AFRICAN UNION

UNION AFRICAINE

الاتحاد الأفريقي

UNIÃO AFRICANA

أثر استخدام التبغ على الصحة والتنمية الاجتماعية-الاقتصادية في أفريقيا

تقرير حول الوضع الراهن

تمهيد

يعد استخدام التبغ السبب الرئيسي الوحيد للوفاة في العالم الذي يمكن تجنبه وأكثر قضايا الصحة العامة أهمية في وقتنا هذا؛ فالتدخين يقتل أناساً أكثر من الكحول والإيدز وحوادث السيارات والمخدرات وجرائم القتل وحوادث الانتحار مجتمعة، وكذلك يموت المزيد من الآلاف جراء أسباب تتعلق بالتبغ مثل التعرض للبيئة الملوثة بدخان التبغ (كذلك يسمى بالتدخين السلبي) واستخدام التبغ عديم الدخان والحرائق التي يسببها التدخين.

لقد تلقت الدول النامية، وبخاصة في قارة أفريقيا، خلال العقد الماضي اهتماماً لا مثيل له من منظمة الصحة العالمية (WHO) وذلك في أعقاب الزيادة المطردة في انتشار التدخين. هذه الزيادة يؤدي إليها في المقام الأول إلتزام شركات تصنيع التبغ بإنشاء أسواق جديدة في دول العالم الثالث، وحاجتها لتلك الأسواق الجديدة كنتيجة لمواجهتها لتراجع أسواقها في الدول المتقدمة حيث بدأت حكومات تلك الدول ومجموعات مناهضة التبغ فيها في منتصف التسعينات بتعجيل تنفيذ السياسات التي تهدف لخفض استخدام التبغ.

تشمل تأثيرات منتجات التبغ على الصحة العامة في أفريقيا – شأنها شأن كل مكان في العالم- سرطان الرئة والأمراض القلبية الوعائية والسكتات الدماغية وأمراض الجهاز التنفسي وأمراض أخرى تتعلق بالتبغ. لا تقتصر التأثيرات السلبية لاستخدام التبغ على مستخدميه فقط؛ فالأشخاص الذين يتعرضون للدخان الناتج عن التدخين يكونون أيضاً أكثر عرضة لخطر الإصابة بسرطان الرئة وأمراض الشرايين التاجية وكذلك الإصابة بمشكلات صحية مزمنة.

يرى هذا التقرير التدخلات –خاصة منع استخدام التبغ- بمثابة استثمارات اقتصادية ممتازة؛ لأنها إذا تم تطبيقها مبكراً ستحد من الحاجة للعلاج المكلف. فضلاً عن ذلك، فإن هذه الإجراءات يمكن تنفيذها بغض النظر عن مستوى الموارد والمجتمعات والدول، كذلك فإن التقرير يختبر الصلة بين الفقر واستخدام التبغ متوصلاً إلى أن عبء التبغ يؤثر على الفقراء على نحو غير متكافيء.

التبغ عبارة عن محصول نقدي رئيسي لمزارعي التبغ في بعض المناطق الأفريقية، حيث نجد مزارعين للتبغ على نطاق ضيق في أفريقيا يوفرون دخل أسرهم عن طريق زراعة التبغ ؛ فالتبغ غالباً ما يجلب أسعاراً أعلى في السوق بالمقارنة بمحاصيل الطعام التقليدية. مع ذلك، يكون هؤلاء المزارعين عرضة للتحديات البيئية وتغيرات النظام البيئي التي يتسبب فيها زراعة التبغ. تؤثر هذه التحديات على كمية وقيمة محاصيل التبغ من عام لآخر.

بينما يقوم العالم باستعراض التقدم المحرز نحو الأهداف الإنمائية للألفية (MDGs) بحلول ٢٠١٥، تكون غالبية الدول الأفريقية في طريقها للإخفاق في تحقيق معظم هذه الأهداف. يعد التبغ أحد العوامل المسهمة باستمرار في عرقلة جهود أفريقيا في تحقيق أهداف MDGs لأنه يؤثر في كل مناحي الصحة والاقتصاد والتنمية لأفريقيا كما أنه مسئول عن الفقر المدقع وسط مجتمعات زراعة التبغ. يمكن أن تساعد مكافحة التبغ في تحقيق أهداف MDGs بعدد من الطرق.

ينبغي أن تتضمن استجابتنا لاستخدام التبغ تنفيذ التزامات قانونية وأخلاقية محددة بواسطة الدول الأعضاء في الاتحاد الافريقي مثل تأسيس آليات فعالة للمساءلة. كما أن رصد التقدم الذي يتم إحرازه لا يجب أن يقتصرعلى التركيز على البيانات فقط وإنما يجب أن يسعي للدعوة إلى التغيير مرسخاً أن هناك وجوهاً خلف هذه الأرقام.

سعادة الدكتور/ مصطفى صِدّيقي كالوكو
مفوض الشئون الاجتماعية
مفوضية الاتحاد الإفريقي

جدول المحتويات

تمهيد i
شكر وتقدير ii
ملخص تنفيذي iii
مقـــــدمـــة ١
الوبائيات الناجمة عن استخدام التبغ ٢
تصنيف منتجات التبغ ٣
التوجهات في أفريقيا ٤
الاستهلاك ٤
الإنتاج ٤
التأثيرات الصحية لاستخدام التبغ وللدخان السلبي ٥
الأثر الاجتماعي-الاقتصادي للتبغ ٦
استخدام التبغ ٩
إنتاج التبغ ٩
الأثر البيئي لزراعة التبغ ١٠
مكافحة التبغ ١٢
الاتفاقية الإطارية لمكافحة التبغ ١٢
السياسات والتدخلات ١٣
العوائق التي تواجه مكافحة التبغ ١٩
الفجوات والخطوات المقبلة ٢٠
المراجع ٢١

جدول ١: منتجات التبغ الشائعة ٥
جدول ٢: التأثيرات الصحية للتدخين ٥
جدول ٣: تأثيرات الدخان السلبي ٦
جدول ٤: أثر التبغ على أهداف MDGs ٨
جدول ٥: ملخص إجراءات الاتفاقية الإطارية لمكافحة التبغ (FCTC) ١٦
جدول ٦: وضع التشريعات الشاملة لمكافحة التبغ في أفريقيا ١٣

إطار ١: استهلاك التبغ والسل: جنوب أفريقيا والمغرب ٧
إطار ٢: إنتاج التبغ في تنزانيا وملاوي ٨
إطار ٣: مكافحة التبغ: غانا ١٨

شكل ١: الدول الأعضاء وغير الأعضاء ف ي الاتفاقية الإطارية لمكافحة التبغ (FCTC) ١٢
شكل ٢: تنفيذ إجراءات منع التدخين في أفريقيا، ٢٠١٠ ..... ١٤
شكل ٣: تنفيذ إجراءات الإقلاع عن التدخين في أفريقيا، ٢٠١٠ ..... ١٤
شكل ٤: تطبيق إجراءات التصنيف والتغليف في أفريقيا، ٢٠١٠ ..... ١٠
شكل ٥: تنفيذ حظر الإعلان في أفريقيا، ٢٠١٠ ..... ١٢
شكل ٦: تنفيذ إجراءات فرض الضرائب في أفريقيا ٢٠١٠ ..... ١٣

شكر وتقدير

قامت مفوضية الاتحاد الإفريقي (AUC) بإنتاج هذه الوثيقة.

تتوجه المفوضية بشكرها الخاص لكل من الأكاديمية الوطنية الأمريكية للعلوم ومبادرة تنمية أكاديميات العلوم الأفريقية وحملة من أجل أطفال بلا تبغ لما قدموه من دعم فني ومراجعة للتقرير.

ملخص تنفيذي

خلال العقد الماضي، أبدى المجتمع الدولي التزاماً قوياً بمكافحة التبغ، وخاصة في الاتفاقية الإطارية لمنظمة الصحة العالمية (WHO) لمكافحة التبغ (FCTC)، والتي تعد أول معاهدة عالمية للصحة. لقد تم التأكيد على هذا الالتزام في أفريقيا على الصعيد القومي والإقليمي والقاريّ، لكن تظل إجراءات مكافحة التبغ في أفريقيا غير متكافئة وغير متسقة.

مع تزايد استخدام التبغ في أفريقيا، نجد توجهات مثيرة للقلق ولا سيما الزيادة السريعة في المدخنين من النساء والشباب بالإضافة إلى تعدد أشكال استخدام التبغ. فبينما يقل معدل التدخين في الدول المتقدمة، نجد أن شركات تصنيع التبغ قد زادت من جهودها لتوسيع حصتها من السوق في الدول النامية وخاصة في أفريقيا حيث نجد استهلاك التبغ في زيادة مطردة.

بالرغم من أن تأثيرات التبغ المدمرة للصحة معروفة جيداً، إلا أن هذه المعلومات الحيوية لم تصل لعامة الناس وخاصة ذوي الحالة الاجتماعية-الاقتصادية المتدنية. تفرض هذه التأثيرات الصحية السلبية عبئاً ثقيلاً على كاهل الأنظمة الصحية في الدول الأفريقية والتي تحيط بها بالفعل العديد من التحديات الأخرى، فالإجراءات الحالية لمكافحة التبغ لن تكون كافية لمواجهة وقع تأثير استخدام التبغ.

فشلت معظم الدول الأفريقية في تحقيق إلتزاماتها الواردة في اتفاقية FCTC كما أن العديد من الدول لم توقع على هذه الاتفاقية كأعضاء فيها. حيث تتطلب مكافحة التبغ إلتزاماً قومياً قوياً مع استخدام إجراءات غير تقليدية أحياناً مثل فرض الضرائب أو فرض القيود على نشاط القطاع الخاص بالإضافة إلى استثمار كبير في قطاعيّ الصحة والتنمية من أجل كلاً من برامج الإقلاع عن التدخين وبرامج استبدال المحاصيل على التوالي. كما يتطلب الأمر كذلك نهجاً متسقاً بين القطاعات الحكومية المتعددة من أجل الوقاية بالشراكة مع المنظمات غير الحكومية (NGOs) ووكالات أخرى.

يتزايد إنتاج التبغ في القارة وتستمد العديد من الدول العوائد من خلال زراعته وتصديره، فحيث تتزايد معالجة ورقة التبغ حتى تحولها لمنتج نهائي مما يحمل بعض الفوائد الاقتصادية للعمالة والعوائد، ومع ذلك فإن الدلائل توضح أن الفوائد الاقتصادية لا تصل للفقراء، وبدلاً من ذلك نجد أن صحة صغار المزارعين والعمال الموسميين والأطفال الذين يعملون في هذه الصناعة عرضة لخطر كبير. تتركز العوائد الناتجة عن إنتاج التبغ بشكل كبير في أيدي التجار الدوليين والمسئولين الحكوميين المكلفين بتنظيم الصناعة.

يقتل التبغ ما يزيد على ٥ ملايين شخص سنوياً على مستوى العالم ومسئول عن ٣٪ من معدل الوفيات في القارة الأفريقية. فمع الزيادة المستمرة في استخدام التبغ، سوف يستمر تزايد الوفيات المنسوبة للتبغ وتستفحل مشكلات صحية أخرى مثل مرض السل (TB). فأفريقيا تقف في مفترق طرق مهم لمكافحة التبغ حيث يمكن أن تؤدي الوقاية الفعّالة إلى تجنب وباء قد اجتاح دول ومناطق أخرى حول العالم.

مقـــــــدمـــــة ١

تُعرِّف منظمة الصحة العالمية (WHO) التبغ بأنه السبب الرئيسي للوفاة الذي يمكن تداركه في العالم وتلاحظ -نظراً للتوجهات الحالية- أن التبغ سوف يقتل ١ مليار شخص في القرن الـ٢١ .[٢] ستكون ثمانون بالمائة من هذه الوفيات في الدول ذات الدخل المنخفض أو

المتوسط (LMICs) بما فيها الدول في القارة الإفريقية. تشير التقديرات إلى أن التبغ يقتل واحداً من كل اثنين من مستخدميه وهو معدل وفيات أعلى من أي مرض آخر.[٣] كما أنه ثاني أكبر عامل مخاطرة للعبء العالمي للمرض عند نسبة ٦,٣٪ من سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز (DALY).[٤]

دخل التبغ إلى أفريقيا عن طريق التجار الأوروبيين في القرن الـ١٦ وتمت زراعته كمحصول تجاري للاستهلاك الأوروبي.[٢] في منتصف القرن الـ٢٠، بينما أصبحت تأثيرات التبغ معروفة جيداً، انخفض استهلاك وإنتاج التبغ من خلال مجموعة من القوانين وانخفاض الطلب في الدول ذات الدخل المرتفع (HICs). بالتالي سعت الشركات متعددة الجنسيات لفتح أسواق في أماكن أخرى. لقد اتسع نطاق الأسواق ليصل إلى أفريقيا في السنوات الـ٢٠ الماضية حيث يكون الشباب عرضة للاستهداف الشرس بواسطة شركات تصنيع التبغ وازدادت زراعة التبغ كمحصول نقدي.[٤]

على مدى السنوات الـ٦٠ الماضية أصبحت المعلومات بشأن زراعة واستخدام التبغ متاحة وكذلك آثاره الصحية والاجتماعية-الاقتصادية والبيئية، هذه المعلومات تتضمن اقتصاديات التبغ وتسويقه من قِبل الشركات المصنعة والتي قامت في الماضي بحجب الجهود الرامية لرفع مستوى الوعي العام بشأن هذه المعلومات، وبينما يصعب في أفريقيا الحصول على البيانات الشاملة بشأن العرض والطلب والتأثيرات فإن الأبحاث في دول أخرى لها أهمية وبخاصة الأبحاث المتعلقة بالصحة والبيئة، والدلائل من أفريقيا تُظهر مسارات مماثلة كتلك التي ظهرت في دول LMICs أخرى مشيرة إلى وجود وباء في الانتظار ما لم يتم اتخاذ إجراءات فعالة على الفور.

بالرغم من محاولات مكافحة التبغ على الصعيد الإقليمي والدولي فإن التبغ لا يزال منتجاً يستخدم بكثافة نظراً للأدلة التي تشير لارتفاع معدل إدمانه ومقدار التسويق والتأثير السياسي الذي تتبعه شركات التبغ. في ظل المجهود العالمي للتصدي للوباء والمرض الذين يتسبب فيها التبغ، أنتج المجتمع الدولي اتفاقية منظمة الصحة العالمية (WHO) الإطارية لمكافحة التبغ (FCTC) وهي أول معاهدة دولية للصحة العامة. تمثل متطلباتها التي توجهها للحكومات كي تقوم بالتصدي لاستخدام التبغ حدود دنيا مقترحة. حيث يتم تشجيع الدول على سن إجراءات أكثر صرامة لتضييق الخناق على التبغ.

تحتل أفريقيا مكانةً فريدة في مجال مكافحة التبغ حيث يمكن أن تكون الوقاية فعالة للغاية في تفادي الكثير من وباء التبغ. نظراً لما هو معروف عن طبيعة التبغ الإدمانية وتأثيراته الصحية والبيئية الخطيرة والباهظة والاضطرابات الاجتماعية والاقتصادية التي تتسبب فيها هذه التأثيرات السلبية، فإن الإجراءات الشاملة والمستندة إلى الدلائل قد ينتج عنها إنقاذ ملايين الأرواح وتوفير ملايين الدولارات.

الوبائيات الناجمة عن استخدام التبغ

في عام ١٩٩٤ قام لوبيز وزملاؤه بتحديد نموذج يتكون من أربعة مراحل تصف استخدام التبغ وتأثيراته القائمة على أكثر من ١٠٠ عام من مراقبة التدخين في HICs، ويرد وصف المراحل الأربع أدناه.

- **المرحلة الأولى:** في بداية الوباء نجد أن معدل انتشار التدخين بين الذكور يكون تحت ٥١٪ ويكون أقل منه بين الإناث حيث يكون تحت (٥-١٠٪). فلا تشكل الوفيات الراجعة للتبغ نسبة كبيرة من الوفيات في الدولة. بينما يصبح استخدام التبغ مقبولاً اجتماعياً يتزايد انتشاره. تكون هذه المرحلة غالباً قصيرة وتستمر قرابة ٢٠ عاماً.

- **المرحلة الثانية:** يزداد انتشار التدخين بين الذكور بسرعة ويبلغ ذروته مابين ٥٠-٨٠٪ ويكون الأمر مشابه عبر شرائح المجتمع الاجتماعية-الاقتصادية. أما عن انتشاره بين الإناث فيتأخر ولكنه يستمر أيضاً في الازدياد، وتزداد الوفيات الناتجة عن استخدام التبغ في الذكور (نحو ١٠٪) لكنه لا يزال نادراً بين الإناث. تزداد معدلات سرطان الرئة بصفة خاصة بشكل كبير. تستمر هذه المرحلة من ٢٠ إلى ٣٠ عاماً، كما أن المعلومات المتعلقة بتأثيرات التبغ لا يتم إذاعتها للجمهور بشكل ثابت ويساء فهمها عموماً وينتج عن ذلك القليل من الاستراتيجيات للوقاية المنهجة والإقلاع عن التدخين.

- **المرحلة الثالثة:** يصبح الإلمام بتأثيرات التدخين أكثر انتشاراً. يبدأ انتشار التدخين بين الذكور في الانخفاض بينما يصل انتشاره بين الإناث لذروة دنيا وأيضاً يبدأ في الانخفاض لاحقاً خلال عقد أو نحوه. يصبح التفاوت عبر الطبقات الاجتماعية-الاقتصادية واضحاً بينما يسيطر الإقلاع عن التدخين أولاً على ذوي الوضع الاجتماعي-الاقتصادي الأعلى. تزداد الوفيات الناتجة عن التبغ بشكل كبير بين الذكور بدءاً من ١٠٪ وحتى ٥٢-٣٠٪ ولكن تظل الوفيات بين الإناث منخفضة ولكنها تتزايد. مع ذلك، قد تبلغ الوفيات بين الإناث ٥٢٪ في نهاية هذه المرحلة.

- **المرحلة الرابعة:** من المتوقع أن يكون انتشار التدخين بين الذكور والإناث في تراجع وأن تنخفض وفيات الذكور المتكافئة كذلك بعد وصولها للذروة. ومع ذلك فقد تستمر وفيات الإناث في الازدياد قبل وصولها لذروتها عند نهاية المرحلة.

لاحظ لوبيز وبعض زملاءه أن هذه المراحل مرنة وأنه ليس كل دولة لديها نفس الخبرات وخاصة أن المعرفة والأعراف العالمية تغيرت على مدار القرن الماضي. برغم ذلك فإنه بدون التدخل الممنهج لمنع بدء التدخين أو الترويج للإقلاع عن التدخين في المراحل المبكرة فإنه يتوقع أن يكون هذا المسار الأكثر احتمالاً . يلاحظ الشكل التحليلي عقدين إلى ثلاثة عقود من تأخر التأثيرات الصحية المرتبطة بالتدخين وبخاصة الأمراض القلبية الوعائية والسرطان والتي تبين كلاً من أهمية التدخل المبكر ودلالتة الاستراتيجية بالإضافة إلى صعوبة التأثير في تغيير السلوك بدون سياسة قوية. لا يأخذ النموذج –بناءاً على خبرات HICs- في حسبانه السياق الاقتصادي والوبائي لدول LMICs والتي قد يكون لها تأثيرات متضافرة أو معززة.[٥]

يُظهر المناخ العالمي أن العديد من دول HICs قد وصلت إلى المرحلة الرابعة وتختبر الآن انخفاضات في الوفيات الراجعة للتبغ مقابل تعزيز الصحة المدعوم بواسطة سياسات قومية متعاقبة وترتكز على المجتمع تقوم بالحد من الوصول إلى وتسويق منتجات التبغ وتخفض من القبول الاجتماعي لاستخدامه.

تكون الدول ذات الدخل المتوسط مثل الصين ودول شرق أوروبا في المرحلة الثانية والثالثة بينما دول شمال أفريقيا في المرحلتين الأولى والثانية أما باقي القارة الأفريقية فهي في المرحلة الأولى بشكل كبير.

تقدم القارة الأفريقية –كونها في المرحلة الأولى بصفة أساسية- فرصاً قيّمة في مجال الوقاية.[٦] ففي سنغافورة –حيث تم تطبيق سياسات قوية مضادة للتبغ بينما الدولة لا تزال في المرحلة الأولى- وصل انتشار التبغ بين الذكور إلى ذروته عند ٤٢٪ في عام ١٩٧٨ وبعدها انخفض بشكل مطرد . في عام ٢٠٠٧، كان انتشار التدخين بين البالغين في سنغافورة ١٣,٦٪ بالرغم من أن أحدث الاستقصاءات الصحية الديموغرافية (DHS) أشارت إلى زيادة في انتشار التدخين بين أصغر الفئات العمرية سناً (بما فيها من هم أقل من ١٨) مشيراً إلى أنه من أجل تخفيض التدخين وتأثيراته على المدى الطويل قد يكون مطلوباً كذلك تطبيق استراتيجيات أكثر صرامة .[٧] أما في الوقت الراهن، تحتبر دول LMICs معدلات تدخين واستخدام للتبغ أعلى من دول HICs ومن المتوقع أن تنخفض الوفيات بسبب التبغ في دول HICs بينما تتضاعف في دول LMICs.[٨]

يزيد التوزيع الجغرافي لعبء التبغ من تفاقم الفوارق الصحية الحالية بين الجنسين وبين المجموعات الاجتماعية-الاقتصادية والسنية والعرقية المختلفة ومستويات الدخل والمستويات التعليمية. كذلك فإن الذكور يدخنون أكثر من الإناث. عموماً يميل المدخنون لأن يكونوا أفقر وأكبر سناً وأقل تعليماً.[٩]

تصنيف منتجات التبغ

بينما يبرر التبغ المدَخن أغلبية استهلاك التبغ، فإن هناك أشكال أخرى شائعة من التبغ عديم الدخان أيضاً. كذلك يمكن التفريق بين أنواع التبغ بحسب عملية معالجتها وهي مقسمة بشكل تقريبي إلى أربعة أنواع:

- **التبغ المعالَج بالدخان:** يُستخدم في صناعة السجائر. حيث يستغرق التبغ المعالَج بالدخان أسبوعاً وينتج عنه مكونات تحتوي على درجة عالية من السكر ونيكوتين بدرجة متوسطة إلى عالية. وأكثر أنواع التبغ المعالَج بالدخان شيوعاً هو فيرجينيا وهو أكثر الأنواع زراعة في العالم حيث يتطلب المناخ الدافيء والرطوبة.
- **التبغ المعالج بالهواء:** بورلي هو عبارة عن تبغ معالج بالهواء، وهو ثاني أكثر أنواع التبغ شيوعاً في العالم ويستخدم في السجائر. تحتوي مكوناته على نسبة سكر أقل من التبغ المعالَج بالدخان.
- **التبغ المعالَج بالنار:** يحتوي على نسبة عالية من النيكوتين ونسبة منخفضة من السكر. يستخدم بشكل عام في السيجار والغليون والنشوق وتبغ المضغ.
- **التبغ المعالَج بالشمس:** يمثل نسبة ضئيلة من السوق العالمي. حيث يحتوي على نسبة منخفضة من السكر وكذلك النيكوتين ويمكن زراعته في التربة الجدباء. يتم معالجته وتخميره وإعادة ترطيبه بشكل يختلف عن أنواع التبغ المعالَجة الأخرى.

يترتب على طرق معالجة التبغ آثاراً بالنسبة لعمليات الزراعة والمُدخلات وكذلك على خصائصه الإدمانية، كما أنها تؤثر سلباً على تسويق التبغ والقدرة على إنتاجه بكميات كبيرة (أو التوسع في إنتاج التبغ على نطاق كبير).

يوجد العديد من أنواع منتجات التبغ بعضها يوجد في أشكال تقليدية مثل الغليون وأوراق التبغ التي يتم لفها يدوياً وبعض أشكال تبغ المضغ، والبعض الآخر الذي تم استحداثه مؤخراً مثل السجائر المصنعة والسجائر الإلكترونية والتبغ القابل للذوبان، وستجد بعض أنواع التبغ الشائعة مدرجة في جدول ١.

جدول ١: منتجات التبغ الشائعة

السجائر	هي أكثر أشكال منتجات التبغ شيوعاً إلى حد كبير، فالسجائر المصنعة يتم معالجتها في المصنع وتباع في شكل منتج نهائي. تتكون من تبغ مفروم ومواد كيماوية، ويتم استهلاكها بإشعالها من أحد طرفيها وتدخينها من الطرف الآخر وعادة يكون ذلك من خلال فلتر. سجائر Kretek هي أحد أنواع السجائر التي تحتوي على قرنفل وأعشاب أخرى.
سجائر بيدي	بيدي هي أوراق التندو (أوراق شجرة إيبوني الأسيوية) ملفوفة يدوياً ويتم إشعالها من أحد طرفيها واستنشاقها من الطرف الآخر. أما سجائر الستيكس فهي مماثلة للبيدي ولكنها أكبر حجماً.
سجائر اللف	ذات شعبية في أوروبا، فسجائر اللف تتكون من تبغ يقوم المدخن بلفه في ورق سجائر مصمم خصيصاً لهذا الغرض، وهي بدون فلتر وتعطي مستويات عالية من النيكوتين ونواتج الحرق.
الغليون	تتكون من وعاء وساق،ويتم إشعال التبغ المفتت أو المقطع في وعاء الغليون واستنشاقه من خلال الساق. كذلك يوجد الغلايين المائية مثل الأرجيلة والتي تتضمن استخدام وعاء من الماء لتصفية الدخان بالرغم من أنه لم يتم تقليل التعرض للمركبات المسرطنة، تتضمن الأرجيلة عادة استخدام الشيشة أو التبغ المنكه بنكهات الفاكهة (المعسل).
السيجار	مع وجود التبغ المخمر ممزوجاً داخله، يحتوي السيجار على نسبة نيكوتين ومواد مهيجة أعلى من السجائر، كما أن له أحجاماً متعددة، ويتم استهلاكه بأن يتم إشعال أحد طرفيه وتدخينه من الطرف الآخر. جدير بالذكر أن بعض أنواع السيجار معدة كي يتم تدخينها من الطرف المشتعل.
تبغ المضغ أو التبغ الرطب	هو أحد أشكال التبغ عديم الدخان، ويتضمن وضع (أو حشو) كمية قليل من تبغ المضغ داخل الخد والذي يتم مصه أو مضغه، و يحتاج المستخدم في الغالب إلى بصق مزيج من اللعاب وعصارة التبغ.
النشوق	هو شكل آخر من أشكال التبغ عديم الدخان، فالنشوق هو عبارة عن تبغ مطحون تماماً ويتم استنشاقه أو يتم فركه على اللثة أو الأسنان أو يتم وضعه داخل الخد (عادة في الجزء الجرابي من الخد)، وغالباً ما يتطلب من المستخدم أن يبصق. من الأشكال المماثلة للتبغ عديم الدخان هو السعوط "Snus" وهو من السويد ويتم معالجته بدون أي إضافات ولا يتطلب البصق.
التبغ القابل للذوبان	تم استحداثه لتجنب الإزعاج الناتج عن الدخان وتكون البلغم، حيث يتم طحن التبغ القابل للذوبان تماماً ويكون متماسكاً بواسطة لواصق غذائية في شريط صغير يتم وضعه على اللسان أو داخل الخد ويذوب بشكل كامل.
السجائر الإلكترونية	بينما هي ليست أحد أشكال التبغ ولكن السجائر الإلكترونية(e-cigarettes) تعتبر وسيلة مساعدة ممكنة في الإقلاع عن التدخين وفي توفير النيكوتين في نفس الوقت الذي تتجنب فيه العديد من المواد الإدمانية الموجودة في السجائر، وعلى الرغم من ذلك ليس هناك ما يؤكد فائدتها في الإقلاع عن التدخين أو تقليل خطر التأثيرات الصحية.

المصدر: Eriksen et al.,٢٠١٢

التوجهات في أفريقيا

الاستهلاك

نظراً لنقص البيانات الشاملة واسعة المحتوى، فإنه من الصعب تعيين توجه واضح للاستهلاك، فوفقاً للتقديرات المتحفظة بين عامي ١٩٩٥ و ٢٠٠٠، ارتفع استهلاك التبغ بنسبة ٢,٧٪ في دول LMICs وفي أفريقيا (خارج نطاق شمال أفريقيا) بنسبة ٣,٢٪ بالرغم من أن أغلبية الحكومات في أفريقيا قد التزمت بتنفيذ اتفاقية FCTC إلا أن مكافحة التبغ ظلت أولوية صحية دنيا حيث تواجههم مشكلات صحية أخرى.[١١]

ما يجعل ارتفاع إستهلاك التبغ أكثر تعقيداً هو أن معظم المدخنين الجدد هم من صغار السن الذين تتراوح أعمارهم ما بين ١٣-١٨ عاماً، وفي أغلب الأحيان لا تزيد أعمارهم عن ٨ أو ٩ أعوام .[١٢] تجعل الأشكال المختلفة للتبغ بما فيها الغليون والتبغ عديم الدخان والأوراق الملفوفة البيانات أكثر تعقيداً. فبينما يتم في الغالب تقدير معدلات انتشار التبغ من خلال استقصاءات تدخين السجائر إلا أنه من المرجح أن تكون الأرقام تقديراً بخساً لحجم المشكلة .[١٣] حيث تشير معدلات انتشار التبغ المستقاة من الاستقصاءات الصحية الديموغرافية (DHS) في ١٤ دولة أفريقية إلى أن معدل انتشار التبغ بين الذكور يتراوح ما بين ٨٪ في نيجيريا إلى ٢٧٪ في مدغشقر (بيانات ٢٠٠٣).

بشكل عام، تعكس هذه الأرقام معدلات إقليمية أيضاً فنجد معدلات أقل في غرب القارة بينما أعلى المعدلات نجدها ناحية الشرق. أما أشكال التبغ الأخرى فليس لها نفس التنوع الإقليمي في الاستخدام مع وجود أعلى معدلات الاستخدام في ليسوتو (٢٥,١٪) ومعدلات أقل من ٢٪ في عدد من الدول الأخرى (غانا ونيجيريا وإثيوبيا وكينيا وزيمبابوي وتنزانيا). أما بالنسبة للإناث، فنجد أن ناميبيا وحدها تُظهر معدل تدخين للسجائر أعلى من ٢٪ (٥,٩٪)، ومعدلات أعلى من ٢٪ بالنسبة لباقي أشكال التبغ الأخرى جلياً في ناميبيا (٤,٢٪) ورواندا (٤,٣٪) وموزمبيق (٥,٦٪) ومدغشقر (٦,٠٪) .[١٤] عبر أفريقيا (باستثناء شمال أفريقيا) يقدر انتشار التدخين (سن ١٥ فأكثر) بـ ١٨٪ بينما هو ٢١٪ في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا .[١٥] يمكن إيجاد بيانات إضافية عن كل دول أفريقيا مبرزة مدى الانتشار ومعدل الوفيات والنسب التي يمكن عزوها للتبغ في أطلس التبغ والذي يستقي أرقامه من تحليلات منظمة الصحة العالمية (WHO).

الإنتاج

يتم زراعة التبغ في معظم الدول الأفريقية ولكن على الرغم من ذلك فإن التبغ لا يتم زراعته على نسبة كبيرة من الأراضي الزراعية سوى في ثلاث دول فقط ، ويتم معالجته بواسطة مصانع مملوكة إما لمؤسسات الدولة أو لشركات فرعية تابعة لشركات تبغ متعددة الجنسيات ، وفي العديد من الدول يتم إنتاج ورقة التبغ للتصدير.

أحد التقارير التي صدرت مؤخراً بحث تيارات العوائد لكبار زارعي التبغ في أفريقيا ووجد أن:

- تُباع معظم أوراق التبغ التي تتم زراعتها في أفريقيا كمنتج تم معالجته لواحدة من اثنتين من أكبر شركات تجارة أوراق التبغ – يونيفرسال ليف توباكو وألليانس ون إنترناشيونال - والتي تقوم بدورها ببيع المُنتَج لشركات مصنّعة في مكان آخر (محققة صافي ربح سنوي للتجار ٢ مليار دولار).
- جعل الفائض في السوق حالياً التبغ أقل قابلية للاستمرار اقتصادياً في أفريقيا.

أكبر خمس شركات تقوم بالتصدير بالقيمة المذكورة في التقرير مفصلة فيه:

- حالياً ملاوي هي أكبر دولة تزرع تبغ البورلي في العالم، ويشكل التبغ ٥٠٪ على الأقل من الصادرات الخارجية للبلاد.
- تذبذب إنتاج التبغ في زيمبابوي بسبب مسائل سياسية وتغيرات في سياسة الأراضي، ويمثل التبغ ٣١٪ من الصادرات، ويتم بيعه في مزاد مما يزيد من التسعير التنافسي.
- شهدت زراعة التبغ في تنزانيا ارتفاعاً استجابة للتقلبات في زيمبابوي، لكنها لا تزال تشكل ٣٪ فقط من إجمالي الصادرات. حيث يباع كل التبغ بموجب عقد من قبل صغار المزارعين، ويقوم مجلس تنزانيا للتبغ بتوجيه الأسعار.
- استفادت موزمبيق من التقلبات الحادثة في زيمبابوي على الرغم من أن بعض المزارعين على نطاق أكبر في موزمبيق هم في الأساس من زيمبابوي. فبعد أن كان المزارعون من قبل يبيعون المنتج المعالَج بأسعار أقل لدول مجاورة يقومون الآن بالبيع لشركات فرعية قومية لديها مصنع لمعالجة التبغ داخل البلد.
- ازدهرت زراعة التبغ في زامبيا أيضاً على مدار العقد الماضي حيث قام المزارعون الذين تم طردهم من زيمبابوي بزراعة تبغ فيرجينيا المعالج بالدخان بينما قام صغار المزارعين المحليين بزراعة تبغ بارلي، ويتم بيع كليهما في مزاد. مع ذلك تتم بعض الزراعة بموجب عقد. يمثل التبغ ٦,١٪ فقط من الصادرات.

التأثيرات الصحية لاستخدام التبغ وللدخان الناتج عن التدخين

يعتبر التبغ سبباً رئيسياً للوفاة من الأمراض غير المعدية (NCDs) مثل أمراض القلب والسرطان وأمراض الجهاز التنفسي وكذلك بعض الأمراض المعدية مثل السل والذي يمكن أن ينشط ويتفاقم بواسطة استخدام التبغ . يقدر أن الاستخدام المباشر للتبغ يتسبب في ٥ ملايين حالة وفاة سنوياً على مستوى العالم في حين يؤدي التعرض غير المباشر إلى ٦٠٠,٠٠٠ حالة وفاة أخرى. كما يقلل استخدام التبغ أيضاً من متوسط العمر المتوقع بنحو ٢٠-٢٥ عاماً . تبلغ الوفيات الناتجة عن التبغ في أفريقيا حالياً نحو ٣٪.

وفقاً للمراكز الأمريكية لمكافحة الأمراض والوقاية منها، يزيد التدخين من خطر الإصابة بمرض القلب التاجي والسكتة الدماغية وسرطان الرئة وأمراض الرئة الانسدادية المزمنة وتمدد الشريان الأورطي البطني والعقم. كذلك يزيد من خطر ولادة جنين ميت ونقص الوزن عند الولادة في المواليد الذين يولدون لنساء يدخنّ أثناء فترة الحمل. يسبب استخدام التبغ ضرراً لكل عضو من أعضاء الجسم تقريباً (انظر جدول ٢) . تتضمن هذه الروابط التعرض لمخاطر وتأثيرات بيئية أخرى وتقل حدتها عن طريق الفحص والكشف المبكر. على الرغم من ذلك، فإنه بينما يتقدم العمر بالسكان وبينما يزداد عبء الأمراض غير المعدية والأمراض المزمنة في أفريقيا، فإنه من المتوقع أن يزداد أثر التبغ على الصحة.

جدول ٢: التأثيرات الصحية للتدخين

العضو	الأثر على الصحة
العينين	الإصابة بالعمى إعتام عدسة العين (المياه الزرقاء) حرقان وفرط الإدماع وكثرة الومض
المخ والنفس	السكتة الدماغية إدمان/ إنسحاب تغير كيمياء المخ القلق بشأن التأثيرات الصحية للتبغ
الصدر والبطن	احتمال زيادة خطر الإصابة بسرطان الثدي سرطان المريء سرطان المعدة والقولون والبنكرياس تمدد الشريان الأورطي البطني والقرحة الهضمية (المعدة والإثنى عشر والمريء)
الجهاز الدوري	مرض بورغر (التهاب الشرايين والأوردة والأعصاب في الساقين) سرطان الدم النخاعي الحاد
الأذنين	فقد السمع عدوى الأذن
خصوبة النساء	سرطان عنق الرحم فشل المبيض المبكر وانقطاع الطمث المبكر قلة الخصوبة طمث مؤلم
الشعر	يصبح له رائحة ويتغير لونه
اليدين	مرض الأوعية المحيطية وضعف الدورة الدموية
القلب	انسداد الشريان التاجي (النوبة القلبية) ضرر ناتج عن تصلب الشرايين وانسداد الأوعية الدموية التاجية
الجهاز المناعي	ضعف مقاومة العدوى
الكليتين والمثانة	سرطان الكلى وسرطان المثانة
الساقين	مرض الأوعية المحيطية وبرودة القدمين وألم في الساق والغنغرينا انسداد الأوردة العميقة (DVT)
الكبد	سرطان الكبد
الرئتين	سرطان الرئة وسرطان الشعب الهوائية وسرطان الرغامي مرض الانسداد الرئوي المزمن (COPD) التهاب الشعب الهوائية المزمن عدوى الجهاز التنفسي
خصوبة الرجال	العقم وتشوه الحيوانات المنوية وفقدان قدرتها على الحركة وانخفاض عددها
الفم والحلق	العجز الجنسي سرطان الشفتين والفم والحلق والحنجرة والبلعوم التهاب الحلق ضعف حاسة التذوق نَتَنُ النَّفَس (رائحة الفم الكريهة)
الأنف	سرطان الجيوب الأنفية والجيوب الجارأنفية ضعف حاسة الشم
الهيكل العظمي	هشاشة العظام كسر مفصل الفخذ العرضة لمشاكل الظهر سرطان نخاع العظام
الجلد	الصدفية فقدان تناسق لون البشرة والتجاعيد والشيخوخة المبكرة
الأسنان	مرض دَواعِمِ السِّنّ (اللثة) والتهاب اللثة والْتِهابُ دَوَاعِمِ السِّنّ تخلخل الأسنان وفقدان الأسنان تسوس سطح الجذر واللويحة السنية تَلون الأسنان وتصبُّغها
الجروح والجراحة	ضعف التئام الجروح صعوبة التعافي بعد الجراحة حروق من السجائر وبسبب الحرائق التي تتسبب فيها السجائر

المصدر: Eriksen et al.,٢٠١٢

تستخلص الدلائل المتاحة أربع نقاط أساسية تتعلق بالتدخين:[٢٢]

- يسبب التدخين ضرراً لكل عضو رئيسي من أعضاء الجسم البشري
- يقلل الإقلاع عن التدخين من مخاطر الإصابة بالأمراض المتعلقة بالتدخين ويعزز الصحة بشكل عام
- التأثير السلبي لمنتجات التبغ معدّلة الخطورة (تلك التي تحتوي على نسب أقل من القطران والنيكوتين) على الصحة ليس مخفضاً
- من المعروف الآن أن هناك أمراض أخرى إضافية يتسبب فيها التدخين

بالرغم من الإدعاءات التي تروج لعكس كل ما سبق، يكشف العلم بشكل متزايد أنه ليس هناك مستوى آمن لاستهلاك التبغ. بالإضافة إلى ذلك، تؤثر التبعات الصحية السلبية الناجمة عن استخدام التبغ على كل الجسم وليس فقط على الجهاز التنفسيز نظراً لإسهام التبغ بشكل عام في اعتلال الصحة وأثره المتضافر مع مخاطر صحية أخرى فإن ذلك يستدعي إجراء المزيد من الأبحاث ولا سيما استكشاف التأثيرات المدمرة للتبغ مقروناً مع عبء الأمراض المعدية وسوء التغذية في أفريقيا.

بالإضافة إلى التأثيرات المباشرة للتدخين، فإن التعرض غير المباشر أو التعرض للدخان الناتج عن التدخين كذلك يشكل مخاطر صحية كبيرة بالنسبة لغير المدخنين.[٢٣] على الصعيد العالمي، نجد أن ٤٠٪ من الأطفال و٣٠٪ من البالغين غير المدخنين يتعرضون للدخان الناتج عن التدخين .[٢٤] أما في أفريقيا فما يقرب من ٢٠-٣٠٪ من الشباب يسكنون مع شخص مدخن وغالباً ما تتألف المنازل من عدة عائلات أو أقارب . تتضمن المخاطر الصحية للدخان الناتج عن التدخين مرض الشريان التاجي وسرطان الرئة في البالغين ومرض الأذن الوسطى واعتلال الجهاز التنفسي والشعور بالضيق ومتلازمة موت الرضع الفجائي (SIDS) وانخفاض الوزن عند الولادة. بالإضافة إلى ذلك هناك دلائل أولية على أن التعرض للدخان الثانوي يساهم أيضاً في الإصابة بأنواع أخرى من السرطان والداء الرئوي المُسِدُّ المزمن والولادة المبكرة للنساء المدخنات وأورام المخ وابيضاض الدم (سرطان الدم) وإصابة الأطفال بسرطان الغدد الليمفاوية والربو (انظر جدول ٣).[٢٥]

في عام ٢٠٠٤ توفي نحو ٦٠٠,٠٠٠ شخص بسبب التعرض للدخان الناتج عن التدخين منهم ٥٣,٠٠٠ في أفريقيا. نجمت معظم هذه الوفيات عن مرض نقص تروية القلب بالنسبة للبالغين وعدوى الجهاز التنفسي السفلي (LRIs) بالنسبة للأطفال. تقدر سنوات العمر DALY التي تُعزى للدخان الناتج عن التدخين بنحو ١٠,٩ مليون منها ١,٧ مليون في أفريقيا معظمها نتيجة LRIs في الأطفال.[٢٦]

جدول ٣: تأثيرات الدخان الناتج عن التدخين

	دلائل كافية	دلائل مقترِحة
البالغين	مرض الشريان التاجي سرطان الرئة	السكتة الدماغية سرطان الجيوب الأنفية سرطان الثدي سماكة جدار الشريان السباتي الداء الرئوي المُسِدُّ المزمن الولادة المبكرة
الأطفال	مرض الأذن الوسطى (أعراض الجهاز التنفسي (السعال وأزيز التنفس وضيق التنفس اعتلال وظائف الرئة متلازمة موت الرضع الفجائي (SIDS) اعتلال الجهاز التنفسي السفلي (بما في ذلك العدوى) نقص وزن الولادة	أورام المخ سرطان الغدد الليمفاوية ابيضاض الدم (سرطان الدم الربو)

المصدر: Eriksen et al.,٢٠١٢

من المهم إبراز الاستنتاج الذي يتضمن أن الإقلاع عن التدخين يحسن الصحة. ففي أي سن يرتبط الإقلاع عن التدخين بتحسن المؤشرات الحيوية لصحة كل من الأوعية الدموية القلبية والأوعية الدموية المخية والجهاز التنفسي . كما أن ترك التدخين يعد وسيلة فعّالة لمكافحة السل . برغم ذلك، فإنه نظراً لطبيعة التبغ المسببة للإدمان بشكل كبير فإن معدلات ترك التدخين غالباً ما تكون منخفضة في الدول التي لا تطبق سياسات قوية للترويج للإقلاع عن التدخين . بينما لا يزال عبء الأمراض التي يمكن عزوها للتبغ منخفضاً في أفريقيا فإنه سيزداد بشكل سريع مع تزايد استهلاك التبغ. جدير بالذكر أن التدخل الآن على كل من جانب العرض (الزراعة والتسويق) وجانب الطلب (الوقاية منذ بدء التدخين والإقلاع عن التدخين) سيكون له أثراً ثر إيجابي عظيم إيجابياً عظيماً على صحة السكان.

إطار ١: استهلاك التبغ والسل: جنوب أفريقيا والمغرب

جنوب أفريقيا

تشير دراسات من حول العالم إلى أن هناك تأثير مشترك ضار بين التدخين والسل، لكن لم يتم تحديد المخاطر الزائدة بعد. فمن المعروف أن التدخين يؤثر على وظيفة الخلايا التائية في الرئتين ويقلل من النشاط الُسمي للخلايا ويسبب اعتلال تنقية الشوائب ومن الجائز أنه يحسن من تكاثر بكتيريا المتفطرات المسببة للجذام والسل.

اختبرت دراستان قام بإجرائهما دن بوون وزملائه الصلة بين التدخين والسل الأولى في البالغين والثانية في الأطفال (التدخين القسري أو الدخان السلبي)، عينة من مجتمعين في الضواحي في مدينة كيب تاون تم إجراء استقصاء معهم بشأن السل واستخدام التبغ (من خلال اختبار جلدي للسُلّين) أشارت إلى أن ٨٢٪ من المدخنين الحاليين أو السابقين كانت نتيجة اختبارهم الجلدي إيجابية بينما ٧٠٪ من غير المدخنين كانت نتيجة اختبارهم إيجابية بما يؤدي إلى نسبة ترجيح ١,٩٩. لذا فالعلاقة الارتباطية بين التدخين والسل كبيرة جداً إحصائياً . في الدراسة الثانية وباستخدام نفس العينة تم إخضاع الأطفال كذلك لاختبار جلدي للسُلّين بينما تم إجراء استقصاء لساكني المنزل. فكانت النتيجة أن تم تحديد التدخين السلبي بوجود بالغ واحد مدخن خلال السنة الماضية، وتم استبعاد عدة أطفال من الاستقصاء لأنه تبين أنهم يدخنون بالفعل و٣٤٪ من الأطفال الذين تعرضوا للدخان السلبي كانت نتيجة اختبار السل لديهم إيجابية بالمقارنة بـ٢١٪ ممن لم يتعرضوا للدخان الثانوي الأمر الذي أظهر نسبة ترجيح ١,٨٩ وهي أيضاً نسبة كبيرة إحصائياً. إن أثر كلاً من التدخين والدخان الناتج عن التدخين على السل له انعكاسات قوية كي تتم مكافحة السل في جنوب أفريقيا بنجاح. لذلك فمن الضروري أن يقوم مسئولو الصحة بمعالجة كلتا المشكلتين بشكل مترادف.

المغرب

بالإضافة إلى تأثير استخدام التبغ على عدوى السل من ناحية تعديل المناعة، يزيد التدخين من معدل تفاقم المرض ومعدل الانتكاس بعد العلاج الناجح للمرض. كذلك يوجد دلائل تشير إلى أن فشل العلاج يزيد مع التدخين، ففي المغرب ازداد انتشار التدخين، ومعدل الإصابة بمرض السل أصبح ٨٦ لكل ١٠٠,٠٠٠ بمعدل انتكاس أو فشل في العلاج بلغ ١٥٪.

قامت دراسة أجراها تاتشفوتي وزملاؤه بتقييم أثر التدخين على الاستجابة لعلاج السل. تم الاستعانة بالمرضى في الدراسة من ١٥ مركزاً للسل عبر البلاد ممن تم تشخيص إصابتهم بمرض السل ويخضعون بالفعل لبرامج علاجية. بعد ضبط العوامل الأخرى مثل استهلاك الكحوليات والفقر والتعليم، كان التدخين هو الأمر المقترن بشكل هائل بفشل العلاج بنسبة ترجيح ٢,٢٥، ونظراً لظهور السل المقاوم للأدوية كان الخضوع للعلاج مسألة مهمة لمكافحة العدوى الجديدة والحفاظ على قابلية المريض للعلاج بالمضادات الحيوية. حيث يمكن أن تكون قدرة التبغ الناجحة على تقليل إزالة البكتيريا عائقاً رئيسياً أمام التحكم في السل.

الأثر الاجتماعي-الاقتصادي للتبغ

تم مؤخراً اختبار علاقه الأثر الاجتماعي-الاقتصادي المدمر للتبغ بانتشار الأمراض غير المعدية NCDs. حيث تقدر منظمة الصحة العالمية WHO أنه بحلول ٢٠٢٠ سيتوفى نحو ٤٤ مليون شخص بسبب أمراض NCDs على مستوى العالم.[٣٤] ففي أفريقيا تقدر هذه الأمراض بإجمالي ثلاثة أرباع الأمراض المعدية والأمراض النفاسية وأمراض الفترة المحيطة بالولادة وأمراض التغذية مجتمعة، وبحلول ٢٠٣٠ سوف تفوق أمراض NCDs كل هذه الأمراض بمعدل ٤٦٪ من إجمالي الوفيات.[٣٥]

يتسبب استخدام التبغ في سدس أمراض NCDs حول العالم.[٣٦] فهو مسئول عن ١٢٪ من الوفيات منها ٣٪ في أفريقيا.[٣٧] حيث تمثلت الأسباب المؤدية لوفيات أمراض NCDs على مستوى العالم في ٢٠٠٨ أمراض القلب والأوعية الدموية (٤٨٪) السرطانات (٢١٪) وأمراض الجهاز التنفسي (١٢٪) من إجمالي ٣٦ مليون حالة وفاة.[٣٧] يقدر أن الدخان يتسبب في ٧١٪ من كل وفيات سرطان الرئة و٤٢٪ من أمراض الجهاز التنفسي المزمنة وحوالي ١٠٪ من أمراض القلب والأوعية الدموية.[٣٩] كما أنه مسئول كذلك عن ٧٪ من وفيات السل و١٢٪ من وفيات عدوى الجهاز التنفسي السفلي. لذلك يسهم التدخين كذلك في وفيات الأمراض المعدية.[٤٠] على العكس من الأمراض المعدية فإن الأمراض النفاسية وأمراض الفترة المحيطية بالولادة قد يكون لها فترة كمون طويلة، وبالتبعية فإن الفارق الزمني بين التعرض للإصابة وبين ظهورها يعني الوصول لأوسع التبعات الصحية نطاقاً وما يتعلق بها من تكاليف اقتصادية والتي تستغرق سنوات لتتضح في نفس الوقت الذي يزداد فيه التعرض لعوامل المخاطرة مثل التبغ. بالإضافة إلى ذلك، نجد أنه بما أن الوفيات الناتجة عن أمراض NCDs ليست فورية أيضاً فإن نسبة الاعتلال والعجز الناتجين عن استخدام التبغ تكون عالية.

بالإضافة إلى اسهامه في الإصابة بأمراض NCDs، للتبغ انعكاسات على التنمية وخاصة في تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية (MDGs)، (انظر جدول ٤).

جدول ٤: أثر التبغ على أهداف MDGs

الأهداف الإنمائية للألفية	أثر التبغ عليها
الهدف ١ القضاء على الفقر المدقع والجوع	• تكون الوفيات الناتجة عن التدخين في الغالب بين الأشخاص الأساسيين الذين يأتون بالمال في الأسرة. • قد يحل الإنفاق على التبغ محل مصروفات أساسية أخرى. • تلقي التكاليف الصحية العالية المرتبطة بأمراض NCDs بالعبء على الرعاية الصحية والخدمات الاجتماعية. • تميل الوفيات المتعلقة بالتدخين للوقوع في أكثر سنوات وسط العمر إنتاجية.
الهدف ٢ تحقيق تعميم التعليم الابتدائي	• تحتاج الأسر المعدمة إلى أن تجد عملاً لكل أفراد المنزل بمن فيهم الأطفال • يعيق عمل الطفل في شركات تصنيع التبغ قدرته على الالتحاق بالمدرسة • تؤثر التأثيرات القاتلة والتأثيرات غير القاتلة للدخان السلبي على تنمية الطفل والذي يؤثر بدوره على مستوى تحصيله التعليمي
الهدف ٣ تعزيز المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة	• بينما تتزايد معدلات التدخين بين النساء، كذلك الحال بالنسبة للأمراض المتعلقة بالتبغ بما فيها تلك التي تؤثر على النساء • يقلل الإنفاق على الرعاية الصحية المتعلقة باستخدام التبغ من الاستثمار في البرامج والسياسات التي تحد من عدم المساواة بين الجنسين
الأهداف ٤ & ٥ تخفيض معدل وفيات الطفل وتحسين الصحة النفاسية	• يعرض التدخين في الفترة المحيطة بالولادة صحة وحياة كل من الأم والطفل للخطر • ينتج عن الدخان السلبي عواقب صحية ضارة
الهدف ٦ مكافحة فيروس المناعة البشرية/ الإيدز والملاريا وغيرهم من الأمراض	• تشير الدلائل أن التدخين له تأثير على جهاز المناعة بالإضافة إلى تأثيرات مشتركة محتملة على عدوى الجهاز التنفسي • التدخين مقترن بفشل علاج السل والانتكاس
الهدف ٧ ضمان الاستدامة البيئية	• ينتج عن إنتاج التبغ التصحر (إزالة الغابات) • تؤثر زيادة استخدام الكيماويات الزراعية (الأسمدة والمبيدات) على محاصيل زراعية وأنهار ومستجمعات مائية أخرى

المصدر: CTFK,٢٠١٠

استخدام التبغ

في عام ١٩٩٥ أعلنت الأمم المتحدة ومنظمات دولية أخرى أنه سيتم اعتبار التبغ تهديداً رئيسياً للتنمية الاجتماعية-الاقتصادية لـ LMICs . نظراً لعبء المرض المعقد بالفعل الذي يتم مواجهته في LMICs فإن الإنفاق على الرعاية الصحية سيكون عالياً وستكون هناك خسارة عظيمة في الإنتاج. ففي مصر –على سبيل المثال- تقدر خسائر الإنتاج المتعلقة بالأمراض المزمنة بنحو ١٢٪ من الناتج المحلي الإجمالي في البلاد GDP بينما تتعدى التكاليف الصحية المباشرة ٤٥٠ مليون دولار سنوياً . يمكن أن تؤدي الخسائر والتكاليف الناتجة عن الإصابة بأمراض NCDs إلى انخفاض المعروض من العمالة وانخفاض الإنتاج وكذلك ازدياد التكاليف بالنسبة لأصحاب العمل بسبب التغيب عن العمل ووجود تكاليف أعلى لتغطية الرعاية الصحية وعائدات أقل للاستثمار في رأس المال البشري واستهلاك داخلي منخفض وعائدات ضريبية أقل بالإضافة إلى نفقات مرتفعة للصحة العامة والرعاية الاجتماعية . كما أن علاج أمراض NCDs يكون مكلفاً أكثر ويتطلب تفاعلات متعددة مع النظام الصحي ويستدعي أن يكون عاملي الرعاية الصحية ذوي تخصص دقيق.

ستتطلب الأنظمة الصحية في أفريقيا –والتي تم هيكلتها لمواجهة فيروس نقص المناعة البشرية وأمراض معدية أخرى- استثماراً كبيراً -وفي بعض الحالات إصلاح شامل- للتعامل مع هذه المخاوف. يقدر البنك الدولي أن أمراض NCDs تكلف الدول ١-٧٪ من ناتجها المحلي الإجمالي GDP بينما أن أي حزمة وقاية شاملة تتألف من القليل من الاستراتيجيات الأساسية قد تتكلف أقل من ١٪ من الـ GDP في الدول الأفريقية. يشير ما توصل إليه البنك الدولي إلى أن بعض تكاليف الوقاية يمكنها أن تغطي نفسها تلقائياً مثلاً من خلال بعض برامج فرض الضرائب لمكافحة التبغ.

تجبر الطبيعة الإدمانية للتبغ على الاستخدام المتكرر والمستمر له والذي يمكن أن ينتج عنه أن تكون عادة استخدام التبغ مكلفة كما هي قاتلة. ففي أغلب الدول الأفريقية (حيث يوجد بيانات) نجد أن متوسط سعر علبة السجائر ذات العلامة التجارية المعروفة والتي تحتوي على ٢٠ سيجارة هو ٤-٢ دولار بينما تكون السجائر المحلية غير المشمولة بعلامة تجارية أرخص سعراً. إن القدرة على تحمل تكاليف السجائر –بناءاً على السعر والدخل- يتراوح ما بين سعر الدخل النسبي المقدر بحوالي ٢٪ في الجابون إلى ما يقارب ٦٠٪ في جمهورية الكونغو الديموقراطية DRC . فبينما ينفق الناس المزيد من المال على شراء السجائر لديهم القليل لينفقوه على الضروريات الحيوية والتي تؤثر بشدة على توفير نظام غذائي ملائم ورعاية صحية وقائية لأفراد الأسرة والذي قد ينتج عنه استمرار دورة الفقر بالنسبة للأسر وخاصة بما أن استخدام التبغ يميل لأن يكون أعلى في أوساط الفقراء الذين لديهم مرونة شرائية أقل. كما تشير بعض البيانات الأولية في أفريقيا إلى وجود توجهات مثيرة للقلق؛ حيث نجد في المغرب أن الإنفاق على التبغ ينافس مصروفات التعليم ونجد في مصر أن ١٠٪ من الدخل يتم إنفاقه على التبغ بينما في أحد الدول الأعضاء الأخرى يعمل الرجل ١٥٨ دقيقة ليدفع ثمن علبة سجائر ذات علامة تجارية معروفة مقارنة بـ١٠٩ دقيقة مقابل ١كجم من الأرز و٦٤ دقيقة مقابل ١كجم من الخبز.

العواقب الصحية للتدخين لها أثرا اقتصاديا حيث تكون أمراض القلب والأوعية الدموية وأمراض الجهاز التنفسي والأمراض الدماغية الوعائية أكثر تكلفة في علاجها. كذلك ترتفع النفقات الصحية على مستوى الأسرة مما يؤثر على المشتريات الأساسية مثل الغذاء والإيواء. في ملاوي – على سبيل المثال- نجد أن شهر واحد من علاج مرض القلب التاجي يساوي أجر ١٨ يوماً وشهر واحد من علاج الربو يساوي أجر ٩ أيام، كما أن العجز يزيد من التكاليف كذلك ويخفض من القدرة على الكسب، والعديد من الدول ليست مجهزة لاستيعاب أشخاصاً ذوي إعاقات، بالإضافة إلى ذلك فإن هؤلاء الذين اختبروا أمراضاً مزمنة تقل فرصتهم في العمل، ففي مصر نجد أن فرص العمل يمكن أن تكون ٢٥٪ أقل كما تنخفض عدد ساعات العمل في الأسبوع. ترتبط أمراض NCDs دائماً بانخفاض الطبقة الاجتماعية بين من ينتمون إلى المرتبة الاجتماعية-الاقتصاديةSES المتوسطة لينتقلوا إلى الطبقة المتدنية . نظراً لأثر الدخان الناتج عن التدخين والتعرض له، فإن مخاطر أمراض NCDs تتواجد ليس فقط بالنسبة لهؤلاء الذين يدخنون أو الذين يستخدمون التبغ عديم الدخان ولكن أيضاً بالنسبة لأفراد أسرهم وزملاءهم في العمل والمقربين منهم.

إنتاج التبغ

منذ بداية السبعينات انتقل إنتاج ورقة التبغ من دول HICs إلى دول LMICs . حيث شهدت بعض الدول الأفريقية أكبر زيادة في إنتاج ورق التبغ بالمقارنة مع غيرها من كبار المنتجين . على المدى القصير يمكن أن نعزو مزايا كالعمالة والدخل إلى إنتاج التبغ لكن المشكلات الاقتصادية والبيئية على المدى الطويل تفوق هذه المزايا. كما أن القليل من الدول تعتمد على موردي التبغ باستثناء ملاوي وزيمبابوي لكن نتج عن تحرير التجارة في مجال صناعة التبغ في السنوات الماضية فرط تشبع السوق الأمر الذي أدي لخفض الأسعار . لأن أغلب الدول الأفريقية تبيع التبغ لشركة أو شركتين من شركات التجارة فالمنافسة في التسعير قليلة جداً مما ينتج عنه مخاطرة عالية واستثمار قليل العائد. لكن بالرغم من ذلك -ولأن أغلب الدول هي دول مستوردة في المقام الأول- تضيع الملايين في التحويلات الخارجية . في بعض البلدان تكون زراعة التبغ نتيجة للتعاقد المباشر بين الزارع وشركة التبغ مما يقضي على الوسطاء ويخفض التكاليف. حيث يلزم العقد المزارع بإنتاج محصول معين باستخدام تقنيات محددة تحت مخطط تسعير متفق عليه. يترك هذا الأمر القليل من المرونة للمزارع للتكيف مع تغير الظروف المناخية أو الاقتصادية أو الزراعية ويُنشيء انعدام في توازن القوى والذي تقوم شركة التبغ من خلاله بالتحكم في إدارة الأراضي. تترك هذه العقود المزارعين في فقر مدقع وتعزز استمرار دورات المديونية بينما تمنحهم الشركات قروضاً عالية الفائدة وتقوم ببيع المستلزمات الزراعية لهم لزيادة الإنتاج. فتستفيد الشركات مرتين أولاهما من بيع الأسمدة والمبيدات بالإضافة إلى الفائدة على القرض من أجل المعدات والإمدادات والثانية في البيع الأخير للمنتج النهائي حيث تكون هوامش الربح أعلى بكثير منها عند بيع المنتَج الخام أو المنتَج الذي تلقى الحد الأدني من المعالجة.

الأثر البيئي لزراعة التبغ

نتج عن استعراض المؤلفات فيما يخص مكافحة التبغ (٢٠١١) ملاحظة التأثيرين الرئيسيين في زراعة التبغ –تحديداً استنزاف الغابات وتدهور التربة- وهما معروفين جيداً وينتجان عن ممارستين أساسيتين: استخدام الكيماويات الزراعية (الأسمدة والمبيدات) وتمهيد الأراضي. يكون للتأثيرات أثر مباشر على سبل العيش والمجتمعات حيث تخفض القدرة الاستيعابية للأراضي من أجل المحاصيل الغذائية وتؤدي للحد من مساحة الأراضي الصالحة للزراعة لإنتاج محاصيل أخرى من أجل الغذاء ومن أجل سبل العيش ومخفضة من الموارد الضرورية الموجودة في الغابات لاستخدامات أخرى مثل البناء وحطب التدفئة. كذلك نجد أن لزراعة التبغ تأثيرات نظامية أعمق مثل: تآكل التربة والرواسب التي تحملها الأنهار وفرط استغلال الأراضي والإخلال بالنظام البيئي وانقراض بعض أنواع الكائنات الحية وتغير المناخ.

لأن التبغ محصول أحادي ولا يمكن زراعته جنباً إلى جنب مع محاصيل أخرى يكون عرضة للآفات ولتغيرات الطقس مما يؤدي إلى زيادة استخدام المبيدات والأسمدة والمياه. ونجد أن الرقابة على الأسمدة والمبيدات في دول LMICs أقل منها في دول HICs مما ينتج عنه استخدامهما بشكل خطر من قِبل مستخدميهما وتعرضها للفئات الضعيفة من السكان مثل الأطفال أو النساء الحوامل وتسربها لمستجمعات حيوية للمياه. فمثلاً نجد أنه يشيع رش المبيد المسمى DDT الذي له تأثيرات ضارة على صحة الإنسان وعلى البيئة على محاصيل التبغ، و لا تقتصر التأثيرات الصحية له على من يقومون بالرش فحسب فالتأثير السام للمبيد يمكنه أن يؤثر على جامعي المحصول والآخرين ممن يتعرضون له بشكل غير مباشر. تم توثيق مرض التبغ الأخضر (GTS) -الذي يتعلق بالتعامل مع التبغ المبلل غير المعالَج- جيداً بين مزارعي التبغ لكن البيانات الخاصة بمدى انتشاره في أفريقيا محدودة، بالرغم من ذلك تسهم ممارسات التعامل غير الآمن في أي مرحلة من مراحل عمليتيّ الزراعة والإنتاج في المخاطرة بوقوع تأثيرات صحية ضارة.

تقدر منظمة الصحة العالمية WHO أن الخشب اللازم لمعالجة التبغ مسئول عن ١٢٪ من إزالة الغابات في جنوب أفريقيا، وقد فشلت مجهودات إعادة التشجير التي قامت بها شركات التبغ في جنوب وغرب أفريقيا في أن تتحقق بأي شكل ملحوظ.

إطار ٢: إنتاج التبغ في تنزانيا وملاوي

تنزانيا

في إحدى الدراسات التي قارنت أربع دول من أنحاء العالم لاحظ جيست وزملاؤه أن الأثر البيئي لزراعة التبغ معروف جيداً في تنزانيا حيث يتم تمهيد ١٥٪ من الأراضي الصالحة للزراعة من أجل زراعة التبغ مما أدى إلى متوسط ٣,٥٪ من إزالة الأشجار سنوياً من أجل زراعة التبغ و٣٪ أخرى من أجل معالجة التبغ (لغرض بناء الحظائر والوقود). كذلك يحتاج المزارعون أراض جديدة لزيادة إنتاج المحاصيل لأن الكيماويات الزراعية باهظة جداً، وهذا يجعلنا نشكك في التأكيدات التي روجت لها شركات تصنيع التبغ بأن زراعة التبغ مستدامة. توصل القائمون بالدراسة إلى أن الأطفال هم أحد أكبر مجموعات العاملين في المزارع الصغيرة مما يثير قضية عمالة الأطفال وتكلفة الفرصة الضائعة في مجال التعليم. وقد أبرزت الدراسة أمراً رئيسياً واحداً مثيراً للقلق وهو استخدام الترتيبات التعاقدية بشكل مباشر بين زارعي أوراق التبغ وشركات التبغ مما يعطي للحكومات الوطنية فرصة ضئيلة للترويج لتنويع المحاصيل ومما يحبس المزارعين داخل دائرة إنتاج التبغ.

ملاوي

قام جيست ووزملاؤه بتقييم أثر عولمة التبغ، فالتبغ القادم من ملاوي يتم استخدامه تقريباً بواسطة جميع الشركات المصنعة للسجائر التي يتم استهلاكها في جميع أنحاء العالم. وبالتالي نجد أن التبغ كمحصول نقدي يلعب دوراً مهماً في ملاوي حيث يقوم بدعم سبل العيش للمزارعين، لكن لأسباب تاريخية هو مجرد مورد دخل لعدد قليل من النخبة. فالبيانات الخاصة بالأثر البيئي لزراعة التبغ في ملاوي واضحة حيث أظهر الاستشعار عن بُعد خسارة في الغطاء النباتي بما يقدر بـ٥٠٪ بسبب تحويل الأرض من أجل إنتاج التبغ واستخدام الخشب كوقود من أجل عملية المعالجة، وبينما تقوم شركات التبغ بدعم محاولات إعادة التشجير فإن هذه المحاولات غالباً لسد النقص في الخشب الذي يتم حرقه خلال عملية المعالجة، وفي المناطق الزراعية التقليدية تحول ما يقرب من ٢٠٪ من الأراضي إلى زراعة التبغ وتضاءلت القدرة الاستيعابية للمنطقة (القدرة على الحفاظ على السكان) بشكل ملحوظ مما يؤثر على الأمن الغذائي وإدارة الموارد، ونظراً لأهمية الأمن الغذائي وإدارة الموارد في ملاوي فإنه يجب النظر بجدية للأثر الكامل لإنتاج التبغ وتأثيراته الحقيقية على المدى الطويل.

مكافحة التبغ

« التبغ هو المنتَج الاستهلاكي الوحيد المتوفر بشكل قانوني والذي يقتل الأشخاص عند استخدامه تماماً على النحو المقصود »
Walton et al., ١٩٩٤

التبغ مادة مسببة للإدمان بشكل كبير مع التسبب في ردود فعل عضوية في الجسم أغلبها عوامل عصبية عضوية وعوامل اجتماعية-نفسية تتعلق غالباً بسهولة الحصول على التبغ ومكانة الشخص بينما في السابق كانت تعتبر مسألة اختيار شخصي، إن استخدام التبغ الآن يعتبر خليط من عدة عوامل وهي -بما فيها الإدمان- نقص الفهم بشأن أضرار استخدام التبغ وتكلفته وسهولة الحصول عليه والمعايير الاجتماعية، تقوم القوة الدافعة للتدخل لتقييد استخدام التبغ على هذه الأفكار.

الاتفاقية الإطارية لمكافحة التبغ

قامت قيادة أفريقية قوية -كجزء من الالتزام بـ "أفريقيا خالية من التبغ" وبالشراكة مع عدة منظمات غير حكومية NGOs في المنطقة- بالمساعدة على تشكيل الاتفاقة الإطارية لمنظمة الصحة العالمية (WHO) لمكافحة التبغ (FCTC). وقد بدأ هذا الالتزام في عام ١٩٩٩ وتكثف خلال الاجتماعات الحكومية الدولية في السنوات اللاحقة مؤدياً إلى صوت موحد في التزام أفريقيا بمكافحة التبغ وتحسين الصحة العامة.

تكرر النجاح في التفاوض على نص المعاهدة في أقاليم أخرى، وفي ٢٠٠٥ أصبحت اتفاقية FCTC قوة تستخدم لمكافحة التبغ حيث تحتوي المعاهدة حالياً على ١٤٦ توقيعاً و١٧٦ طرفاً. الدول غير الأعضاء في أفريقيا هي موزمبيق وإثيوبيا والمغرب (من الدول التي قامت بالتوقيع ولكنها لم تقم بالتصديق عليها) وملاوي وإريتريا والصومال وجنوب السودان وزيمبابوي والصحراء الغربية. المقصود من المعاهدة هو تزويد المجتمع الدولي بوسائل مشتركة لمناصرة -وتنفيذ- الإجراءات المستندة إلى دلائل لمكافحة التبغ وتأكيد الالتزامات القومية لخفض استخدام التبغ.

تخاطب البنود ٥-١٩ من الاتفاقية الإطارية (انظر جدول ٥) مسألتين رئيسيتين: تخفيض الطلب على التبغ وتخفيض المعروض منه. تتضمن الإجراءات تنفيذ الإجراءات الضريبية والحماية ضد التعرض للدخان الناتج عن التدخين والترويج لتعبئة وتغليف منتجات التبغ بشكل بسيط ووضع العلامات والتحذيرات الصحية عليها وكذلك حظر الإعلان عنها والحد من تأثير جماعات الضغط السياسي وتقييد البيع للقصّر وخفض المبيعات غير المشروعة وإخضاع المنتجات للأحكام ورفع مستوى الوعي العام. تغطي بعض البنود الأخرى الأبحاث وتبادل المعلومات بين الدول الموقعة. أما بند ١٧ فإنه بشكل خاص يقوم بإبراز الحاجة لتوفير بدائل ملائمة مستدامة لهؤلاء الذين يعتمدون على التبغ لكسب الرزق وتقليل العوائق التي سيواجهونها عند انتقالهم إلى هذه البدائل . بالرغم من قيام الكثير من الدول بالتوقيع والتصديق على اتفاقية FCTC إلا أنه لا يزال هناك تحديات في تبني وتنفيذ وفرض تشريعات فعّالة لمكافحة التبغ.

شكل ١: الدول الأعضاء وغير الأعضاء في الاتفاقية الإطارية لمكافحة التبغ (FCTC)

المصدر: منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٥

جدول ٥: ملخص إجراءات FCTC

البند	إجراءات خفض الطلب
منع تدخل شركات تصنيع التبغ في السياسة العامة	5.3
إجراءات السعر وفرض الضرائب	6
الحماية من التعرض لدخان التبغ المنتشر في البيئة	8
وضع لوائح تنظيمية والإفصاح عن مكونات منتجات التبغ	9, 10
التعبئة والتغليف ووضع العلامات (بما في ذلك استخدام ملصقات تحذير تصويرية)	11
التعليم والاتصال والتدريب والوعي العام	12
حظر شامل وتقييد للإعلان والترويج عن التبغ ورعايته	13
إجراءات لوقف الاعتماد على التبغ والإقلاع عنه	14
إجراءات خفض العرض	**البند**
القضاء على الإتجار غير المشروع بمنتجات التبغ	19
تقييد البيع للقصّر ومن خلالهم	15
دعم البدائل المجدية اقتصادياً للمزارعين	17

المصدر: WHO,٢٠٠٥

استكمالاً لاتفاقية FCTC قامت منظمة الصحة العالمية بإصدار برنامج السياسات الست MPOWER وهو عبارة عن مجموعة من ٦ إجراءات للحد من التبغ والتي يمكن استخدامها للوفاء بالالتزامات الخاصة بالمعاهدة.

تتمثل النقاط الأساسية لبرنامج السياسات الست MPOWER فيما يلي:

- رصد استخدام التبغ وسياسات الوقاية
- حماية الناس من دخان التبغ
- تقديم المساعدة للإقلاع عن استخدام التبغ
- التحذير من أخطار التبغ
- إنفاذ حظر الإعلان عن التبغ والترويج له ورعايته
- زيادة الضرائب المفروضة على منتجات التبغ

تغطي أكثر من نصف سكان العالم على الأقل واحدة من هذه الإجراءات عالية الفاعلية من خلال سياسات تم سنها على مستوى الدولة تحت رعاية برنامج MPOWER . بينما تستمر منظمة الصحة العالمية في تقييم جهود برنامج MPOWER وتوفير المعلومات بشأن أفضل الممارسات والفرص المتاحة لتبادل المعلومات بين الأطراف.

السياسات والتدخلات

تميل إن السياسات والتدخلات التي صممت لتقييد استخدام التبغ إلى أخذ واحد أو أكثر من الأهداف التالية في الحسبان:

- الإقلاع: يحقق ترك التبغ فوائد صحية كبيرة بما فيها تقليل خطر الإصابة بسرطان الرئة بنسبة ٠٩٪ والحد من التأثيرات الصحية الأخرى للأمراض الموجودة بالفعل. تظهر هذه الفوائد بشكل أكثر وضوحاً إذا وقع الإقلاع قبل سن الـ٠٥. ولخفض الوفيات الراجعة للتدخين بحلول عام ٠٥٠٢ فإن إقلاع المدخنين الحاليين سيكون أمراً ضرورياً.
- الوقاية: إنشاء حواجز لمنع الإقبال على التبغ في المناطق ذات النمو السكاني السريع (وخاصة الشباب منهم) يمكن أن يكون له تأثيرات مفيدة بشكل هائل. فقط ٦٪ من المدخنين يتركون التدخين مدى الحياة بشكل ناجح (ومن الشائع حدوث انتكاسات). فوقاية المدخنين الجدد من الشروع في التدخين قد يكون له أثراً أعظم
- خفض التدخين السلبي للتبغ: إن التعرض للدخان الناتج عن التدخين (كذلك يُعرف بالتدخين السلبي أو التدخين القسري) لا يؤثر فقط على أفراد الأسرة والأصدقاء والمقربين لكنه يمتد كذلك لهؤلاء الذين يعملون في الأماكن العامة حيث يُسمح بالتدخين مثل المتاجر وأماكن خدمة الطعام.
- خفض المعروض: يُعتبر وجود كميات قليلة من منتجات التبغ للبيع عائقاً أمام المستهلك ويمكن تحقيقه على عدة مستويات من سلسلة التوريد بدءاً من الزراعة إلى التصنيع إلى التصدير وحتى نقطة البيع.

يقدم برنامج MPOWER إجراءات فعّالة في عدد من الدول لخفض التبغ وهي إجراءات مسندة إلى دلائل وتم تطويرها جيداً. على الدول الأعضاء في اتفاقية FCTC أن يقوموا بتنفيذ مثل هذه الإجراءات (كحد أدنى) وقد قامت معظمها بهذا بالفعل بدرجات متفاوتة. تضمنت هذه التدخلات -عقب إطار برنامج MPOWER-:

- حماية الناس من دخان التبغ: بيئات خالية تماماً من دخان التبغ في التعليم والرعاية والصحية وكذلك في كل الأماكن العامة المغلقة (مثل متاجر التجزئة والمطاعم)
- تقديم المساعدة للإقلاع عن استخدام التبغ: خطوط هاتفية لترك التدخين وبرامج للإقلاع عنه في مراكز الرعاية الصحية الأولية وتوفير العلاج الصيدلي منخفض التكلفة إذا لزم الأمر.
- التحذير من أخطار التبغ: ملصقات تحذيرية على العبوات وإعلانات مناهضة للتبغ وحملات إعلامية
- إنفاذ حظر الإعلان عن التبغ والترويج له ورعايته: منع كلاً من الإعلان والترويج المباشر وغير المباشر
- زيادة الضرائب المفروضة على منتجات التبغ: معدلات ضريبية تواكب التضخم وتفوق القوة الشرائية للمستهلك وهيكل ضريبي أكثر فعالية لمحاربة التجارة غير المشروعة.

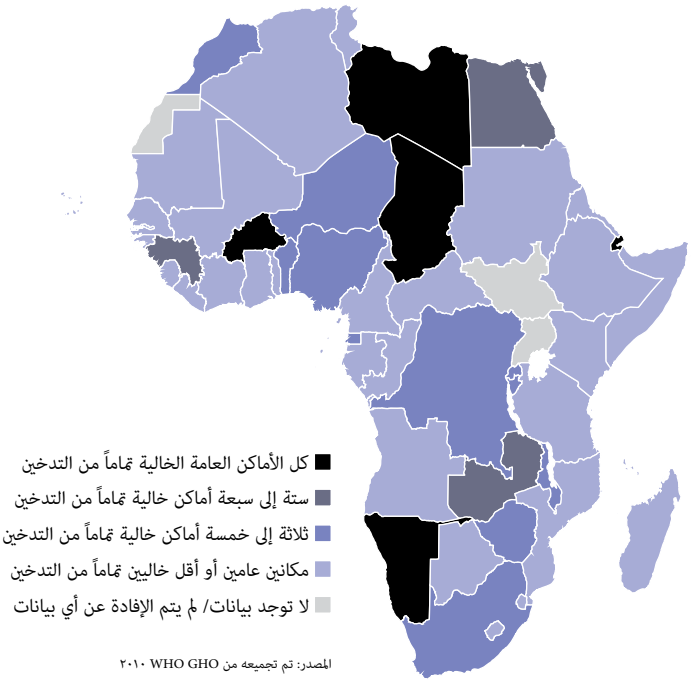
هناك مجموعة كبيرة من الدلائل بشأن فعالية كل واحدة من استراتيجيات MPOWER بشكل منفرد على النحو المفصل في مشروع أولويات مكافحة الأمراض DCPP وعدة تقارير لمنظمة الصحة العالمية WHO وتقارير البنك الدولي والمؤلفات التي تمت مراجعتها من قبل الأقران. وذلك على الرغم من أن هذه الاستراتيجيات تصل إلى أقصى درجات النجاح عند تطبيقها كمجموعة متكاملة. بينما يوجد القليل من البيانات بشأن فعالية كامل مجموعة الاستراتيجيات قامت إحدى الدراسات بتقدير تأثير التنفيذ الكامل لها على انتشار التدخين في عام ٢٠٢٠ وعام ٢٠٣٠، بدأت هذه الدراسة بالافتراض القائل بأنه لن يتم تطبيق برنامج MPOWER مجدداً بعد عام ٢٠١٠ ثم قامت بحساب مدى الانتشار العالمي والإقليمي لعام ٢٠٢٠ وعام ٢٠٣٠. بينما قدرت الدراسة أن الانتشار العالمي سينخفض بحلول عام ٢٠٣٠ إلا أنها لاحظت أن الإقليم الأفريقي لمنظمة الصحة العالمية (والذي يغطي أغلبية الدول الأعضاء في الاتحاد الأفريقي) أظهر أعلى زيادة من بين كل الأقاليم بدءاً من ما يقارب ١٦٪ إلى ٢٢٪، أما بافتراض تطبيق برنامج MPOWER مع زيادة الضرائب بنسبة ١٠٠٪ قدرت الدراسة أن مدى الانتشار في عام ٢٠٣٠ في الإقليم الأفريقي لمنظمة الصحة العالمية سيكون ١١٪. بالتالي فإن هذا يعني أن التطبيق الكامل لبرنامج MPOWER من شأنه الحد من مدى الانتشار بمقدار النصف خلال ٢٠ عاماً مما سيؤدي إلى وفورات هائلة في التكاليف. كذلك توصلت الدراسة إلى أن إقليم شرق المتوسط (والذي يضم الصومال وجيبوتي ومصر وتونس والمغرب) هو الإقليم الوحيد الذي سيبدي زيادة في مدى الانتشار بحلول عام ٢٠٣٠ تقدر بنسبة ٢٢٪ إلى ٢٤٪. لكن على الرغم من ذلك ومع التنفيذ الكامل لبرنامج MPOWER فإن نسبة الانتشار المقدرة ستنخفض إلى ١٣٪ وهو انخفاض يصاحبه وفورات في التكاليف.

فيما يلي ملخص للمباديء التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية بشأن الاستراتيجيات الناجحة لبرنامج MPOWER الخاص بها:

بيئة خالية من الدخان

نظراً لعدم وجود مستوى آمن من التعرض لدخان التبغ وأن الدخان الناتج عن التدخين له عواقبه الصحية الضارة، فإن استراتيجيات برنامج MPOWER تشدد على الحاجة إلى إقامة حظر التدخين في الأماكن العامة وحماية الفئات الضعيفة من السكان من التعرض له، كذلك توضح منظمة الصحة العالمية أن من حق كل شخص أن يتفس هواءاً نقياً. تبين البيانات المتاحة بشأن البيئة الخالية من الدخان ما يلي: أ) أن أكثر السياسات فعالية تتطلب بيئة خالية من الدخان بنسبة ١٠٠٪ ب) أن الاستثناءات (التهوية –على سبيل المثال-) لا تحمي من الدخان. لقد قامت شركات تصنيع التبغ بممارسة الضغط السياسي لمنع تشريعات منع التدخين لكن الخبرة والأبحاث أظهرتا أن حظر التدخين في المنشآت العامة يحمي الموظفين مما سيؤدي إلى انخفاض في مدى الانتشار الكلي وزيادة المعايير الاجتماعية الداعمة لعدم التدخين في الأماكن العامة ولن يقوم بتعطيل الأعمال وسيكون له تأييد واسع النطاق بين عامة الناس. لكن على الرغم من ذلك ولكي يكون فعالاً إلى أقصى حد، يجب فرض حظر التدخين بالقوة -على الأقل في بداية الأمر.[٦٩]

شكل ٢: تطبيق إجراءات منع التدخين في أفريقيا ٢٠١٠

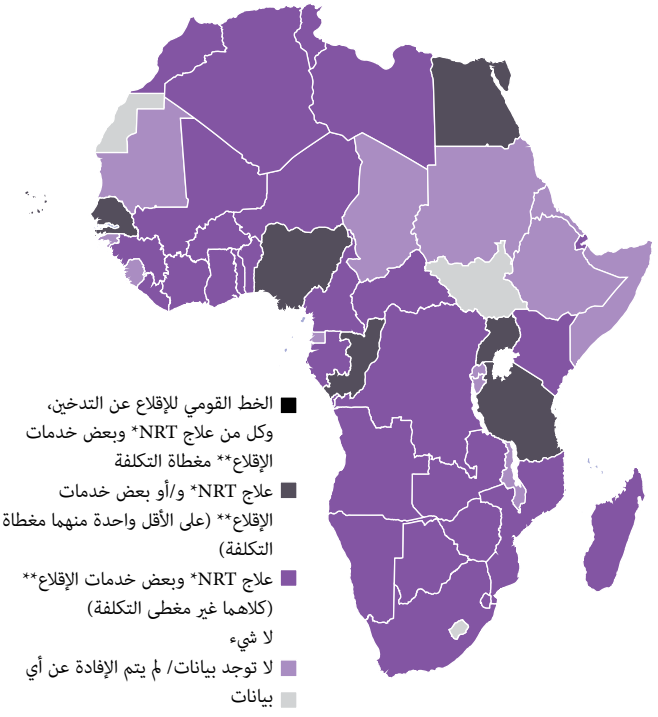


المصدر: تم تجميعه من WHO GHO ٢٠١٠

الإقلاع عن التدخين

يوجد ثلاثة عناصر رئيسية لبرامج الإقلاع عن التدخين: أولاً المشورة المقدمة من خلال الرعاية الصحية الأولية وثانياً الخطوط الهاتفية لترك التدخين وثالثاً سهولة الحصول على مساعدات طبية منخفضة التكلفة أو مجانية للإقلاع عن التدخين. يتطلب الإقلاع عن التدخين اتباع نهج الأنظمة الصحية مع توفر التدريب والتعليم الملائمين للعاملين في مجال الصحة. كذلك فإنه ينبغي تشجيع المتخصصين في مجال الصحة أنفسهم على ترك التدخين (إن لم يكونوا قد تركوه بالفعل) وتدريبهم على تقديم خدمات الإقلاع عن التدخين خلال تقديمهم للمشاورات الروتينية. كما ينبغي أيضاً أن تكون الخطوط الهاتفية لترك التدخين مجانية وأن يتم تزويدها بعاملي تشغيل مدربين ويقومون بإجراء محادثات حية. فبينما قد تكون برامج الإقلاع عن التدخين مكلفة إلا أنه يمكن تمويلها من خلال عوائد الضرائب.[٧٠]

شكل ٣: تطبيق إجراءات الإقلاع عن التدخين في أفريقيا ٢٠١٠



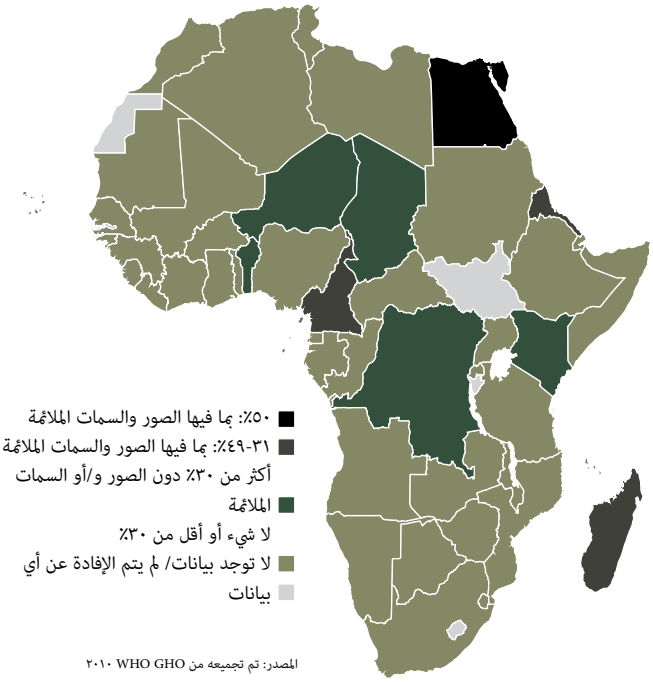
* العلاج ببدائل النيكوتين
** دعم الإقلاع عن التدخين المتوفر في أي من الأماكن التالية: العيادات الصحية أو غيرها من مرافق الرعاية الأولية والمستشفيات ومكاتب أخصائيي الصحة والمجتمع

المصدر: تم تجميعه من WHO GHO ٢٠١٠

الإقلاع عن التدخين

يوجد ثلاثة عناصر رئيسية لبرامج الإقلاع عن التدخين: أولاً المشورة المقدمة من خلال الرعاية الصحية الأولية وثانياً الخطوط الهاتفية لترك التدخين وثالثاً سهولة الحصول على مساعدات طبية منخفضة التكلفة أو مجانية للإقلاع عن التدخين. يتطلب الإقلاع عن التدخين اتباع نهج الأنظمة الصحية مع توفر التدريب والتعليم الملائمين للعاملين في مجال الصحة. كذلك فإنه ينبغي تشجيع المتخصصين في مجال الصحة أنفسهم على ترك التدخين (إن لم يكونوا قد تركوه بالفعل) وتدريبهم على تقديم خدمات الإقلاع عن التدخين خلال تقديمهم للمشاورات الروتينية. كما ينبغي أيضاً أن تكون الخطوط الهاتفية لترك التدخين مجانية وأن يتم تزويدها بعاملي تشغيل مدربين ويقومون بإجراء محادثات حية. فبينما قد تكون برامج الإقلاع عن التدخين مكلفة إلا أنه يمكن تمويلها من خلال عوائد الضرائب.[٧٠]

شكل ٤: تطبيق إجراءات التصنيف والتغليف في أفريقيا ٢٠١٠



المصدر: تم تجميعه من WHO GHO ٢٠١٠

ينبغي أن تشارك الدول في نفس الوقت في حملات توعية للعامة من أجل التحذير من مخاطر كلاً من التدخين والدخان الناتج عنه. يوجد العديد من الاستراتيجيات الإعلامية التي يمكن استخدامها لكن يمثل توليد "التغطية الإعلامية المكتسبة" للمعلومات الخاصة بأضرار التبغ وتخصيص محطات الإذاعة الوطنية مقداراً معيناً من الوقت للقيام بهذه التوعية آليتين مفيديتين . وهناك استراتيجيات إضافية -مثل إدراج التسويق الاجتماعي في حملات التوعية والحملات الإعلامية- يمكنها تعزيز الأثر الإيجابي للحملات الخاصة بعامة الناس .

غالباً ما يستهدف الإعلان المجموعات الضعيفة مثل الفقراء والشباب وكذلك النساء والفتيات لذلك يشيع الإعلان في المجتمعات الأكثر فقراً وفي مرافق الكليات وفي أوساط الطلاب. يلجأ التسويق في الدول التي يكون فيها الإعلان محظوراً للإعلان والترويج من خلال التفاعلات الاجتماعية حيث يقوم ممثلو شركات التبغ بتوزيع عينات مجانية. حيث غالباً يتم اختيار مثل هؤلاء الممثلين من بين القيادات في مجموعات الأقران – أفراد يُنظر إليهم على أنهم "رائعين" ويقوم الشباب بتقليدهم. يتم الترويج للتدخين على أنه علامة على النضج أو التمرد- وهي من الخصائص التي يطمح إليها المراهقين. غالباً ما يكون الإعلان من خلال "البريد المباشر" مع "توظيف المنتج" في الأفلام والتلفاز حيث يمكن مشاهدة الشخصيات المحببة تقوم بالتدخين بدون إبراز أي أضرار صحية طويلة المدى كنتيجة لأفعالهم. لا يمكن النظر إلى مثل هذا النوع من التسويق باعتباره ترويجاً للعدالة الاجتماعية ولكن على العكس تماماً.

لقد ذهبت بعض الدول مثل استراليا إلى أبعد من ذلك لتشريع التعليب والتغليف البسيط لكل عبوات السجائر. وذلك بالإضافة إلى الملصقات التحذيرية والصور التوضيحية لأمراض تتعلق بالتدخين والتي تحملها هذه العبوات بالفعل. تفكر جنوب أفريقيا في أن تحذو حذوها.

حظر الإعلان والترويج والرعاية

تنفق شركات تصنيع التبغ ملايين الدولارات على الإعلان والترويج والرعاية (APS) على مستوى العالم باستخدام أساليب تسويق ماهرة لتطبيع السجائر وتعزيز الرغبة فيها. بالإضافة إلى الإعلان المباشر، تستخدم الشركات العديد من الآليات الأخرى مثل رعاية الفعاليات والأحداث الترفيهية وتوظيف المنتج والبضائع ذات العلامات التجارية. كما أنها تقوم بإدراج برامج الإعلام الجديدة وبرامج المسئولية الاجتماعية لزيادة قدرتها على الانتشار. لذلك فإن حظر جميع أشكال الـ APS أظهر انخفاضاً في مدى انتشار التبغ بمقدار ٧٪ (وأكثر من ذلك في بعض الدول). لكن هذا الحظر لابد أن يكون كاملاً ومفروضاً ولا ينبغي أن يقوم بتغطية الشركات المصنعة والشركات الأخرى فحسب لكن يجب أن يمتد حتى يشمل تجار التجزئة في نقاط البيع كذلك. غالباً ما تعترض شركات تصنيع التبغ على حظر الإعلان بدعوى أنها تنتهك حقوق حرية التعبير أو تجادل بأنه يمكنها تنظيم نفسها ذاتياً اعتماداً على APS.

شكل ٥: تطبيق حظر الإعلان في إفريقيا ٢٠١٠

* حظر الإعلان المباشر بما في ذلك التلفاز والراديو القوميين والمجلات والصحف واللوحات الإعلانية والإعلانات الخارجية ومقرات البيع المحلية

** حظر الإعلان غير المباشر بما في ذلك التوزيع المجاني لمنتجات التبغ في البريد أو من خلال وسائل أخرى والخصومات الترويجية والمنتجات الخالية من التبغ المعروفة بعلاقتها بأسماء العلامات التجارية للتبغ (اتباع العلامة التجارية) وأسماء العلامات التجارية لمنتجات خالية من التبغ تستخدم لمنتجات التبغ وظهور منتجات التبغ في التلفاز و/أو الأفلام ورعاية الفعاليات

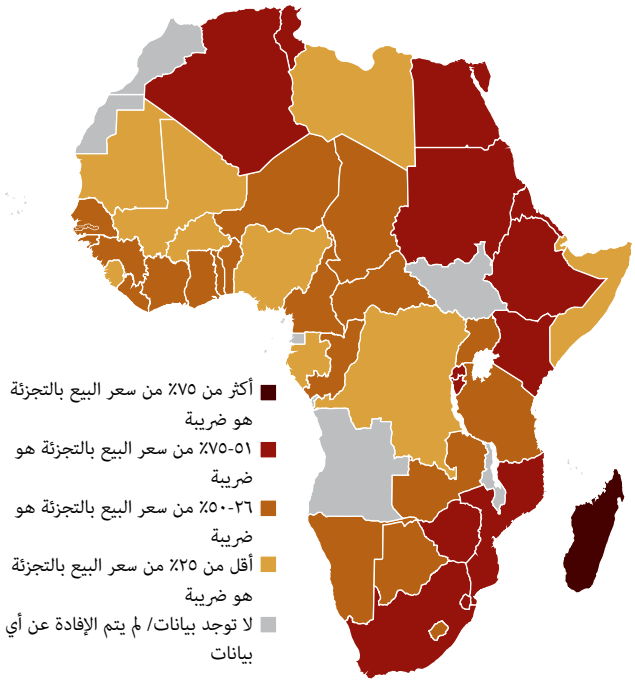
المصدر: تم تجميعه من WHO GHO ٢٠١٠

فرض الضرائب

تعد ضريبة رسوم التحسينات هي أكثر الوسائل فعالية للوقاية من استخدام التبغ وذلك بوضع عوائق أمام الشروع في التدخين. كما أنها تؤدي إلى خفض الاستهلاك حيث تتنافس تكلفة الفرصة لهذه العادة المكلفة مع احتياجات أخرى. يوجد نوعان من الضرائب: ١) ضرائب محددة عن كمية معينة من المنتَج (مثلاً ضريبة عن كل علبة سجائر يتم بيعها) و ٢) ضريبة القيمة المضافة كنسبة من السعر.

بعض الدول تستخدم كليهما للحفاظ على عائد ثابت لإعاقة تأثير شركات تصنيع التبغ على سعر البيع بالتجزئة ولمواكبة التضخم. بصرف النظر عن الآلية المستخدمة، ينبغي زيادة الضرائب لإبقاء التكاليف أعلى من قدرة المستهلك الشرائية وأعلى من التضخم. في نفس الوقت نجد أنه من المهم التأكد من فرض الضرائب على كافة المنتجات بما فيها المنتجات الأقل تكلفة لتجنب الإحلال. يمكن استخدام العائد المكتسب من فرض الضرائب في إجراءات أخرى لمكافحة التبغ وهو الأمر الذي غالباً ما يلاقي استحساناً كبيراً بين عامة الناس . كما توصلت الدراسات إلى أنه قد ينتج عن الزيادة ١٠٪ في سعر التبغ قد ينتج عنها انخفاضاً بنسبة ٦٪ في استهلاكه في LMICs . تنصح منظمة الصحة العالمية أن تكون الزيادة في الضرائب على التبغ بمقدار ٧٠٪ على الأقل من سعر البيع بالتجزئة. لكن لا يوجد سوى القليل- إن وُجدت- من الدول الأفريقية التي قامت بتنفيذ أفضل الممارسات هذه.

شكل ٦: تطبيق إجراءات فرض الضرائب في إفريقيا ٢٠١٠



المصدر: تم تجميعه من WHO GHO ٢٠١٠

التدخلات المرتكزة على العرض

تتضمن أنواع أخرى من التدخلات - وبخاصة على جانب العرض- قيود السن على المشتريات وإحلال وتنويع المحاصيل لخفض زراعة التبغ وفرض تعريفات جمركية على الواردات والتعقب خلال سلسلة العرض بشكل أفضل . بناءاً على الدلائل الحالية، فقد أثبتت استراتيجيات برنامج MPOWER فعاليتها بينما نتج عن سياسات جانب العرض والتدخلات نتائج مختلطة. فبالرغم من إدعاءات شركات تصنيع التبغ أن خفض المعروض من التبغ سيكون له تأثيرات ضارة على فرص العمل والدخل، إلا أن معظم الدراسات المستقلة توضح أن الأموال اتي يتم إنفاقها على السجائر ستتحول إلى المنافذ الأخرى التي تقوم بالبيع بالتجزئة والتي تقوم بتقديم الخدمات. بالإضافة إلى ذلك، ستحول البرامج الملائمة لتنويع المحاصيل دون فقدان الدخل في القطاع الزراعي.

التنفيذ في أفريقيا

لم يكن تنفيذ هذه الاستراتيجيات متساوياً عبر كل الدول الأعضاء في اتفاقية FCTC لكن معظمهم قام فقط بتنفيذ استراتيجية واحدة على الأقل. حيث كان الاستيعاب متغيراً في أفريقيا:

- حماية الناس من دخان التبغ: القليل من الدول لديها سياسات بشأن حظر التدخين، فنجد أن ليبيا ومصر وتشاد وجزر سيشل وبوركينافاسو وناميبيا لديها سياسات أقوى نوعاً ما بالمقارنة بغينيا وزامبيا وموريشيوس حيث تبدو السياسات أضعف. لكن بالرغم من ذلك فإن الامتثال لهذه السياسات داخل هذه الدول يميل لأن يكون منخفضاً.
- تقديم المساعدة للإقلاع عن استخدام التبغ: يتوفر لدى غالبية الدول أحد أشكال برامج الإقلاع عن التدخين مثل العلاج ببدائل النيكوتين (TRN) برغم أن نفقاته ليست دائماً مغطاة. لدى الكونغو ومصر وكيب فيرد وإثيوبيا وموريشيوس وليسوتو والسنغال ونيجيريا وتنزانيا وأوغندا برنامج واحد مغطى النفقات على الأقل.
- التحذير من أخطار التبغ: القليل من الدول لديها التحذيرات الملائمة بشأن التأثيرات الصحية للتدخين إما على العبوة أو من خلال الإعلام. فمصر هي إحدى الدول الأعضاء التي تفي بأعلى مستويات كلاً من التحذيرات على العلب والحملات الإعلام. كذلك فعلت إريتريا ومدغشقر بالشكل الذي يفي بأغلبية المتطلبات، أما موريشيوس وجيبوتي فقد قامتا بوضع تحذيرات كبيرة على العلب بينما قامت النيجر والمغرب بحملات إعلامية شاملة.
- إنفاذ حظر الإعلان عن التبغ والترويج له ورعايته: تفرض تشاد وإريتريا وكينيا ومدغشقر والنيجر حظراً تاماً على كل أشكال الإعلان سواءاً مباشر أو غير مباشر. بينما يوجد لدى عدة دول أخرى بعض أشكال الحظر بدرجات متفاوتة، كما أن الامتثال للحظر متفاوت.
- زيادة الضرائب المفروضة على منتجات التبغ: لدى جميع الدول تقريباً مستوى ما من فرض الضرائب مع وجود مستويات أعلى لفرض الضرائب في مدغشقر بنسبة (٦٧٪) ومصر (٤٧٪) وأقلها في ليبيا (٢٪) والصومال (٠١٪) وسان توم وبرينسيبي (١١٪). لكن مع ذلك نجد أنه لم يتم الإبلاغ عن أي بيانات بشأن ملاوي والمغرب وأنجولا وغينيا الاستوائية.

لم يتم الإبلاغ عن وجود أي إجراءات لمكافحة التبغ في العديد من الدول باستثناء فرض الضرائب مثل: الصومال وبوروندي (٥٦٪) وغينيا بيساو (٤٤٪) وملاوي وموريتانيا (٢٠٪) وسان توم وبرينسيبي وسيراليون (٣٩٪). كذلك فإن معظم الدول الأفريقية الأعضاء في اتفاقية FCTC لديها خطط للتوسع في مكافحة التبغ بالرغم من أن الامتثال التام مع اتفاقية FCTC مع المكافحة الشاملة للتبغ عبر القارة يتطلب جهداً أكبر (انظر جدول ٦).

جدول ٦: وضع تشريعات المكافحة الشاملة للتبغ في أفريقيا

الدولة	تشريع مكافحة التبغ
بوتسوانا	مشروع قانون لمكافحة منتجات التبغ (يتم دراسته حالياً) ٢٠١٢
بوركينافاسو	تنفيذ القرارات الخاصة بقانون ٢٠١٠ لمكافحة التبغ يناير ٢٠١٢
الكاميرون	مشروع قانون لمكافحة منتجات التبغ (يتم دراسته حالياً من قِبل الرئيس)
تشاد	قانون مكافحة التبغ مايو ٢٠١٠
كومورو	تعديل قانون مكافحة التبغ مارس ٢٠١١
الكونغو	تبني قانون لمكافحة التبغ يوليو ٢٠١٢
غانا	قانون الصحة العامة (إجراءات لمكافحة التبغ) ٢٠١٢
كينيا	قانون لمكافحة التبغ سبتمبر ٢٠٠٧ وخطة العمل الوطنية لمكافحة التبغ ٢٠١٠
مالي	قانون لمكافحة التبغ يوليو ٢٠١٠
موريشيوس	لوائح الصحة العامة (القيود المفروضة على منتجات التبغ) ٢٠٠٨
ناميبيا	قانون مكافحة منتجات التبغ أبريل ٢٠١٠
نيجيريا	مشروع قانون المكافحة القومية للتبغ والذي أقره مجلس الشيوخ مارس ٢٠١١
السنغال	مشروع قانون مكافحة التبغ (يجري حالياً وضع اللمسات الأخيرة عليه)
جزر سيشل	قانون مكافحة التبغ أغسطس ٢٠٠٩
جنوب أفريقيا	لوائح بشأن خفض مسببات الاشتعال (RIP) السجائرمايو ٢٠١١ لوائح بشأن التدخين في الأماكن العامة مارس ٢٠١٢ وفي العلن منتجات التبغ في نقاط البيع أغسطس ٢٠١٢
سوازيلاند	مشروع قانون مكافحة منتجات التبغ ٢٠١٠
توجو	قانون مكافحة التبغ ديسمبر ٢٠١٢
أوغندا	مشروع قانون مكافحة التبغ (تم تقديمه لمجلس الوزراء) ٢٠١٢

ائتلاف الاتفاقية الإطارية AFRO، المصدر: مراسلات مع تيه إيه نتيابانغ المنسق الإقليمي للمكتب الإقليمي لأفريقيا

إطار ٣: مكافحة التبغ: غانا

غانا

تفرض غانا حظراً جزئياً على التبغ في الأماكن العامة وقد كان لديها حظر شامل على الإعلان عن التبغ منذ ١٩٨٢. معظم التحذيرات على العلب صغيرة الحجم أما برامج الإقلاع عن التدخين – بينما هي موجودة بالفعل- ليست ممولة من قبل الحكومة. بالإضافة إلى ذلك فإن مدى انتشار التدخين في غانا منخفض في الوقت الحالي.

في دراسة أجراها اووسو-دابو وزملاؤه تم أخذ عينة تمثل قاطني إقليم أشانتي بوسط غانا وتم عمل استقصاء بشأن إجراءات مكافحة التبغ، وقد استهدفت الأسئلة مدى الإدراك بشأن حملات توعية العامة والإعلان عن التبغ وسياسات حظر التدخين والإقلاع عن التدخين. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى وجود دعم قوي لتشريعات وبرامج منع التدخين وكذلك برامج الإقلاع عن التدخين بالرغم من ادعاء بعض الأشخاص قدرتهم على الحصول لبرامج الإقلاع عن التدخين وخاصة في المناطق الريفية. كما وجدت الدراسة أن هناك فهماً محدوداً فيما يخص التأثيرات الصحية في بعض قطاعات السكان لكن المعرفة العامة كانت عالية. وقد قال أغلبية المشاركين في الاستقصاء أنهم لم يشاهدوا أحد إعلانات التبغ أبداً لكن ٣٥٪ تذكروا أنهم قد سمعوا إعلاناً على الراديو أو التلفاز. هذا – من المحتمل- أن يعكس فشلاً في فرض الحظر بشكل كامل على المحطات الإذاعية أو شبكات البث الصغيرة. بالإضافة إلى ذلك فإنه من الممكن أن بعض هذه الإعلانات كانت تذاع على قنوات أو محطات من دول مجاورة مما يبرز الحاجة إلى اتباع النهج الإقليمي للمكافحة. نظراً لقاعدة المعرفة والدعم المواتي لمكافحة التبغ المصحوب بانخفاض انتشار التدخين، فيمكن تنفيذ إجراءات منهجية وشاملة لمكافحة التبغ بتكلفة قليلة وبنجاح كبير.

العوائق التي تواجه مكافحة التبغ

بالرغم من التزام المجتمع العالمي بمكافحة التبغ من خلال اتفاقية FCTC، إلا أنه لا يزال هناك عوائق تنتظر التنفيذ والاعتماد الملائمين. فالعراقيل المالية مثل الفائدة الاقتصادية للإنتاج وارتفاع تكلفة برامج الإقلاع عن التدخين قد أحبطت بعض الجهود. كما يمثل الفقر وانخفاض الدخل كذلك عقبات في سبيل وصول برامج الإقلاع عن التدخين وتحول دون التعرف على أضرار التدخين والتي – برغم الدلائل الكثيرة - لم يتم نشرها بشكل كامل لعامة الناس وأحياناً لا تصل حتى لصانعي السياسات. في نفس الوقت يمكن أن يشكل سلوك ومعرفة مقدمي الرعاية الصحية – خاصة المدخنين منهم - جنباً إلى جنب مع تأثير صانعي السياسات والسياسيين عائقاً أمام النجاح في مكافحة التبغ. لا يزال هناك مقداراً كبيراً من المعلومات المغلوطة بخصوص تأثيرات مكافحة التبغ على الاقتصاد والتنمية.

صناعة التبغ

على النقيض من مكافحة التبغ فإن شركات تصنيع التبغ عند تنفيذ إجراءات فعّالة للوقاية من الشروع في التدخين وزيادة نسبة الإقلاع عن التدخين. لذلك تنهمك شركات تصنيع التبغ في استراتيجيات لمنع انخفاض الطلب بما في ذلك التسويق والمعلومات المغلوطة والضغط السياسي على الحكومة. على المستوى الدولي، قد حاولت شركات التبغ لزمن طويل التأثير على الكيانات عبر الوطنية مثل منظمة الصحة العالمية (WHO) ومنظمة الأغذية والزراعة (FAO) والبنك الدولي (The World Bank). لقد دعم التسويق وتحرير التجارة – وإلى حد ما الإتجار غير الشرعي في التبغ- محاولات شركات تصنيع التبغ في مقاومة مكافحة التبغ. فبينما يمكن أن يكون للاستراتيجيات القومية تأثير قوي داخل الدولة إلا أن التصدي لهذه المشكلات العالمية يتطلب تضافر وتناسق على المستويات الدولية والإقليمية مثل الاتحاد الإفريقي (AU) والأمم المتحدة (UN).

ظهرت إلى النور أساليب شركات تصنيع التبغ لزيادة استخدام التبغ وإحباط مكافحة التبغ من خلال بعض الوثائق التي تم الكشف عنها خلال سلسلة من الدعاوي القضائية. حيث أدعت الشركات علناً أنها تدرك أن منتجاتها "محفوفة بالمخاطر" ويبدو أنها تتفق مع الحاجة إلى منع الشباب من الشروع في التدخين. فقامت بشكل خاص بالتشديد على السمات الإدمانية للتبغ والحاجة لاستكشاف سبل جديدة لاستغلال هذه الخصائص. نتج تحويل التسويق في دول HICs إلى دول LMICs عن البحث عن أسواق جديدة حيث زادت العوائق أمام المنتجات في دول HICs. قد قامت شركات التبغ مؤخراً باستكشاف إمكانية تأسيس جماعات ضغط زراعي للترويج لزراعة التبغ في الاقتصادات الانتقالية، فعلى السطح يبدو التبغ باعتباره محصولاً نقدياً كمولد للدخل المربح في الدول التي تعتمد على الزراعة لكن الفحص الأعمق يثير أسئلة حول ممارسات التعاقد والأثر البيئي والاستغلال.

انهمكت شركات التبغ في عدد من الممارسات عبر القارة الأفريقية لزيادة حضورها بدءاً من شراء المصانع المحلية إلى بناء مصانع جديدة ورعاية الحفلات الموسيقية والفعاليات الرياضية وإدراج منتجات التبغ في علب الإغاثة في حالات الكوارث ووضع الكثير من التشديد على دعم التنمية الزراعية وبرامج فرص العمل . تستمر شركات التبغ في الترويج لفكرة "الذهب الأخضر" أي التبغ كمحصول نقدي مستدام وكذلك لفكرة أن عدداً كبيراً من الناس يتم توظيفهم في إنتاج التبغ على الرغم من أن كلا الأمرين ليس حقيقياً بالضرورة. مع ذلك تتمثل أحد أقوى الذرائع التي تستخدمها شركات تصنيع التبغ في فائدة التبغ الاقتصادية.

الإتجار غير الشرعي

يصعب الحصول على بيانات تخص الإتجار غير الشرعي في السجائر حيث يصعب قياس النشاطات غير القانونية. فقد شمل بعض وكلاء القياس في الماضي التناقض بين الصادرات والواردات بافتراض أن السجائر مجهولة المصدر قد اختفت في السوق السوداء. في عام ١٩٩٦ قدرت هذه الفجوة بنحو ٤٪ ونسبت للتهريب التقليدي واسع النطاق بالرغم من أن هذا الرقم هو رقم إجمالي بسيط فشل في أخذ عدة عوامل أخرى غير متعلقة بالتجارة غير الشرعية في الحسبان. في السنوات الأخيرة تم تقليل هذه الفجوة، لكن طبيعة التجارة تغيرت – بشكل خاص- فإنتاج السجائر "البيضاء الرخيصة" أو "البيضاء غير الشرعية" والتي يتم إنتاجها بشكل قانوني بواسطة الشركات المصنعة بهدف استيرادها بشكل عام بطريقة غير قانونية إلى منطقة أخرى. ويسهل إنتاج السجائر "البيضاء غير الشرعية" والتجارة فيها بالمقارنة بالمنتجات المقلدة وهي شريحة متنامية من السوق في بعض الدول الأفريقية. أما في الوقت الحالي فالتجارة غير القانونية للسجائر تصل إلى ٦-١٢٪ من استهلاك دول LMICs.

يشكل الإتجار غير الشرعي في السجائر تحدياً لمكافحة التبغ لأن السجائر غير القانونية تميل لأن تكون أقل سعراً وهي مشكلة يمكن التغلب عليها بخفض أسعار السجائر الشرعية الأمر الذي من شأنه تقويض جهود مكافحة التبغ. تشير الدلائل إلى أن الاستيراد غير الشرعي للسجائر يميل لأن يكون أعلى في الدول ذات الهيكلية الحكومية الضعيفة وذات مستويات أعلى من الفساد والتي تجري فيها نشاطات تهريب أخرى وذلك بغض النظر عن مستوى فرض الضرائب فيها. فالإتجار غير الشرعي في التبغ مقترن أيضاً بعناصر أخرى خاصة بالسوق السوداء وبالتهريب ومشكلات عالمية أخرى مثل غسيل الأموال ونشاطات تمويل الإرهاب . كما أنه يخفض العائد الذي تولده التجارة الشرعية ويزيد من توافر السجائر لعامة السكان وللشباب. ينبغي أن تكون إجراءات محاربة الإتجار غير الشرعي في التبغ إقليمية ودولية ويتم حالياً دراستها تحت رعاية اتفاقية FCTC.

الفجوات والخطوات المقبلة

التزمت الكثير من الدول الأعضاء في الاتحاد الأفريقي بخفض استخدام التبغ والتخفيف من العواقب الصحية، ولكي تتحقق هذه الغايات فهناك حاجة لبذل المزيد من الجهود في المجالات التالية:

- **المزيد من الوفاء بالتزامات اتفاقية CTCF:** بينما تم تحقيق بعض التقدم نحو التزامات اتفاقية CTCF فلا يزال هناك بعض الإجراءات التي تحتاج للتعزيز وإجراءات أخرى تحتاج للتنفيذ وذلك لضمان تحقيق أقصى فائدة من مجموعة الإجراءات كاملة، وبالأخص تنفيذ البند ٣,٥ من اتفاقية CTCF والذي سيتصدى بقوة للأساليب الشرسة لشركات تصنيع التبغ.

- **التعاون الإقليمي في مكافحة التبغ:** لأن استخدام التبغ والتجارة فيه يمثل مشكلة عالمية، يحتاج الالتزام الإقليمي لتعزيزه ودعمه، وباعتبار أن القادة الأفارقة والاتحاد الأفريقي قد التزموا بالفعل بهذه المشكلة فيمكنهم لعب دور حاسم في إعطاء الأولوية لمكافحة التبغ عبر القارة ووضع إجراءات لتبسيط الامتثال لاتفاقية CTCF.

- **بيانات محلية وجهود بحثية أكثر شمولاً وقوة:** كي يتم تحديد أثر استخدام وزراعة التبغ بشكل كامل (والإعلان عن مثل هذه المعلومات للجمهور) ينبغي جمع وتحليل المزيد من البيانات على مستوى الدولة. تقوم الاستقصاءات الديموغرافية الصحية (SHD) بجمع بعض من هذه البيانات ويدعم مركز أفريقيا لمكافحة التبغ بعض هذه الجهود، لكن إجراء بعض الدراسات التي تعتمد على خطوط الطول قد يكشف الستار عن معلومات حيوية.

- **تحليل مستمر للوضع على مستوى الدولة:** يوفر مركز أفريقيا لمكافحة التبغ معلومات على درجة بالغة من الأهمية بشأن تقدم كل دولة في مجال مكافحة التبغ وتحتاج مثل هذه المعلومات للمزيد من التحليل والدراسة. كذلك قد يوفر الرصد المستمر وتقييم الحاجات معلومات مفيدة بشأن موطن فجوات الأبحاث والتمويل والتنفيذ.

- **رفع الوعي العام لتغيير السلوك:** إن حملات توعية العامة مصحوبة بتقنيات اتصالات تغيير السلوك أساسية لبدء عملية تغيير كلاً من موقف الشخص من التدخين واستخدام التبغ وسلوكه نحوهما. يمكن للحملات القومية والمحلية للنهوض بالصحة أن تجري فعاليتها في الأماكن العامة مثل المدارس فضلاً عن الراديو والتلفاز، فالترويج للصورة الصحية المرغوبة الجذابة لغير المدخن يمثل مفتاحاً للتسويق الاجتماعي.

- **تجديد المجتمع العالمي لالتزامه:** مرة أخرى ونظراً لأن تجارة التبغ هي مشكلة عالمية فإن الاستثمار من جانب الأطراف الدولية ودول sCIH نحو ممارسات زراعية بديلة إنتاج مخفض للسجائر سيحقق فوائد مشتركة.

المراجع

١. بطبيعة الحال- ركزت معظم الأبحاث استخدام السجائر بما أنها هي غالبة الاستخدام في الدول ذات الدخل المرتفع (HICs)،. فبينما هي شائعة كذلك في الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط (LMICs) فإن أشكال أخرى من التبغ منتشرة أيضاً، ومع ذلك فإن أغلب البيانات الموجودة تعكس إحصائيات عن السجائر والتي يمكن أن تكون بمثابة وسيط لأشكال أخرى من التبغ ويمكن إفتراض أن بيانات السجائر تعكس تقديراً متحفظاً لكل أنواع استخدام التبغ. هناك بضع دول لا يكون استخدام السجائر الشكل السائد من أشكال استخدام التبغ بالرغم من أن هذا الأمر يتغير الآن بسرعة. كما ينبغي أيضاً ملاحظة أن البيانات الموثقة والمرتكزة على السكان والتي تتطلب وقتاً وموارد لجمعها والتحقق منها هي في الغالب بيانات تقادمت منذ عدة سنوات مضت. فحيثما يكون ممكناً فإنه قد تم تضمين البيانات الخاصة بالدراسات أو التقاريرالتي تتم على نطاق ضيق في أفريقيا.

٢. CTFK, ٢٠١٣

٣. Peto et al., ١٩٩٢

٤. Lim et al., ٢٠١٢

٥. Lopez et al., ١٩٩٤; Thun et al., ٢٠١٢

٦. Lopez et al., ١٩٩٤

٧. Khoo et al., ٢٠١٠

٨. Mathers and Loncar, ٢٠٠٦

٩. Cabrera and Gostin, ٢٠١١

١٠. ITGA, ٢٠١٢

١١. Gates Foundation, ٢٠١١

١٢. BAT, ١٩٩١; Peltzer, ٢٠١١

١٣. Shafey et al., ٢٠٠٣

١٤. Pampel, ٢٠٠٨

١٥. Jha et al., ٢٠٠٦

١٦. Eriksen et al., ٢٠١٢

١٧. Stanford University Global Tobacco Prevention Research Initiative, ٢٠١٢

١٨. Drum Commodities, ٢٠١٢

١٩. WHO TFI, ٢٠١٢

٢٠. Jha et al., ٢٠٠٦

٢١. CDC, ٢٠١٢

٢٢. HHS, ٢٠٠٤

٢٣. Eriksen et al., ٢٠١٢

٢٤. Eriksen et al., ٢٠١٢

٢٥. Eriksen et al., ٢٠١٢

٢٦. WHO TFI, ٢٠١١

٢٧. Abdallah and Husten, ٢٠٠٤

٢٨. Underner and Perriot, ٢٠١٢

٢٩. الاعتماد على التبغ هو مرض معترف به في كل من التصنيف الدولي للأمراض (ICD)-١٠ والدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات العقلية (DSM)-IV.

٣٠. Abdallah and Husten, ٢٠٠٤

٣١. den Boon et al., ٢٠٠٥

٣٢. den Boon et al., ٢٠٠٧

٣٣. Tachfouti et al., ٢٠١١

٣٤. WHO, ٢٠١١a

٣٥. WHO, ٢٠١١a; World Bank, ٢٠١١

٣٦. Beaglehole et al., ٢٠١١

٣٧. WHO, ٢٠١١a WHO, ٢٠١١b

٣٨. WHO, ٢٠١١a

٣٩. WHO, ٢٠١١a

٤٠. WHO TFI, ٢٠١٢

٤١. Geist et al., ٢٠٠٩

٤٢. World Bank, ٢٠١١

٤٣. WHO TFI, ٢٠٠٤a

٤٤. World Bank, ٢٠١١

٤٥. World Bank, ٢٠١١

٤٦. سعر الدخل النسبي هو النسبة المئوية لنصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي المطلوبة لشراء ١٠٠ علبة سجائر. وتمثل مقلوب القدرة على تحمل التكاليف.

٤٧. Eriksen et al., ٢٠١٢

٤٨. WHO TFI, ٢٠٠٤b

٤٩. World Bank, ٢٠١١

٥٠. FAO, ٢٠٠٣

٥١. Ericksen et al., ٢٠١٢

٥٢. WHO TFI, ٢٠٠٤a

٥٣. WHO TFI, ٢٠٠٤a

٥٤. Lecours et al., ٢٠١٢

٥٥. Lecours et al., ٢٠١٢

٥٦. Lecours et al., ٢٠١٢

٥٧. WHO TFI, ٢٠٠٤a

٥٨. Geist et al., ٢٠٠٩

٥٩. Helmut Geist et al., ٢٠٠٨

٦٠. Jha et al., ٢٠٠٦

٦١. Shafey et al., ٢٠٠٣

٦٢. WHO, ٢٠٠٥

٦٣. WHO, ٢٠١١b

٦٤. Jha et al., ٢٠٠٦

٦٥. IOM, ٢٠١٢

٦٦. WHO, ٢٠٠٨

٦٧. Méndez et al., ٢٠١٣

٦٨. WHO, ٢٠٠٨

٦٩. WHO, ٢٠٠٨

٧٠. WHO, ٢٠٠٨

٧١. WHO, ٢٠٠٨

٧٢. Thornley and Marsh, ٢٠١٠

٧٣. WHO, ٢٠٠٨

٧٤. CFTK, ٢٠١٢

٧٥. Jha et al., ٢٠٠٦

٧٦. Owusu-Dabo et al., ٢٠١١

٧٧. Abdullah and Husten, ٢٠٠٤

٧٨. Yach and Bettcher, ٢٠٠٠

٧٩. Yach and Bettcher, ٢٠٠٠

٨٠. Shafey et al., ٢٠٠٣

٨١. Jha and Chaloupka, ٢٠٠٠

٨٢. Joosens and Raw, ٢٠١٢; Jha et al., ٢٠٠٦

٨٣. Joosens and Raw, ٢٠١٢

المراجع

ASM Abdullah and Husten CG. 2004. Promotion of smoking cessation in developing countries: a framework for urgent public health interventions. Thorax 59:623–630

OA Cabrera and Gostin L. 2011. Human rights and the Framework Convention on Tobacco Control: mutually reinforcing systems. International Journal of Law in Context. 7(3):285–303.

BAT (British American Tobacco Ltd.). 1991. The Cigarette Market in Nigeria—Qualitative Consumer Behavior and Brand Status Study. http://tobaccodocuments.org/landman/503886993-7036.html. Accessed: 20 March, 2013.

R Beaglehole, Bonita R, Horton R, Adams C, Alleyne G, et al. 2011. Priority actions for the non–communicable disease crisis. Lancet 377(9775): 1438–1447

CTFK (Campaign for Tobacco Free Kids). 2010. The Millennium Development Goals and Tobacco Control. http://global.tobaccofreekids.org/files/pdfs/en/MDGs_en.pdf Accessed: 20 March 2013.

CTFK (Campaign for Tobacco Free Kids). 2012. Taxation and Price. http://global.tobaccofreekids.org/files/pdfs/en/TAX_essential_facts_en.pdf Accessed: 20 March 2013.

CTFK (Campaign for Tobacco Free Kids). 2013. Toll of Tobacco around the World. http://www.tobaccofreekids.org/facts_issues/toll_global/ Accessed: 1 March 2013.

CDC (Centers for Disease Control and Prevention). 2012. Health Effects of Cigarette Smoking. http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/health_effects/effects_cig_smoking/. Accessed: 1 March 2013.

S den Boon, van Lill SWP, Borgdorff MW, Verver S, Bateman ED, Lombard CJ, Enarson DA and Beyers N. 2005. Association between smoking and tuberculosis infection: a population survey in a high tuberculosis incidence area. Thorax 60:555–557

S den Boon, Verver S, Marais BJ, Enarson DA, Lombard CJ, Bateman ED, Irusen E, Jithoo A, Gie RP, Borgdorff MW and Beyers N. 2007. Association between passive smoking and infection with mycobacterium tuberculosis in children. Pediatrics 119(4): 734–739

SG Dolwick, Guindon E, and Shafey O. 2003. Tobacco Control Country Profiles. Atlanta, Georgia: American Cancer Society.

Drum Commodities. 2012. An African Tobacco Production Perspective: An Executive Summary. Somserset, England: Drum Resources Limited.

M Eriksen, Mackay J and Ross H. 2012. The Tobacco Atlas. 4th edition. Atlanta, GA: American Cancer Society; New York, NY: World Lung Foundation. Also available at www.TobaccoAtlas.org.

FAO (Food and Agriculture Organization). 2003. Projections of Tobacco Production, Consumption and Trade to the Year 2010. Rome, Italy: FAO.

Gates Foundation. 2011. Tobacco Strategy Overview. http://docs.gatesfoundation.org/topics/documents/tobacco–strategy–overview–1123.pdf. Accessed: 1 March 2013.

HHS (U.S. Department of Health and Human Services). 2004. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention.

HJ Geist, Otañez M, and Kapito J. 2008. "The Tobacco Industry in Malawi: A Globalized Driver of Local Land Change" In Land Change Science in the Tropics: Changing Agricultural Landscapes. Millington A and Jepson W, eds. New York, New York: Springer.

HJ Geist, Chang KT, Etges V and Abdallah JM. 2009. Tobacco growers at the crossroads: towards a comparison of diversification and ecosystem impacts. Land Use Policy 26:1066–1079.

IOM (Institute of Medicine). 2012. Scientific Standards for Studies on Modified Risk Tobacco Products. Washington, DC: National Academies Press.

ITGA (International Tobacco Growers; Association). 2012. Tobacco Types. http://www.tobaccoleaf.org/conteudos/default.asp?ID=18&IDP=5&P=5. Accessed: 1 March 2013.

P Jha and Chaloupka FJ, eds. 2000. Tobacco Control in Developing Countries. Oxford: Oxford University Press.

P Jha, Chaloupka FJ, Moore J, Gajalakshmi V, Gupta PC, Peck R, Asma S and Zatonski W. 2006. "Tobacco Addiction" In Disease Control Priorities in Developing Countries, 2nd edition. Jamison DT, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, Evans D, Jha P, Mills A, and Musgrove P, eds. Washington, DC: World Bank.

L Joossens and Raw M. 2012. From cigarette smuggling to illicit tobacco trade. Tobacco Control 21(2):230–234.

D Khoo, Chiam Y, Ng P, Berrick AJ and Koong HN. 2010. Phasing–out tobacco: proposal to deny access to tobacco for those born from 2000. Tobacco Control 19(5):355–360.

N Lecours, Almeida G and Abdallah J. 2012 Environmental health impact of tobacco farming: a review of literature. Tobacco Control 21:191–6.

S Lim, Vos T, et al. 2012. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990—2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. The Lancet 380(9859):2224–2260.

AD Lopez, Collishaw N and Piha T. 1994. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. Tobacco Control 3:242–247.

CD Mathers and Loncar D.2006. Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. PLoS Medicine 3(11):e442.

D Méndez, Alshanqeety O, Warner KE. 2013. The potential impact of smoking control policies on future global smoking trends. Tobacco Control 22(1):46–51.

E Owusu-Dabo, Lewis S, McNeill A, Gilmore A, and Britton J. 2011. Support for smoke-free policy, and awareness of tobacco health effects and use of smoking cessation therapy in a developing country BMC Public Health 11: 572.

F Pampel. 2008. Tobacco use in sub-Sahara Africa: Estimates from the demographic health surveys. Social Science & Medicine 66(8):1772–1783.

K Peltzer. 2011. Early smoking initiation and associated factors among in-school male and female adolescents in seven African countries. African Health Sciences. 11(3): 320–328.

R Peto, Lopez AD, Boreham J, Thun M and Heath C. 1992. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. Lancet 339(8804):1268–1278.

O Shafey, Dolwick S and Guindon GE, eds. 2003. Tobacco Control Country Profiles, 2nd edition. Atlanta, Georgia: America Cancer Society.

Stanford University Global Tobacco Prevention Research Initiative. 2012. Cigarette Citadels. http://TobaccoResearch.Stanford.edu. Accessed: 1 March 2013.

N Tachfouti, Nejjari C, Benjelloun MC, Berraho M, Elfakir S, El Rhazi K and Slama K. 2011. Association between smoking status, other factors and tuberculosis treatment failure in Morocco. International Journal of Tuberculosis and Lung Disease 15(6):838–843.

L Thornley and Marsh K. 2010. What Works in Social Marketing to Young People? New Zealand: Quigley and Watts Ltd.

M Thun, Peto R, Boreham J and Lopez AD 2012. The tobacco epidemic today: stages of the cigarette epidemic on entering its second century. Tobacco Control 21:96–101.

M Underner and Perriot J. 2012. Smoking and tuberculosis. La Presse Médicale. 41(12):1171–1180.

JN Walton, Barondess JA and Lock A. 1994. The Oxford Medical Companion. New York, New York: Oxford University Press.

World Bank. 2011. The Growing Danger of Non-Communicable Diseases: Acting Now to Reverse Course. Washington, DC: World Bank.

WHO (World Health Organization). 2005. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva, Switzerland: WHO.

WHO (World Health Organization). 2008. MPOWER: A Policy Package to Reverse the Tobacco Epidemic. Geneva, Switzerland: WHO.

WHO (World Health Organization). 2011a. Global Status Report on Noncommunicable Diseases. Geneva, Switzerland: WHO.

WHO (World Health Organization). 2011b. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic: Warning about the Dangers of Tobacco. Geneva, Switzerland: WHO.

WHO GHO (World Health Organization Global Health Observatory). 2010. Situation in WHO African Region. http://www.who.int/gho/tobacco/policies/region_africa/en/index.html. Accessed: 1 March 2013.

WHO TFI (World Health Organization Tobacco Free Initiative). 2004a. Tobacco Increases the Poverty of Countries. http://www.who.int/tobacco/communications/events/wntd/2004/tobaccofacts_nations/en/index.html. Accessed: 1 March 2013.

WHO TFI (World Health Organization Tobacco Free Initiative). 2004b. Tobacco Increases the Poverty of Individuals and Families. http://www.who.int/tobacco/communications/events/wntd/2004/tobaccofacts_families/en/index.html. Accessed: 1 March 2013.

WHO TFI (World Health Organization Tobacco Free Initiative). 2011. Global Estimate of the Burden of Disease from Second-hand Smoke. Geneva, Switzerland: WHO.

WHO TFI (World Health Organization Tobacco Free Initiative). 2012. WHO Global Report: Mortality Attributable to Tobacco. Geneva, Switzerland: WHO.

D Yach and Bettcher D. 2000. Globalisation of tobacco industry influence and new global responses. Tobacco Control 9:206–216.

فريق الصياغة

دكتور/ أديمولا أولاجيدي والسيد/ كينيث أوليكو ،مفوضية الاتحاد الأفريقي
مارجريت هاوثورن من الأكاديمية الوطنية الأمريكية للعلوم، مبادرة تنمية أكاديميات العلوم الأفريقية
ماريا كارمونا وجوشوا كايالو، حملة من أجل أطفال بلا تبغ