الإجراءات اللازمة.

وتعكف منظمة الصحة العالمية على مساعدة البلدان على مكافحة تعاطي التبغ ومناهضة التسويق الذي تمارسه شركات التبغ لبيع منتجاتها القاتلة. وفي أيار/ مايو 2003 أقرت المنظمة بالإجماع "الاتفاقية الإطارية بشأن مكافحة التبغ" وهي من أكثر معاهدات الأمم المتحدة قبولا - وأولها في مجال مكافحة التبغ - لكي تبلور العمل المناهض لوباء التبغ على الصعيدين العالمي والقطري. وهذه الاتفاقية توفر الإطار اللازم للتدخل بالسياسات الفعالة لشل هذا القاتل الذي يزهق أرواح ملايين الناس في كل سنة.

وقد بدأ زعماء العالم يدركون أن تعاطي التبغ ووباء قابل للمكافحة والدحر ويجب الشروع في مكافحته ودحره. وهكذا شرعت بعض البلدان في التأهب لحماية مواطنيها واقتصاداتها من هذا الوباء.

فقد رفعت ماليزيا مثلاً نسبة الضرائب المفروضة على التبغ لكي يرتفع سعر بيع السجائر بالتجزئة بنسبة 40%. ومنعت مصر التدخين في أماكن عامة وجعلت وضع التحذيرات الصحية المصورة على عبوات التبغ إجبارياً. وحظرت تايلند إعلانات التبغ في المطبوعات والإذاعة والتلفزيون، ومنعت آلات بيع السجائر. وشتت الأردن حملة دعائية لتقليص تعاطي التبغ. ومنعت أوروغواي التدخين في الأماكن العامة وأماكن العمل، بما فيها المطاعم والمقاهي والكازينوهات، فكانت بذلك أول بلد في الأمريكتين أصبح خالياً من التدخين بنسبة 100%.

ومع ذلك هناك الكثير الذي يجب عمله في كل بلد. ولذلك أعدت منظمة الصحة العالمية "برنامج السياسات الست" للتوسع في مكافحة وباء التبغ، وهو يتضمن مجموعة سياسات مجربة تتألف مما يلي:

- رصد تعاطي التبغ وسياسات توقي التبغ
- وحماية الناس من دخان التبغ
- وعرض المساعدة على الإقلاع عن تعاطي التبغ
- والتحذير من أخطار التبغ
- وحظر الإعلان عن التبغ والترويج له ورعايته
- وزيادة الضرائب المفروضة على التبغ

وبوسع برنامج السياسات الست أن يكبح جماح وباء التبغ ويتوقى ملايين الوفيات التي تعزى إلى التبغ.

لا فائدة من المعرفة
إذا لم تُطبق.
ولا فائدة من الإرادة
إذا لم تُنفذ

يوهان فولفغانغ فون غوته (1749-1832)

رصد تعاطي التبغ وسياسات توقي التبغ

أهمية بيانات الرصد

لا غنى عن الرصد القوي على المستويين الوطني والدولي للنجاح في مكافحة وباء التبغ. لأن بيانات الرصد ضرورية لنجاح السياسات الخمس الأخرى. والقياس الدقيق هو الذي يساعد على فهم المشاكل التي يثيرها التبغ ويجعل تدبير التدخلات وتحسينها فعالين.

والرصد الشامل يفيد زعماء الحكومات والمجتمع المدني في فهم آليات الضرر الذي يلحقه وباء التبغ ببلدانهم، وهذا الرصد يساعدهم أيضاً على تخصيص الموارد للمجالات التي تحتاج إليها أكثر من غيرها لمكافحة التبغ والتي تكون فيها هذه الموارد فعالة. والرصد يبين أيضاً مدى نجاعة السياسات وكيفية تفصيلها حسب احتياجات مختلف البلدان ومختلف المجموعات في داخل البلدان.

خصائص نظم الرصد الفعال

نظم الرصد الجيدة هي النظم القادرة على تتبع عدة مؤشرات ولاسيما المؤشرات التالية: (1) مدى انتشار تعاطي التبغ، (2) ووقع التدخلات المقررة في السياسات، (3) وطرق التسويق والترويج والضغط التي تتبعها صناعة التبغ. ويجب توزيع التمويل بطريقة فعالة حتى تستطيع الحكومات والقيادات القطرية وعناصر المجتمع المدني أن تستعملها لتطوير سياسات مكافحة التبغ وبناء القدرة اللازمة لتنفيذ هذه السياسات وإنفاذها بطريقة فعالة. وهكذا تصبح بيانات الرصد أهم بينة لمناصري السياسات الأقوى.

ويجب أن توفر برامج الرصد معلومات بعيدة المدى ومحددة عن وباء التبغ، وذلك من خلال عدة وسائل، منها الدراسات الاستقصائية عن مدى انتشار

تعاطي التبغ، وعن مستويات استهلاكه حسب فئات الأعمار والجنس والدخل والتقسيمات السكانية الفرعية الأخرى، وذلك على مستوى البلد ومستوى المحافظة أو الإقليم. ويجب أيضاً إجراء تقييم دقيق لفاعلية البرامج المحلية والوطنية لتوقي التبغ.

وللمحافظة على فاعلية نظام الرصد لا بد من التعاون بين الممارسين الصحيين، والمختصين بالاقتصاد والأوبئة، ومديري البيانات، والمسؤولين الحكوميين، وآخرين كثيرين. ولا بد أيضاً من الإدارة الحكيمة والتنظيم السليم، وهما عاملان يقتضيان تمويلاً مستقراً ومستداماً. وتعمل منظمة الصحة العالمية مع البلدان على بناء نظم رصد عالمية وقطرية والتوسع فيها.

المعرفة هي أساس برنامج السياسات الست

• حماية الناس من دخان التبغ

وقدمت أيرلندا بيئة قوية على الآثار الصحية الإيجابية التي يعود بها منع التدخين منعاً باتاً. فبعد أن نفذت أيرلندا تشريع الأماكن الخالية من التدخين في عام 2004، انخفضت نسبة تركيز النيكوتين في هواء الأماكن العامة بنسبة 83%، وانخفض تعرض العاملين في المقاهي لدخان غيرهم من 30 ساعة في الأسبوع إلى مستوى الصفر.⁽⁴⁹⁾

وإنشاء الأماكن الخالية من التدخين يعود أيضاً بالخير على المدخنين الراغبين في الإقلاع عن التدخين. لأن قوانين منع التدخين في أماكن العمل تقلص الانتشار المطلق للتدخين بنسبة 4%.⁽⁵⁰⁾ وأسفرت سياسات منع التدخين في أماكن العمل في عدة دول صناعية إلى خفض الاستهلاك الكلي للتبغ بين العاملين بنسبة متوسطها 29%.⁽⁵⁰⁾

أساس منع التدخين

بينت البحوث بوضوح أنه لا يوجد أي مستوى مأمون من التعرض لدخان الآخرين. ذلك لأن مؤتمر الأطراف في الاتفاقية الإطارية،⁽⁴⁵⁾ والوكالة الدولية التابعة لمنظمة الصحة العالمية والمعنية ببحوث السرطان،⁽⁴⁶⁾ ووزير الصحة في الولايات المتحدة،⁽⁴⁷⁾ ولجنة المملكة المتحدة العلمية المعنية بالتبغ والصحة،⁽⁴⁸⁾ قد اتفقوا جميعاً على أن التعرض لدخان الآخرين يجلب طائفة من الأمراض، ولاسيما أمراض القلب وسرطانات كثيرة. فالتعرض لدخان الآخرين يزيد مثلاً احتمال الإصابة بالأمراض الشريانية القلبية بنسبة تتراوح بين 25% و30%، ويزيد من احتمال الإصابة بسرطان الرئة بنسبة تتراوح بين 20% و30% بين غير المدخنين.⁽⁴⁷⁾

الحظر التام على التدخين في
جميع الأماكن المغلقة، بما
فيها المطاعم والمقاهي والمباني
العمومية ووسائل النقل هو
وحده الذي يحمي صحة
الموظفين غير المدخنين

تقرير اعتمده 561 عضواً من 660 عضواً في البرلمان
الأوروبي (2007)

كما أن قوانين منع التدخين في الأماكن العامة تشجع الأسر على إخلاء منازلها من دخان التبغ،⁽⁵¹⁾ وحماية الأطفال وغيرهم من أعضاء الأسرة من أخطار التعرض لدخان غيرهم. ومن الأرجح أن يتطوع المدخنون بالالتزام بقاعدة «الامتناع عن التدخين» في منازلهم بعد إنفاذ قوانين منع التدخين في الأماكن العامة.⁽⁵²⁾⁽⁵³⁾

لكن مفعول قوانين منع التدخين يضعف إلى حد كبير أو يزول تماماً عند التساهل والسماح بالتدخين في الأماكن الممنوع التدخين فيها. وقد اعترفت صناعة التبغ نفسها بفائدة الأماكن الخالية من التدخين وبأن الاستثناءات من قوانين منع التدخين تقوض فائدة هذه القوانين. فقد أصدرت شركة فيليب موريس تقريراً داخلياً جاء فيه "إن منع التدخين منعاً باتاً في مكان العمل يؤثر بقوة على حجم... أما القيود الأخف المفروضة في أماكن العمل، مثل السماح بالتدخين في المناطق المحددة للمدخنين دون غيرها، تسفر عن أثر أقل بكثير على معدل إقلاع المدخنين عن التدخين، ولا تكاد تسفر عن أي أثر على الاستهلاك".⁽⁵⁴⁾

الأماكن الخالية من التدخين أصبحت رائجة القبول

ن النجاح المنقطع النظير والرواج الشعبي لقوانين منع التدخين في البلدان التي سنت هذه القوانين، أمران يدحضان المزاعم الكاذبة التي تدعيها صناعة التبغ بأن هذه القوانين لا تصلح للتطبيق وتكلف أصحاب الأعمال التجارية أموالاً طائلة. والجدير بالذكر أن نصف الأمريكيين تقريباً⁽⁵⁵⁾ و90% من الكنديين يعيشون في ظل منع

التدخين في الأماكن العامة وأماكن العمل. وتبين من استعراض شامل للمراجع التي تناولت الآثار الاقتصادية لمنع التدخين في الأماكن العامة في مختلف أنحاء العالم أن الدراسات القليلة ذات البيانات العلمية المتينة⁽⁵⁶⁾ أثبتت أن منع التدخين لم يسفر عن أي ضرر اقتصادي، بل وذكرت أن آثار منع التدخين كانت محايدة أو إيجابية لدوائر الأعمال التجارية.⁽⁵⁷⁾

وعندما كان قانون منع التدخين مقترحاً في أيرلندا، احتجت صناعة التبغ بعنف بأن التدخين يشكل جزءاً لا يتجزأ من ثقافة حانات ذلك البلد، وزعمت أن منع التدخين فيها غير قابل للإنفاذ وسيسبب لأصحابها ضرراً اقتصادياً لا يعوض.⁽⁵⁸⁾ غير أن منع التدخين أصبح سارياً الآن لأكثر من سنتين وحظي بتأييد قوي من الجمهور ولم يسفر عن أي أثر سلبي على دوائر الأعمال التجارية.⁽⁵⁸⁾⁽⁵⁹⁾

وتبين من استقصاء للرأي العام أن قانون منع التدخين يلقى قبولاً شعبياً إلى أقصى حد أينما تم تنفيذه. وفي عام 2006 أصبحت

أوروغواي أول بلد في الأمريكتين منع التدخين بنسبة 100% في الأماكن العامة وأماكن العمل، بما فيها المقاهي والمطاعم والكازينوهات. وقد حظي منع التدخين بتأييد ثمانية من بين كل عشرة مواطنين في أوروغواي، وبرضاء ثلثي المدخنين تقريباً في ذلك البلد.⁽⁶⁰⁾ وبعد أن سنت نيوزيلندا في عام 2004 قوانين منع التدخين، قال 69% من مواطنيها إنهم يؤيدون حق الشعب في العمل في بيئة خالية من التدخين.⁽⁶¹⁾ وفي كاليفورنيا وافق 75% من السكان على قوانين منع التدخين في أماكن العمل بما فيها المطاعم والمقاهي، وهي القوانين التي سرت في تلك الولاية الأمريكية منذ عام 1998.⁽⁶²⁾

أما الأماكن الخالية من التدخين في الصين فما زالت قليلة، ومع ذلك أيد 90% من سكان المدن الكبيرة - ما بين مدخنين وغير مدخنين - منع التدخين في وسائل النقل العام والمدارس والمستشفيات. وأيد أكثر من 80% من جميع السكان منع التدخين في أماكن العمل، وأيد نصف السكان منع التدخين في المطاعم والمقاهي.⁽⁶³⁾

تمسك بقانون منع التدخين

الأماكن الخالية من التدخين تلقى رواجاً كبيراً

تأييد الحظر الشامل للتدخين في المقاهي والمطاعم بعد منع التدخين فيها

نيوزيلندا

Office of Tobacco Control. *Smoke-free workplaces in Ireland: a one-year review*. Dublin, Department of Health and Children, 2005 (http://www.otc.ie/uploads/1_Year_Report_FA.pdf, في 5 كانون الأول/ ديسمبر 2007).

مدينة نيويورك

1. Chang C et al. The New York City Smoke-Free Air Act: second-hand smoke as a worker health and safety issue. *American Journal of Industrial Medicine*, 2004, 46(2):188-195.
2. Bassett M. *Tobacco control; the New York City experience*. New York City Department of Health and Mental Hygiene, 2007 (<http://hopkins-famri.org/PPT/Bassett.pdf>, في 8 تشرين الثاني/ نوفمبر 2007).

ولاية كاليفورنيا

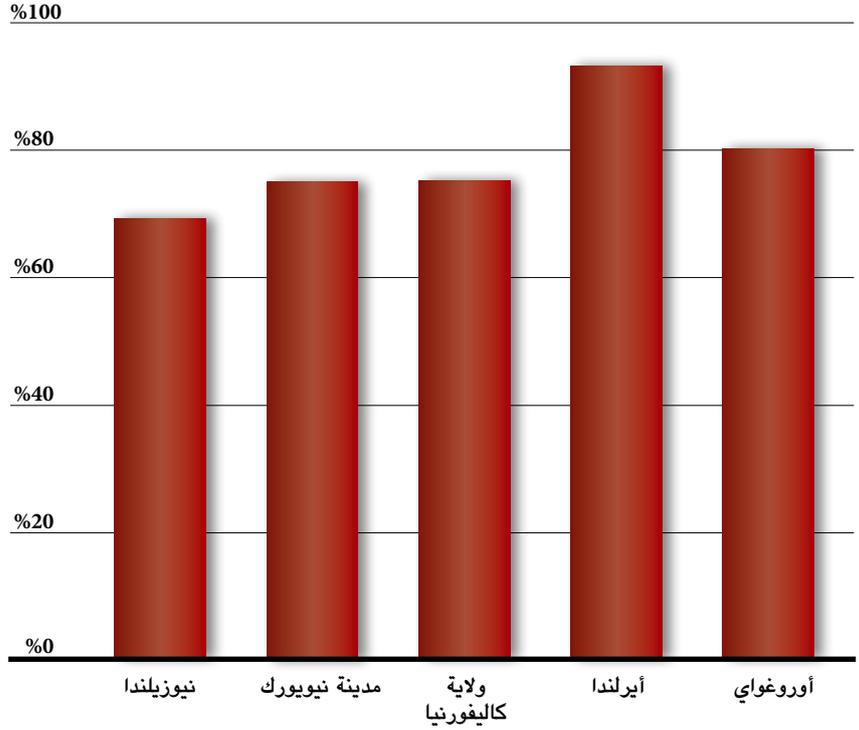
California bar patrons field research corporation polls, March 1998 and September 2002. Sacramento, Tobacco Control Section, California Department of Health Services, November 2002.

أيرلندا

Office of Tobacco Control. *Smoke-free workplaces in Ireland: a one-year review*. Dublin, Department of Health and Children, 2005 (http://www.otc.ie/uploads/1_Year_Report_FA.pdf, في 5 تشرين الثاني/ نوفمبر 2007).

أوروغواي

Organización Panamericana de la Salud (Pan-American Health Organization). *Estudio de "Conocimiento y actitudes hacia el decreto 288/005". (Regulación de consumo de tabaco en lugares públicos y privados)*. October 2006 (http://www.presidencia.gub.uy/_web/noticias/2006/12/informeo_dec268_mori.pdf, في 5 كانون الأول/ ديسمبر 2007).



الخبر الجيد هو أن التعرض لدخان الآخرين سهل التوقي، على عكس بعض الأخطار الصحية العمومية. ومنع التدخين في الأماكن المغلقة وسيلة مجربة وبسيطة للوقاية من هذا التعرض ومن أضراره

إدارة الصحة والخدمات البشرية في الولايات المتحدة (2006)

خصائص السياسات الفعالة لمنع التدخين

إن منع التدخين منعاً باتاً في جميع الأماكن المغلقة هو التدخل الوحيد الناجع لحماية الناس من ضرر دخان غيرهم.⁽⁶⁴⁾⁽⁴⁶⁾ ولذلك فإن الإنفاذ التام لقوانين منع التدخين ولاسيما فور صدورها أمر حاسم لتأكيد مصداقية هذه القوانين.⁽⁶⁶⁾ ويجب أن تكون جزاءات التدخين في أماكن منع التدخين جزاءات واضحة – وموحدة التطبيق. وأقوى وسيلة لإنفاذ هذه القوانين هي توقيع الغرامات على دوائر الأعمال التجارية التي تحدث فيها المخالفة، ولا بأس من توقيع الجزاءات على من يدخنون في هذه الدوائر.

والغاية الأساسية من منع التدخين في أماكن العمل هي حماية صحة العاملين فيها، علماً بأن أصحاب دوائر الأعمال التجارية ملزمون بتهيئة مكان عمل مأمون لموظفيهم وينبغي لهم بالتالي أن يتحملوا معظم المسؤولية عن ضمان خلو منشأتهم من التدخين. وبمناقشة منع التدخين في أماكن العمل من منظور قضية سلامة العاملين تظهر فكرة دقيقة عن القصد من تلك القوانين فيسهل حشد التأييد لها.

وتوصي منظمة الصحة العالمية باتباع عملية الخطوة خطوة بوصفها أنجع الأساليب لإنشاء الأماكن الخالية من التدخين.⁽⁶⁶⁾ وينبغي في المقام الأول أن تُحضّر الحكومات حملات لتثقيف الجمهور ودوائر الأعمال التجارية بأخطار التعرض

لدخان المدخنين. وبعد حشد التأييد لإنشاء الأماكن الخالية من التدخين، ينبغي إعداد صيغة التشريع واستطلاع رأي الجمهور فيه. وما أن تكتمل هذه الأرضية ينبغي للحكومات أن تحافظ على الدعم القوي من جانب الجمهور والساسة للأماكن الخالية من التدخين، وأن تعمل على إصدار تشريع شامل ينص على جزاءات للمخالفات وعلى سياسات إنفاذية فعالة. وما أن يصدر هذا التشريع يجب أن تحافظ الحكومات على قوة الدعم الذي حظي به القانون، وذلك بتطبيق القانون بالعنفوان والتوحيد القياسي للذين يضمنان أعلى مستويات الامتثال.

تنفيذ معارضة صناعة التبغ

تدل الخبرة المكتسبة من قوانين منع التدخين على نوع المعارضة التي لا مناص من ظهورها.⁽⁵⁷⁾ فستزعم صناعة التبغ أن تنفيذ قوانين منع التدخين أمر مفرط الصعوبة ويبعد الناس عن دوائر الأعمال التجارية الممنوع التدخين فيها، وخصوصاً المطاعم والمقاهي. وستقترح تلك الصناعة إقامة أماكن معزولة للتدخين، أو تشغيل تهوية خاصة، كحلين "معقولين" بدلاً من منع التدخين بنسبة 100% في أماكن العمل.

لكن هذه المزاعم قابلة للتفنيد لأن هذين الحلين البديلين لا يحولان دون تعرض الناس لدخان غيرهم. وأثبتت التجربة أن كل بلد منع التدخين منعاً باتاً بموجب القانون شهد تأييداً شاسعاً للأماكن الخالية من التدخين، وأن القانون كان سهل التنفيذ والإنفاذ وأسفر عن أثر محايد أو إيجابي لصالح دوائر الأعمال التجارية.⁽⁵⁷⁾⁽⁶⁷⁾⁽⁶⁸⁾

وقدم "تيم زاغات"، مؤسس دلائل المسح التي تحمل اسمه، إحدى أقوى الشهادات على فوائد منع التدخين في دوائر الأعمال التجارية قائلاً: "لقد احتج معارضو قوانين منع التدخين بأن هذه القوانين تلحق الضرر بالمحال الصغيرة. لكن العكس هو الصحيح... فبعد إنفاذ القانون أثبت المسح الذي قمنا به في عام 2004 في مدينة نيويورك أن 96% من أهل نيويورك ظلوا يستهلكون في المطاعم نفس كمية الأكل السابقة، بل وزادوها". ووجد زاغات أن مطاعم المدينة ومقاهيها قد امتثلت جميعاً للقانون ومع ذلك ازدادت الإيرادات والمدفوعات.⁽⁶⁹⁾⁽⁷⁰⁾

لكن خبراء الضغط والتأثير التابعين لصناعة التبغ، هم وجهات الدفاع عن المدخنين، سيحتجون أيضاً بأن الأماكن الخالية من التدخين تحد من حقوق المدخنين.⁽⁷¹⁾



الأطفال يحتاجون إلى التربية في أماكن خالية من التدخين

عرض المساعدة على الإقلاع عن تعاطي التبغ

إن من أدمنوا النيكوتين وقعوا ضحايا لوباء التبغ، ومن بين المدخنين الواعين لأخطار التبغ يرغب ثلاثة من كل أربعة منهم في الإقلاع عن التدخين.⁽⁷³⁾ ولكن معظم من يتعاطون التبغ، مثلهم كمثل من أدمنوا أي مواد مسببة للإدمان، يصعب عليهم أن يقلعوا عن التبغ من تلقاء أنفسهم، ويحتاجون إلى المساعدة والدعم للتغلب على الإدمان.

ونظم الرعاية الصحية في البلدان هي التي تتحمل المسؤولية الأساسية عن معالجة إدمان التبغ. وتشمل هذه المعالجة عدة أساليب، من مجرد النصيحة الطبية إلى العلاج بالأدوية، وهي مدعمة بخطوط المساعدة الهاتفية والمشورة. ولهذه الأساليب العلاجية تكاليف متفاوتة الكفاءة، وليس لها وقع موحد على من يتعاطون التبغ. وينبغي تكييف هذه الأساليب العلاجية حسب الظروف والثقافات المحلية، وحسب أفضليات واحتياجات الأشخاص.

ولما كان المدخنون وغير المدخنين عرضة بلا تفاوت للأضرار الصحية الناجمة عن استنشاق دخان الآخرين، فإن المبدأ الذي يقوم عليه قانون منع التدخين هو أن الحكومة ملزمة بحماية الصحة، لأن الصحة حق أساسي من حقوق الإنسان وجزء من حرية جميع الشعوب.⁽⁷²⁾ وهذا الواجب الإلزامي يدخل ضمناً في حق التمتع بالحياة وبأعلى مستويات الصحة التي يمكن بلوغها، وهذا الحق مقرر في صكوك قانونية دولية كثيرة وفي ديباجة الاتفاقية الإطارية، ومصداق عليه في دساتير أكثر من 100 بلد. وبالتالي فإن إجبار الناس على التعرض لدخان غيرهم ينتهك هذا الحق انتهاكاً سافراً.

لذلك فإن تنفيذ الحجج الواهية التي تسوقها صناعة التبغ، هي وخبرائها المتخصصون في الضغط وجهات التأثير التابعة لها، أمر حاسم لكسب التأييد إلى صف قانون منع التدخين بوصف هذا المنع حقاً أساسياً من حقوق الإنسان. ثم إن الأماكن الخالية من التدخين تضمن لغير المدخنين حق استنشاق الهواء النظيف، وتشجع المدخنين على الإقلاع عن التدخين، وتتيح للحكومات أن تنفذ مبادرات توقي التبغ من خلال تدابير صحية تحظى بقبول سواد الشعب وتفيد كل شخص.

... كثير من الأهل
الذين يدخنون لا يدركون حقاً
مدى المشاكل التي يسببونها
لصحة أطفالهم

شراكة مرضى البلدان النامية (1999)

للاتصال بها في ساعات العمل. وهذه الخطوط تساعد المتعاطي أيضاً على معرفة أنواع علاج الإدمان الأخرى، مثل العلاج باستعاضة النيكوتين. هذا فضلاً عن أن خطوط المساعدة الهاتفية ينبغي أن تصل إلى الأماكن النائية وأن تناسب احتياجات فئات معينة من السكان. والمثل على ذلك أن خطوط المساعدة الهاتفية باللغات الآسيوية في المملكة المتحدة تتلقى 20 000 مكالمة في السنة، وتصل خدماتها إلى 10% من جميع من يتعاطون التبغ من أهل جنوب آسيا الموجودين في ذلك البلد. (79)

وبالرغم من أن خطوط المساعدة الهاتفية التقليدية تكتفي بالرد على المكالمات الواردة، فإن توسعها أن تحقق نتائج باهرة. (80) وعندما توصل هذه الخطوط بخدمات المشورة تصبح أكثر فاعلية لمساعدة الناس على التخلص من الإدمان. وأفضل هذه الخطوط هي الخطوط التي تكلف موظفيها برد مكالمات الناس ومتابعة حالاتهم وتقديم المشورة إليهم. وقد توسعت بعض خطوط المساعدة الهاتفية في خدماتها حتى أصبحت تعرضها على الإنترنت وتقدم من خلالها خدمات مستمرة ومواد دعم مجانية وروابط إلكترونية بالمواقع الأخرى التي تقدم الخدمات الضرورية.

وهكذا فإن إدراج النصيحة بالكف عن تعاطي التبغ بوصفها جزءاً من الرعاية الطبية الأساسية أمر مناسب بصفة خاصة في البلدان التي لديها حالياً شبكة للرعاية الأساسية. ويمكن إدراج النصيحة في أي نوع من خدمات الرعاية الصحية الأخرى المتاحة على نطاق واسع. وهذا لا يقتضي أي استثمار كبير ولا ينطوي على مخاطر سياسية، لأن كل المطلوب هو تدريب موظفي الرعاية الصحية تدريباً أساسياً على تقديم المشورة، وإعداد المواد الإعلامية لمن يتعاطون التبغ. وهذا الأسلوب العلاجي يسهم أيضاً في شحذ همة العاملين الصحيين والمرضى لدعم الأنشطة الأخرى الرامية إلى مكافحة التبغ.

خطوط المساعدة الهاتفية

ينبغي أن تتاح لجميع سكان البلد خطوط المساعدة الهاتفية المزودة بعدد جيد من الموظفين ذوي الكفاءة، بحيث يسهل الاتصال الهاتفي بها مجاناً حتى ولو كان بالهاتف المحمول. وهذه الخطوط تشغل بتكاليف زهيدة، وتتاح بيسر، وتكتم الأسرار، ويعمل موظفوها لعدد كبير من الساعات لأن متعاطي التبغ قد لا يرغب في الاتصال بها أو قد لا يكون مستعداً

وفي معظم الحالات توجد عدة تدخلات علاجية أساسية تساعد متعاطي التبغ على الإقلاع عن التدخين. وينبغي إدراج ثلاث فئات من العلاج في أي نشاط لتوقي التبغ، وهي: (1) تقديم النصيحة باجتناّب التبغ، وهي جزء من خدمات الرعاية الصحية الأساسية؛ (2) وفتح خطوط المساعدة الهاتفية بالمجان وتسهيل الاتصال بها؛ (3) وإتاحة العلاج الدوائي بتكلفة منخفضة.

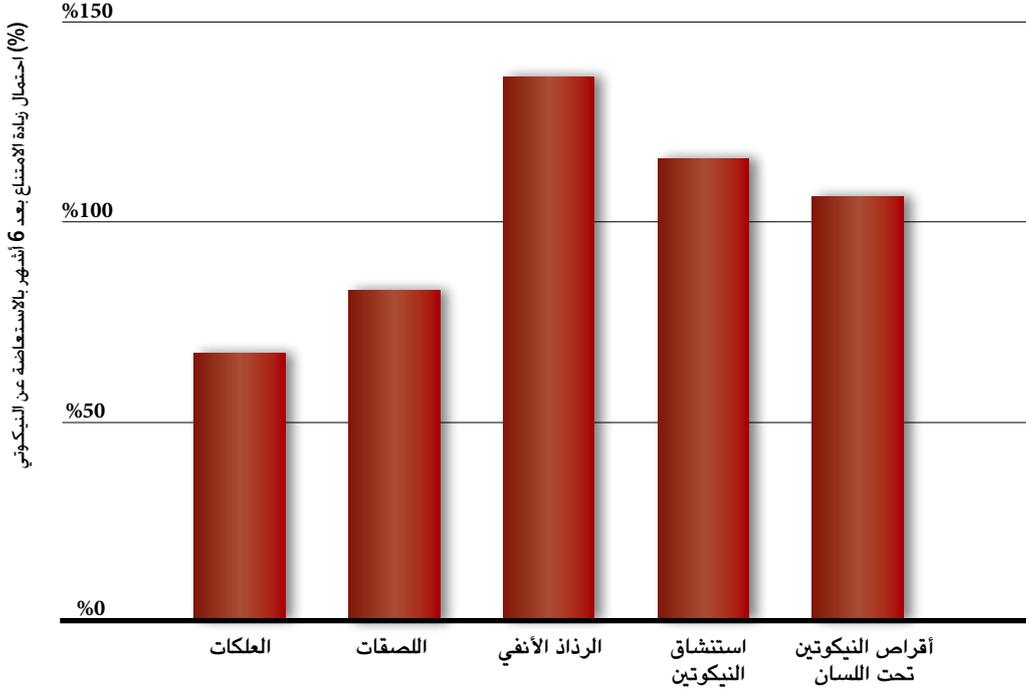
نصائح الرعاية الأساسية

إن إدراج النصيحة بالإقلاع عن التبغ، بوصفها جزءاً من الرعاية الصحية والزيارات الطبية الروتينية، يزود نظام الرعاية الصحية بفرص لتذكير متعاطي التبغ بالأضرار التي ستصيب صحته وصحة الآخرين ممن حوله. وبتكرار النصيحة في كل زيارة طبية تتوطد فكرة الكف عن تعاطي التبغ. (74) (75) والنصيحة التي يقدمها ممارسو الرعاية الصحية تزيد إلى حد كبير من معدلات الامتناع. (76) وتعد النصيحة من التدخلات غير المكلفة لأنها جزء من خدمة قائمة يلجأ إليها معظم الناس ولو بصفة عرضية، وقد تكون النصيحة فعالة بصفة خاصة لأن من يعطيها مهني صحي محترم وقد تربطه بمتعاطي التبغ علاقة طبية. (77)(78)



برنامج السياسات الست يعطي الأطفال حق الكلام

العلاج باستعاضة النيكوتين يضاعف معدلات الإقلاع عن التدخين



المصدر:
Silagy C et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database System Review 2004, (3):CD000146.

الأطباء والمرضون والقوابل وأطباء الأسنان
والصيادلة والمعالجون اليدويون وعلماء
النفس والمهنيون الآخرون المختصون بالصحة
يستطيعون مساعدة الناس على تغيير سلوكهم.
وهم الذين يقفون في خط الجبهة أمام وباء
التبغ ويتحدثون إلى ملايين الناس

الدكتور لي جونج-ووك، المدير العام السابق
لمنظمة الصحة العالمية (2005)

العلاج الدوائي

بالإضافة إلى النصيحة الطبية وخطوط المساعدة الهاتفية، يشمل العلاج الفعال أيضاً العلاج الدوائي، مثل العلاج بالمواد التي تعوض نقص النيكوتين، وهي على شكل لصقات أو أقراص للمص أو علكات أو رذاذ للأنف، أو أدوية مثل البوبروبيون الفارينيسيلين تصرف بالوصفات الطبية. ويتوافر العلاج باستعاضة النيكوتين بدون وصفات طبية، على عكس الأدوية الأخرى التي لا تصرف إلا بالوصفة الطبية.

والعلاج باستعاضة النيكوتين يقلل من متلازمة الامتناع لأنه يعطي الجسم بديلاً لبعض النيكوتين الذي اعتاد أن يمتصه من التبغ. وبوسع دواء البوبروبيون، وهو مضاد للاكتئاب، أن يقلل من إلهام الرغبة في تعاطي التبغ ومن أي شعور سلبي آخر يعترى متعاطي التبغ عندما يقلص أو يلغي مدخوله من التبغ. أما دواء الفارينيسيلين فيلتصق بمستقبلات النيكوتين في المخ ليحول دون إفراز الدوبامين، فيمنع شعور المدخن بلذة التدخين.⁽⁸¹⁾

والعلاج الدوائي أعلى تكلفة وأقل مردودية اقتصادية من نصائح الطبيب وخطوط المساعدة الهاتفية، ولكنه أثبت أنه يضاعف

مرتين أو ثلاث مرات معدلات الإقلاع عن التبغ.⁽⁸²⁾ وتكلفة التجزئة لمدة العلاج باستعاضة النيكوتين قد تقل عن تكلفة التدخين طوال المدة ذاتها. ثم إن تكلفة العلاج باستعاضة النيكوتين والأدوية الأخرى قد تكون مشمولة بخدمات الصحة العمومية أو قابلة للاسترداد من هذه الخدمات لتخفيف وطأة المصروفات التي يتحملها من يريد الإقلاع عن التبغ.

الدعم الحكومي لعلاج إدمان التبغ

تشكل برامج الإقلاع عن التدخين ميزة سياسية كبيرة لأنها تمكن الحكومات من تقديم المساعدة المباشرة إلى المصابين بهذا الوباء، وتتيح للحكومات في الوقت ذاته فرض قيود جديدة على التبغ. ولا تعترضها عادة عوائق سياسية كبيرة، وتساعد السياسة الوطنية المناهضة لتعاطي التبغ، وهذه خطوة مهمة صوب إنشاء مجتمع خال من التبغ. وبوسع الحكومات أن تستخدم إيراداتها من ضرائب التبغ لتساعد من يتعاطونه على عتق أنفسهم من الإدمان.

وقد ضربت نيوزيلندا مثلاً طيباً على نجاعة الإجراءات الحكومية. ففي أعقاب الحملة التي شنّها خبراء مكافحة التبغ، تحوّل البلد

من بلد لا يعرض أي علاج للكف عن تعاطي التبغ إلى بلد من أكثر البلدان تقدماً في تنفيذ المبادرات، وذلك في غضون مدة لم تتجاوز خمس سنوات، وارتفعت مصاريف الحكومة على برامج الإقلاع عن التبغ من صفر تقريباً إلى 10 ملايين دولار أمريكي في السنة. وشملت هذه المبادرات فتح خط وطني للمساعدة على الإقلاع أصبح الآن من أكثر الخطوط ازدحاماً في العالم، ودعم العلاج باستعاضة النيكوتين، وخدمات المساعدة على الإقلاع بالتركيز على شعب الماوري الذي يشكل أقلية السكان.

ومع ذلك ينبغي للحكومات أن تزن بحذر العلاقة بين وقع الدعم الذي تقدمه وبين التكلفة المالية التي تتحملها لتنفيذ هذه السياسات. أي أن السياق الذي تقدم فيه الحكومة دعمها يتصف بأهمية حاسمة. لأن العلاج من إدمان التبغ قد لا يفيد ما لم تصاحبه حوافز قوية تدفع المدمنين إلى الإقلاع عن تعاطي التبغ. ولهذه الأسباب فإن خدمات المساعدة على الإقلاع لن تقلل من انتشار تعاطي التبغ إلا إذا اقترنت بزيادة الضرائب والأسعار، وحظر الإعلان والترويج والرعاية، والدعاية لإنشاء أماكن خالية من التدخين، وإنشاء هذه الأماكن.

لا أفضل من حماية الصحة في كل قضية

التحذير من أخطار التبغ

معظم المتعاطين لا يعون مخاطر تعاطي التبغ

بالرغم من البيّنة القاطعة على أخطار التبغ، لم يفهم المخاطر الصحية للتبغ سوى القليل من المتعاطين في أنحاء العالم. فقد يعرف الناس عموماً أن تعاطي التبغ مضر، ولكنهم يعتبرون التعاطي مجرد عادة سيئة يفضل بعض الناس الانغماس فيها.⁽⁸³⁾ لكن الجمهور لم يحصل على شرح واف لقدرة التبغ الفائقة على الإصابة بالإدمان، والطائفة الكاملة من الأخطار الصحية التي يسفر عنها التبغ. ولذلك يعتقد الناس أن بوسعهم التقليل من تعاطي التبغ أو الكف عن تعاطيه قبل ظهور المشاكل الصحية. والحقيقة هي أن معظم من يتعاطون التبغ سيعجزون عن الإقلاع عنه، وسيموت نصفهم بسبب الأمراض المرتبطة بالتبغ. ومعظم الناس لا يدركون أن الخطر داهم مهما قل مستوى تعاطي التبغ، ويعزى هذا

جزئياً إلى أن حالة تعاطي التبغ لا تشبه أي مخاطر صحية أخرى تعزى إلى السلوكيات. بل إن كثيراً ممن يتعاطون التبغ لا يستطيعون أن يذكروا اسم أي مرض محدد يسببه التدخين غير سرطان الرئة،⁽⁸⁴⁾ ولا يعرفون أن التدخين يسبب الأمراض القلبية والسكتات وأمراضاً أخرى كثيرة، منها عدة أنماط من السرطان.⁽⁸⁵⁾

تغيير صورة التبغ في المخيلة

لن تتغير صورة التبغ في مخيلة الناس، ولا سيما المراهقين وصغار البالغين، إلا بالتحذيرات الشاملة من أخطار التبغ. ويجب أن يربط الناس بين التبغ وبين قدرته الفائقة على الإصابة بالإدمان وعواقبه الصحية الخطرة، وأن ينظروا إلى التبغ على أنه سلبي وغير مستصوب اجتماعياً. ويمكن إنجاز كل هذا من خلال إجراءات تتخذها الحكومات ويتخذها المجتمع المدني.

وينبغي للحكومات أن تشرع في حملات لمكافحة التبغ ومناهضة الإعلان عنه في جميع وسائل الإعلام، وإظهار جميع أخطاره، وحبذا لو أمكن ذلك بإسهام من المنظمات غير الحكومية. وبوسع هذه الحملات أن تجرد التبغ من صورته الإغرائية الكاذبة، وتفضح ضرره على الصحة الشخصية، وتكشف النقاب عن وقعه السلبي على مالية الأسر والبلد، وتشرح فوائد منع التدخين في المجتمع. ولعل الحملات التي تصدم المخيلة بقوة، وتحتوي على صور مروعة تبين أضرار تعاطي التبغ، هي الفعالة بصفة خاصة لإقناع المتعاطي بالإقلاع.⁽⁸⁵⁾ وفي المقابل تبين أن التحذيرات التي ترعاها صناعة التبغ لا تفيد في الكف عن التدخين، بل تزيد من التعاطي.⁽⁸⁶⁾ وينبغي أن تتحدث الحملات المضادة للتبغ وإعلاناته عن حماية الأسر، وخصوصاً الأطفال، من أخطار تدخين الآخرين.

صغار المراهقين اليوم هم المحتمل
أن يصبحوا زبائننا المنتظمين
غداً، لأن الغالبية الساحقة
من المدخنين شرعت في التدخين
في أوائل المراهقة

وثيقة داخلية من شركة فيليب موريس (1981)

أبناء المدخنين، لأن من المرجح جداً أنهم سيشرعون يوماً ما في تعاطي التبغ.

وبالرغم من أن بعض البلدان جعلت تحذيرات العبوات إجبارية، ما زالت مستويات الالتزام بوضع هذه التحذيرات متفاوتة إلى حد بعيد. بل إن بعض البلدان لا تشترط وضع هذه التحذيرات بالمرّة. ولكي تكون هذه التحذيرات فعالة ينبغي أن تكون كبيرة الحجم وواضحة وسهلة القراءة، وأن تشمل الصور والكلمات. وينبغي أن تغطي على الأقل نصف الواجهة الرئيسية للعبوة، وأن تعرض الأوصاف المقررة للضرر الصحي والعلل المحددة التي يجلبها تعاطي التبغ. وينبغي أن تكون التحذيرات الكلامية مكتوبة باللغة الرئيسية السائدة في البلد وبألوان محددة، وبأرضية وخط وحجم توضح رؤيتها إلى أقصى حد وتسهل فهمها. وينبغي وضع التحذير على كل عبوة مفردة، وعلى أغلفة البيع بالجملة وبالتجزئة، وينبغي تبديل مكانها بصفة دورية حتى تظل تسترعي الانتباه. وقد اعتمدت المفوضية الأوروبية في عام 2005 تحذيرات صحية تتكون من 42 صورة وشكلاً بالألوان لتقرها الدول الأعضاء في الاتحاد الأوروبي وتستخدمها الواحدة تلو الأخرى على فترات زمنية.

بعدم الحياد عن الصنف، وتعزيز صورته في مخيلتهم. وأصبحت التحذيرات المقررة على العبوات تقلل من هذا الأثر التسويقي. لكن صناعة التبغ ما زالت تستعمل العبوات لخداع المدخنين، لأنها تضع عليها مصطلحات مثل "سجائر خفيفة" أو "سجائر خفيفة للغاية" أو "سجائر قليلة القار" أو "سجائر متوسطة القوة"، وما من مصطلح منها يعني أي خفض للمخاطر الصحية.⁽¹¹⁾

والتحذيرات الصحية الموضوعية على عبوات التبغ تزيد وعي المدخن بالمخاطر التي يتعرض لها.⁽⁸³⁾ والصور المروعة التي تبين الأمراض والسلبيات على حقيقتها تؤدي أثراً في النفوس أكبر من أثر الكلمات وحدها، وهذه التحذيرات المصورة تفيد عدداً كبيراً من الناس في أنحاء العالم ممن لا يستطيعون القراءة. ودلت تجربة أستراليا،⁽⁸⁸⁾ وبلجيكا، والبرازيل،⁽⁸⁹⁾ وكندا،⁽⁹⁰⁾ وتايلند، وبلدان أخرى⁽⁸³⁾ على أن التحذيرات الصحية القوية على العبوات، ولاسيما التحذيرات المصورة، تشكل مصدراً مهماً لتوصيل المعلومات إلى صغار المدخنين وكذلك إلى من يعيشون في البلدان التي تقل فيها معدلات محو الأمية. والصور فعالة أيضاً في توصيل فحوى التحذير إلى الأطفال، وخصوصاً

وينبغي أن تشرح هذه الحملات الوقع الاقتصادي لتعاطي التبغ على الأسر، والمصاريف الشخصية التي تنفق على التبغ، ووفاة الأهل في سن مبكرة. وينبغي أن تبرز فحوى الحملات مظاهر النجاح في الإقلاع عن التدخين، وأن تحاول في الوقت ذاته الحيلولة دون أن يحاول الشباب تجربة التدخين ودون تعليمهم التدخين.

وينبغي أن تكون الإعلانات المضادة للتبغ، مهما كانت وسيلة إعلام، من إنتاج خبراء مختصين حتى تصدر بنفس المعايير التقنية التي صدرت بها إعلانات التبغ، وينبغي أن تستعرضها مجموعات الضغط لتضمن أن فحواها تناسب المجموعات المستهدفة. وفي النهاية قد تكون الحملات الفعالة المضادة لإعلانات التبغ باهظة التكاليف؛ لأن مراكز الولايات المتحدة لمكافحة الأمراض وتوقيتها توصي الحكومات عموماً بأن تصرف مبلغاً يتراوح بين دولارين أمريكيين وأربعة دولارات أمريكية لكل شخص في السنة على البلاغات الصحية المناهضة للتبغ والإعلانات المضادة للتبغ والتي ينبغي أن تشمل 15% إلى 20% من جميع تكاليف برامج مكافحة التبغ.⁽⁸⁷⁾ ويوسع الحكومات أو المنظمات غير الحكومية أن تدعم تكاليف إنتاج وتوزيع هذه الإعلانات، أو أن تنتج هذه الإعلانات بتكاليف مخفضة، أو أن تتحمل جميع تكاليفها على سبيل الهبة مؤسسات راعية غير منتسبة إلى صناعة التبغ لقاء مزايا ضريبية.

دور تحذيرات العبوات

لا شك في أن التحذيرات الصحية الموضوعية على عبوات جميع منتجات التبغ تصل إلى جميع المتعاطين. فقد كانت شركات تصنيع التبغ تستخدم العبوات أساساً لتقوية التزام المتعاطين ولاسيما الشباب



صارع من أجل تثقيف الناس بمضار التدخين

في التعاطي، وتساعد على قبول الجمهور للتدابير الأخرى المضادة للتبغ، مثل إنشاء الأماكن الخالية من التدخين.

تعرضها عموماً أي مقاومة باستثناء مقاومة صناعة التبغ. والتحذيرات الكبيرة الأبعاد تشجع المتعاطين على الإقلاع عن التدخين، كما تشجع صغار السن على عدم الشروع

وتنفيذ سياسات الإلزام بوضع التحذيرات على عبوات التبغ لا يكلف الحكومات أي شيء. وتحظى التحذيرات المصورة بدعم منقطع النظير من جانب الجمهور، ولا

المدخنون يقبلون التحذيرات المصورة

أثر التحذيرات المصورة على المدخنين في البرازيل



المصدر:

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. Opinião pública, 2002 (http://datafolha.folha.uol.com.br/po/fumo_21042002.shtml, في 6 كانون الأول/ ديسمبر 2007).

تعود العالم على اعتبار القانون وسيلة للعدالة، لا وسيلة للمحافظة على الصحة... وقد آن الأوان لتسخير القانون لخدمة الصحة العالمية والعدالة العالمية

تقرير منظمة الصحة العالمية «صوب الصحة مع العدالة»، 2002

••• حظر الإعلان عن التبغ والترويج له ورعايته

وسيلة قوية لحماية المواطنين

تعارض صناعة التبغ حظر تسويق منتجاتها معارضة قوية لأن هذا الحظر فعال إلى أقصى حد في التقليل من تعاطي التبغ، ولن تتوانى صناعة التبغ عن الضغط بقوة للتخلص من أبسط القيود. وأثبتت الدراسات القطرية التي أجريت قبل فرض الحظر وبعده أن تعاطي التبغ هبط إلى نسب بلغت 16% (95)(96)(97)(98) أي أن حظر الإعلان يقلل من تعاطي التبغ مهما اختلفت مستويات الدخل والتعليم بين المتعاطين. (99)

ويجب على الحكومات التي تفرض الحظر على تسويق التبغ أن تضع في حساباتها أن دوائر الأعمال التجارية الأخرى غير صناعة التبغ تستفيد هي أيضاً من الإعلان عن التبغ والترويج له ورعايته، مثل منافذ بيع وسائل الإعلام، ومستوردي التبغ وبائعيه بالتجزئة، وعالم الرياضة والترفيه، وأنها ستناضل

أن التسويق يحرض المتعاطين المحتملين - وخصوصاً الشباب - على أن يجربوا تعاطي التبغ ويصبحوا عملاء لأجل طويل. (92) ويعد الإعلان عن التبغ الذي يستهدف الشباب وفئات معينة من المجموعات السكانية فعالاً بصفة خاصة. (93)(94)

والتسويق يقيم عوائق أخرى تعرقل أنشطة مكافحة التبغ. ذلك لأن انتشار الإعلان عن التبغ يجعل من التبغ "أمراً عادياً"، ويصوره على أنه لا يختلف عن أي منتج استهلاكي آخر، الأمر الذي يُصعب على الناس فهم أخطار تعاطي التبغ. وتسويق التبغ يعتمد على إبراز عناصر مزيفة مثل الربط بين التبغ والسماك التي يتوق إليها الشخص مثل التمتع بعنفوان الشباب والطاقة والمظهر الجذاب والجاذبية الجنسية. والتسويق يقوي أيضاً تأثير صناعة التبغ على وسائل الإعلام والرياضة والترفيه، من واقع مليارات الدولارات التي تصرف سنوياً على الإعلان والترويج والرعاية.

تسويق التبغ يسهم بشدة في المرض والموت

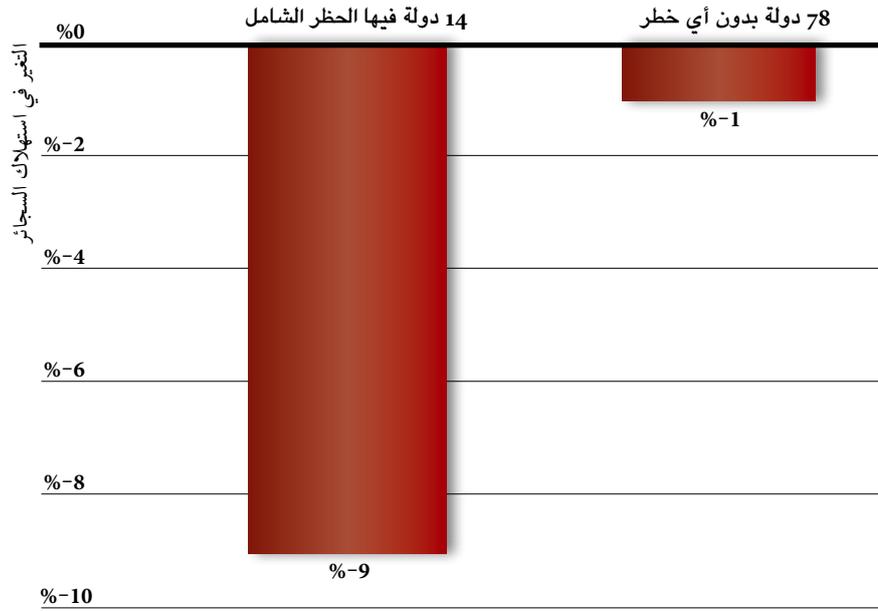
إن النجاح في بيع منتج يقتل نصف من يتعاطونه أمر يقتضي ذكاءً تسويقياً خارقاً. ويعد مصنعو التبغ من أفضل المسوقين في العالم - ويزدادون شراسة للتحايل على موانع الإعلان والترويج والرعاية المقصود بها كبح جماح تعاطي التبغ.

وتزعم صناعة التبغ أن أنشطتها في مجال الإعلان والترويج ليست موجهة نحو التوسع في المبيعات أو اجتذاب متعاطين جدد، وإنما القصد منها هو مجرد إعادة توزيع منتجات السوق فيما بين المتعاطين الحاليين. (91) وهذا زعم تجانبه الحقيقة. فالتسويق والترويج يزيدان من مبيعات التبغ ويسهمان بالتالي في قتل المزيد من الناس لأنهما يشجعان المدخنين الحاليين على المزيد من التدخين وإنقاص ما لديهم من ودائع للإقلاع عن التدخين. هذا فضلاً عن

بوسع الزعماء أن يبنوا مجتمعات صحية

فرض الحظر الشامل على الإعلانات يدعم التدخلات الأخرى

متوسط التغير في استهلاك السجائر بعد 10 سنوات من فرض الحظر
الشامل في مجموعتين من البلدان



المصدر:

Saffer H. Tobacco advertising and promotion. In: Jha P, Chaloupka FJ, eds. Tobacco control in developing countries. Oxford, Oxford University Press, 2000.

إن الرياضة هي أفضل السُّبل على الإطلاق
لاجتذاب المدخنين الأساسيين المستهدفين،
واختيار العينات منهم، والتأثير عليهم، ولكنها
ليست السبيل الوحيدة. لأن الأفلام وشرائط
الفيديو الدولية لها جاذبية قوية على زبائننا من
صغار البالغين في آسيا

وثيقة داخلية من شركة فيليب موريس (1990)

بالنيابة عن صناعة التبغ ضد حظر التسويق وضد السياسات الأخرى التي تكافح التبغ، وذلك من منطلق الخوف من أن تخسر تلك الدوائر عملاءها أو إيراداتها من الإعلان والترويج والرعاية.

الحظر الشامل والإنفاذ الكامل

إن حظر التسويق والترويج سلاح قوى ضد ولاء التبغ. ومصنعو التبغ يعلمون أن الناس لن تشرع في التدخين بعد سن البلوغ لأنها ستكون قادرة عندئذ على اتخاذ القرارات المستنيرة. (34)(35)(36)(37) ولذلك تصمم صناعة التبغ حملات الإعلان بحيث تصور شباباً سعداء وتبدو عليهم سمات المتعة بتعاطي التبغ، وبذلك توقع هذه الصناعة في فخها مستهلكين جدداً بين الشباب وتجعل منهم مدمنين مدى الحياة.

ولكي يكون الحظر فعالاً يجب أن يكون كاملاً ومنطبقاً على جميع فئات التسويق والترويج. (66)(91) ذلك لأن حظر الإعلان في الإذاعة والتلفزيون وحدهما سيدفع بصناعة التبغ إلى الصرف على سبيل الإعلان الأخرى مثل الصحف والمجلات وشاشات الدعاية في الأماكن العامة والإنترنت. وإذا منعت جميع هذه الإعلانات التقليدية لوجهت صناعة التبغ نفقاتها الدعائية إلى رعاية المظاهرات الشائعة بين الشباب مثل السباق والرياضة والمهرجانات الموسيقية.

وهناك قنوات تسويقية أخرى تستعملها صناعة التبغ، منها تخفيض أسعار التبغ في محال البيع بالتجزئة، وتوزيع التبغ مجاناً أو بأسعار مخفضة في المناسبات أو بالبريد. وتشمل أنشطة الترويج الأخرى وضع شعارات التبغ على الملابس أو البضائع الأخرى، والربط بين أصناف التبغ وأصناف المنتجات الاستهلاكية الأخرى، أو الاستعانة بالمشاهير، وتصوير أصناف التبغ في مناظر الأفلام والتلفزيون. ولذلك فإن الحظر التام ينبغي أن يطبق على كل هذه الأنشطة.

أما الحظر الجزئي فهو لا يشمل أشكال التسويق والترويج غير المباشرة أو البديلة، مثل رعاية المظاهرات التي تجتذب الشباب

بصفة خاصة. (100)(101) والحظر الجزئي يمكن صناعة التبغ من المحافظة على قدرة ترويج منتجاتها بين الشباب الذين لم يشعروا بعد في التعاطي وكذلك بين المدخنين الراغبين في الإقلاع عن التعاطي.

تنفيذ الحظر الفعال

ينبغي أن يعلن راسمو السياسات عن النية في حظر الإعلان والترويج والرعاية قبل تنفيذ هذا الحظر بمدة طويلة، حتى يتسنى الوقت الكافي أمام وسائل الإعلام وغيرها من دوائر الأعمال التجارية للبحث عن معلنين جدد وجهات راعية جديدة غير صناعة التبغ. ولتقليل استهلاك التبغ - ومرعاة العدل إزاء جميع وسائل الإعلام - ينبغي أن يكون الحظر كاملاً. وينبغي إدخال تعديلات دورية على الحظر الشامل على التسويق، لمرعاة ما يستجد من مناورات صناعة التبغ وتكنولوجيا وسائل الإعلام. ويمكن أيضاً تقليل إعلانات صناعة التبغ إذا حُرمت هذه الصناعة من التمتع بالخفض الضريبي على نفقات التسويق والترويج التي تدونها على أنها نفقات أعمال قابلة للتزليل من الضرائب.

وإن كان حظر الإعلان في وسائل الإعلام الدولية يُرفض في أحيان كثيرة باعتباره

غير واقعي، فإن بلداناً كثيرة تنشر طبعاتها الوطنية من الصحف والمجلات الدولية وتحترم فيها القوانين المحلية. وبالإمكان برمجة أجهزة السرفر لتقطع إعلانات الإنترنت المعترض عليها والصادرة من بلدان أخرى. ويمكن عرض برامج الإذاعات الساتلية الدولية على المراجعة في محطة استقبال مركزية قبل إذاعتها في البلد. ويمكن فرض الحظر الدولي أيضاً عندما تمنع البلدان المتقاربة ثقافياً تسويق التبغ بالتزامن في ما بينها.

وكثيراً ما تحتج صناعة التبغ بأن الحظر الفوري على الإعلان والترويج والرعاية غير ضروري، وبالاكتفاء بالقواعد الطوعية والتنظيم الذاتي. لكن كثيراً ما أخفقت صناعة التبغ في الامتثال للقواعد الطوعية التي وضعتها لنفسها، لأن هذه القواعد ليست تحت طائل القانون. (102)(103) وستزعم صناعة التبغ أيضاً بأن الحظر يقيد حقها في حرية الكلمة، بما فيه حقها في الترويج لمنتجات قانونية. ويمكن دحض هذه المزاعم بقوة بإظهار الضرر الذي يعود به التبغ على الصحة والاقتصاد، والطريقة التي تجتذب بها هذه الصناعة انتباه الأطفال، والتركيز على حق الناس في العيش بدون إدمان، لأن هذا الحق أهم من المصالح المالية لصناعة التبغ.



مستقبل مضيء ومليء بالصحة

زيادة الضرائب المفروضة على التبغ

الضرائب: أفضل طريقة لتقليص تعاطي التبغ

إن زيادة أسعار التبغ من خلال زيادة الضرائب هو أقوى حل قائم بذاته لتخفيض استهلاك التبغ وتشجيع المدمنين على الإقلاع عن التبغ.⁽⁶⁶⁾ وقد يؤدي رفع أسعار التبغ بنسبة 70% إلى توقي ما يصل إلى ربع جميع الوفيات التي تُعزى إلى التبغ في العالم.⁽¹⁰⁴⁾ وزيادة الضرائب تفيد أيضاً الحكومات بصفة مباشرة لأنها تزيد إيراداتها وتتيح لها أن تنفق من هذه الإيرادات على مكافحة التبغ وعلى البرامج الصحية والاجتماعية الأخرى.

وقد دأبت الحكومات في أنحاء العالم على فرض الضرائب على التبغ لأكثر من قرن. وهذه الضرائب مقبولة للجمهور وللقيادات السياسية لأن التبغ ليس بالسلعة الأساسية ويستحق بالتالي فرض الضرائب

عليه مباشرة. ولعل ضرائب التبغ أسهل شكل ضريبي يتقبله الناس، حتى الفقراء منهم، لأن معظم الناس يفهمون أن التبغ ضار. وبالفعل نجد أن زيادة ضرائب التبغ هي الوسيلة الوحيدة غالباً التي تحظى بقبول معظم الناس. لأن غير المدخنين - وهم غالبية المصوتين في أغلب البلدان - يؤيدون زيادة ضرائب التبغ، ويؤيدها المدخنون أيضاً. ويزداد قبول هذه الزيادات الضريبية لأن إيراداتها تخصص لمكافحة التبغ ولبرامج صحية واجتماعية أخرى.⁽¹⁰⁴⁾

زيادة الضرائب تزيد إيرادات الحكومات

على عكس ما ترعّمه دعايات صناعة التبغ، لا تؤدي زيادة ضرائب التبغ إلى إنقاص إيرادات الحكومات.⁽¹⁰⁵⁾ لأن زيادة ضرائب التبغ بنسبة 10% تخفض استهلاك التبغ بنحو

4% في البلدان المرتفعة الدخل، وبنحو 8% في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل، وتزيد إيرادات الحكومة من ضرائب التبغ بنسبة 7% تقريباً.⁽¹⁰⁴⁾⁽¹⁰⁵⁾⁽¹⁰⁶⁾ وإن كان أثر هذه الضرائب أكبر قليلاً في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل⁽⁹⁷⁾ فقد دلت التجربة على أنها لا تخفض الإيرادات الحكومية. ففي جنوب أفريقيا مثلاً تؤدي كل زيادة قدرها 10% في ضرائب إنتاج السجائر إلى زيادة قدرها نحو 6% تقريباً في إيرادات ضرائب إنتاج السجائر، لدرجة أن هذه الإيرادات تجاوزت الضعف في الفترة من عام 1994 إلى عام 2001.⁽¹⁰⁷⁾

زيادة الضرائب تساعد الشباب والفقراء

إن زيادة الضرائب تكتسب أهمية خاصة لردع الشباب والفقراء عن تعاطي التبغ



أثبتت نماذج هذا التقرير أن زيادة
الضرائب بما يرفع السعر الحقيقي
للسجائر بنسبة 10% في أنحاء
العالم سوف تسهم في توقي ما
لا يقل عن 10 ملايين من حالات
الوفاة التي تعزى إلى التبغ

البنك الدولي: كبح جماح الوباء (1999)

ملحوظة في التنسيق الدولي لمعالجة هذه القضية المهمة.

السياسات الفعالة لضرائب التبغ

توجد عدة أنواع من ضرائب التبغ ولكن أقواها مفعولاً هي ضريبة الإنتاج التي تُجبي بقيمة محددة على كل كمية محددة من التبغ، مثلها كمثل الضرائب التي تُدفع على كل عبوة سجائر أو كل كرتونة سجائر. ولا ينبغي الخلط بين ضريبة الإنتاج وضريبة المبيعات أو ضريبة القيمة المضافة التي تطبق على جميع السلع، ولا ينبغي الخلط أيضاً بين ضريبة الإنتاج وضريبة الدخل التي تدفعها الشركات. وبتحديد قدر معين من الضرائب لكل وحدة من وحدات إنتاج التبغ تتمكن الحكومات من تلافي التلاعب بالمعدل الضريبي.

وينبغي أن تكون ضريبة الإنتاج بسيطة وسهلة التنفيذ، وأن تُعدل بانتظام لمراعاة التضخم والقوة الشرائية للمستهلك، بحيث تظل هذه الضريبة مرنة وقادرة على خفض تعاطي التبغ. وحذا لو طبقت هذه الضريبة على الجهة المصنعة لقاء الإسهاد على دفعها بدمغة بدلاً من جبايتها من تاجر

الأوروبية الأخرى، وكان السبب في ذلك إلى حد كبير هو التراخي في إنفاذ قوانين الضرائب وازدياد نشاط الشبكات الإجرامية. وعندما زادت أسبانيا ضرائب التبغ وأحكمت إنفاذ القوانين في أواخر التسعينات انخفض التهريب انخفاضاً شديداً في حين ازدادت إيرادات ضرائب التبغ بنسبة 25% (108)

ويمكن الحد من التهريب بوضع الدمغات الضريبية على كل عبوة تباع بالتجزئة. كما أن تحسين الأمن على الحدود، واتخاذ التدابير الكفيلة بالحد من غسل الأموال، وإنفاذ القوانين بلا هوادة، ومسك السجلات الحكومية بطريقة فعالة، كلها أمور تساعد على مكافحة التهريب. ولن تتجاوز تكلفة السياسات الأكثر تشدداً لإنفاذ القوانين كسراً ضئيلاً من الإيرادات الإضافية الناجمة عن زيادة ضرائب التبغ.

وقد أصبحت الإجراءات العالمية المناهضة للتهريب تتوحد. ويعكف الآن الأطراف في الاتفاقية الإطارية على التفاوض على صيغة بروتوكول جديد وملزم قانوناً بشأن الاتجار غير المشروع بمنتجات التبغ، من شأنه أن يكافح التهريب والتزيف، وذلك كجزء من الجهود العالمية لكبح جماح وباء التبغ. وسوف يؤدي هذا البروتوكول إلى زيادة

لأنهم سيستفيدون من تخفيض استهلاكهم له. ذلك لأن من ينتمون إلى هاتين الفئتين الاجتماعيتين والاقتصاديتين يتأثرون أكثر من غيرهم بأسعار السلع. وارتفاع أسعار التبغ يساعدهم إما على الامتناع بالإقلاع عن تعاطيه وإما على عدم الشروع أساساً في تعاطيه.

ففي جنوب أفريقيا مثلاً ارتفعت معدلات ضرائب التبغ بنسبة 25% في التسعينات لتمثل أقل قليلاً من 50% من سعر التجزئة، فانخفض استهلاك السجائر بمعدل يتراوح بين 5% و7% لكل زيادة قدرها 10% في أسعار السجائر مما أدى إلى هبوط حاد في الاستهلاك، وكان الشباب والفقراء هم من سجلوا أكبر هبوط في معدل الاستهلاك (107)

ويدعي مسؤولو صناعة التبغ وغيرهم أن زيادة ضرائب التبغ تؤدي للفقراء. لكن الواقع هو أنها تؤدي إلى زيادة الإيرادات الحكومية التي تستخدم غالباً لتمويل البرامج الاجتماعية لصالح الفقراء. ويمكن استخدام جزء من هذه الإيرادات الجديدة لدعم حملات الدعاية المضادة للتبغ وتمويل خدمات الإقلاع عن التدخين التي تُقدم إلى المدخنين الراغبين في هذا الإقلاع.

هذا فضلاً عن أن زيادة الضرائب تساعد الفقراء على الكف عن تعاطي التبغ واستخدام الأموال التي يوفرونها على هذا النحو لشراء السلع الأساسية مثل الغذاء والمأوى والتعليم والرعاية الصحية. وزيادة الضرائب تخفض استهلاك الأسر الفقيرة للتبغ، الأمر الذي يساعدها على الخروج من الفقر والبقاء بعيداً عنه. وبالإضافة إلى ذلك تزداد الإنتاجية والقدرة على إدراج الدخل كلما انخفضت الأمراض التي تعزى إلى التبغ.

زيادة الضرائب لا تزيد التهريب

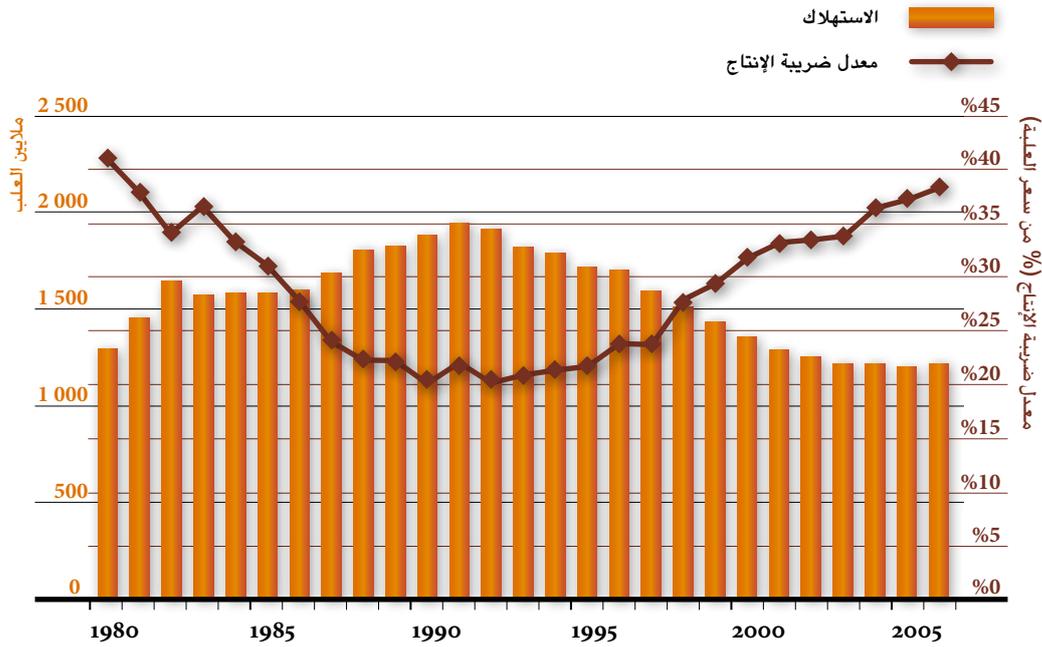
على عكس مزاعم صناعة التبغ، لا تعقب زيادة الضرائب أي زيادة في أعمال التهريب. فقد دأبت أسبانيا على تطبيق ضرائب قليلة على التبغ لعدة سنين، وكان التهريب فيها أكثر مما كان في البلدان



يحيي الزعماء الذين يحمون صحتنا

ضرائب التبغ تخفض الاستهلاك

العلاقة بين استهلاك السجائر ومعدل الضريبة على إنتاجها في جنوب أفريقيا



المصدر:
van Walbeek C. Tobacco excise taxation in South Africa: tools for advancing tobacco control in the XXIst century: success stories and lessons learned. Geneva, World Health Organization, 2003 (http://www.who.int/tobacco/training/success_stories/en/best_practices_south_africa_taxation.pdf, في 6 كانون الأول/ ديسمبر 2007). أخذت معلومات إضافية من خلال الاتصال الشخصي بالمتألف.

السجائر، وذلك لتفادي انتقال المستهلك من صنف إلى آخر أرخص.

وينبغي أن تطبق ضرائب التبغ على جميع منتجات التبغ بطريقة متشابهة. أي أن الضرائب المفروضة على منتجات التبغ الرخيصة ينبغي أن تكافئ ضرائب المنتجات المثقلة بالعبء الضريبي مثل

الجملة أو تاجر التجزئة، لأن دمغة المصنع تخفض العبء الإداري على هذين التاجر الصغيرين وتقلل من حالات التهرب. وينبغي تطبيق هذا النوع ذاته من الضرائب على السجائر المستوردة.

الموجز

طويلة أمام الدول قبل أن تتمكن من حماية مواطنيها من وباء التبغ.

بلد بوصفها مجموعة متكاملة، تتغير حالة الصحة العمومية. غير أن ما من بلد حتى الآن نفذها مجتمعة، وقليل جداً من البلدان هو الذي قارب هذا التنفيذ. والطريق

إن برنامج السياسات الست ليس بالمعقد، فهو يتضمن سياسات ثبت أنها منطقية وسهلة التطبيق وفي متناول الحكومات. وبتطبيق هذه السياسات الست في كل

يجب أن نتقمص التغيير الذي نريده

المهاتما غاندي (1869-1948)

حالة مكافحة التبغ في العالم

تنفيذ التدابير الفعالة بدأ لتوه

في السنوات القليلة الماضية، لم تنفذ أي حكومة تنفيذاً تاماً لجميع السياسات الرئيسية الفعالة، ألا وهي الرصد، وإنشاء الأماكن الخالية من التدخين، وعلاج إدمان التبغ، ووضع التحذيرات على عبوات التبغ، وحظر الإعلان والترويج والرعاية، وزيادة ضرائب التبغ. وما زالت التحديات قائمة، ولكن الفرص قائمة هي أيضاً أمام قادة البلدان لدحر إحدى أسوأ الأزمات الصحية في العصر الحديث.

يلاحظ أن الأرقام الواردة في هذا الفرع من أوله إلى آخره والدالة على النسب المئوية لسكان العالم المشمولين بأي سياسة معينة قد أعدت بالاستقراء بناء على عدد سكان عينات البلدان التي أجابت عن هذا السؤال المحدد.

الوثائق الأصلية (مثل القوانين واللوائح)، وأجرت مشاورات رسمية حول حالة إنفاذ هذه السياسات مع خبراء مقيمين في البلدان. وبذلك توفرت بعض البيانات على الأقل لهذا التقرير الأول عن 179 دولة عضواً وإقليم واحد يمثلون 99% من سكان العالم. وبالرغم من بذل قصارى الجهود للحصول على بيانات صحيحة ومقارنة، ينبغي ألا يغيب عن البال أن هذا التقرير أول محاولة عالمية من نوعها، ولذلك فإن الثغرات وأوجه عدم الاتساق ستعالج في التقارير المقبلة.

ودلت النتيجة الأولى لهذا التقييم المنهجي العالمي الأول من نوعه على أن كل بلد تقريباً يحتاج إلى فعل المزيد لدحر وباء التبغ. وبالرغم من تحقيق بعض التقدم

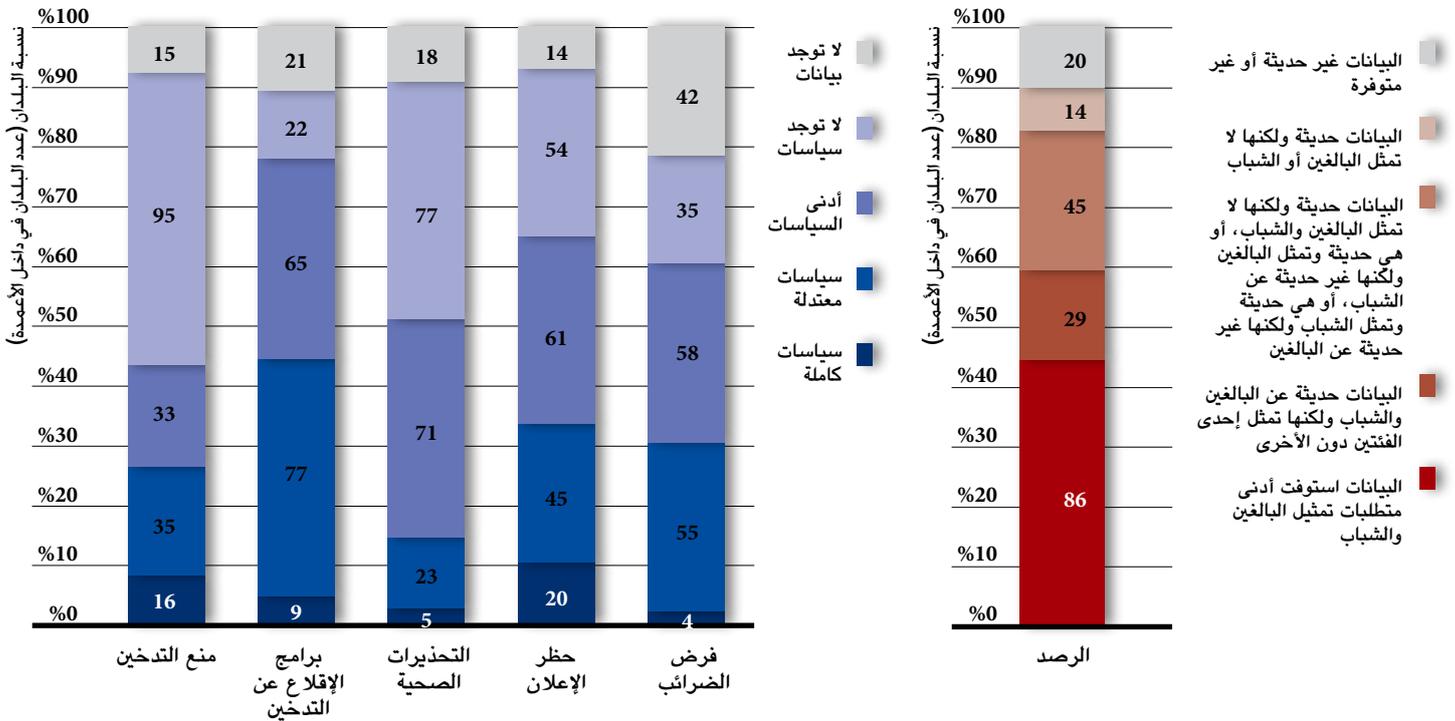
إن بذل جهد شامل لتنفيذ وإنفاذ برنامج السياسات الست الفعالة يمكن أن يكبح جماح وباء التبغ ويساعد البلدان على الوفاء بالتزامها بحماية صحة شعوبها بموجب اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ. ولتحديد نقطة مرجعية ورصد التقدم المقبل في أنشطة مكافحة التبغ في جميع أنحاء العالم، يشرح هذا التقرير الذي أصدرته منظمة الصحة العالمية عن وباء التبغ العالمي في عام 2008 الحالة الراهنة لمكافحة التبغ في الدول الأعضاء، ويبين ما فعلته الحكومات الوطنية وما يتبقى فعله.

وقد التمتت المنظمة معلومات عن السياسات الست من جميع الدول الأعضاء، واستعرضت التقارير القطرية، وحللت



تصوروا عالماً محرراً من التبغ

حالة سياسات مكافحة التبغ في العالم



* يلاحظ بالنسبة للضرائب أن عبارة "لا توجد سياسة" تعني أن ضريبة الإنتاج لا تتجاوز 25%. وبالنسبة لسياسة منع التدخين تعني عبارة "لا توجد سياسة" عدم وجود أي تشريع يمنع التدخين، أو عدم وجود تشريع لمنع التدخين يشمل إما منشآت الرعاية الصحية وحدها وإما المنشآت التعليمية وحدها.

لقد دأبت الصناعة على إخفاء المعلومات عن مضار التدخين، واستغلت قدرتها المالية على الإعلان لإقناع الصحافة الكاذبة بعدم نشر أضرار التبغ على الصحة، ولجأت إلى أساليب أخرى لإنقاص المعلومات المتاحة للمدخنين

منظمة الصحة العالمية: التقرير الخاص بالصحة في العالم، 1999

أكثر من نصف البلدان ليس لديه أدنى معلومات الرصد

يوفر الرصد البيانات الأساسية التي تحتاج إليها الحكومات لمكافحة وباء التبغ. والرصد الشامل هو تتبع مدى تعاطي التبغ، ومواقف الجمهور من التبغ، ومدى الدراية التي اكتملت حول التبغ، وهو يتيح للحكومات أن توثق مدى انتشار هذا الوباء وطبيعته، وتحديد المجموعات المستهدفة بالتدخلات المحددة، ورصد وقع مختلف السياسات، وتحسين السياسات حسب الاقتضاء. ولإصدار هذا التقرير الأول أجرت منظمة الصحة العالمية تقييماً لأنشطة الرصد القطرية من خلال دراسات استقصائية عن تعاطي التبغ بين الشباب والبالغين.

ومن مجموع 193 دولة عضواً تبين أن 86 دولة فقط هي التي لديها بيانات حديثة تمثل الحالة في البلد بالنسبة للبالغين والشباب. وما زال أكثر من نصف سكان العالم يعيشون في مناطق لا تتوفر عنها أدنى المعلومات الحديثة الوافية عن تعاطي التبغ. وتعد نظم الرصد ضعيفة بصفة خاصة في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة

الدخل؛ أما البلدان المرتفعة الدخل فهي تجمع على الأرجح من نظم الرصد معلومات وافية ولو في أدنى الحدود (73% من البلدان) أكثر من البلدان المتوسطة الدخل (43%) والبلدان المنخفضة الدخل (24%). علماً بأن الرصد الأساسي لا يُعد باهظ التكاليف، وهو في متناول جميع البلدان حقاً.

وتم جمع بيانات من 44 بلداً من بين 127 بلداً أجرت مسحاً حديثاً لحالة التعاطي بين البالغين، وقد جُمعت هذه البيانات بواسطة وسائل استقصاء دولية مثل المسح الصحي العالمي، أو النهج المتدرج للرصد الذي وضعته منظمة الصحة العالمية (109) ومن خلال الدراسة الاستقصائية العالمية حول الشباب والتبغ قدم 25 بلداً من بين هذه البلدان المائة والسبعة والعشرين بيانات دون وطنية، وقدم 68 بلداً آخر بيانات وطنية. وهذا يعني أن من بين 86 دولة عضواً لديها بيانات تمثيلية وطنية حديثة عن البالغين والشباب، استطاع ثُمس هذه البلدان أن ينتج بياناته بدون أي شكل من أشكال الدعم الدولي.

ومن الضروري إجراء رصد أشمل بكثير من هذا، وخصوصاً في 108 بلدان، منها بلدان

ليس لديها أي بيانات بالمرّة، ومنها بلدان لديها بيانات عتيقة أو لا تمثل الحالة على المستوى الوطني. ولذلك فإن المبادرات مثل "الدراسة الاستقصائية العالمية بشأن البالغين والتبغ" و"الدراسة الاستقصائية العالمية بشأن الشباب والتبغ" و"النهج التدريجي" الذي وضعته منظمة الصحة العالمية، تعد ذات أهمية حرجة لبناء القدرة الكفيلة برصد مدى تعاطي التبغ في معظم البلدان.

5% فقط من سكان العالم هم المشمولون بقوانين شاملة لمنع التدخين

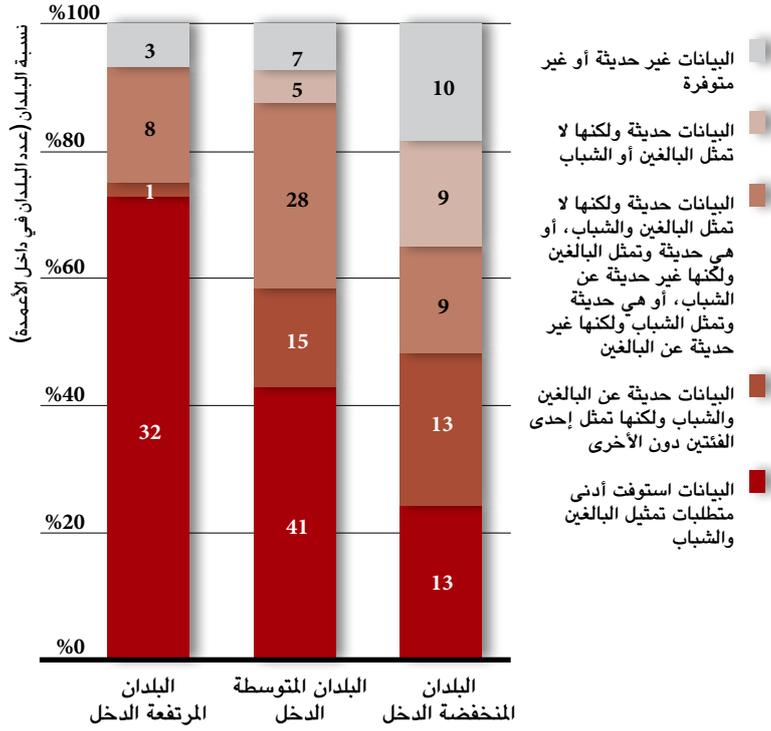
إن منع التدخين في الأماكن العامة أمر حاسم لحماية صحة المدخنين وغير المدخنين على السواء، وهو أمر حاسم أيضاً لتوجيه رسالة واضحة بأن التدخين في الأماكن العامة ليس مقبولاً من الزاوية الاجتماعية. وتحمي قوانين منع التدخين العاملين من المواد الكيميائية التي تسبب السرطان وتغير طريقة تجلط الدم وتصل إلى القلب، كما تشكل هذه القوانين حافزاً قوياً على الإقلاع عن التدخين. وبمنع



نريد برنامج السياسات الست

معلومات الرصد

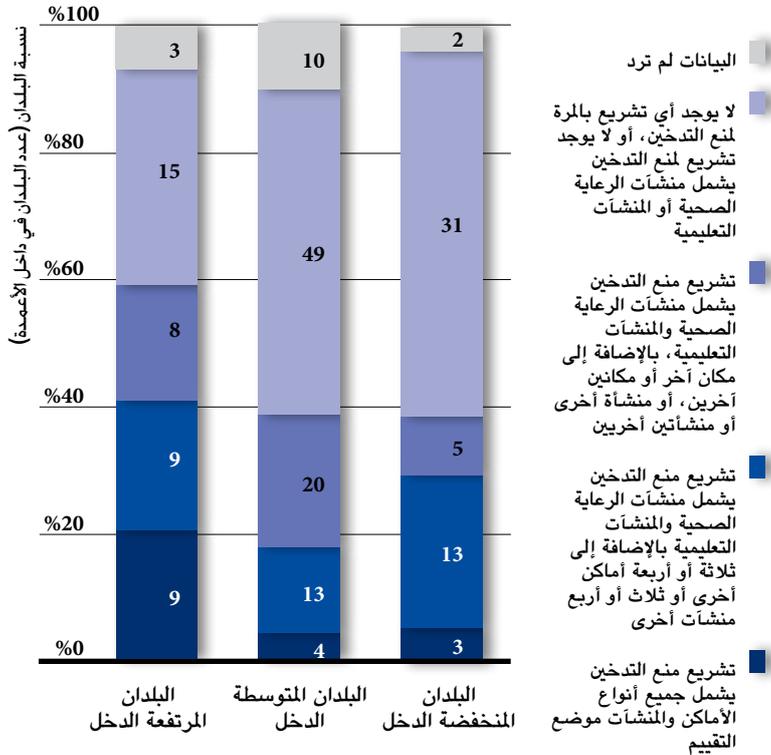
التدخين بتاتا في الأماكن العامة في ظل مراقبة محكمة وبدون تخصيص أي مكان للمدخنين، يمكن توفير الحماية للعاملين وللجمهور، وتشجيع المدخنين في الوقت ذاته على الإقلاع عن التدخين. ولا داعي للاستثناءات لأنها تعرقل إنفاذ هذه القوانين وتقوض فاعليتها.



وإن كان عدد متزايد من البلدان قد سن تشريعات لمنع التدخين في الأماكن العامة، مازالت الغالبية العظمى من البلدان تخلو من قوانين منع التدخين أو لديها قوانين من هذا القبيل ولكنها محدودة جداً أو لا تمارس الإنفاذ الفعال لهذه القوانين.

وينبغي إعطاء الأولوية في لكل بلد لحماية الأطفال والمرضى، لكن 74 بلداً (تمثل أكثر من 40% من سكان 179 بلداً وإقليمياً واحداً قدموا المعلومات عن حالة قوانين منع التدخين) مازال يسمح بالتدخين في مؤسسات الرعاية الصحية، وهناك عدد آخر يكاد يكون مشابهاً من البلدان التي تسمح بالتدخين في المدارس. والنتيجة هي أن نصف سكان العالم تقريباً يعيشون في بلدان لا تحميهم حكوماتها من دخان الآخرين في المستشفيات، وأن نحو 40% من البلدان

تشريع منع التدخين



هناك مجالات لنمو قوي في السوق العالمية، ولاسيما في آسيا وأفريقيا.... وهذا الأفق بشري

وثيقة داخلية من شركة بريتيش
أميركان توباكو (1990)

لا يحمي أطفاله من دخان الآخرين في المدارس. وفي المجموع هناك 80 بلداً لا تمنع التدخين في المدارس والمستشفيات، وأخفقت بالتالي في حماية مرضاها وأطفال مدارسها.

وأكثر من نصف البلدان التي يعيش فيها ثلثا سكان العالم تقريباً يسمح بالتدخين في المكاتب الحكومية وأماكن العمل والأماكن المغلقة الأخرى. وهذا يعني أن معظم العاملين في المكاتب في أنحاء العالم مجبرون على استنشاق دخان المدخنين. ولا يحمي العاملين في المطاعم من دخان التبغ سوى 24 بلداً (13%) من 179 بلداً وإقليم واحد، وإن كان بوسع أي بلد أن ينفذ قوانين منع التدخين، فإن نسبة البلدان المرتفعة الدخل التي منعت التدخين في المطاعم (12 بلداً من 41 بلداً، أي 29%) أكبر ثلاث مرات من نسبة البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل (إقليم واحد) التي اتخذت تدابير مشابهة (12 بلداً من 139 بلداً، أي 9%). ودلت الدراسات الاستقصائية في البلدان والأقاليم التي منعت التدخين في المطاعم والمقاهي على أن قوانين منع التدخين حظيت بأقصى قبول وأن غالبية الناس لا تريد العودة إلى عهد كانت فيه المطاعم والمقاهي معبأة بدخان التبغ.

وبالرغم من أن حماية حقوق غير المدخنين في تنفس الهواء النظيف أمر في متناول جميع البلدان، لم تصدر قوانين لمنع التدخين إلا في 16 بلداً تمثل 5% بالكاد من سكان العالم، وشملت هذه القوانين جميع المنشآت التي جرى تقييمها. ورأى فريق يتكون من خمسة خبراء في كل بلد أن إنفاذ قوانين منع التدخين ضعيف بقدر يكاد يكون موحداً. ولا شك في أن الحظر الشامل لن يحمي الناس من التعرض لدخان غيرهم إلا إذا نُفذ بإصرار. وفي المقابل فإن الحظر الجزئي لن يوفر حماية ذات شأن مهما نُفذ بإصرار.

ومن بين البلدان التي قدمت تقاريرها عن قوانين منع التدخين المعتدلة أو الكاملة التي تنفذها، لا توجد مستويات إنفاذ موثقة ومعتدلة إلا في ثلث تلك البلدان (استحقت 3 نقاط أو أكثر على 10 نقاط). ولم تستحق 8 نقاط (على 10 نقاط) سوى أربعة بلدان، ولم تُصدر قوانين منع التدخين الشاملة سوى أوروغواي ونيوزيلندا، ويستحق مستوى إنفاذها 8 نقاط أو أكثر. وفي أوروبا أنشأت بلدان كثيرة أماكن خالية تماماً من التدخين؛ ولم يتسن إجراء تقييم مستقل لمستوى إنفاذ قوانين منع التدخين في أوروبا لإدراجه في هذا التقرير. وهناك بلدان أخرى أصدرت قوانين شاملة لمنع

التدخين - مثل أوغندا والنيجر - لكن إنفاذها مازال صعباً في أحوال كثيرة.

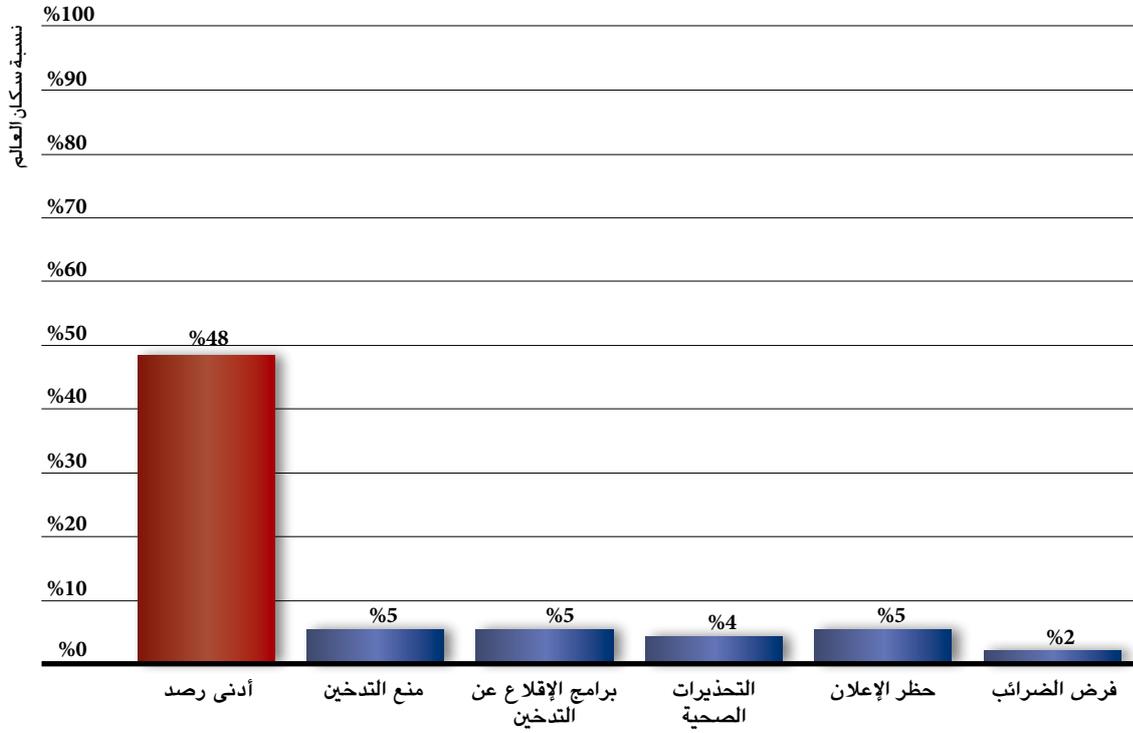
وبعض البلدان خطت خطوات كبيرة لحماية مواطنيها من دخان المدخنين. ففي آذار/مارس 2004 أصبحت أيرلندا أول بلد في العالم منع التدخين بالفعل في الأماكن المغلقة وأماكن العمل والأماكن العامة بما فيها المطاعم والمقاهي والحانات. وفي غضون ثلاثة أشهر من ذلك بدأ نفاذ قانون منع التدخين في النرويج. ومنذ ذلك الحين حذت بلدان كثيرة حذو هذين المثالين، منها إيطاليا وأوروغواي، ومدن كثيرة عبر العالم. ومعظم الناس في كندا وأستراليا والولايات المتحدة يتمتعون بالحماية من دخان غيرهم بموجب تشريعات حكومية أو محلية لمنع التدخين.

وفي حين دلت التجربة في أوروغواي وغيرها على أن بوسع أي دولة أو دائرة قانونية - بصرف النظر عن مستوى مواردها - أن تمنع التدخين منعاً باتاً، لا يتمتع سوى جزء صغير من سكان العالم في الوقت الراهن بحماية كافية من أخطار دخان المدخنين. ومعظم البلدان الكثيفة السكان والكثيرة المدخنين لا تضع قيوداً فعالة على التدخين في الأماكن العامة. ولتوقي الاعتلالات والوفاة بين العاملين

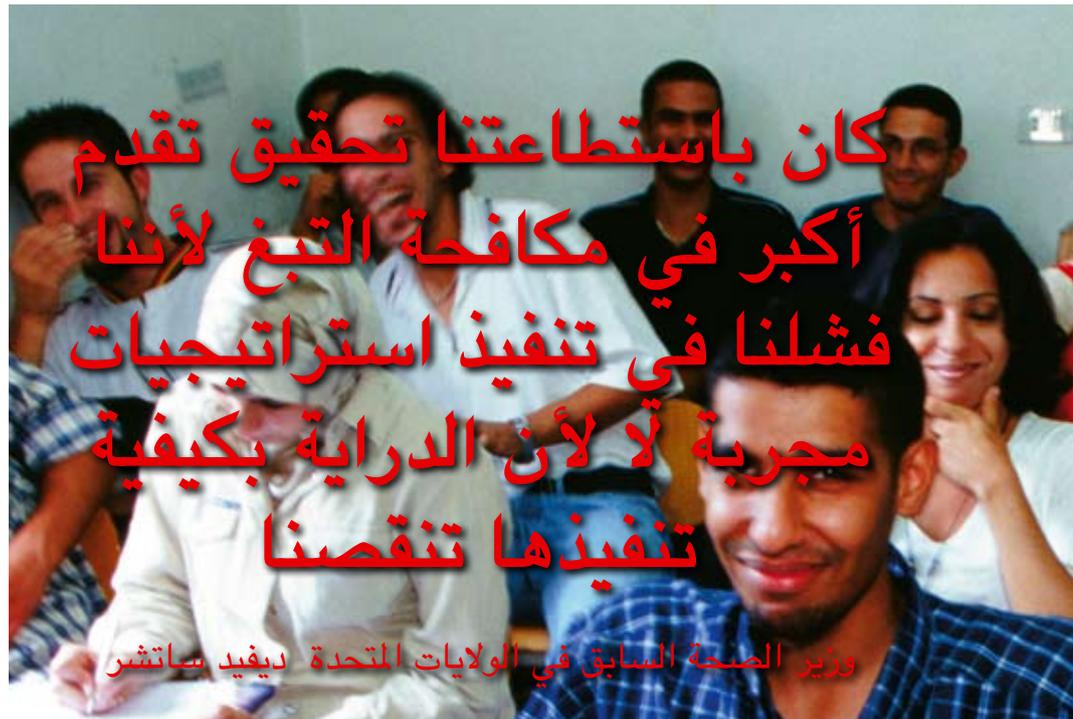


أنتم أصحاب القرار!

نسبة سكان العالم المشمولة بسياسات مكافحة التبغ



للاطلاع على تعاريف أعلى الفئات المذكورة هنا يرجى الرجوع إلى الرسم البياني عن "حالة سياسات مكافحة التبغ في العالم" الوارد في الصفحة 43.



وعموم الجمهور ينبغي للحكومات أن تنفذ القوانين الراهنة لمنع التدخين تنفيذاً أكثر فاعلية وأن تصدر وتنفذ قوانين شاملة تحمي جميع الناس من دخان المدخنين.

قليل ممن يتعاطون التبغ يحصلون على المساعدة اللازمة للإقلاع عن التعاطي

يرغب الكثير ممن يتعاطون التبغ في الإقلاع عن هذه العادة لإنقاذ حياتهم وحماية صحة أسرهم، ولكنهم يعجزون عن ذلك بسبب إدمانهم النيكوتين. والغالبية الشاسعة من البلدان لا تساعدهم. وفي الوقت الحالي تقدم تسعة بلدان، من بين 173 دولة عضواً ردت على الاستبيان، أعلى مستوى تقديري من الدعم الذي يشمل المنوعة الكاملة من العلاج وتقديم الإعانات المالية ولو جزئياً. ويعيش في هذه البلدان التسعة 5% من سكان العالم، أي أن النسبة المتبقية - وهي 95% من السكان لا تحصل على أي علاج للتخلص من إدمان التبغ.

وتوجد طائفة عريضة من الخدمات الفعالة للإقلاع عن تعاطي التبغ، تشمل النصيحة الروتينية التي يقدمها عاملو الرعاية الصحية، وخطوط المساعدة الهاتفية، والأدوية التي تصرف من محال البيع بالتجزئة إذا لم يصرفها برنامج الرعاية الصحية أو برنامج الصحة العمومية. وفي الوقت الراهن لا يقدم 22 بلداً لمتعاطي التبغ أي مساعدة بالمرّة على شكل خدمات أساسية مثل النصح

والعلاج الدوائي. ويستحيل على الناس أن يحصلوا على أي علاج لاستعاضة النيكوتين في 39 بلداً حتى وإن كانت لديهم وسائل مالية للصرف منها على هذا العلاج. وتعد خطوط المساعدة الهاتفية قليلة التكاليف نوعاً ما ويوسع بلدان كثيرة أن تشغلها، ومع ذلك فإن 44 بلداً فقط يشغل هذه الخطوط لصالح خمسي سكان العالم.

وقد أنشأت حكومة المملكة المتحدة في إطار خدمة الرعاية الصحية خدمة وطنية شاملة للإقلاع عن التدخين، تقدم المشورة والدعم والأدوية إلى المدخنين الراغبين في الإقلاع عن التدخين. وفي عام 2004 وزعت هذه الخدمة حوالي مليوني وصفة طبية للعلاج باستعاضة النيكوتين، قدر ثمنها بنحو 44 مليون إسترليني (حوالي 90 مليون دولار أمريكي بأسعار الصرف السائدة في عام 2007). وتبين بالتقييم أن هذه الخدمات قللت من تفاوت المستويات الصحية، وأدت إلى معدلات إقلاع عن التدخين بنسبة 15% في غضون 52 أسبوعاً (تشبه نتائج التجارب السريرية)، وأثبتت مردوديتها الاقتصادية.⁽¹¹⁰⁾

وبدأت حكومة البرازيل تمول في عام 2004 علاجاً للكف عن التدخين، يشمل تقديم النصائح من جانب موظفي الرعاية

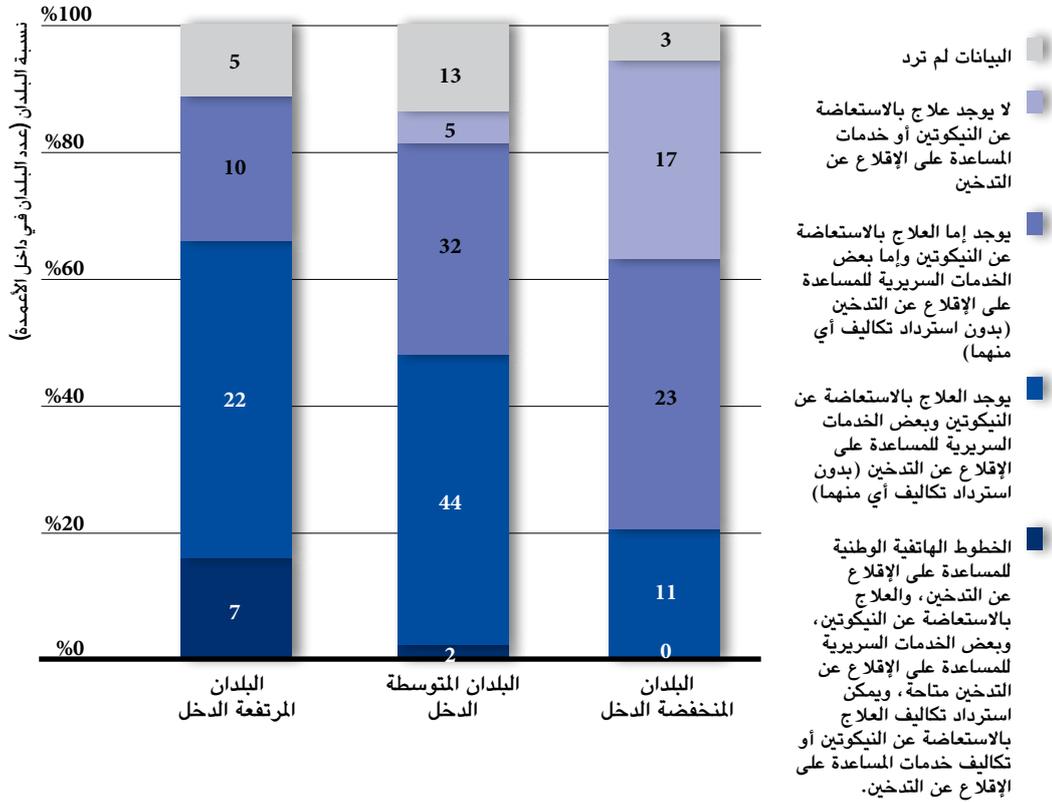
الصحية، وتقديم المنتجات الصيدلانية مثل لصقات النيكوتين ودواء البوبروبيون بالمجان إلى المرضى. وفي ما بين عام 2004 وعام 2006، ساعدت 22 ولاية من الولايات البرازيلية السبع والعشرين حوالي 50 000 مدخن ممن حاولوا الكف عن التدخين، 45% منهم بالأدوية، و40% منهم ظلوا ممتنعين عن التدخين بعد مرور أربعة أسابيع. وشغلت البرازيل أيضاً خطوط المساعدة الهاتفية برعاية الحكومة، وطبعت رقم هاتف المساعدة على التحذيرات الصحية التي توضع على جميع منتجات التبغ وعلى إعلانات منافذ البيع بالتجزئة.⁽¹¹¹⁾

وبالنظر إلى ضخامة عبء المرضي والموت بسبب التبغ، ووجود علاج فعال، ينبغي إدماج خدمات الكف عن التدخين في خدمات الرعاية الصحية الحكومية. وإن كانت بعض أنواع العلاج أرخص من غيرها، فإنها جميعاً تقتضي نفقات حكومية قد يصعب على بعض البلدان تمويلها. ويعد إدماج خدمات الكف عن التدخين في برامج الرعاية الصحية الراهنة جزءاً أساسياً من الحل. وبزيادة ضرائب التبغ يتسنى تمويل علاج إدمان التبغ وإنقاذ الأرواح والتقليل إلى حد كبير من عبء المرض والخسارة الاقتصادية التي يسببها هذا الوباء.



الموجة الآن في الاتجاه المحبذ لإصدار قوانين منع التدخين

العلاج من إدمان التبغ



التبغ سبب في وفاة واحدة من بين كل 10 وفيات بين البالغين في جميع أنحاء العالم

منظمة الصحة العالمية، التقرير الخاص بالصحة في العالم، 2002

قليل من البلدان ينفذ التحذيرات الشاملة على عبوات التبغ

لا غنى عن تحذير الناس من أضرار تعاطي التبغ، ويمكن تحذيرهم بعدة طرق. وهذا التقرير الأول عن وباء التبغ العالمي يستعرض الشروط التي وضعتها البلدان لحجم ومواصفات التحذيرات الصحية التي توضع على عبوات التبغ وتنتشر المعلومات على الناس بلا أي تكلفة حكومية باستثناء تكلفة الإنفاذ. وقد استعرض هذا التقرير أيضاً المصطلحات الخداعة والمضللة (مثل "سجائر خفيفة" و"سجائر قليلة القار"). وستعرض التقارير اللاحقة تقييماً لطائفة كبيرة من تدابير تثقيف الجمهور، بما في ذلك حملات تثقيف الجمهور.

ينبغي أن تحتل التحذيرات نصف مساحة غلاف العبوة على الأقل، وأن تتضمن تحذيرات مصورة ومتناوبة. ذلك لأن استخدام بطاقات التحذير الفعال يعطي دراية مهمة بمدى تهديد التبغ للصحة، ويكذب المعلومات الزائفة التي تنشرها صناعة التبغ.

لكن المعتاد في العالم هو وضع تحذيرات صحية ضعيفة على عبوات التبغ، أو عدم

وضع أية تحذيرات. وهكذا فإن أرخص وسيلة لشرح المخاطر الصحية لتعاطي التبغ للمتعاطين الفعليين والمتعاطين المحتملين، ما زالت أبعد ما تكون عن التنفيذ. ومن بين 176 بلداً قدمت معلومات عن التحذيرات، هناك 15 بلداً فقط، يعيش فيها 6% من سكان العالم، هي التي تقتضي وضع التحذيرات المصورة (على 30% على الأقل من مساحة الواجهة الرئيسية للعبوة) على عبوات السجائر ومنتجات التبغ الأخرى؛ وخمسة بلدان فقط تمثل 4% من سكان العالم هي التي استوفت جميع معايير التحذير. وهذه البلدان موجودة في أقاليم مختلفة ولها خصائص اجتماعية ومستويات دخل مختلفة، الأمر الذي يثبت ما يمكن عمله وما ينبغي عمله.

ومن بين البلدان التي قدمت معلوماتها، هناك 77 بلداً لا يقتضي أي إلزام بوضع أي تحذيرات بالمرّة. وهناك 25 بلداً تقتضي وضع التحذيرات على أقل من 30% من مساحة الواجهة الرئيسية للعبوة؛ ومعظم هذه التحذيرات صغير جداً. وهناك 45 بلداً آخر تحتل فيه التحذيرات 30% من واجهة العبوة الرئيسية، و29 بلداً فقط هي التي تقتضي أن تحتل التحذيرات أكثر من 30% من مساحة الواجهة الرئيسية للعبوة. وغالباً ما تكون هذه التحذيرات ضعيفة الصياغة

أو تذكر ضرر التبغ على الصحة بطريقة غامضة وبدون تحديد أي مرض يسببه التبغ. و66 بلداً فقط هي التي سنت قوانين تمنع المصطلحات التسويقية الخادعة التي تستعملها صناعة التبغ مثل "سجائر خفيفة" و"سجائر قليلة القار" على العبوات. وأكثر من 40% من سكان العالم يعيشون في بلدان لا تمنع صناعة التبغ من استعمال هذه المصطلحات وغيرها للتضليل والخداع.

ونفذت بعض البلدان تحذيرات فعالة على عبوات التبغ. فتايلند تقتضي أن تشمل كل عبوة سجائر تحذيراً صحياً يحتل 50% على الأقل من واجهتي العبوة. وقررت الحكومة التايلندية وضع التحذيرات المروعة التي تصور أسناناً مكسرة، وراثت سوداء، وأطفالاً يتنفسون دخان التبغ، وذلك بالرغم من تهديدات شركة تبغ برفع قضية على تلك الحكومة.

وبوسع البلدان أن تحسن بسهولة سياساتها بأن تكبر أبعاد التحذيرات، وتعزز صياغتها وتضيف إليها الصور. ذلك لأن البلدان التي تنص على وضع التحذيرات الفعالة على عبوات التبغ ولا تحظر المصطلحات الخادعة والمضللة، لا تقدم إلى سكانها أبسط أشكال الحماية من هذا الخطر الداهم على الصحة، لأن أبسط أشكال الحماية



انضم إلى فريق الفوز

هو تقديم المعلومات الدقيقة والوقاية من الخداع الذي تمارسه صناعة التبغ.

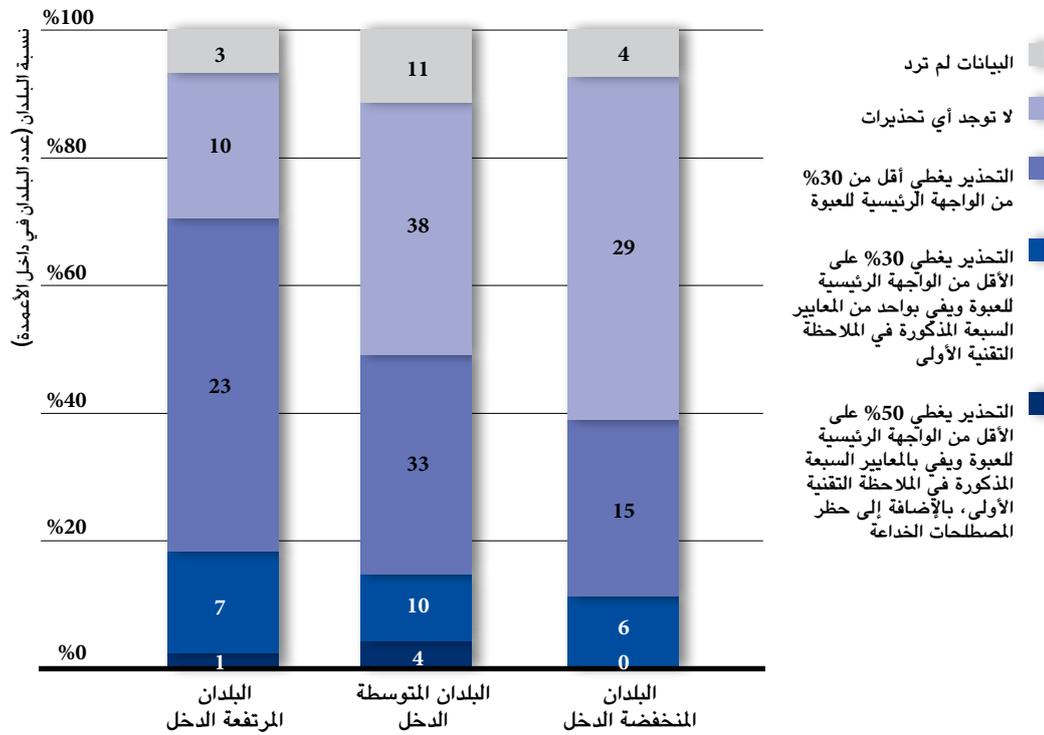
قليل من البلدان يحظر الإعلان عن التبغ والترويج له ورعايته

لكي تحافظ صناعة التبغ على بقائها وازدهارها يجب أن تحافظ على إدمان

عملائها وأن تجتذب عملاء جددًا ليتعاطوا منتجاتها المسببة للإدمان والموت. ولذلك فهي تصرف هذه الصناعة سنوياً عشرات المليارات من الدولارات على الإعلان والترويج والرعاية. ومن أقوى السبل المتاحة للبلدان لحماية صحة شعوبها حظر جميع أشكال الإعلان عن التبغ والترويج له ورعايته، وهذا شيء لم تقدم عليه سوى بضعة بلدان.

فمن بين 179 بلداً ردت على أسئلة حظر الإعلان والترويج والرعاية، كان 20 بلداً فقط يمثلون 5% من سكان العالم قد نفذوا الحظر التام. وكانت 106 دول أعضاء أخرى تنفذ حداً أدنى من الحظر أو حظراً معتدلاً على إعلانات وترويج ورعاية صناعة التبغ، و54 بلداً لا تطبق أي قيود من أي نوع. وقد نفذت البلدان الحظر الكامل والجزئي والأدنى بنفس التناسب بغض

التحذيرات الصحية



إن القصد من التوليف بين الصور المروعة والتحذيرات الصحية والشروح هو زيادة إدراك المستهلكين للأضرار الصحية الناجمة عن التدخين، وتشجيعهم على الإقلاع عن التدخين، ومنع الشروع في التدخين أو العودة إليه

إدارة الصحة والشيخوخة، أستراليا (2004)

ساعد حظر الإعلان على تخفيض استهلاك التبغ ولاسيما بين الشباب.(112)

وبالرغم من أن بلداناً كثيرة نفذت بعض القيود للحد من الترويج الذي تمارسه صناعة التبغ، مازالت هذه القيود غير مكتملة في معظم أنحاء العالم، وهي إن وجدت لا تنفذ كما يجب. ولذلك فإن التوسع في التدابير الراهنة لجعلها حظراً شاملاً يمنع جميع الأشكال المباشرة وغير المباشرة لإعلانات التبغ والترويج له ورعايته ينبغي أن يكون مرمى قيادة كل بلد.

بوسع البلدان أن تنقذ الأرواح بزيادة ضرائب التبغ

إن زيادة ضرائب التبغ هي أقوى السبل للتقليل من تعاطي التبغ، وهي تعود بفائدة أخرى هي زيادة الإيرادات الحكومية. وإن كانت بلدان كثيرة قد رفعت مستوى ضرائب التبغ فإن هذه الضرائب مازالت منخفضة في الغالبية الساحقة من البلدان. وفي ظل التضخم وازدياد القوة الشرائية تصبح السجائر ميسورة نسبياً حتى في البلدان الكثيرة التي تمثل فيها الضرائب جزءاً كبيراً من سعر الشراء. هذا فضلاً عن أن انخفاض مستويات الضرائب على منتجات تدخين

وتوجد تدابير لمنع الإعلان عن التبغ في منافذ البيع بالتجزئة في ثلث البلدان تقريباً. أما الإعلان في الإنترنت فنادراً ما يوضع تحت المراقبة ولم يحظره سوى 26 بلداً.

وفي مجال حظر التسويق غير المباشر، لا يحظر توزيع منتجات التبغ بالمجان إلا 75 بلداً فقط تمثل أقل من نصف سكان العالم. ومن أقل التدابير إتباعاً حظر "امتداد" الدعاية لأصناف التبغ - والامتداد يعني وضع إعلان التبغ على منتج آخر غير، مثل الملابس. وثلث الدول فقط هو الذي يمنع امتداد الدعاية. و59 بلداً فقط، تمثل ثلث البلدان التي قدمت بياناتها عن سياسة الحظر ويعيش فيها ثلث سكان العالم فقط، هي التي تمنع تخفيضات أسعار بيع التبغ بالتجزئة؛ لأن هذه التخفيضات تعري الشباب بالإدمان، والمعروف أن الشباب هم من يتأثرون أكثر من غيرهم بالأسعار.

لذلك فإن هناك الكثير الذي يجب عمله، وقد بينت بعض البلدان سبيل التقدم. فالترويج دخلت العقد الرابع من حظر إعلانات التبغ. ولطالما حاربت صناعة التبغ هي وحلفاؤها هذا الحظر لعدة سنين، متعللين في ذلك بمزاعم كاذبة كثيرة، ومن بينها أن الحظر سيؤذي اقتصاد البلد - لكن هذا التوقع لم يحدث. بل على العكس،

النظر عن ثروتها، مما دل على أن حظر الإعلان والترويج والرعاية أمر في متناول جميع البلدان.

ولتقييم الحظر الذي يفرضه البلد على إعلانات التبغ، توضع في الاعتبار قوانينه الخاصة بالأنشطة الترويجية لصناعة التبغ وما إذا كانت هذه القوانين تنطبق على التسويق المباشر أو التسويق غير المباشر. ذلك لأن التسويق المباشر يركز على جميع أشكال الإعلانات، أما التسويق غير المباشر فيشمل تخفيضات الأسعار، وإهداء المنتجات، ورعاية التظاهرات الرياضية والترفيهية والمهرجانات.

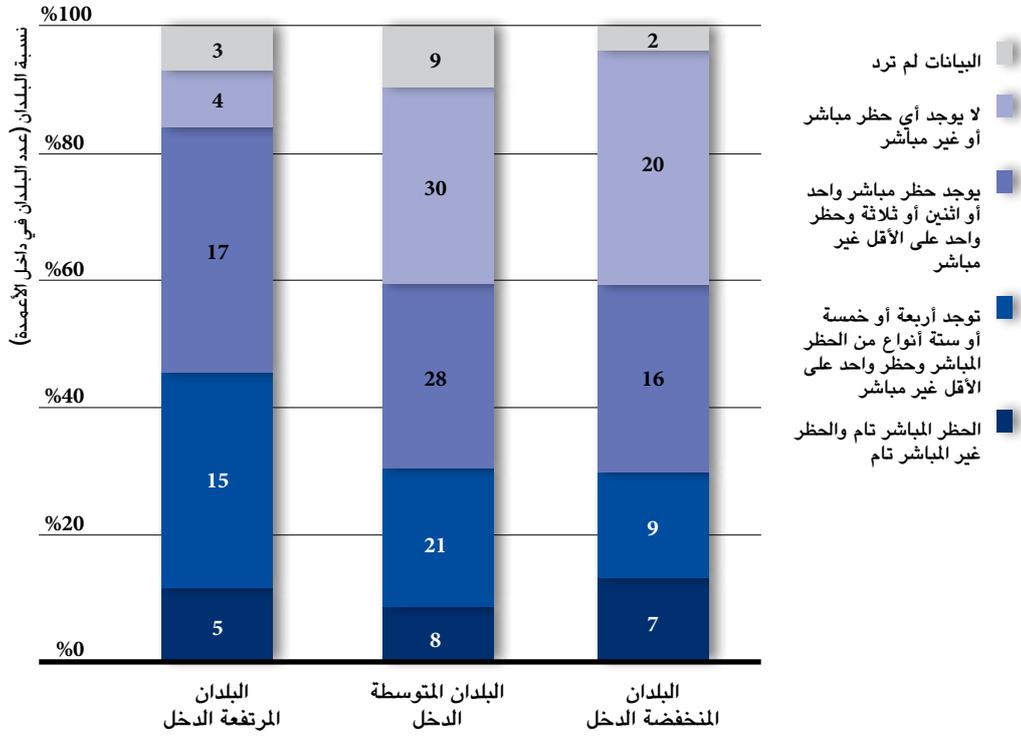
وسنت بلدان كثيرة قوانين تحظر بعض أنشطة الإعلان والترويج والرعاية ولكنها لا تنفذها بحذافيرها. وكانت حالات الإنفاذ التي أبلغ عنها 30 بلداً من 58 بلداً جرى فيها تقييم الإنفاذ لأي شكل من أشكال حظر الإعلانات المباشرة، هي وحالات الإنفاذ التي أبلغ عنها 17 بلداً من 53 بلداً جرى فيها تقييم الإنفاذ لأي نوع من أنواع حظر الإعلانات غير المباشرة، تستحق 8 نقاط على 10 نقاط. وتبين أن الحظر الجزئي يسفر عن أثر محدود مهما نُفذ بدقة، لأن شركات التبغ تلجأ إلى قنوات تسويقية أخرى. فعندما تُمنع إعلانات التبغ في التلفزيون تلجأ شركات التبغ إلى المجلات وشاشات الدعاية في الأماكن العامة. وعندما تُمنع هذه الأشكال من الدعاية تلجأ شركات التبغ إلى أساليب أخرى مثل رعاية التظاهرات، وتخفيض أسعار منتجاتها، أو إهداء بعض منتجاتها للجماهير.

ومن بين البلدان التي قدمت بيانات عن حظر التسويق المباشر، كان ثلثا هذه البلدان يحظر الإعلان عن التبغ في التلفزيون. وإن كان هذا الحظر هو الأكثر انتشاراً، فإن ثلث البلدان التي قدمت بياناتها مازالت تسمح بالإعلان عن التبغ في التلفزيون - بعد أكثر من 40 سنة من منع هذه الإعلانات في بلدان أخرى. وأكثر قليلاً من نصف البلدان هو الذي منع الإعلان في المجلات المحلية وشاشات الدعاية. وأقل من نصف البلدان يمنع ممارسات الإعلان الأخرى.

طول العمر في برنامج السياسات الست



حظر الإعلان والترويج والرعاية



التبغ الأخرى غير السجائر (مثل البيدي والكريتك)، وانخفاض أسعار الأصناف الرخيصة من السجائر، يقللان في بلدان كثيرة الفوائد الصحية التي يمكن تمويلها من ضرائب التبغ، ويقوضان التدخلات الأخرى لمكافحة التبغ. وبوسع البلدان أن تقلص تعاطي التبغ تقليصاً كبيراً وأن تنقذ أرواح البشر عن طريق زيادة الضرائب.

وفي 152 بلداً قدمت معلوماتها، تتراوح ضرائب السجائر بين الصفر وأكثر من 80%. وتستطيع معظم البلدان أن تزيد ضرائب التبغ زيادة كبيرة. فقد أفاد ربع البلدان بأن الضرائب تمثل أقل من 25% من سعر بيع السجائر بالتجزئة. وهناك أربعة بلدان فقط تمثل 2% من سكان العالم تفرض ضرائب تربو على 75% من سعر التجزئة. وأكثر من أربعة أخماس البلدان المرتفعة الدخل تفرض على التبغ ضرائب تساوي 50% من سعر التجزئة، ولكن أقل من ربع البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل هو الذي يطبق الضرائب بنسبة 50% أو أكثر من سعر التجزئة. وهذا النمط مثير للقلق لأن وباء التبغ أخذ في الانتقال الآن من البلدان المرتفعة الدخل إلى البلدان النامية.

ولا غنى عن زيادة الضرائب في جميع البلدان. وقد شرعت بلدان كثيرة في زيادة

الضرائب دون أن تزداد فيها عمليات التهريب أو تسفر عن أي أثر اقتصادي سيء توقعته صناعة التبغ. ففي جنوب أفريقيا أدت زيادة ضرائب التبغ إلى مضاعفة سعر بيع السجائر بالتجزئة، وإلى زيادة كبيرة في إيرادات الضرائب في التسعينات. وفي تلك الفترة ذاتها انخفض استهلاك السجائر بشدة، وكان 40% من هذا الانخفاض يعزى إلى إقلاع المدخنين عن تعاطي التبغ. وكانت أكبر نسبة من هذا الانخفاض تعزى إلى الشباب وقليل الدخل، لأن هاتين الفئتين تحفضان التدخين عندما ترتفع أسعار التبغ.⁽¹⁰⁷⁾

وزيادة الضرائب هي أقوى التدابير الفعالة لمكافحة التبغ. فالضرائب الأعلى تخفض الاستهلاك، وتخفف تكاليف الرعاية الصحية، وتساعد الأسر على توفير أموالها بتقليل تعاطي التبغ، وتزيد الإيرادات الحكومية بما يساعد على دفع تكاليف مكافحة التبغ وتكاليف الأولويات السياسية الأخرى.

تمويل مكافحة التبغ في العالم غير كافٍ

إن نقص التمويل اللازم لمكافحة وباء التبغ في العالم أمر لا مبرر له. لأن 89 بلداً

قدمت المعلومات عن ميزانياتها التقديرية لمكافحة التبغ تصرف 343 مليون دولار أمريكي في السنة - و95% من هذا المبلغ تصرفه بلدان مرتفعة الدخل، وحوالي 90% تصرفه سبع من هذه الدول الغنية. وفي المقابل تصرف البلدان المتوسطة الدخل نحو 4% من المبلغ العالمي، في حين تصرف البلدان المنخفضة الدخل 1% من هذا المبلغ.

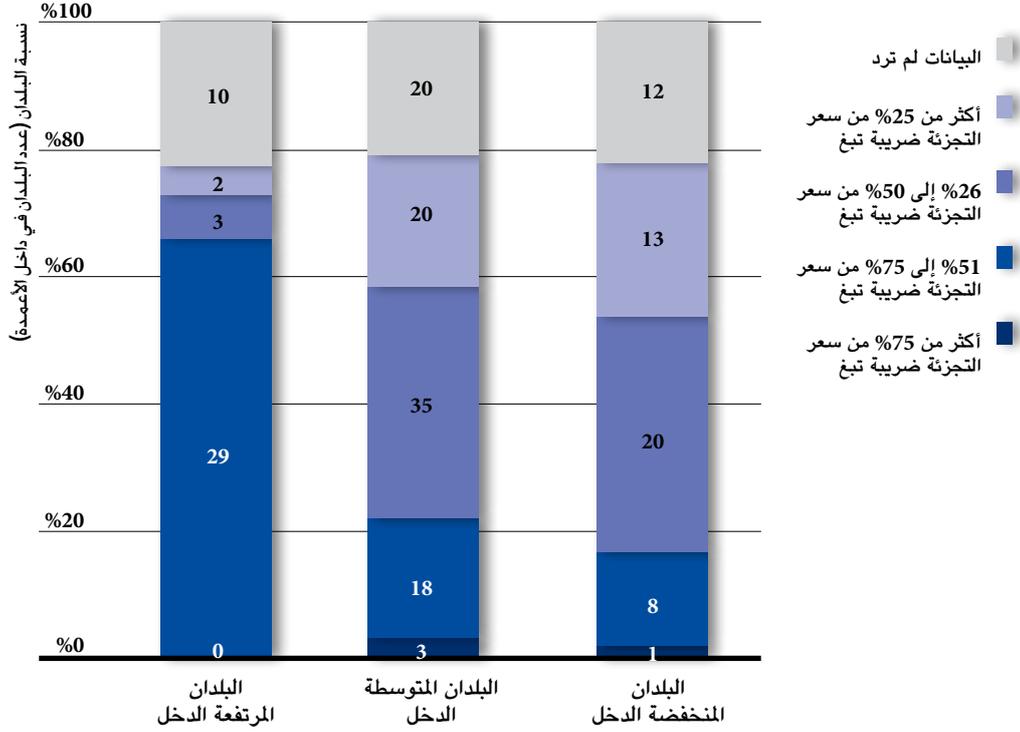
وإيرادات ضرائب التبغ لها دور كبير في تمويل أنشطة مكافحة التبغ، فقد أثبتت البيانات أن المجال مازال فسيحاً أمام معظم البلدان لاستخدام الموارد الوطنية المتاحة حالياً لزيادة تمويل مكافحة التبغ زيادة جوهرية. وبمقارنة إيرادات البلدان من ضرائب التبغ الكلية بمصروفاتها على مكافحة التبغ تتضح الحقيقة. فالبيانات التي قدمها 70 بلداً يعيش فيه ثلثا سكان العالم دلت على أن مجمل إيرادات ضرائب التبغ في هذه البلدان يربو 500 مرة على مصروفات مكافحة التبغ.

والبلدان المنخفضة الدخل التي توفرت عنها معلومات ويعيش فيها ملياران من الأشخاص، تحصل إيرادات قدرها 13.8 مليار دولار من ضرائب التبغ (حوالي 7 دولارات أمريكية للفرد)، وتصرف

التحرر من التبغ يجعل الحياة أسعد



مستويات ضرائب التبغ



إن نسبة إنفاق الأسر الفقيرة في البلدان النامية على شراء منتجات التبغ تصل بسهولة إلى 10% من مجموع نفقات الأسرة

تقرير من الأمين العام، مجلس الأمم المتحدة الاقتصادي والاجتماعي (2004)

حوالي 1.5 مليون دولار أمريكي على مكافحة التبغ (أقل من عُشر السن للفرء)، وهذه النسبة معناها 1:9100. أما البلدان المتوسطة الدخل التي توفرت عنها المعلومات ويعيش فيها 1.9 مليار نسمة فتحصل إيرادات قدرها 52.7 مليار دولار أمريكي (حوالي 28.40 دولار أمريكي للفرء) من ضرائب التبغ وتصرف حوالي 12.5 مليون دولار أمريكي على مكافحة التبغ (أي أكثر بقليل من نصف السن للفرء)، وهذه النسبة معناها 1:4200. هذا في حين تحصل البلدان المرتفعة الدخل 110 مليار دولار أمريكي من ضرائب التبغ (حوالي 205 دولارات أمريكية للفرء)، وتصرف حوالي 321.3 مليون دولار أمريكي على مكافحة التبغ لصالح 536 مليون نسمة (60 سنناً للفرء)، وهذه النسبة معناها حوالي 1:340 ومازالت عالية بلا

مبرر ولكنها أقل بكثير منها في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل.

ثم إن مستوى التوظيف في برامج مكافحة التبغ ضئيل بالقدر نفسه. فمن بين 174 بلداً قدمت بياناتها عن حالة التوظيف، تبين أن لدى 129 بلداً (75%) وكالة وطنية/ اتحادية أو وحدة تقنية مسؤولة عن مكافحة التبغ. ولا توجد هيئات من هذا القبيل في 45 بلداً (25%). ومن بين البلدان التي أنشأت وكالة لمكافحة التبغ، قدم 86 بلداً (67%) بيانات عن التوظيف دلت على مجموع قدره مكافئ 604 موظفين متفرغين. لكن بلداً واحداً، هوكندا، يستأثر بعدد 179 موظفاً منهم (30% من الإجمالي العالمي)، وخمسة بلدان أخرى تستأثر بعدد 153 موظفاً. أي أن المتبقي يكافئ 272 موظفاً متفرغاً في بقية البلدان

التي قدمت المعلومات وهي 80 بلداً، بمعدل يكافئ 3.4 موظفين متفرغين في كل بلد منها.

وعموماً تبين من معلومات البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل أن المتوسط لديها هو خمسة موظفين لكل بلد، في حين يبلغ هذا المتوسط في البلدان المرتفعة الدخل 18 موظفاً لكل بلد. وبالرغم من أن عدة بلدان كثيفة السكان وكثيرة المدخنين لم تقدم بيانات التوظيف، تبين هذه الأرقام بوضوح أن حكومات وطنية كثيرة تحتاج إلى تقوية التزامها بمكافحة التبغ. ذلك لأن وضع برنامج جيد التجهيز بالموظفين لمكافحة التبغ أمر يؤدي إلى التنفيذ الفعال للتدخلات التي تخفض عدد من يتعاطون التبغ وتقتد ملايين الأرواح.

الموجز

مجمل القول إن نحو 5% من سكان العالم مشمولون بتدخل رئيسي واحد أو أكثر لحظر الإعلان عن التبغ والترويج له ورعايته، وبأماكن خالية من التدخين، وبتحذيرات بارزة على عبوات التبغ،

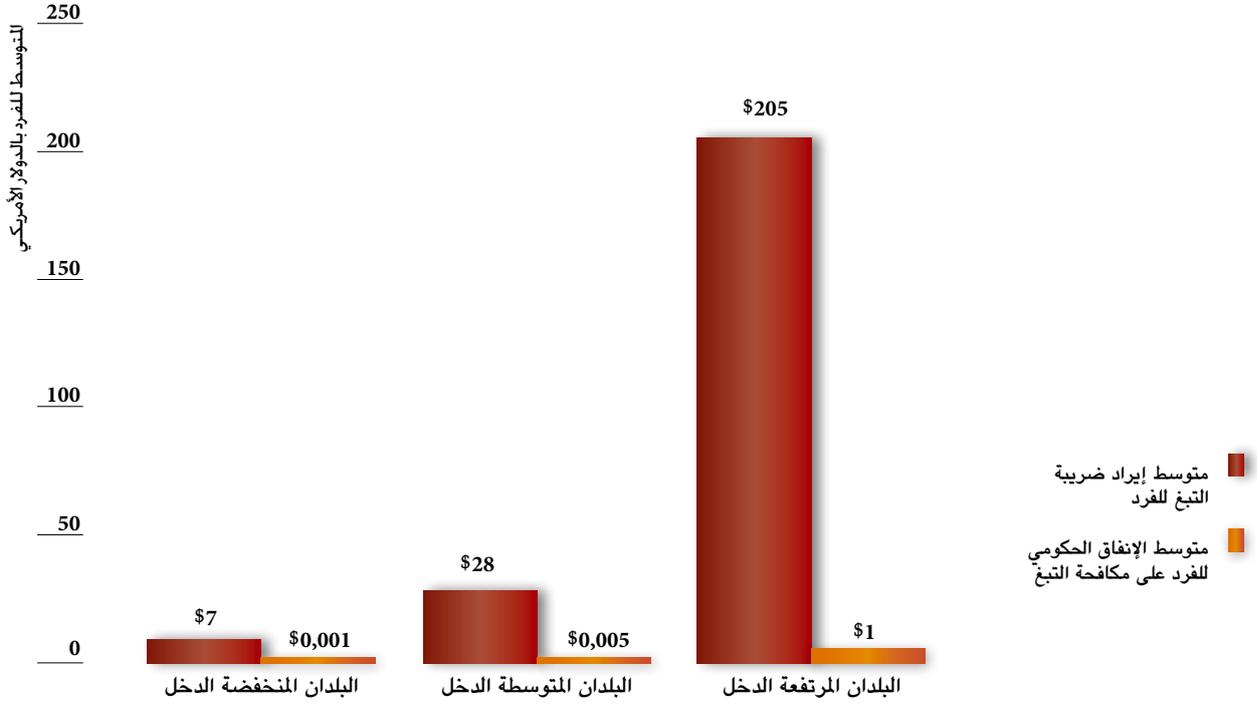
وبحماية من الأساليب الخداعة والمضللة للإعلان والترويج والرعاية، وبالدعم اللازم للإقلاع عن تعاطي التبغ. وتقبض الحكومات أكثر من 200 مليار دولار أمريكي من ضرائب التبغ ولديها بالتالي

الموارد المالية اللازمة لتوسيع وتعزيز نطاق برامج مكافحة التبغ. وبالتالي فإن زيادة ضرائب التبغ إلى حد أعلى ستسفر عن تمويل إضافي لهذه المبادرات.



كل شخص سيستفيد من برنامج السياسات الست

تمويل مكافحة التبغ مازال ضئيلاً



على أساس 70 بلداً قدمت المعلومات عن إيرادات ضرائب التبغ وعن مستوى إنفاقها على مكافحة التبغ.



الخلاصة

وإن كان وباء التبغ قابلاً للدحر، فما زال يتعين على البلدان أن تتخذ خطوات فعالة لحماية سكانها. هذا فضلاً عن أن وباء التبغ يزيد من تفاقم التفاوت في المجال الصحي سواء في البلدان التي يدخن الفقراء فيها أكثر من الأغنياء في معظم الحالات، أو على الصعيد الدولي حيث ستشكل البلدان الفقيرة عما قريب أكثر من 80% من حالات المرض والموت التي يجلبها التبغ.

والتبغ مشكلة فريدة من نوعها في إطار مشاكل الصحة العمومية الرئيسية اليوم، لأن وسائل كبح جماح وبائه واضحة وفي المتناول. فإذا عقدت البلدان العزم على الالتزام السياسي وتقديم الدعم التقني واللوجستي لتنفيذ برنامج السياسات الست، لتمكنت من إنقاذ ملايين الأرواح.

وبين هذا التقرير أن الأغلبية الساحقة من سكان العالم تتميز بما يلي:

- إنها لا تتمتع بالحماية التامة من دخان الآخرين؛
- وإنها لا تتمتع بالحماية الوافية من

إن عدد الناس الذين يقتلهم التبغ سيتضاعف على مدى العقود القليلة المقبلة ما لم تتخذ إجراءات عاجلة. وكما أن الإنسان هو السبب في الأمراض التي يسببها وباء التبغ، فإن الإنسان هو القادر على كبح جماح هذا الوباء، من خلال العمل مع الحكومات والمجتمع المدني.

وقد أثبتت اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ، بما لها من 150 طرفاً، الالتزام العالمي باتخاذ الإجراءات الضرورية، وحددت السياسات الرئيسية الفعالة لمكافحة التبغ. ومن خلال هذه المعاهدة المرجعية، أكد زعماء البلدان حق مواطنيهم في بلوغ أعلى مستويات الصحة الممكنة. وللوفاء بهذا الحق الأساسي من حقوق الإنسان، يكفي تنفيذ برنامج السياسات الست الفعالة لمكافحة التبغ تنفيذاً تاماً، وإنفاذه إنفاذاً تاماً، لحماية شعب كل بلد من المرض والموت اللذين يجلبهما لا محالة وباء التبغ. وسيسفر برنامج السياسات الست عن وقع من شأنه أن يحول رؤيا الاتفاقية الإطارية إلى حقيقة عالمية.



صف واحد من أجل تنفيذ برنامج السياسات الست

يصبح بوسع الحكومات والمجتمع الدولي تهيئة البيئة الضرورية لمساعدة الناس على الإقلاع عن تعاطي التبغ. ويفضل مساعدة الشركاء العالميين تظل منظمة الصحة العالمية متأهبة لدعم الدول الأعضاء للتغلب على التحديات المقبلة.

وما لم تُتخذ الإجراءات اللازمة بسرعة، في هذا القرن لزهقت أرواح أكثر من مليار نسمة بسبب التبغ. وما زال بإمكان زعماء الحكومات والمجتمع المدني أن يغيروا هذا المستقبل القاتم. ولما كان وباء التبغ صنعة الإنسان فلا بد أن تكون نهاية هذا الوباء على يد الإنسان. ويجب أن نتحرك منذ الآن.

ضرائب التبغ لقاء كل دولار أمريكي واحد تصرفه على أنشطة مكافحة التبغ. ومع ذلك فإن تكاليف أقوى وسيلة لمكافحة التبغ - وهي زيادة ضرائب التبغ، ومنع التدخين في الأماكن العامة، وحظر الإعلان والترويج والرعاية، ووضع التحذيرات المروعة على العبوات - تعد تكاليف زهيدة جداً. والنشاط الوحيد الذي يقتضي موارد مالية كثيرة هو الدعاية المضادة للتبغ وتقديم الخدمات اللازمة للإقلاع عن تعاطي التبغ، ولكن تحصيل هذه الموارد في معظم الأحوال سهل من خلال زيادة إيرادات ضرائب التبغ وإقامة الشراكات.

ومع ذلك فإن جميع تدابير مكافحة التبغ تقتضي الالتزام السياسي. ولما كانت مالية صناعة التبغ أقوى بكثير مالياً وسياسياً من مالية مناصري حماية الأطفال وغير المدخنين من التبغ، وأقوى من مالية وسائل مساعدة المدخنين على الإقلاع عن تعاطي التبغ، فلا مناص من عمل المزيد في كل بلد لكبح جماح وباء التبغ. وبتخاذ الإجراءات اللازمة لتنفيذ برنامج السياسات الست

- أنشطة شركات التبغ في مجالات الإعلان والترويج والرعاية؛
- وإنها لا تدفع لشراء التبغ أسعاراً عالية بالقدر الكافي لتقليل تعاطي التبغ؛
- وإنها لا تحصل على المعلومات الصحية الكافية من التحذيرات الموضوعة على عبوات التبغ، وهي تحذيرات يجب أن تكون مروعة وبارزة وواضحة؛
- وإنها لا تحصل على المساعدة اللازمة بالقدر الوافي للإقلاع عن تعاطي التبغ.

وفي أكثر من نصف العالم مازالت المعلومات عن النطاق الكامل لهذا الوباء بعيدة عن الدقة.

وتحصل حكومات العالم أكثر من 200 مليار دولار أمريكي سنوياً من ضرائب التبغ وتصرف أقل من خمس 1% من هذا المبلغ على مكافحة التبغ. وفي بلدان كثيرة منخفضة الدخل ومتوسطة الدخل تتلقى الحكومات نحو 5000 دولار أمريكي من



31. Behan DF, Eriksen MP, Lin Y. *Economic effects of environmental tobacco smoke*. 2005 ([http://www.soa.org/files/pdf/ETSReportFinalDraft\(Final%203\).pdf](http://www.soa.org/files/pdf/ETSReportFinalDraft(Final%203).pdf), accessed 5 December 2007).
32. McGhee SM et al. Cost of tobacco-related diseases, including passive smoking, in Hong Kong. *Tobacco Control*, 2006, 15(2):125–130.
33. Yach D, Wipfli H. A century of smoke. *Annals of Tropical Medicine and Parasitology*, 2006, 100(5–6):465–479.
34. Khuder SA, Dayal HH, Mutgi AB. Age at smoking onset and its effect on smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 1999, 24(5):673–677.
35. D'Avanzo B, La Vecchia C, Negri E. Age at starting smoking and number of cigarettes smoked. *Annals of Epidemiology*, 1994, 4(6):455–459.
36. Chen J, Millar WJ. Age of smoking initiation: implications for quitting. *Health Reports*, 1998, 9(4):39–46.
37. Everett SA et al. Initiation of cigarette smoking and subsequent smoking behavior among U.S. high school students. *Preventive Medicine*, 1999, 29(5):327–333.
38. Breslau N, Peterson EL. Smoking cessation in young adults: age at initiation of cigarette smoking and other suspected influences. *American Journal of Public Health*, 1996, February, 86(2):214–220.
39. Federal Trade Commission. *Cigarette report for 2003*. Washington, DC, Federal Trade Commission, 2005 (<http://www.ftc.gov/reports/cigarette05/050809cigrpt.pdf>, accessed 6 December 2007).
40. Cheng, R. *Altria Draws Traders' Attention On Profit Potential of Spin-off*. Wall Street Journal, interactive edition, 28 August 2007.
41. Altria Group Inc. *Philip Morris International announces agreement in principle to acquire additional 30% stake in Mexican tobacco business from Grupo Carso*. Lausanne, Altria press release, 18 July 2007 (http://www.altria.com/media/press_release/03_02_pr_2007_07_18_01.asp, accessed 5 December 2007).
42. Altria Group Inc. *Philip Morris International announces agreement to purchase majority stake in Lakson Tobacco Company in Pakistan*. Lausanne, Altria press release, 19 January 2007 (http://www.altria.com/media/press_release/03_02_pr_2007_01_19_07_01.asp, accessed 5 December 2007).
43. Imperial Tobacco. *European Commission approves proposed acquisition of Altadis, S.A. by Imperial Tobacco Group PLC*. Press release, 18 October 2007 (<http://www.imperial-tobacco.com/index.asp?page=78&newsid=508&type=18>, accessed 5 December 2007).
44. British American Tobacco. *British American Tobacco wins bid for Serbian tobacco company*. Press release, 4 August 2003 (http://www.bat.com/group/sites/uk__3mfnen.nsf/vwPagesWebLive/6C4C5806F05B3E4CC12573140052F098?opendocument&SKN=1&MP=1, accessed 5 December 2007).
16. Gupta PC, Sreevidya S. Smokeless tobacco use, birth weight, and gestational age: population based, prospective cohort study of 1217 women in Mumbai, India. *British Medical Journal*, 2004, 328(7455):1538.
17. Guindon GE, Boisclair D. *Past, current and future trends in tobacco use*. Washington, DC, World Bank, 2003 (<http://www1.worldbank.org/tobacco/pdf/Guindon-Past,%20current-%20whole.pdf>, accessed 5 December 2007).
18. Liu BQ et al. Emerging tobacco hazard in China: 1. Retrospective proportional mortality study of one million deaths. *British Medical Journal*, 1998, 317(7170):1411–1422.
19. Gajalakshmi V et al. Smoking and mortality from tuberculosis and other diseases in India: retrospective study of 43000 adult male deaths and 35000 controls. *Lancet*, 2003, 362(9383):507–515.
20. Gilmore A et al. Prevalence of smoking in 8 countries of the former Soviet Union: results from the living conditions, lifestyles and health study. *American Journal of Public Health*, 2004, 94(12):2177–2187.
21. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. *Global youth tobacco survey*. Atlanta, U.S. Centers for Disease Control and Prevention (<http://www.cdc.gov/tobacco/global/gyts/datasets/policy.htm>, accessed 5 December 2007).
22. Guindon GE et al. *The cost attributable to tobacco use: a critical review of the literature*. Geneva, World Health Organization, 2006.
23. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. Annual smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses – United States, 1997–2001. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2005, 54(25):625–628.
24. *World health statistics*. Geneva, World Health Organization, 2007.
25. Efrogmson D et al. Hungry for tobacco: an analysis of the economic impact of tobacco consumption on the poor in Bangladesh. *Tobacco Control*, 2001, 10(3):212–217.
26. de Beyer J, Lovelace C, Yürekli A. Poverty and tobacco. *Tobacco Control*, 2001, 10(3):210–211.
27. Nassar H. *The economics of tobacco in Egypt, a new analysis of demand*. Washington, DC, World Bank, 2003 (<http://repositories.cdlib.org/context/tc/article/1120/type/pdf/viewcontent/>, accessed 5 December 2007).
28. Sesma-Vázquez S et al. El comportamiento de la demanda de tabaco en México: 1992–1998. [Trends of tobacco demand in México: 1992–1998]. *Salud Publica de Mexico*, 2002, 44(Suppl. 1):S82–S92.
29. Liu Y et al. Cigarette smoking and poverty in China. *Social Science & Medicine*, 2006, 63(11):2784–2790.
30. World Health Organization. *World no tobacco day 2004 materials*. Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2004/en/index.html>, accessed 5 December 2007).
1. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 2006, 3(11):e442.
2. Peto R et al. Mortality from smoking worldwide. *British Medical Bulletin*, 1996, 52(1):12–21.
3. U.S. Department of Health and Human Services. *The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General*. Atlanta, U.S. 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, 2004 (http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/sgr_2004/chapters.htm, accessed 5 December 2007).
4. Peto R et al. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *Lancet*, 1992, 339(8804):1268–1278.
5. Murray CJL, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global burden of disease study. *Lancet*, 1997, 349(9064):1498–1504.
6. Levine R, Kinder M. *Millions saved: proven success in global health*. Washington, DC, Center for Global Development, 2004.
7. Peto R, Lopez AD. Future worldwide health effects of current smoking patterns. In: Koop CE, Pearson CE, Schwarz MR, eds. *Critical issues in global health*. San Francisco, Wiley (Jossey-Bass), 2001:154–161.
8. Benowitz NL. Pharmacology of nicotine: addiction and therapeutics. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology*, 1996, 36:597–613.
9. *Battling big tobacco: Mike Wallace talks to the highest-ranking tobacco whistleblower*. CBS News, 16 January 2005 (<http://www.cbsnews.com/stories/2005/01/13/6011/main666867.shtml>, accessed 5 December 2007).
10. Hendricks PS et al. The early time course of smoking withdrawal effects. *Psychopharmacology*, 2006, 187(3):385–396.
11. World Health Organization. *Tobacco: deadly in any form or disguise*. Geneva, World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/tobacco/communications/events/wntd/2006/Tfi_Rapport.pdf, accessed 5 December 2007).
12. World Health Organization. *World health report 2002*. Geneva, World Health Organization, 2002 (http://www.who.int/whr/2002/Overview_E.pdf, accessed 5 December 2007).
13. Gottlieb N. Indian cigarettes gain popularity, but don't let the flavor fool you. *Journal of the National Cancer Institute*, 1999, 91(21):1806–1807.
14. California Environmental Protection Agency. *Proposed identification of environmental tobacco smoke as a toxic air contaminant: executive summary*. Sacramento, California Environmental Protection Agency, June 2005 (<ftp://ftp.arb.ca.gov/carbis/regact/ets2006/app3exe.pdf>, accessed 5 December 2007).
15. Boffetta P et al. Smokeless tobacco use and risk of cancer of the pancreas and other organs. *International Journal of Cancer*, 2005, 114(6):992–995.

72. Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC), Bangkok, guidelines adopted July 2007. Geneva, World Health Organization, WHO Framework Convention on Tobacco Control – Second Session of Conference of the Parties (http://www.who.int/mediacentre/events/2007/fctc_bangkok/en/index.html, accessed 6 December 2007).
73. Jones JM. *Smoking habits stable; most would like to quit*. 18 July 2006 (<http://www.gallup.com/poll/23791/Smoking-Habits-Stable-Most-Would-Like-Quit.aspx>, accessed 6 December 2007).
74. Solberg LI et al. Repeated tobacco-use screening and intervention in clinical practice: health impact and cost effectiveness. *American Journal of Preventive Medicine*, 2006, 31(1):62–71.
75. West R, Sohal T. "Catastrophic" pathways to smoking cessation: findings from national survey. *British Medical Journal*, 2006, 332(7539):458–460.
76. Fiore MC. *Treating tobacco use and dependence: a public health service clinical practice guideline*. Rockville, MD, U.S. Department of Health and Human Services, press briefing, 27 June 2000 (<http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/mf062700.htm>, accessed 16 December 2007).
77. Feenstra TL et al. Cost-effectiveness of face-to-face smoking cessation interventions: a dynamic modeling study. *Value in Health*, 2005, 8(3):178–190.
78. Bao Y, Duan N, Fox SA. Is some provider advice on smoking cessation better than no advice? An instrumental variable analysis of the 2001 National Health Interview Survey. *Health Services Research*, 2006, 41(6):2114–2135.
79. *An evaluation of the services of Asian Quitline*. London, South Asian Social Researchers' Forum, 2001.
80. Owen L. Impact of a telephone helpline for smokers who called during a mass media campaign. *Tobacco Control*, 2000, 9(2):148–154.
81. Pfizer for Professionals. Mechanism of action of CHANTIX™ (varenicline), 2007 (https://www.pfizerpro.com/product_info/chantix_dual_action.jsp, accessed 6 December 2007).
82. Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. *Nicotine addiction in Britain; a report of the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians*. London, Royal College of Physicians of London, 2000 (<http://www.rcplondon.ac.uk/pubs/books/nicotine>, accessed 6 December 2007).
83. 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.
84. Office of the Surgeon General. *Reducing the health consequences of smoking; 25 years of progress: a report of the Surgeon General*. Rockville, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1989.
85. Siahpush M et al. Socioeconomic and country variations in knowledge of health risks of tobacco smoking and toxic constituents of smoke: results from the 2002 International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control*, 2006, 15(Suppl. 3):iii65–iii70.
86. Assunta M, Chapman, S. Industry sponsored youth smoking prevention programme in Malaysia: a case study in duplicity. *Tobacco Control*, 2004, 13(Suppl. 2):ii37–ii42.
58. Howell F. Smoke-free bars in Ireland: a runaway success. *Tobacco Control*, 2005, 14(2):73–74.
59. 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.
60. Organización Panamericana de la Salud (Pan American Health Organization). *Estudio de "Conocimiento y actitudes hacia el decreto 288/005". (Regulación de consumo de tabaco en lugares públicos y privados)*. October 2006 (http://www.presidencia.gub.uy/_web/noticias/2006/12/informe_dec268_mori.pdf, accessed 5 December 2007).
61. Asthma and Respiratory Foundation of New Zealand. *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, accessed 5 December 2007).
62. California bar patrons field research corporation polls, March 1998 and September 2002. Sacramento, Tobacco Control Section, California Department of Health Services, November 2002.
63. Ministry of Health, People's Republic of China. *China tobacco control report*. Beijing, May 2007.
64. ANSI/ASHRAE Standard 62.1-2004, Ventilation for acceptable indoor air quality.
65. Office of Environmental Health Hazard Assessment. *Health effects of exposure to environmental tobacco smoke*. Sacramento, Environmental Protection Agency, 1997.
66. WHO Tobacco Free Initiative. *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>, accessed 5 December 2007).
67. Borland RM 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.
68. 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(1):87–89.
69. Rudin A. *Zagat 2004 New York City restaurant survey finds local dining economy in comeback mode; 29,361 voters turn out for Zagat's 25th annual NY guide*. Press release, 20 October 2003 (<http://www.zagat.com/about/about.aspx?menu=PR18>, accessed 6 December 2007).
70. Campaign for Tobacco-Free Kids. *Zagat restaurant survey provides more evidence that New York City's smoke-free law is not hurting business*. Press release, 21 October 2003 (<http://www.tobaccofreekids.org/Script/DisplayPressRelease.php?Display=700>, accessed 6 December 2007).
71. Saloojee Y, Dagli E. Tobacco industry tactics for resisting public policy on health. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78(7):902–910.
45. World Health Organization. Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control (http://www.who.int/gb/fctc/PDF/cop2/FCTC_COP2_17P-en.pdf, accessed 5 December 2007).
46. World Health Organization/International Agency for Research on Cancer IARC. *Tobacco smoke and involuntary smoking: summary of data reported and evaluation*. Geneva, Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Volume 83, 2004 (<http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol83/volume83.pdf>, accessed 5 December 2007).
47. U.S. Department of Health and Human Services. *The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General*. Atlanta, U.S. 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>, accessed 5 December 2007).
48. Scientific Committee on Tobacco and Health. *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?ldcService=GET_FILE&dlID=13632&Rendition=Web, accessed 5 December 2007).
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(6):384–388.
50. Fichtenberg CM, Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *British Medical Journal*, 2002, 325(7357):188.
51. 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.
52. New Zealand Ministry of Health. *After the smoke has cleared: evaluation of the impact of a new smokefree law*. Wellington, Ministry of Health, 2006 (<http://www.hpac.govt.nz/moh.nsf/UnidPrint/MH5599?OpenDocument#information>, accessed 5 December 2007).
53. Evans D, Byrne C. *The 2004 Irish smoking ban: is there a "knock-on" effect on smoking in the home?* Health Service Executive, Western Area, 2006.
54. Heironimus J. *Impact of workplace restrictions on consumption and incidence*. 22 January 1992 (<http://tobaccodocuments.org/pm/2023914280-4284.html>, accessed 5 December 2007).
55. Pan American Health Organization. *World Health Organization. Smoke-free inside*. 2007 (<http://www.paho.org/english/ad/sde/ra/Engbrochure.pdf>, accessed 5 December 2007).
56. Siegel M. Economic impact of 100% smoke-free restaurant ordinances. In: *Smoking and restaurants: a guide for policy-makers*. Berkeley, UC Berkeley/UCSF Preventative Medicine Residency Program, American Heart Association, California Affiliate Alameda County Health Care Services Agency, Tobacco Control Programme, 1992: 26–30 (<http://tobaccodocuments.org/lor/87604525-4587.html>, accessed 5 December 2007).
57. 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(1):13–20.

102. Roemer R. *Legislative action to combat the world tobacco epidemic*, 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 1993.
103. Campaign for Tobacco-Free Kids. *A long history of empty promises: the cigarette companies' ineffective youth anti-smoking programs*. Washington, DC, National Campaign for Tobacco-Free Kids, 1999 (<http://tobaccofreekids.org/research/factsheets/pdf/0010.pdf>, accessed 6 December 2007).
104. Jha P et al. Tobacco Addiction. In: Jamison DT et al., eds. *Disease control priorities in developing countries*, 2nd ed. New York, Oxford University Press and Washington, DC, World Bank, 2006: 869–885 (<http://files.dcp2.org/pdf/DCP/DCP46.pdf>, accessed 16 December 2007).
105. Chaloupka FJ et al. The taxation of tobacco products. In: Jha P, Chaloupka FJ, eds. *Tobacco control in developing countries*. Oxford, Oxford University Press, 2000:237–272.
106. Sunley et al. The design, administration, and potential revenue of tobacco excises. In: Jha P, Chaloupka FJ, eds. *Tobacco control in developing countries*. Oxford, Oxford University Press, 2000:409–426.
107. van Walbeek C. *Tobacco excise taxation in South Africa: tools for advancing tobacco control in the XXIst century: success stories and lessons learned*. Geneva, World Health Organization, 2003 (http://www.who.int/tobacco/training/success_stories/en/best_practices_south_africa_taxation.pdf, accessed 6 December 2007).
108. 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, accessed 6 December 2007).
109. World Health Organization. *STEPwise approach to surveillance (STEPS)*. Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/chp/steps/en/>, accessed 6 December 2007).
110. Department of Health. *NHS Stop Smoking Services and Nicotine Replacement Therapy*. UK Department of Health, 2007 (http://www.dh.gov.uk/en/Policyandguidance/Healthandsocialcaretopics/Tobacco/Tobaccogeneralinformation/DH_4002192, accessed 6 December 2007).
111. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de prevenção e vigilância do câncer. Instituto Nacional de Câncer. *Relatório preliminar da implantação do tratamento do fumante no Sistema Único de Saúde - SUS*. Rio de Janeiro, Brasil Ministério da Saúde, Coordenação de prevenção e vigilância do câncer, 2007.
112. Bjartveit K. *Norway: ban on advertising and promotion*. Geneva, World Health Organization, 2003 (http://www.who.int/tobacco/training/success_stories/en/best_practices_norway_ban.pdf, accessed 6 December 2007).
113. World Health Organization. *The WHO Global InfoBase*. Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/infobase/report.aspx>, accessed 6 December 2007).
114. World Health Organization. *The European Tobacco control Report, 2007*. Geneva, World Health Organization, Regional Office for Europe, 2007 (<http://www.euro.who.int/document/e89842.pdf>, accessed 6 December 2007).
115. Strong K et al. Tobacco use in the European Region. *European Journal of Cancer Prevention*. In press.
87. U.S. Department of Health and Human Services. *CDC recommended annual per capita funding levels for state programs, 2007*. Atlanta, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2007 (http://www.cdc.gov/tobacco/tobacco_control_programs/stateandcommunity/best_practices/00_pdfs/2007/best_practices_sectionBpc.pdf, accessed 6 December 2007).
88. Borland R. Tobacco health warnings and smoking-related cognitions and behaviours. *Addiction*, 1997, 92(11):1427–1435.
89. 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*. Opinião pública, 2002 (http://datafolha.folha.uol.com.br/po/fumo_21042002.shtml, accessed 6 December 2007).
90. Mahood G. Canadian tobacco package warning system. *Tobacco Control*, 1995, 4:10–14 (<http://tobaccocontrol.bmj.com/cgi/reprint/4/1/10>, accessed 6 December 2007).
91. Saffer H, Chaloupka F. The effect of tobacco advertising bans on tobacco consumption. *Journal of Health Economics*, 2000, 19(6):1117–1137.
92. Saffer H. Tobacco advertising and promotion. In: Jha P, Chaloupka FJ, eds. *Tobacco control in developing countries*. Oxford, Oxford University Press, 2000: 215–236.
93. Basil MD, Basil DZ, Schooler C. Cigarette advertising to counter New Year's resolutions. *Journal of Health Communication*, 2000, 5(2):161–174.
94. Shafey O et al. Cigarette advertising and female smoking prevalence in Spain, 1982–1997: case studies in international tobacco surveillance. *Cancer*, 2004, 100(8):1744–1749.
95. Smee C et al. *Effect of tobacco advertising on tobacco consumption: a discussion document reviewing the evidence*. London, Economic and Operational Research Division, Department of Health, 1992.
96. *Country profiles*. Fifth WHO seminar for a Tobacco-Free Europe, World Health Organization Regional Office for Europe, Warsaw, 26–28 October 1995.
97. Jha P, Chaloupka FJ. *Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control*. Washington, DC, World Bank, 1999 (<http://www.globalink.org/tobacco/wb/wb04.shtml>, accessed 6 December 2007).
98. Public health at a glance – Tobacco control. *Why is reducing use of tobacco a priority?* Washington, DC, World Bank, 2003 (<http://siteresources.worldbank.org/INTPHAAG/Resources/AAGTobacControlEngv46-03.pdf>, accessed 6 December 2007).
99. Borland RM. Advertising, media and the tobacco epidemic. In: *China tobacco control report*. Beijing, Ministry of Health, People's Republic of China, May 2007.
100. Willemsen MC, De Zwart WM. The effectiveness of policy and health education strategies for reducing adolescent smoking: a review of the evidence. *Journal of Adolescence*, 1999, 22(5):587–599.
101. World Health Organization Regional Office for Europe. *It can be done: a smoke-free Europe*. Copenhagen, World Health Organization, 1990.

الملاحظات التقنية

الملاحظة التقنية الأولى	كيفية تقييم السياسات الراهنة ومدى تنفيذها
الملاحظة التقنية الثانية	مدى انتشار التدخين في الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية

التذييلات

التذييل الأول:	المرتسمات القطرية
التذييل الثاني:	بيانات عن سياسات مكافحة التبغ في العالم
التذييل الثالث:	معدلات الانتشار القابلة للمقارنة دولياً
التذييل الرابع:	بيانات الانتشار المقدمة من البلدان
التذييل الخامس:	بيانات الدراسة الاستقصائية العالمية حول الشباب والتبغ
التذييل السادس:	حالة اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ

الملاحظة التقنية الأولى

كيفية تقييم السياسات الراهنه ومدى تنفيذها

استعانت منظمة الصحة العالمية على وضع هذا التقرير عن وباء التبغ العالمي لعام 2008 باستبيان فيه 32 سؤالاً لتقييم مدى تنفيذ برنامج السياسات الست. وقد جمعت نقطة الاتصال القطرية التابعة لمبادرة التحرر من التبغ إجابات هذا الاستبيان ونشرتها في الإنترنت على العنوان www.who.int/tobacco/mpower. ويتعذر عرض الكمية الضخمة من المعلومات الواردة على هذا الاستبيان عرضاً وافياً بالنص وحده، ولذلك أعدت المنظمة عروضاً مختصرة لتقييم مدى تنفيذ السياسات والإرشادات.

وقد تم تقييم السياسات بتقسيم البلدان إلى أربع فئات (وخمس فئات في حالة سياسات الرصد)، وتحويل المعلومات الواردة من البلدان عن مدى انتشار تعاطي التبغ إلى نسبة مئوية من السكان البالغين. والقصد من التحليل على هذا النحو هو توخي الدقة في تحديد جهود تنفيذ السياسات التي تستحق أسرع الإجراءات في كل بلد، وإقفاء التقدم المحرز على مر الزمن صوب التنفيذ التام لبرنامج السياسات الست.

وكانت مسألة تنفيذ سياسات منع التدخين في الأماكن العامة ومسألة حظر الإعلان والترويج والرعاية (للتسويق المباشر وغير المباشر) موضع تقييم من جانب خمسة خبراء محليين في كل بلد، كلفوا بتقييم التشريعات الوطنية التي تخص هاتين المسألتين وتصنيف مدى إنفاذهما على أنه "في أدنى الحدود" أو "معتدل" أو "قوي". وقد اختارت هؤلاء الخبراء نقطة الاتصال التابعة لمبادرة التحرر من التبغ بحيث يتكون كل فريق على النحو التالي:

- المسؤول عن الوقاية من التبغ في وزارة الصحة، أو أكبر مسؤول حكومي عن مكافحة التبغ أو عن الأمراض المرتبطة

بالتبغ:

- ورئيس منظمة غير حكومية بارزة ومكرسة لمكافحة التبغ؛
- ومهني صحي (طبيب أو ممرض أو صيدلاني أو طبيب أسنان) متخصص في الأمراض المرتبطة بالتبغ؛
- وعضو في قسم الصحة العمومية بكلية الطب في إحدى الجامعات؛
- وضابط اتصال مبادرة التحرر من التبغ في المكتب القطري التابع لمنظمة الصحة العالمية.

وقد أجرى الخبراء عمليات التقييم كل على حدة، وحسبت منظمة الصحة العالمية متوسط نقاط التقييم من واقع التقييمات التي أجراها الخبراء الخمسة بأن أعطت نقطتين للإنفاذ "القوي" للسياسات، ونقطة واحدة للإنفاذ "المعتدل"، وصفرًا للإنفاذ المحصور "في أدنى الحدود"، على أن تتراوح نقاط التقييم بين الصفر و10 نقاط. وقد اتبعت هذه المنهجية على سبيل التجربة في هذا التقرير الأول، وسوف يعاد النظر فيها عند إعداد التقارير اللاحقة.

وتعرض الجداول 1-1-2 إلى 2-6-7 حالة إجابات البلدان على كل سؤال في الاستبيان، وتلخص الجداول 1-2 إلى 2-6 هذه المعلومات. أما النقاط التي يستحقها مستوى الإنفاذ فقد وضعت على حدة، بمعنى أن تقييم الإنفاذ لم يدرج ضمن الفئات الأربع التي قسمت إليها البلدان، لأن تعريف هذه الفئات وتعريف مستويات الإنفاذ قد يتغيران بعد جمع المزيد من البيانات وتحليلها في التقارير اللاحقة.

الرصد

إن الخطوة الأولى لإجراء تقييم كامل لقدرات الرصد هي جمع المعلومات

المتوفرة عن مدى انتشار تعاطي التبغ على المستوى الوطني، ثم تقييم مدى حداثة هذه المعلومات ومدى تمثيلها لسكان البلد ومدى شمولها لفئة البالغين أو فئة الشباب أو لهاتين الفئتين معاً.

ولمراعاة التغير في قدرات الرصد، أعطيت نقطة واحدة للبلدان التي توفرت لديها معلومات حديثة عن مدى انتشار تعاطي التبغ بين البالغين (المعلومات الحديثة هي التي يرجع تاريخها إلى أقل من خمسة أعوام)، وأعطيت نقطة إضافية كلما كانت بيانات الاستقصاء ممثلة للحالة في البلد. واتبعت هذه الطريقة أيضاً إزاء البيانات الخاصة بالشباب. والحد الأقصى لنقاط التقييم هو 10 نقاط. ثم قسمت البلدان إلى مجموعات حسب مجاميع النقاط المعطاة لها.

البيانات حديثة ولكنها لا تمثل البالغين أو لا تمثل الشباب	
البيانات حديثة ولكنها لا تمثل البالغين والشباب؛ أو هي حديثة عن البالغين وغير حديثة عن الشباب؛ أو هي حديثة عن الشباب ولكنها غير حديثة عن البالغين	
البيانات حديثة عن البالغين والشباب ولكن تنقصها البيانات التمثيلية للبالغين أو البيانات التمثيلية للشباب	
البيانات استوفت أدنى متطلبات الحدثة وتمثيل البالغين والشباب	
البيانات غير حديثة أو غير متوفرة	...

منع التدخين في الأماكن العامة

توجد طائفة كبيرة من الأماكن والمنشآت التي يمكن منع التدخين فيها، وهي تشمل ما يلي منشآت الرعاية الصحية؛

- والمنشآت التعليمية غير الجامعات؛

- والجامعات؛
- والمنشآت الحكومية؛
- والمكاتب الداخلية؛
- والمطاعم؛
- والمقاهي والحانات؛
- وأماكن العمل الأخرى المغطاة.

وقد اعتبر منع التدخين في المدارس والمستشفيات أدنى مستوى عموماً للحماية، ولذلك فإن البلدان التي لم تمنع التدخين في إحداها وضعت في عداد الفئة الأدنى. وكان التصنيف في عداد الفئة الأعلى على أساس عدد (لا فئات) الأماكن والمنشآت التي منع التدخين فيها.

عدم وجود أي تشريع لمنع التدخين، أو عدم وجود تشريع يمنع التدخين في منشآت الرعاية الصحية والمنشآت التعليمية
تشريع منع التدخين يشمل منشآت الرعاية الصحية والمنشآت التعليمية، ويشمل أيضاً فئة أخرى أو فئتين أخريين من الأماكن والمنشآت
تشريع منع التدخين يشمل منشآت الرعاية الصحية والمنشآت التعليمية، ويشمل أيضاً ثلاث أو أربع أو خمس فئات أخرى من الأماكن والمنشآت
تشريع منع التدخين يشمل جميع فئات الأماكن والمنشآت
... البيانات لم ترد

العلاج من إدمان التبغ

بالرغم من قلة تكاليف خطوط المساعدة الهاتفية، نفذت بلدان قليلة – باستثناء البلدان المرتفعة الدخل – هذه الخطوط. ولو كنا اعتبرنا هذه الخطوط الهاتفية مؤهلاً لتصنيف البلد في أدنى فئة لكان معنى ذلك وضع جميع البلدان تقريباً في هذه الفئة، وما كانت الصورة لتتضح بالقدر الكافي عن السياسات الراهنة. أما استرداد نفقات العلاج فهو المؤهل للتصنيف في أعلى فئة، حتى يترك المجال لمراعاة الميزانيات الوطنية الضئيلة في البلدان المنخفضة الدخل. وتعتبر الفئات الثلاث العليا عن مستويات متفاوتة من

الالتزام الحكومي بتوفير العلاج باستعاضة النيكوتين، وتقديم النصائح الأساسية.

لا يوجد علاج بالاستعاضة عن النيكوتين ولا خدمات للمساعدة على الإقلاع عن التدخين
العلاج متوفر بالاستعاضة عن النيكوتين، أو توجد بعض الخدمات السريرية للمساعدة على الإقلاع عن التدخين (كلاهما بدون استرداد التكاليف)
العلاج متوفر بالاستعاضة عن النيكوتين، وتوجد بعض الخدمات السريرية للمساعدة على الإقلاع عن التدخين (كلاهما بدون استرداد التكاليف)
توجد خطوط المساعدة الهاتفية الوطنية كما يوجد العلاج بالاستعاضة عن النيكوتين وتوجد بعض الخدمات السريرية للمساعدة على الإقلاع عن التدخين، وإمكانية استرداد تكاليف العلاج بالاستعاضة عن النيكوتين أو تكاليف خدمات المساعدة على الإقلاع عن التدخين
... البيانات لم ترد

التحذيرات الصحية

استند تقييم التحذيرات التي توضع على عبوات السجائر إلى أبعاد التحذير ومواصفاته ومحتوياته وخلوه من المصطلحات الخداعة. ولذلك جمعت البيانات عن أبعاد التحذيرات كنسبة مئوية من واجهة العبوة، وعن مدى حظر المصطلحات الخداعة، وعن مدى توافر الخصائص التالية:

- أن يكون القانون قد نص تحديداً على وضع التحذيرات الصحية؛
- وأن تكون التحذيرات الصحية موضوعة في مكان ظاهر على كل عبوة وعلى خارج أغلفة العبوات وعلى البطاقات التي تستخدم للبيع بالتجزئة؛
- وأن تشمل التحذيرات أوصاف الأضرار الصحية التي تعزى تحديداً إلى تعاطي التبغ؛
- وأن يكون التحذير كبير الحجم وتكون

- فحواه واضحة ومرئية وسهلة القراءة (الألوان وأحجام الحروف المقررة)؛
- وأن يجري تغيير التحذيرات الصحية بصفة دورية؛
- وأن تكون التحذيرات الصحية مكتوبة باللغة (أو بجميع اللغات) الرئيسية السائدة في البلد؛
- وأن تشمل التحذيرات الصحية صوراً.

وتم تقسيم البلدان بصفة تجريبية إلى فئات على أساس هذه الخصائص. وبتحليل البيانات ظهرت فئتان واضحتان من البلدان، إحداها فئة البلدان التي ليس لديها أي تحذيرات بالمرّة، والأخرى فئة البلدان التي لا تتجاوز سياسات التحذيرات الصحية فيها أدنى الحدود. وكانت هناك فئتان أخريان أحسن حالاً، وكان التصنيف فيها مراراً أكثر تعقيداً لأن كثيراً من البلدان التي اقتضت قوانينها وضع التحذيرات الصحية ونصت على شروط كثيرة من المذكورة أعلاه – ولا سيما أن يحتل التحذير 30% أو أكثر من الواجهة الرئيسية للعبوة – لم تشترط وضع التحذيرات المصورة التي هي الأهم. ولهذا السبب وضعت في ثاني هاتين الفئتين الأحسن حالاً البلدان التي استوفت عدداً من الشروط يصل إلى ستة شروط، ووضعت في الفئة الأحسن حالاً على الإطلاق البلدان التي اشترطت تحذيرات صحية مستوفية لجميع الشروط وحظرت أيضاً المصطلحات الخداعة.

لا توجد أي تحذيرات
التحذير يغطي أقل من 30% من الواجهة الرئيسية للعبوة
التحذير يغطي 30% على الأقل من الواجهة الرئيسية للعبوة، ويشمل ستة أو سبعة من معايير التحذير المذكورة أعلاه
التحذير يغطي 50% على الأقل من الواجهة الرئيسية للعبوة، ويشمل واحداً إلى ستة من معايير التحذير السبعة بالإضافة إلى حظر المصطلحات الخداعة
... البيانات لم ترد

حظر الإعلان والترويج والرعاية

لا تنفذ البلدان حظر التسويق المباشر وغير المباشر بطريقة شاملة وواضحة وتدرجية. ويتدرج حظر التسويق المباشر من حظر الإعلان عن التبغ في وسائل الإعلام المحلية إلى حظر الإعلان عن التبغ في وسائل الإعلام الدولية، ولكن هذا التدرج أبعد ما يكون عن التوحيد. ولذلك كان أساس تقييم الحظر هو عدد حالات الحظر المنفذة، وراعيًا فيه أن تنفيذ حظر التسويق غير المباشر يأتي عموماً بعد فترة من حظر التسويق المباشر. وشملت أنواع الحظر موضع الاستقصاء ممارسات التسويق المباشر التالية:

- الدعاية في التلفزيون والإذاعة الوطنية؛
 - والدعاية في المجلات والصحف المحلية؛
 - والدعاية في شاشات الدعاية في الأماكن العامة، والإعلان في الأماكن المفتوحة؛
 - ونقاط البيع.
- وتم كذلك رصد مدى تنفيذ الحظر على التسويق غير المباشر الذي يشمل السياسات التالية:
- توزيع منتجات التبغ بالمجان عن طريق البريد أو أي وسائل أخرى؛
 - والترويج للتبغ بخفض أسعاره؛
 - ووضع أسماء أصناف التبغ على منتجات أخرى غير التبغ (امتداد الدعاية)؛
 - واستعمال أسماء أصناف غير التبغ لترويج منتجات التبغ؛
 - وظهور منتجات التبغ في مناظر التلفزيون و/ أو الأفلام؛
 - ورعاية شركات التبغ للتظاهرات.

لا يوجد أي حظر على التسويق المباشر وغير المباشر

يوجد حظر على نوعين أو ثلاثة أنواع من التسويق المباشر، وحظر على نوع واحد على الأقل من التسويق غير المباشر

يوجد حظر على أربعة أو خمسة أو ستة أنواع من التسويق المباشر، وحظر على نوع واحد على الأقل من التسويق غير المباشر

يوجد حظر تام على التسويق المباشر وغير المباشر

... البيانات لم ترد

الضرائب

تم تقسيم البلدان إلى فئات حسب النسبة المئوية لإسهام ضرائب التبغ وحدها في سعر البيع بالتجزئة للوصف الأكثر بيعاً. أما إدراج أي ضريبة أخرى بعينها في هذا التقسيم أو استثناءها منه فلم يستند إلى التعاريف المقررة في القوانين، بل إلى نسبة إسهام الضريبة في سعر التجزئة في نهاية المطاف. وتشمل هذه الضرائب ضرائب الإنتاج وضرائب الاستيراد وأي ضرائب أخرى تخص السجائر تحديداً. وبالنظر إلى عدم وجود معلومات عن حد الربح من كل صنف سجائر لبائع التجزئة وعن حد الربح على مستوى البلد، افترضنا أن ربح بائع التجزئة يساوي صفرًا حتى يتسنى وضع حد أعلى لنسبة إسهام الضرائب في سعر البيع بالتجزئة.

أقل تقريباً من 25% من سعر التجزئة ضريبة تبغ

26% إلى 50% من سعر التجزئة ضريبة تبغ

51% إلى 75% من سعر التجزئة ضريبة تبغ

أكثر من 75% من سعر التجزئة ضريبة تبغ

... البيانات لم ترد

مدى الانتشار

اعتمدنا على التقديرات المعدلة المدرجة في قاعدة المعلومات العالمية التي أنشأتها منظمة الصحة العالمية (InfoBase⁽¹¹³⁾) عن مدى انتشار تعاطي التبغ لنقسم البلدان إلى مجموعات. انظر التذييل الثالث للاطلاع على بيانات انتشار تعاطي التبغ لدى كل من الجنسين.

أقل تقريباً من 30% من البالغين مدخنون

20% إلى 29.9% من البالغين مدخنون

15% إلى 19.9% من البالغين مدخنون

أقل من 15% من البالغين مدخنون

... لا توجد بيانات مقارنة

مدى انتشار التدخين في الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية

- هيكل الأعمار في البلدان: عندما تكون معدلات التدخين المنسوبة إلى العمر متطابقة، قد يختلف معدل انتشار التدخين بسبب اختلاف هيكل العمر بين الفئتين المذكورتين أعلاه؛ وقد تعزى الاختلافات في معدلات انتشار التدخين، بطريق الخطأ، إلى السياسات أو إلى عوامل أخرى، في حين أن السبب الفعلي لا يتجاوز التقسيم السكاني.

وقد أجرينا مقارنة بين البيانات التي جمعت من الاستقصاءات الوطنية عن مدى انتشار تعاطي التبغ، والبيانات المخزونة في قاعدة المعلومات العالمية (InfoBase) التابعة لمنظمة الصحة العالمية، وذلك لضمان الاعتماد على أحدث المعلومات. وبناءً على هذه المقارنة وضعنا التقديرات بعد التأكد من البيانات المأخوذة من دراسات استقصائية تتصف بما يلي:

- أنها شملت بيانات قطرية موجزة لواحد أو أكثر من التعاريف الأربعة الموضوعية لمتعاطي التبغ وهي: مدخن التبغ الحالي، ومدخن السجائر الحالي، ومدخن التبغ اليومي، ومدخن السجائر اليومي؛
- وأنها شملت مشاركين اختيروا عشوائياً ومثلوا مجموعة عامة من السكان؛
- وأن بياناتها عن مدى انتشار التدخين مقسمة حسب العمر وحسب كل من الجنسين؛
- وأنها شملت السكان البالغين من عمر 15 سنة فما أكثر.

وهكذا حصلنا على تقديرات حسب التعاريف الأربعة المذكورة أعلاه، وكل تعريف منها يتعلق مباشرة بمخاطر المرض والموت التي يتعرض لها الشخص من جراء التبغ. وأخذنا البيانات الموجزة من جميع مصادر البيانات، وحللنا بيانات مدى انتشار

البيانات المدرجة في هذا التقرير الصادر عن منظمة الصحة العالمية عن وباء التبغ العالمي لعام 2008 تشمل أحدث الدراسات الاستقصائية المتاحة عن انتشار تعاطي التبغ في كل بلد. لكن الدراسات الاستقصائية عن مدى تعاطي التبغ تتفاوت تفاوتاً شاسعاً. فبعضها لا يشمل سوى السجائر، وبعضها يشمل الغليون والسيجار، وبعضها لا يشمل سوى من يتعاطون التبغ يومياً، وبعضها الآخر يشمل المتعاطين العرضيين؛ هذا فضلاً عن أن هذه الاستقصاءات قد تكون أجريت في أعوام مختلفة. ولذلك لم يتسن إجراء مقارنة مباشرة بين بيانات مختلف الدراسات الاستقصائية عن مدى انتشار التدخين، فراعينا صراحة هذه التفاوتات في كل مقارنة أجريناها، وذلك بتصويب التقديرات حسب العوامل التالية:

- تاريخ الاستقصاء: يجب أن تكون المقارنة بين الأرقام التي تخص نفس السنة؛
- منهجية أخذ العينات: إدخال التصويبات كلما كانت العينات المشمولة بالاستقصاء لا تمثل المستوى الوطني؛
- تعريف التدخين: مقارنة التدخين اليومي الجاري في بلد ما بالتدخين العرضي في بلد آخر تسفر عن استنتاجات خاطئة؛
- الفئات العمرية المشمولة بالبيانات: مقارنة معدل التدخين بين أشخاص عمرهم 35 سنة وأكثر في بلد ما بمعدل التدخين بين أشخاص عمرهم 18 سنة وأكثر في بلد آخر تعطي أرقاماً مضللة؛ وهناك ارتباط قوي بين فئة العمر ومعدل تعاطي التبغ، وبالتالي فإن الاختلافات المقيسة في مدى تعاطي التبغ تدل على عمر المجموعة المستهدفة بالاستقصاء، أكثر مما تدل على مدى تعاطيها للتبغ؛

تعاطي التبغ باتباع ثلاث خطوات رئيسية هي: تطبيق تقنيات التحليل الاستطلاعي للبيانات من أجل تقييم الصورة العامة للعلاقة بين العمر ومعدل انتشار التعاطي، والعلاقة بين التعاريف الموضوعية لمتعاطي التبغ، والتحقق من خلو البيانات من الأخطاء؛ ثم تطبيق النماذج على البيانات الواردة من البلدان وإعداد التقديرات القطرية؛ والحصول على التقديرات الإقليمية ودون الإقليمية بتجميع التقديرات

القطرية حسب التقسيمات الإقليمية ودون الإقليمية المتبعة في شعبة الإحصاءات التابعة للأمم المتحدة. وقد استعنا بجميع المصادر المتاحة لفحص العلاقة بين المدخنين الحاليين والمدخنين اليوميين، والعلاقة بين مدخني السجائر الحاليين ومدخني السجائر اليوميين، وطبقنا النتائج على تقارير البلدان التي لم تشمل سوى تعريف واحد للمدخن. وبعد ذلك

طبقتنا نموذج الانحدار على حدة، مرة للمدخنين مرة للإناث، وكذلك على الأقاليم الفرعية الثمانية عشر حسب التقسيم السائد في الأمم المتحدة. ثم استعملنا معادلة قياس اللوغاريتم الاحتمالي (logit) للحصول على متغيرات مستمرة غير تحديدية من أجل تحديد الانحدار، لأن معدل الانتشار محصور في نطاق يتراوح بين الصفر والواحد. وفيما يلي مثال على نموذجي الانحدار الكاملين للمدخن اليومي والمدخن الحالي:

$$\text{قياس اللوغاريتم الاحتمالي (للمدخن اليومي)} = \text{أ} + \text{ب}1 * \text{لو احتمالي (للمدخن الحالي)} + \text{ب}2 * \text{لو احتمالي (للمدخن الحالي)} * \text{منتصف العمر} + \text{ب}3 * \text{منتصف العمر} + \text{خ}$$

$$\text{قياس اللوغاريتم الاحتمالي (للمدخن الحالي)} = \text{أ} + \text{ب}1 * \text{لو احتمالي (للمدخن اليومي)} + \text{ب}2 * \text{لو احتمالي (للمدخن اليومي)} * \text{منتصف العمر} + \text{ب}3 * \text{منتصف العمر} + \text{خ}$$

حيث **منتصف العمر** يعني نقطة المنتصف في نطاق العمر بسنين كل رصدة، وحيث **خ** يمثل حد الخطأ المفترض أنه موزع عادة. وتم استبعاد حد التفاعل كلما كانت قيمته الإحصائية لا تنفيذ في التوقعات المتعلقة بالمدخن الحالي أو المدخن اليومي.

التي اتبعناها لحساب هذه التقديرات في "التقرير الأوروبي عن مكافحة التبغ" (114) وسبق أن استعرضها النظراء. (115)

ولتقدير معدل انتشار تعاطي التبغ لنطاقات العمر المعيارية (وهي فئات عمرية خماسية السنوات بدءاً من عمر 15 سنة) درسنا مدى الارتباط بين العمر ومعدل انتشار التبغ في كل بلد وحسب كل من الجنسين، وذلك باستخدام تخطيط الانتشار للبيانات المأخوذة من أحدث الاستقصاءات الممثلة للحالة الوطنية. ثم طبقنا دالة الترتيب الثاني أو دالة الترتيب الثالث، أيهما أنسب للقيم الواردة من البلدان لنشتق قيم الانتشار لنطاقات العمر المعيارية في كل بلد، وذلك كلما كانت البيانات كافية لهذا التطبيق.

أما البلدان التي لم تتوفر عنها بيانات استقصائية حديثة، أو البلدان التي كانت أحدث بيانات استقصاءاتها الوطنية غير مقسمة حسب العمر وكل من الجنسين بما يتيح إجراء هذه الحسابات، فقد أدرجنا أحدث بياناتها الوطنية في التذييل الرابع لهذا التقرير، ولكنها بيانات غير قابلة للمقارنة بالبيانات المعدلة بالتسويات المذكورة هنا. والبيانات التي لم ترد لم ندرج عنها أي شيء في هذا التقرير. وفيما يلي عدد البلدان مقسماً حسب بياناته:

البلدان التي قدمت بيانات معدلة	135	بلداً
وحديثة وقابلة للمقارنة		
البلدان التي قدمت بيانات وطنية	18	بلداً
لا حديثة ولا قابلة للمقارنة الدولية		
البلدان التي لم تقدم أي بيانات	41	بلداً

ولم ندخل تسويات على البيانات الاستقصائية الواردة من البلدان إلا عندما كانت البيانات القطرية جيدة النوعية. وكلما كان الاستقصاء حديثاً وتمثيلاً وكاملاً من حيث تعريف المدخن والفئات العمرية وكل من الجنسين، لم تختلف نتائجه عن التقديرات التي عدلتها منظمة الصحة العالمية إلا اختلافاً طفيفاً. وفي غياب بيانات الاستقصاء عن أي بلد بكامله لم نحاول افتراضها. هذا وقد نشرت الأساليب

ويتضمن التذييل الثالث فئتين من التقديرات، فئة منهما في الجدول 3-أ وهي التقديرات المعدلة، والفئة الأخرى في الجدول 3-ب وهي التقديرات الموحدة لكل الأعمار. ويقصد بالتقديرات المعدلة البيانات الخام الوطنية التي أدخلت عليها التسويات اللازمة. أما التقديرات الموحدة

لكل الأعمار فقد استخدمت لتقسيم البلدان.

ويتضمن التذييل الرابع البيانات الوطنية مع ذكر مصادرها. غير أن تعريف المدخنين ونطاقات العمر وسنة الاستقصاء ومدى تمثيل البيانات للحالة فهي تختلف من استقصاء قطري إلى آخر. وقد نشرت تفاصيل البيانات الوطنية في الموقع www.who.int/Infobase.