

أماكن يُحظر التدخين فيها

حقائق أساسية

”الدلائل واضحة تمامًا، فلا يوجد مستوى آمن للتعرض لدخان التبغ غير المباشر. وقد اتخذت بلدان كثيرة إجراءات بالفعل في هذا الصدد. لذا، فأنتي أحت كافة الدول التي لم تتخذ بعد أي إجراء في هذا الشأن أن تخطو هذه الخطوة العاجلة والهامية لحماية صحة الجميع، وذلك بسن قوانين تشترط منع التدخين في كافة أماكن العمل المغلقة والأماكن العامة بنسبة ١٠٠٪.“
– الدكتورة/ مارجريت تشان، المديرية العامة لمنظمة الصحة العالمية.

قوانين حظر التدخين تحسن الصحة العامة

تعمل قوانين حظر التدخين على تحسين الصحة العامة، وذلك بتقليل تعرض العامة للتدخين السلبي، ومساعدة المدخنين على تقليل استهلاكهم من السجائر، بالإضافة إلى مساعدتهم على الإقلاع عن التدخين.

• كشفت دراسة لأكثر من ١٨٠٠ مكان عام في ٣٢ دولة أن مستوى تلوث الهواء الداخلي كان أقل في الأماكن المحظور فيها التدخين بنسبة ٨٩٪^{١١}.

• انتهى تحليل بعدي أجراه معهد الطب بالولايات المتحدة الأمريكية إلى أن قوانين حظر التدخين تقلل من أمراض القلب التاجي الحادة مثل موت عضلة القلب^٩.

• وفقا لتقرير البنك الدولي حول وباء التبغ العالمي، فمن شأن القيود المفروضة على التدخين أن تخفض المعدل الإجمالي لإستهلاك التبغ بنسبة تتراوح بين ٤ - ١٠٪^{٣١}.

• بعد تسعة شهور من إصدار قانون حظر التدخين الإيرلندي في ٢٠٠٤، هناك ٥٩٪ من المدخنين – حسب التقارير – قد خفضوا من التدخين بسبب ذلك القانون. كما قرر نسبة ٤٦٪ أن القانون قد تسبب في احتمال إقلاعهم عن التدخين في الغالب، وقرر نسبة ٧٩٪ من الذين قد أقلعوا عن التدخين أن القانون قد ساعدهم على النجاح في الإقلاع^{٤١}.

قوانين حظر التدخين نافعة للاقتصاد

ترتفع نفقات الرعاية الصحية المرتبطة بالتدخين السلبي، لذا فإن قوانين حظر التدخين تفيد الاقتصاد وذلك بالقضاء على نفقات الرعاية الصحية المرتبطة بالتدخين السلبي. وبالإضافة لذلك، فإن قوانين حظر التدخين لا تؤثر سلبا على قطاع الضيافة.

• في المملكة المتحدة، يتسبب التعرض للتدخين السلبي بين الأطفال في إنفاق مبلغ ٩,٧ مليون جنيه إسترليني على الأقل كل عام على زيارات الرعاية الأولية وعلاج الأزمات الصدرية، وإنفاق مبلغ ١٣,٦ مليون جنيه إسترليني على دخول المستشفيات، بالإضافة إلى مبلغ ٤ مليون جنيه إسترليني على أدوية الأزمة الصدرية للأطفال حتى سن ١٦ عاما^{٧١}.

التعرض للتدخين السلبي في العالم

- يتعرض ما يقرب من ٣٣٪ من الذكور غير المدخنين و٣٥٪ من الإناث غير المدخنين في العالم للتدخين السلبي بشكل منتظم^١.
- في العديد من البلدان، يكون المصدر الأساسي للتعرض للتدخين السلبي في مكان العمل.



- ما بين أطفال العالم، تتعرض نسبة ٤٠٪ منهم للتدخين السلبي في الأماكن العامة^١.

أضرار التدخين السلبي

يعتبر التدخين السلبي من الأسباب المعروفة للإصابة بسرطان الرئة، وأمراض القلب، والموليد منخفضي الوزن، وأمراض الرئة المزمنة مثل التهاب الشعب الهوائية، بالإضافة إلى مشاكل صحية أخرى^٧. فلا يوجد مستوى آمن للتعرض للتدخين السلبي^٨.

- يتسبب التعرض للتدخين السلبي في أكثر من ٦٠٠٠٠٠ حالة وفاة قبل الأوان كل عام^١.

• من بين كافة الوفيات قبل الأوان، تحدث نسبة ٤٧٪ من تلك الوفيات (٢٨١٠٠٠ حالة وفاة) بين السيدات غير المدخنات ونسبة ٢٨٪ من تلك الوفيات (١٦٦٠٠٠ حالة وفاة) تحدث بين الأطفال غير المدخنين^١.

- يزداد خطر الإصابة بسرطان الرئة لغير المدخنين الذين يتعرضوا للتدخين السلبي في المنزل أو في العمل بنسبة تتراوح بين ٢٠ - ٣٠٪^٧.

• كما يزيد التعرض للتدخين السلبي من خطر الإصابة بمرض القلب التاجي بنسبة تتراوح بين ٢٥ - ٣٠٪ وخطر الإصابة بمرض القلب التاجي الحاد بنسبة تتراوح بين ٢٥ - ٣٥٪^١.

المادة ٨ من الاتفاقية الإطارية لمكافحة التبغ

اعتمدت أكثر من ١٧٠ دولة اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ (FCTC)، والتي تعد أول اتفاقية عالمية للصحة العامة.

المادة ٨ من هذه الاتفاقية تلزم الأطراف باعتماد وتنفيذ تدابير تشريعية فعالة "التي توفر الحماية من التعرض لدخان التبغ في أماكن العمل المغلقة ووسائل النقل العام والأماكن العامة المغلقة، وحسب الاقتضاء، الأماكن العامة الأخرى."

في ٢٠٠٧، وافقت الدول الأعضاء في الاتفاقية بالإجماع على المبادئ التوجيهية للمادة ٨ لمساعدة الأطراف على الوفاء بالتزاماتهم الواردة في المادة ٨. وتنص تلك المبادئ التوجيهية على ما يلي:

"تقتضي التدابير الفعالة لتوفير الحماية من التعرض لدخان التبغ، كما هو متوخى في المادة ٨ من اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية، القضاء التام على التدخين ودخان التبغ في مكان معين أو بيئة معينة من أجل جعل البيئة خالية من دخان التبغ بنسبة ١٠٠٪."

وقد تبين مرارًا وتكرارًا عدم فعالية الأساليب الأخرى غير خلو البيئة من دخان التبغ بنسبة ١٠٠٪، بما في ذلك التهوية وترشيح الهواء وتخصيص أماكن للتدخين..... وهناك دلائل قاطعة، من علمية وغيرها، تثبت أن الأساليب الهندسية لا تحمي من التعرض لدخان التبغ."

ولغرض المساعدة في ضمان التنفيذ الناجح والالتزام الشديد، «وبمجرد اعتماد التشريع ينبغي إطلاق حملة توعية تفضي إلى تنفيذ القانون وتزويد أصحاب المؤسسات التجارية ومديري المباني بالمعلومات التي تعرفهم بالقانون وبمسؤولياتهم وإنتاج الموارد الخاصة بها، مثل العلامات.»

رواج قوانين حظر التدخين وإمكانية تطبيقها

تقر الكثير من الحكومات بحاجتها إلى قوانين حظر التدخين. فيؤيد المواطنون تنفيذ قوانين حظر التدخين ويرغبون في حمايتهم من مخاطر التدخين السلبي. ومن الملاحظ تزايد عدد الدول التي تصدر تلك القوانين، مشيرًا بذلك إلى تزايد الزخم العالمي بالحماية ضد التعرض لدخان التبغ الخطر. وقد نجح كثير من البلدان والدول والمدن من مختلف الثقافات والمناخات ومستويات الدخل في التنفيذ الناجح لتشريعات خلو البيئة من دخان التبغ بنسبة ١٠٠٪.

في أندونيسيا، يؤيد ما يقرب من تسعة أندونيسيين من عشرة (٨٨٪) حظر التدخين في الأماكن العامة المغلقة وأماكن العمل، حتى أنه ٧٣٪ من المدخنين اليوميين يدعموا سياسات حظر التدخين.^{٢٨}

في ٢٠٠٤، أصبحت أيرلندا أول دولة تقرر قانون وطني لحظر التدخين بنسبة ١٠٠٪. وبعد عام واحد من نفاذ القانون، ارتفع تأييد القانون من ٦٧٪ إلى ٩٣٪، وشعر

انتهت مراجعة شاملة لعدد ٩٧ دراسة حول الأثر الاقتصادي لقوانين حظر التدخين المنشورة قبل أغسطس ٢٠٠٢ أن: «كشفت جميع أفضل الدراسات إعدادًا عن عدم وجود أي أثر أو وجود أثر إيجابي لقوانين حظر التدخين في المطاعم والبارات على المبيعات أو التوظيف. وبناء عليه، يمكن لصانعو السياسات أن يتخذوا من الإجراءات ما من شأنه حماية العاملين والزبائن من سموم التدخين السلبي، وهم واثقين من قدرتهم على رفض المطالبات الصناعية التي تزعم وجود آثار اقتصادية سلبية»^{١٩}.

في الأرجنتين، تبين من دراسة حول قوانين حظر التدخين في بوينس آيرس ومقاطعات قرطبة وسانتا فيه وتوكومان، أن القوانين لم تؤثر سلبيًا على المبيعات في البارات والمطاعم. وفي حالة بوينس آيرس، ثبت بالدليل أن قانون حظر التدخين قد نتج عنه زيادة في المبيعات في البارات والمطاعم بنسبة تتراوح بين ٧ - ١٠٪.^{٢١}

عدم فعالية قوانين حظر التدخين الجزئية وتخصيص أماكن أو غرف للتدخين

إن السبيل الفعال الوحيد لحماية العامة من التدخين السلبي هو سن قوانين حظر تدخين شاملة لتغطي كافة أماكن العمل المغلقة والأماكن العامة، بما في ذلك جميع المطاعم، والبارات، وأماكن الضيافة الأخرى.^{٢٢}

في أسبانيا، أصبح محظور التدخين في معظم أماكن العمل في ٢٠٠٦. وقد سمح ذلك القانون لأماكن الضيافة بأن تختار فرض قيودًا على التدخين من عدمه وكيفية فرض تلك القيود. ولم ينتج عن هذا القانون أي انخفاضات ملحوظة في التعرض للتدخين السلبي، أو أعراض الأمراض التنفسية أو الكوتونين اللعابي (العلامة البيولوجية للتعرض للتدخين السلبي) بين العمال في الأماكن التي يوجد بها قيود جزئية أو التي لا يوجد بها أي قيود على التدخين.^{٢٣}

توصلت الجمعية الأمريكية لمهندسي التبريد والتدفئة وتكييف الهواء (ASHRAE)، وهي منظمة رائدة للخبراء العاملين في مجال التهوية، أن "السبيل الوحيد للتخلص من الخطر الصحي المرتبط بالتعرض للتدخين السلبي في الأماكن المغلقة بشكل فعال هو حظر نشاط التدخين." وقد تبين للجمعية عدم وجود أي أساليب هندسية ومنها تكنولوجيات التهوية المخففة وتنظيف الهواء الحالية والمتقدمة، من شأنها مكافحة المخاطر الصحية الناتجة عن التعرض لدخان التبغ البيئي في الأماكن المسموح فيها بالتدخين.^{٢٤}

تقر مستندات من الشركة البريطانية الأمريكية للتبغ أن التهوية وترشيح الهواء وسائل غير فعالة في التخلص من دخان التبغ البيئي. وبالرغم من ذلك، فقد روجت الشركة بصورة واسعة لهذه التكنولوجيات في قطاع الضيافة منذ منتصف التسعينيات.^{٢٥}

- ٩٨٪ بأن مكان العمل أصبح أكثر صحية بسبب القانون. ٣١ وقد ارتفعت معدلات الالتزام إلى ما يقرب من نسبة ٩٥٪.
- قامت مدينة مكسيكو بسن قانون حظر التدخين في أبريل ٢٠٠٨. وارتفع تأييد القانون من ٥٠٪ في مارس ٢٠٠٨ إلى ٦٦٪ في ديسمبر ٢٠٠٨. وأثناء السنة الأولى بعد إصدار القانون، ساعدت التوعية العامة المستمرة وتنفيذ القانون على زيادة معدلات الالتزام من ٨٠٪ إلى ٩٥٪. ٣٢
- لا تضر قوانين حظر التدخين بصناعة الضيافة. ففي الواقع، تبين أن قوانين حظر التدخين في بعض الدول قد أفادت اقتصادياتها.
- إن السبيل الفعال الوحيد لحماية العامة من التدخين السلبي هو سن قوانين حظر التدخين الشاملة التي تغطي كافة أماكن العمل المغلقة والأماكن العامة. فالقوانين الجزئية و/أو تخصيص أماكن أو غرف للتدخين غير فعالة.
- إن أطراف اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ ملزمون قانوناً باعتماد وتنفيذ قوانين حظر تدخين فعالة.
- يمكن تطبيق قوانين حظر التدخين في كل دولة بغض النظر عن المستوى الثقافي، أو المناخ، أو مستوى الدخل.

الرسائل الرئيسية

- يعتبر التدخين السلبي سبباً معروفاً للوفاة والإصابة بالأمراض، فليس هناك مستوى آمن للتعرض للتدخين السلبي.
- تحسن قوانين حظر التدخين الصحة العامة عن طريق تقليل تعرض العامة للتدخين السلبي، ومساعدة المدخنين على تقليل استهلاكهم من السجائر، ومساعدتهم على الإقلاع عن التدخين.

(1) Oberg M, Jaakkola MS, Woodward A, Peruga A, Pruss-Ustun A. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. Lancet 2010. (2) Ministry of Health and Family Welfare Bangladesh, World Health Organization Country Office of Bangladesh. Global Adult Tobacco Survey: Bangladesh Report 2009: World Health Organization, 2009. (3) Centers for Disease Control and Prevention. Global Adult Tobacco Survey Fact Sheet: China. Atlanta: CDC, 2010. (4) Centers for Disease Control and Prevention. Global Adult Tobacco Survey Fact Sheet: Egypt: CDC, WHO, 2009. (5) Centers for Disease Control and Prevention. Global Adult Tobacco Survey Fact Sheet: Russian Federation: CDC, WHO, 2009. (6) U.S. Department of Health and Human Services. How tobacco smoke causes disease: the biology and behavioral basis for smoking-attributable disease: a report of the Surgeon General. Rockville, MD: Dept. of Health and Human Services. Public Health Service, Office of Surgeon General, 2010. (7) U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. Atlanta, 2006. (8) World Health Organization International Agency for Research on Cancer. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risk to Humans. Lyon: WHO IARC, 2004. (9) U.S. Institute of Medicine. Secondhand smoke exposure and cardiovascular effects: Making sense of the evidence. Washington, DC: Institute of Medicine, 2009. (10) World Health Organization International Agency for Research on Cancer. Evaluating the Effectiveness of Smoke-free Policies. IARC Handbook of Cancer Prevention. Lyon: WHO IARC, 2009. (11) Hyland A, Travers MJ, Dresler C, Higbee C, Cummings KM. A 32-country comparison of tobacco smoke derived particle levels in indoor public places. Tob Control 2008;17(3):159-65. (12) New York City Department of Finance, Department of Health and Mental Hygiene, Department of Small Business Services, Economic Development Corporation. The state of smoke-free New York City: A one-year review. New York: Department of Health and Mental Hygiene, 2004. (13) The World Bank. Curbing the epidemic: Governments and the economics of tobacco control. Washington, DC: The World Bank, 1999. (14) Fong GT, Hyland A, Borland R, Hammond D, Hastings G, McNeill A, 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 ITC Ireland/UK Survey. Tobacco Control 2006;15 Suppl 3:iii51-8. (15) Botello-Harbaum MT, Haynie DL, Iannotti RJ, Wang J, Gase L, Simons-Morton B. Tobacco control policy and adolescent cigarette smoking status in the United States. Nicotine Tob Res 2009;11(7):875-85. (16) Mackay D, Haw S, Ayres JG, Fischbacher C, Pell JP. Smoke-free legislation and hospitalizations for childhood asthma. N Engl J Med 2010;363(12):1139-45. (17) Royal College of Physicians. Passive Smoking and Children: A report by the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. London: Royal College of Physicians, 2010. (18) Behan DF, Eriksen MP, Lin Y. Economic effects of environmental tobacco smoke. Schaumburg: Society of Actuaries, 2005. (19) Scollo M, Lal A, Hyland A, Glantz S. Review of the quality of studies on the economic effects of smoke-free policies on the hospitality industry. Tob Control 2003;12(1):13-20. (20) van Walbeek C, Blecher E, van Graan M. Effects of the Tobacco Products Control Amendment Act of 1999 on restaurant revenues in South Africa--a survey approach. S Afr Med J 2007;97(3):208-11. (21) Gonzalez-Rozada M, Molinari M, Virgolini M. The economic impact of smoke-free laws on sales in bars and restaurants in Argentina. CVD Prevention and Control 2008;3(4):197-203. (22) World Health Organization. Protection from exposure to second-hand smoke: Policy recommendations, 2007. (23) Fernandez E, Fu M, Pascual JA, Lopez MJ, Perez-Rios M, Schiaffino A, et al. Impact of the Spanish smoking law on exposure to second-hand smoke and respiratory health in hospitality workers: a cohort study. PLoS One 2009;4(1):e4244. (24) Capital Medical University. Fine Particles Density Monitoring Research on the Air in Six Types of Places in Beijing. Beijing: Capital Medical University, 2008. (25) Erazo M, Iglesias V, Droppelmann A, Acuna M, Peruga A, Breyse PN, et al. Secondhand tobacco smoke in bars and restaurants in Santiago, Chile: evaluation of partial smoking ban legislation in public places. Tob Control 2010;19(6):469-74. (26) American Society of Heating Refrigerating and Air Conditioning Engineers (ASHRAE). Environmental tobacco smoke: Position document. Atlanta: ASHRAE, 2005. (27) Leavell NR, Muggli ME, Hurt RD, Repace J. Blowing smoke: British American Tobacco's air filtration scheme. British Medical Journal 2006;332(7535):227-29. (28) Quirk Global Strategies. Smoke-free Support in Indonesia. Survey: Quirk Global Strategies, 2010. (29) Quirk Global Strategies. Smoke-free Support in Ukraine. Survey: Quirk Global Strategies, 2008. (30) Quirk Global Strategies. Smoke-free Support in Russia. Survey: Quirk Global Strategies, 2010. (31) Office of Tobacco Control. Smoke-Free Workplaces in Ireland; A One-Year Review. Clane: Office of Tobacco Control, 2005. (32) Crosbie E, Sebrie EM, Glantz SA. Strong advocacy led to successful implementation of smokefree Mexico City. Tob Control 2011;20(1):64-72.