

لجنة خبراء بمنظمة الصحة العالمية معنية بالمشكلات المتصلة باستهلاك الكحول

التقرير الثاني

أنشئت منظمة الصحة العالمية في عام ١٩٤٨ كوكالة متخصصة من وكالات الأمم المتحدة وهي بمثابة سلطة التوجيه والتنسيق في ما يتعلق بمسائل الصحة الدولية والصحة العمومية. ومن مهامها الدستورية توفير المعلومات الموضوعية والموثوقة والمشورة في ميدان الصحة البشرية. وقد أنيطت بها مسؤولية تفي بها عن طريق برامجها ومطبوعاتها الواسعة النطاق.

وتسعى المنظمة، من خلال مطبوعاتها، إلى دعم الاستراتيجيات الصحية الوطنية والتصدي لأكثر مخاوف مختلف الفئات السكانية إلحاحاً في جميع أصقاع العالم. ولتلبية احتياجات الدول الأعضاء على جميع المستويات الإنمائية تتولى المنظمة نشر الأدلة والكتيبات العملية ومواد التدريب التي تركز على فئات بعينها من العاملين الصحيين، والدلائل الإرشادية والمعايير المنطبقة دولياً؛ كما تتولى استعراض وتحليل السياسات والبرامج والبحوث الصحية فضلاً عن أحدث التقارير التوافقية التي تحتوي على المشورة والتوصيات التقنية لمساعدة صناع القرار. وترتبط هذه الكتب ارتباطاً وثيقاً بأنشطة المنظمة التي تحظى بالأولوية والتي تشمل توقي الأمراض ومكافحتها، وتطوير النظم الصحية العادلة استناداً إلى الرعاية الصحية الأولية وتعزيز صحة الفرد والمجتمع. كما يقتضي إحراز تقدم صوب تحسين صحة الجميع نشر المعلومات وتبادلها شريطة أن تكون تلك المعلومات مستقاة من معارف وتجارب كل البلدان الأعضاء في المنظمة ومن تعاون قادة العالم في مجال الصحة العمومية والعلوم البيوطبية.

ولضمان إتاحة معلومات وتوجيهات يركن إليها في ما يتعلق بالمسائل الصحية تتولى المنظمة تأمين توزيع مطبوعاتها في شتى أنحاء العالم وهي تشجع على ترجمتها والاقتراب منها. وبالمساعدة على تعزيز الصحة وحفظها وتوقي الأمراض ومكافحتها في جميع ربوع العالم فإن كتب المنظمة تسهم في تحقيق غايتها الأساسية ألا وهي بلوغ جميع الشعوب أعلى مستوى صحي ممكن.

إن سلسلة التقارير التقنية لمنظمة الصحة العالمية تتيح النتائج التي تتوصل إليها مختلف المجموعات الدولية من الخبراء التي تزود المنظمة بأحدث المنشورات العلمية والتقنية في نطاق واسع من الموضوعات الطبية ومسائل الصحة العمومية. ويعمل أعضاء هذه المجموعات بدون مقابل بصفاتهم الشخصية لا باعتبارهم ممثلين للحكومات أو لغيرها من الهيئات، والآراء التي يدلون بها لا تمثل بالضرورة قرارات المنظمة ولا سياستها المعلنة. ويكلف الاشتراك السنوي في هذه السلسلة، التي تشتمل على حوالي ستة تقارير من هذا النوع ١٦٨ فرنكاً سويسرياً/١٥١ دولاراً أمريكياً (١٢٨,٤٠ فرنكاً سويسرياً/١١٥ دولاراً أمريكياً في البلدان النامية). وللحصول على المزيد من المعلومات الرجاء الاتصال على العنوان التالي:

20 avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland

(tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857;

email: bookorders@who.int; order online: <http://www.who.int/bookorders>).

يحتوي هذا التقرير على الآراء الجماعية لمجموعة من الخبراء الدوليين، وهو لا يمثل بالضرورة قرارات منظمة الصحة العالمية أو سياستها المقررة.

سلسلة التقارير الفنية لمنظمة الصحة العالمية

٩٤٤

لجنة خبراء بمنظمة الصحة العالمية معنية بالمشكلات المتصلة باستهلاك الكحول

التقرير الثاني

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

WHO Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption.
Meeting (2nd: 2006: Geneva, Switzerland)

Second report / WHO Expert Committee on Problems Related to Alcohol
Consumption.

(WHO technical report series; no. 944)

“WHO Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption,
Geneva, 10–13 October 2006”.

1. Alcohol drinking. 2. Ethanol - pharmacology. 3. Alcoholism - prevention
and control. 4. Alcohol-related disorders - prevention and control.
I. World Health Organization. II. Title. III. Title: WHO Expert Committee on
Problems Related to Alcohol Consumption: second report. IV. Series.

ISBN 978 92 4 620944 6

(NLM classification: WM 274)

ISSN 0251-0111

© منظمة الصحة العالمية ٢٠٠٧

جميع الحقوق محفوظة. يمكن الحصول على مطبوعات منظمة الصحة العالمية من إدارة منشورات منظمة الصحة العالمية 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (هاتف رقم: ٣٢٦٤ ٢٢ ٧٩١ ٤١+؛ فاكس رقم: ٤٨٥٧ ٢٢ ٧٩١ ٤١+؛ عنوان البريد الإلكتروني: bookorders@who.int). وينبغي توجيه طلبات الحصول على الإذن باستنساخ أو ترجمة منشورات منظمة الصحة العالمية - سواء كان ذلك لبيعها أو لتوزيعها توزيعاً غير تجاري - إلى إدارة منشورات المنظمة على العنوان المذكور أعلاه (فاكس رقم: ٤٨٠٦ ٢٢ ٧٩١ ٤١+؛ عنوان البريد الإلكتروني: permissions@who.int).

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

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

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

ويحتوي هذا المطبوع على الآراء الجماعية لمجموعة من الخبراء الدوليين، وهو لا يمثل بالضرورة قرارات منظمة الصحة العالمية أو سياستها المقررة.

طبع في سويسرا

المحتويات

| | |
|----|---|
| ١ | ١- مقدمة |
| ٢ | ١-١ معلومات أساسية |
| ٤ | ٢-١ الإطار والمصطلحات |
| ٥ | ٢- آليات الضرر الناجم عن الكحول: السكر، والاعتماد، والسمية |
| ٦ | ١-٢ أنماط الضرر المتصل بالكحول وأساسها الفيزيولوجي |
| ٧ | ٢-٢ السكر بالكحول |
| ٨ | ٣-٢ خصائص الكحول المسببة للاعتماد |
| ٨ | ٤-٢ التأثيرات السمية للكحول |
| ١٠ | ٥-٢ الاستنتاجات بشأن آليات الضرر |
| ١٠ | ٣- توافر واستهلاك الكحول في العالم |
| ١٠ | ١-٣ إنتاج الكحول وتوزيعه والترويج له |
| ١٣ | ٢-٣ المستويات والأنماط والاتجاهات في مجال استهلاك الكحول |
| ١٨ | ٣-٣ محددات ومتلازمات استهلاك الكحول |
| ٢١ | ٤-٣ الاستنتاجات بشأن توافر الكحول واستهلاكه |
| ٢٢ | ٤- الضرر المعزو إلى استهلاك الكحول |
| | ١-٤ الأثر على الصحة: مساهمة الكحول |
| ٢٢ | في عبء الأمراض العالمي |
| ٢٤ | ٢-٤ الأضرار الاجتماعية |
| ٢٧ | ٣-٤ الاستنتاجات بشأن الضرر المعزو إلى استهلاك الكحول |
| ٢٨ | ٥- الاستراتيجيات والتدخلات الفعالة للحد من الضرر المتصل بالكحول |
| ٢٩ | ١-٥ تدابير الحد من توافر الكحول |
| ٣١ | ٢-٥ أسعار الكحول والضرائب المفروضة عليه |
| ٣٣ | ٣-٥ تقييم مبيعات الكحول |
| ٣٤ | ٤-٥ تنظيم سياق الشرب |
| ٣٥ | ٥-٥ تقييم تسويق الكحول |
| ٣٦ | ٦-٥ التدابير المضادة لشرب الكحول عند قيادة المركبات |
| ٣٧ | ٧-٥ التثقيف والإقناع |
| ٣٩ | ٨-٥ خدمات التدخل والمعالجة المبكرة |

| | | |
|----|-----|--|
| | ٩-٥ | الاستنتاجات بشأن الاستراتيجيات الفعالة للحد |
| ٤١ | | من الضرر المتصل بالكحول |
| ٤٢ | ٦- | رسم سياسة الكحول |
| ٤٢ | ١-٦ | إنشاء قاعدة معارف لوضع سياسة الكحول |
| ٤٣ | ٢-٦ | القطاعات وسياسة الكحول |
| ٤٥ | ٣-٦ | سياسة الكحول على مختلف المستويات التشريعية |
| ٤٦ | ٤-٦ | الاستنتاجات المتعلقة برسم سياسة الكحول |
| ٤٧ | ٧- | مقتضيات العمل الدولي |
| ٤٧ | ١-٧ | الجوانب الدولية لمكافحة الكحول |
| ٥٠ | ٢-٧ | دور منظمة الصحة العالمية |
| ٥٢ | ٣-٧ | التعاون فيما بين الهيئات الدولية |
| ٥٣ | ٤-٧ | الاستنتاجات الخاصة بآثار العمل الدولي |
| ٥٤ | ٨- | التوصيات |
| ٥٩ | | المراجع |
| | | الملحق |
| | | ملخص معطيات منظمة الصحة العالمية المتعلقة |
| ٦٤ | | بشأن عبء المرض المعزى إلى الكحول في عام ٢٠٠٢ |

لجنة خبراء بمنظمة الصحة العالمية المعنية بالمشكلات المتصلة باستهلاك الكحول

جنيف، ١٠-١٣ تشرين الأول/أكتوبر ٢٠٠٦

الأعضاء

الأستاذ، أوفوري - آديجي، مدير معهد نوغوتشي التذكاري للبحوث الطبية، جامعة غانا، أكرا، غانا
الأستاذ س. كاسويل، مدير مركز بحوث وتقييم النتائج الاجتماعية والصحية، جامعة ماسي، أوكلاند،
نيوزيلندا

الأستاذ س. درموند، أستاذ الطب النفسي الخاص بالإدمان ورئيس فرع السلوك الإدماني، قسم الصحة
النفسية، جامعة سان جورج، جامعة لندن، لندن، انكلترا

الأستاذ وي هاو، أستاذ الطب النفسي، مدير المركز المتعاون مع منظمة الصحة العالمية للعامل النفسي
الاجتماعي، وإساءة استعمال المخدرات والصحة، معهد الصحة النفسية، مستشفى جيانغبا الثاني،
الجامعة الجنوبية المركزية، شانغشا، الصين

الأستاذ م. إي. مدنيا - مورا، البحوث الوبائية والنفسية الاجتماعية، معهد رامون دي لا فونتي للطب
النفسي، مكسيكو سيتي، المكسيك

الدكتور س. راغاناثان، الأمين الفخري، مؤسسة ت. ت. راغاناثان للبحوث السريرية، تشيناي، الهند
الدكتور إي. م. رازاغي، مدير المركز الوطني الإيراني لدراسات الإدمان، كلية العلوم الطبية، جامعة طهران،
طهران، جمهورية إيران الإسلامية

الأستاذ ر. روم، جامعة ملبورن ومركز نقطة التحول في الكحول والمخدرات، فينزروي، أستراليا (مقرر)

الدكتور ي. روسو، المعهد الترويجي لبحوث الكحول والمخدرات، أوصلو، النرويج

الأستاذ د. س. ساماراسنغ، أستاذ مشارك في الطب النفسي، قسم الطب النفسي، كلية الطب، جامعة
كولومبو، سري لانكا (نائب الرئيس)

الأستاذ س. فينرزر، قسم الطب النفسي ومعهد لانغلي بورتر للطب النفسي، جامعة كاليفورنيا، سان
فرانسيسكو، كاليفورنيا، الولايات المتحدة الأمريكية (رئيساً)

ممثلو المنظمات الأخرى^١

منظمة العمل الدولية

السيدة م. ديلوكا، اختصاصية، تعزيز الصحة في أماكن العمل، العمل الآمن، جنيف، سويسرا

^١ الذين لم يتمكنوا من الحضور: منظمة الأمم المتحدة للأغذية والزراعة، روما، إيطاليا؛ البنك الدولي، واشنطن العاصمة، الولايات المتحدة الأمريكية، الرابطة العالمية للطب النفسي، جنيف، سويسرا.

برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز والعدوى بفيروسه
الدكتور أ. تشاتيرجي، مستشار أول، الوقاية والسياسة العامة، جنيف، سويسرا

الأمانة

الدكتور ت. أوغوسو، مستشار إقليمي في الصحة النفسية وإساءة استعمال المخدرات، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لأفريقيا، برازافيل، الكونغو

الدكتور ب. أندرسون، مستشار في الصحة العمومية، هلاب، الدانمرك (مستشار مؤقت)

الأستاذات. بابور، إدارة الصحة المجتمعية والرعاية الصحية، كلية الطب في جامعة كونكتيكت، فارمينغتون، الولايات المتحدة الأمريكية (مستشار مؤقت)

الدكتور أ. فليشمان، اختصاصي علمي، تدبير إساءة استعمال المواد، منظمة الصحة العالمية، جنيف، سويسرا
الأستاذ م. ل. و. سوزا فورميغوني، قسم البيولوجيا النفسية، جامعة ساو باولو الاتحادية، ساو باولو، البرازيل (مستشار مؤقت)

الدكتور س. هيغوشي، نائب مدير منظمة المستشفيات الوطنية، كوريهاما، مركز إدمان الكحول، كاناغوا، اليابان (مستشار مؤقت)

الدكتور م. مونتيرو، مستشار إقليمي في مجال إساءة استعمال الكحول والمواد، منظمة الصحة للبلدان الأمريكية، واشنطن العاصمة، الولايات المتحدة الأمريكية

الدكتور آي. أوبوت، اختصاصي علمي، تدبير إساءة استعمال المواد، إدارة الصحة النفسية وإساءة استعمال المواد، منظمة الصحة العالمية، جنيف، سويسرا

الدكتور ف. بوزنيك، منسق، تدبير إساءة استعمال المواد، قسم الصحة النفسية وإساءة استعمال المواد، منظمة الصحة العالمية، جنيف، سويسرا (أمين)

الأستاذ ج. ريم، مركز الإدمان والصحة النفسية، تورونتو، كندا (مستشار مؤقت)

السيد د. رفكي، مسؤول تقني، تدبير إساءة استعمال المواد، إدارة الصحة النفسية وإساءة استعمال المواد، منظمة الصحة العالمية، جنيف، سويسرا

الدكتور بنيديتو ساراتشينو، مدير، إدارة الصحة النفسية وإساءة استعمال المواد، منظمة الصحة العالمية، جنيف، سويسرا

الدكتور إي. سترسل، وج. أفنيدا نيزيري، مابوتو، موزامبيق (مستشار مؤقت)

الدكتور ت. ياسامي، مستشار إقليمي، الصحة النفسية وإساءة استعمال المواد، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، القاهرة، مصر

اجتمعت لجنة خبراء بمنظمة الصحة العالمية معنية بالمشكلات المتصلة باستهلاك الكحول في جنيف بين ١٠ و١٣ تشرين الأول/أكتوبر ٢٠٠٦.

وافتح الاجتماع الدكتور ب. ساراتشينو، مدير إدارة الصحة النفسية وإساءة استعمال المواد، في المقر الرئيسي لمنظمة الصحة العالمية، جنيف، سويسرا، الذي أشار إلى أنه منذ اعتماد جمعية الصحة العالمية في عام ٢٠٠٥ القرار ج ص ع ٥٨-٢٦ بشأن «مشكلات الصحة العمومية الناجمة عن التعاطي الضار للكحول»، بدأت أنشطة مكثفة على المستويين العالمي والإقليمي في المنظمة. وفي الإقليم الأوروبي التابع لمنظمة الصحة العالمية كان قد تم اعتماد إطار لسياسة الكحول، استناداً إلى خطة العمل الأوروبية بشأن الكحول ٢٠٠٠-٢٠٠٥، في اجتماع اللجنة الإقليمية في أيلول/سبتمبر ٢٠٠٥، وكان قد انعقد في إقليم الأمريكتين التابع للمنظمة أول مؤتمر للبلدان الأمريكية بشأن السياسات العامة المتصلة بالكحول في برازيليا، في تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠٠٥، وعُقدت في الإقليم الأفريقي التابع للمنظمة مشاورات تقنية بشأن مشكلات الصحة العمومية الناجمة عن التعاطي الضار للكحول في الإقليم الأفريقي في أيار/مايو ٢٠٠٦، وتم اعتماد قرار في إقليم جنوب شرق آسيا التابع للمنظمة بشأن خيارات سياسة مكافحة استهلاك الكحول عقدته اللجنة الإقليمية في آب/أغسطس ٢٠٠٦، وكانت اللجنة الإقليمية في إقليم شرق المتوسط التابع للمنظمة قد اتخذت قراراً بشأن مشكلات الصحة العمومية الناجمة عن استهلاك الكحول في أيلول/سبتمبر ٢٠٠٦، واتخذ إقليم غرب المحيط الهادئ التابع للمنظمة قراراً في أيلول/سبتمبر ٢٠٠٦، يؤيد فيه الاستراتيجية الإقليمية للحد من الأضرار المتصلة بالكحول. أما على الصعيد العالمي فقد عقدت أمانة المنظمة عدة اجتماعات مع الخبراء التقنيين وشرعت بإجراء عمليات مشاورات مكثفة مع أهم أصحاب الشأن من خلال تنظيم اجتماعات و مشاورات مع فئات المجتمع المدني، والعلماء وممثلي قطاعات الصناعة والتجارة والزراعة. وشدد الدكتور ساراتشينو على أن توصيات اللجنة ستستخدم من قبل أمانة المنظمة في عملية المضي قدماً في وضع أنشطة للحد من المشاكل الصحية والاجتماعية المعزوة إلى استهلاك الكحول.

وأشارت الدكتورة ج. لي غاليه - كامو، المدير العام المساعد، إدارة الأمراض غير السارية والصحة النفسية، في المقر الرئيسي للمنظمة، جنيف، سويسرا، في خطابها الترحيبي نيابة عن المدير العام للمنظمة، إلى أن قرار جمعية الصحة العالمية في ٢٠٠٥ كان تعبيراً عن القلق الذي يساور الدول الأعضاء بسبب مشكلات الصحة العمومية الناجمة عن تعاطي

الكحول على نحو ضار. وكان هناك اهتمام متزايد بالضرر المتصل بالكحول على الصعيد العالمي في السنوات الأخيرة، وخصوصاً منذ إصدار «التقرير الخاص بالصحة في العالم ٢٠٠٢: الحد من المخاطر وتعزيز الحياة الصحية» الذي شدد على أهمية دور استهلاك الكحول كعامل خطر كبير بالنسبة للصحة في العالم. وقالت إن البيانات المتاحة تشير إلى أن المشكلات الصحية والاجتماعية التي يُسفر عنها تعاطي الكحول بشكل ضار تتزايد باطراد في العديد من البلدان نتيجة ارتفاع مستويات الاستهلاك أو تغير أنماطه، ولا سيما في أوساط النساء والشباب. وقالت إن هناك العديد من وجهات النظر بشأن أنسب الطرق المتوفرة لمعالجة أوجه القلق التي ترتبط بمشكلات الصحة العمومية المعزوة للكحول، وأن أمانة منظمة الصحة العالمية بذلت جهوداً منسقة لأخذها بعين الاعتبار في عملية تحديد الأساليب الواقعية والفعالة للحد من العواقب الصحية والاجتماعية السلبية المترتبة على استهلاك الكحول. وأنه ثمة حاجة لوضع توصيات برسم سياسات فعالة للحد من المشكلات المتصلة باستهلاك الكحول، وذلك عملاً بالولاية التي منحتها جمعية الصحة العالمية المنظمة في القرار ج ص ع ٥٨-٢٦، وتوفير الدعم للدول الأعضاء في تنفيذ الاستراتيجيات والبرامج وتقييمها.

١-١ معلومات أساسية

طلبت جمعية الصحة العالمية الثامنة والخمسون في القرار ج ص ع ٥٨-٢٦ في عام ٢٠٠٥ إلى المدير العام «تقديم تقرير إلى جمعية الصحة الستين عن الاستراتيجيات والتدخلات القائمة على القرائن والرامية إلى الحد من الضرر المتعلق بالكحول، بما في ذلك إجراء تقييم لمشاكل الصحة العمومية الناجمة عن تعاطي الكحول على نحو ضار» و«وضع ما يلزم من توصيات للسياسات والتدخلات الفعالة الرامية إلى الحد من الضرر المتعلق بالكحول».

وتم لهذه الغاية عقد اجتماع للجنة خبراء بمنظمة الصحة العالمية معنية بالمشكلات المتصلة باستهلاك الكحول كان الهدف الرئيسي منه استعراض مجموعة من مشكلات الصحة العمومية المعزوة إلى استهلاك الكحول، إضافة إلى البيانات العلمية والتجريبية لفعالية شتى الخيارات المتعلقة بالسياسات العامة، ووضع توصيات تقنية بشأن السياسات والتدخلات الفعالة للحد من الضرر المرتبط بالكحول.

وقد تغير الوضع فيما يتعلق باستهلاك الكحول وعواقبه الصحية والاجتماعية تغيراً كبيراً منذ انعقاد الاجتماع السابق للجنة خبراء بمنظمة الصحة العالمية معنية بالمشكلات المتصلة باستهلاك الكحول في عام ١٩٧٩. وعندها توصلت اللجنة في تقريرها إلى أنه: «نظراً

إلى شدة تنوع العلل الطبية والاجتماعية، وللمعاناة الإنسانية الواسعة النطاق الناجمة عن استهلاك المشروبات الكحولية، ولقلة فاعلية المعالجة الراهنة وارتفاع تكاليف الوسائل المتوفرة لعلاج تلك المشكلات، وشدة انتشارها في أنحاء كثيرة من العالم، توصي اللجنة بما يلي: (أ) وجوب إعطاء أولوية واضحة للوقاية؛ (ب) ضرورة تركيز المزيد من الاستثمار في المعالجة على تطوير خدمات معقولة الثمن وذات مردودية بالمقارنة مع تكلفتها» (١). وأشار التقرير إلى أن الضرر الذي يسببه استهلاك الكحول يرتبط ارتباطاً وثيقاً بمستوى استهلاك الأفراد والمجموعات السكانية، وأنه ينبغي بالتالي على الحكومات أن تبدأ في الحد من الاستهلاك بتقييد توافر المشروبات الكحولية واتخاذ تدابير تنقيفية وغيرها من التدابير لتخفيف الطلب عليها، وتنفيذ تدابير تعليمية متقنة تنطوي على إمكانية الحد من الطلب على الكحول، إضافة إلى إعداد التشريعات لضبط هذا الاستهلاك، ووجوب استعراض السياسات المتعلقة بالإعلان عن الكحول كي يتم تنسيقها مع الجهود التنقيفية للحد من الطلب. وأوصت لجنة الخبراء بأن تشرع الحكومات في وضع سياسات كحول وطنية شاملة وتطبيقها، ولفت انتباه السلطات الوطنية والإقليمية والدولية إلى العواقب الصحية الخطيرة في مجال الصحة العمومية والتكاليف الاجتماعية والاقتصادية الباهظة الناجمة عن تزايد استهلاك الكحول عند وضع سياسات واتفاقيات تجارية تتعلق بالمشروبات الكحولية، وأن تعنى منظمة الصحة العالمية وكذلك المنظمات الدولية الأخرى عناية شديدة بالسياسات والاتفاقيات التجارية الحالية والمقبلة التي تنطوي على احتمال التأثير على توافر المشروبات الكحولية.

ونظرت لجنة خبراء بمنظمة الصحة العالمية معنية بالاعتماد على المخدرات في عام ١٩٩٢ في أساليب الاستجابة في مجالي الوقاية والمعالجة لتعاطي المواد النفسية المفعول على نحو ضار، وشدد تقريرها الثامن والعشرون على ضرورة وضع سياسة وطنية متكاملة بشأن المواد النفسية المفعول (٢). ونظرت بعد ذلك بأربع سنوات لجنة خبراء بمنظمة الصحة العالمية معنية بالاعتماد على المخدرات في قضايا العلاج ووضع نُظم علاجية للحالات المتصلة بتعاطي المواد النفسية المفعول. وأوصت اللجنة في تقريرها الثلاثين بأن «تشجع المنظمة البلدان على إيلاء اهتمام مواز للتدابير الآيلة إلى تخفيف الطلب على المواد النفسية المفعول وللجهود الرامية إلى الحد من إمداداتها» (٣).

وعمدت المنظمة منذ الاجتماع الأخير للجنة الخبراء المعنية بالمشكلات المتصلة باستهلاك الكحول إلى اتخاذ مجموعة من المبادرات الرئيسية لدعم الدول الأعضاء وتعزيز البيئات بشأن السياسة التي يمكن أن تكون فعالة، ولتنطوير نُظم معلومات عالمية وإقليمية، وتعزيز السياسات الفعالة في أماكن الرعاية الصحية. وتشكل هذه المبادرات أساس الدور المتواصل الذي تضطلع به المنظمة في دعم الدول الأعضاء من أجل الحد من الضرر الناجم عن الكحول.

نظرت المنظمة في إعلان الصحة العالمي، الذي اعتمده الأسرة الصحية الدولية في عام ١٩٩٨، بوصفه إطاراً لمداولاتها. وقد أعاد الإعلان التأكيد على التزام منظمة الصحة العالمية بالمبدأ الوارد في دستورها والذي ينص على التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه بوصفه أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان، وسلّم الإعلان بأن تعزيز صحة وعافية الناس هو الهدف النهائي للتنمية الاجتماعية والاقتصادية، وشدد على أهمية الحد من أوجه عدم التكافؤ الاجتماعي والاقتصادي في تحسين صحة السكان كلهم. وعليه فإنه من الضروري إيلاء المزيد من الاهتمام لأشد الناس احتياجاً، الذين ينوء كاهلهم باعتلال الصحة، والذين يتلقون خدمات غير كافية في مجال الصحة أو الذين يعانون من الفقر.

وتعتبر اللجنة أن «الضرر المرتبط بالكحول» و«المشكلات المرتبطة باستهلاك الكحول» مجرد مصطلحين مترادفين، يشيران إلى مجموعة كبيرة من المشكلات الصحية والاجتماعية التي تواجه متعاطي الكحول وغيرهم، على المستويين الفردي والجماعي، ويلعب فيها الكحول دوراً مسبباً. ومما يتصل بأحد هذين المصطلحين عبارة «تعاطي الكحول على نحو ضار»، وهي فئة في تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية في التصنيف الدولي العاشر للأمراض، تتعلق بحالة من الضرر الفيزيائي أو النفسي تصيب أي فرد نتيجة شربه للكحول. ويندرج «التعاطي على نحو ضار» بهذا المعنى في إطار الأضرار أو المشكلات المتصلة بالكحول. ومن منظور الصحة العمومية، وبالنظر إلى الأضرار اللاحقة بالآخرين من الشرب وفي ضوء مصطلحات منظمة الصحة العالمية، فإن عبارة «الأضرار المتصلة بالكحول» تتخذ معنى أوسع نطاقاً. ولا يقتصر إطارنا من منظور الصحة العمومية على المناسبات التي يحدث فيها الضرر فحسب، لكنه ينبغي أن يهتم بخطر وقوع الضرر، حيث إن ذلك يرتبط، على سبيل المثال، بمقادير أو أنماط معينة من الشرب. وبالتالي فقد اعتمدت اللجنة كمرجع لها كامل مجموعة المشكلات أو أنواع الضرر المتصلة باستهلاك الكحول، والسياسات أو التدابير الأخرى التي ستحد إلى أقصى حد ممكن من هذه المشكلات أو الأضرار.

وتعتبر «سياسة الكحول» حسب استعمالها هنا اسم جمع، حيث أنها تشير إلى مجموعة من التدابير التشريعية أو المجتمعية التي تهدف إلى الحد إلى أدنى قدر ممكن من أنواع الضرر الصحي والاجتماعي المترتبة على استهلاك الكحول. ويمكن اتخاذ هذه التدابير في أي قطاع حكومي أو مجتمعي، ويمكن أن تشمل تدابير لا تستهدف بصورة مباشرة استهلاك الكحول، من بينها على سبيل المثال، الترويج لبدايل عن الشرب، حيث يكون الهدف من هذا التدبير الحد ما أمكن من الأضرار المتصلة بالكحول. وتشمل أية سياسة وطنية تتعلق

بالكحول مجموعة من السياسات والاستراتيجيات وإجراءات التنفيذ الإفرادية. كما أن هناك مختلف السياسات الأخرى التي تلمس المشكلات المتصلة بالكحول. بما يخفف من وطأتها أو يزيدتها تفاقمًا ولكنها لا توصف عادة بأنها سياسات كحولية ولا تندرج عموماً ضمن سياسة كحولية إجمالية، ذلك أنه لا يتم اعتماد أو تنفيذ هذه السياسات مع توخي الحد ما أمكن من المشكلات المتصلة بالكحول في المقام الأول.

أما في مجال المخدرات غير المشروعة، فقد انقسمت السياسات تقليدياً بين الحد من الإمداد والحد من الطلب والحد من الضرر. وقد نظرت اللجنة في هذا التقسيم، لكنها لم تعتمد في هذا التقرير، لأنه قد يؤدي إلى الارتباك. إذ أن فئات الأنشطة المتبعة على نطاق واسع من قبيل المعالجة أو التعليم المدرسي تتخفى وراء مصطلح ملتبس إلى حد ما هو «الحد من الطلب». بل الأهم من ذلك، أن الهدف الإجمالي من السياسات المتعلقة بالكحول هو الوقاية من الضرر الناجم عن الكحول أو الحد منه، واستخدام المصطلح «الحد من الضرر» يعث على المزيد من الارتباك أيضاً بالنسبة لمجموعة فرعية من التدابير.

وتدرك اللجنة بأن منظمة الصحة العالمية قد قامت برعاية قدر كبير من العمل، أو الاضطلاع به، بشأن المفاهيم والمصطلحات المتصلة بمشكلات الكحول على مدى سنوات طويلة. غير أن التوجه الأساسي لهذا العمل كان باتجاه المصطلحات والممارسات السريرية. وتعتبر اللجنة أنه من المهم أن تواصل منظمة الصحة العالمية عملها بشأن المفاهيم والمصطلحات الدولية في مجال الكحول والنظر فيها من منظور الصحة العمومية، وإيلاء اهتمام خاص للمفاهيم والمصطلحات في شتى اللغات، وقابلية المصطلحات للترجمة.

٢- آليات الضرر الناجم عن الكحول: السُّكْر، والاعتماد، والسُمِّيَّة

كان الإنسان يستخدم المشروبات الكحولية طوال تاريخه المدون كله في مجتمعات كثيرة ولأغراض عديدة. وبما أنها مواد نفسية المفعول فإن هذه المشروبات تُستخدم لما تتسم به من خصائص تغيير المزاج. وتستخدم لكونها مسكرة للهروب من واقع مرير. وتُستخدم كسوائل لإرواء العطش. أما كمصادر للحريرات فإنها تستخدم كمواد غذائية. ومن الطبيعي فإن أية خاصية فيزيائية تجعل المتعاطي يبحث عن الشراب، تتسم بالضرورة إلى حد ما بمواصفات أخرى. فإلى جانب خصائصها الفيزيائية، تحمل المشروبات الكحولية وتعاطيها مجموعة واسعة النطاق من المعاني الرمزية، الإيجابية والسلبية. ورهنًا بالثقافة السائدة قد يكون تعاطي المشروبات الكحولية علامة على الانتماء إلى فئة اجتماعية ما أو للاستبعاد منها،

وقد تكون رمزاً للاحتفال بمناسبة ما أو عملاً طقوسياً. ومن ناحية أخرى قد يكون الشرب أو السكر منبوذاً اجتماعياً أو وصمة. ففي إحدى الدراسات التي أجرتها منظمة الصحة العالمية لمجموعة كبيرة من المجتمعات، كان من الواضح أن «أي شخص مخمور» يعتبر من بين أكثر الحالات الصحية عرضة للوصم (٤).

١-٢ أنماط الضرر المتصل بالكحول وأساسها الفيزيولوجي

كائن ما يمكن التقييم الاجتماعي والشخصي لتعاطي المشروبات الكحولية، سواء كان إيجابياً أو سلبياً أو من النوعين، فإن تعاطي المشروبات الكحولية يحمل معه قدراً من إمكانية حصول الضرر الاجتماعي والصحي، لكل من الشارب ولغيره. وتعتبر بعض الأضرار فورية، وفي مقدمتها الإصابات أو غير ذلك من أنواع الضرر المرتبطة بالسكر أو بارتفاع مستوى الكحول في الدم. أما أنواع الضرر الأخرى فأطول أمداً، مثل الضرر التراكمي الذي يلحق بالأسرة أو الحياة العملية أو المكانة الاجتماعية، أو الضرر الصحي المزمّن. وتقدم اللجنة استنتاجاتها بشأن طبيعة ونطاق أنماط الضرر هذه في عالم اليوم في مكان آخر من هذا التقرير (الفرع ٤). وكإطار لهذا كله، ننظر هنا في آليات الضرر الرئيسية الثلاث الناجمة عن تعاطي المشروبات الكحولية، ألا وهي السكر، والاعتماد، والسمية.

لقد تم إحراز تقدم كبير منذ الاجتماع المنعقد في عام ١٩٧٩ في فهم فارماكولوجيا الكحول وعلمه العصبي (٥). ويسمح هيكل وصغر حجم جزئبي الإيثينول^٢ بانتشاره بسرعة في الأغشية الخلوية والتوزع في جميع الخلايا والأنسجة عند ابتلاعه. وبذا فإن ابتلاع الكحول يترك أثره على كامل جسم الإنسان. وحتى المأخوذ المعتدل يمكن أن ينتج تراكزات من كحول الدم يتراوح نطاقها بين ١٠ إلى ٢٠ ملليمول/لتر. ويمكن أن يؤثر الكحول بمستويات كهذه على وظائف الخلايا بالتفاعل مع البروتينات والأغشية الخلوية وإذا ما كانت نسبة تركيز الكحول في الدم عالية وعند تكرّر تعاطيه فإن ذلك يؤدي إلى تفاقم الآثار الفورية على المزاج، كما يؤثر في الوظيفة الحركية وعمليات التفكير بوصفه مادة ذات تأثير نفساني.

وهناك تفاوتات إفرادية كبيرة في تأثير استهلاك الكحول. إذ إنه لا يصاب كل شارب مزمن يفرط في الشرب بتشمع الكبد. وهناك تفاوتات تبلغ بين ٣ و ٤ أمثال في معدل استقلاب الكحول بين فرد وآخر، كنتيجة لمجموعة من العوامل التي تشمل نوع الجنس والاختلاف الجيني لأنزيمات الكبد (٦). وهناك تفاوت قدره ٢ و ٣ أضعاف في الديناميكا الدوائية

^٢ يستخدم مصطلحا «الإيثينول» و«الكحول» لأغراض هذا التقرير على نحو متبادل.

للكحول بسبب الاختلافات الفردية، والتي تترك أثرها على مدى تأثر الأفراد بجرعة معينة من الكحول. وتترك هذه الفوارق الإفرادية أثرها على الآثار السمية والسلوكية التي يسببها الكحول، وعلى طريقة الشرب، وخطر تلف الأعضاء الناجم عن الكحول أو الذي يسببه الكحول. وكما هو الحال بالنسبة لجميع الأطعمة التي تنطوي على الضرر المحتمل، فإن السياسات الاجتماعية والصحية المعنية بالكحول ينبغي أن تأخذ بعين الاعتبار كل البيانات التي تُسجّل بين مختلف الناس من حيث الأثر الواقع، بما في ذلك الفئة الأكثر عرضة للتأثر في نهاية هذه السلسلة، ولذلك أثر على أي سياسة تقوم على وضع حدّ لاستهلاك الكحول أو صياغة دلائل إرشادية في هذا الصدد.

٢-٢ السكر بالكحول

يعتبر السكر نتيجة يمكن توقّعها لابتلاع كميات كبيرة من المشروبات الكحولية في فترة محدودة من الزمن. وتُعزى معظم أعراض السكر بالكحول إلى آثار الكحول على مجموعة عريضة من بنيات وعمليات الجهاز العصبي المركزي. فمن ناحية يعتبر السكر متلازمة سريرية تم الاعتراف بها في التصنيف الدولي للأمراض (المراجعة العاشرة). وهو أمر معروف تماماً لدى أطباء وممرضات خدمات الطوارئ في معظم أرجاء العالم. ومن ناحية أخرى فإن هناك اختلافات ثقافية واسعة في تحديد كمية الكحول التي إذا تناولها المرء تصبح بمثابة سُكر، وفي أنواع السلوك المرتبط بالسكر (٧). وتتفاوت توقعات الآخرين فيما يتعلق بالسكر، وإلى أي حدّ يصبح فيه عدراً لسلوك لا يمكن القبول به في الأحوال العادية، بين الثقافات والفئات الاجتماعية (٨). وعليه فإن حدوث السكر يخضع لتفاوتات تُعزى إلى عوامل عدة، لا تشمل مقدار الكحول المستهلك وحده، والسرعة التي تم فيها استهلاك هذا القدر من الكحول ولا الاختلافات الكبيرة بين الأفراد، بل وتشمل أيضاً التوقعات وردود الفعل الاجتماعية الثقافية أيضاً.

ويمكن أن تسفر آثار السكر الحاد بالكحول، إذا ما اقترنت بأنواع السلوك المرتبطة به، عن عدد من أنواع السلوك الخطر (بما في ذلك ممارسة النشاط الجنسي دون أية حماية)، والحوادث والإصابات (بما فيها تلك التي تحدث أثناء قيادة المركبات أو تشغيل الآليات)، والعنف، والتسمم الحاد بالكحول. ويمكن أن تؤدي بعض آثار الشرب الحادة هذه إلى مشاكل مزمنة كالعجز في حالة الإصابة، أو العدوى بفيروس العوز المناعي البشري في حالة ممارسة النشاط الجنسي دون أية حماية، ولا سيما في المناطق التي تنتشر فيها عدوى فيروس العوز المناعي البشري انتشاراً واسع النطاق. وتترك هذه الآثار عبثاً كبيراً على خدمات الرعاية الصحية وخدمات الطوارئ. كما أنها تُسبب أضراراً كبيرة لأطراف ثالثة.

٣-٢ خصائص الكحول المسببة للاعتماد

الكحول مادة نفسية المفعول معروفة بمسؤوليتها عن التسبب بالاعتماد لدى الإنسان والحيوان. وإذا ما نُظر إليه في إطار اتفاقية المواد النفسية التأثير لعام ١٩٧١ فإن الكحول يتأهل للإندراج في جدول المواد «المتسمة بالقدرة على التسبب بحالة الإدمان، مما يُسفر عن الهلوسة أو الاضطراب في الوظيفة الحركية أو التفكير أو السلوك أو الإدراك أو المزاج»، وتوجد بشأنها «بيّنات كافية بأنه يُساء استعمالها على نحو يجعلها مشكلة في مجال الصحة العمومية ومشكلة اجتماعية تُبرر إخضاع هذه المادة للمراقبة الدولية» (٩).

وللتعرض للاعتماد هذا عدة آليات مترابطة. فالكحول يتميز بخصائص معززة تؤدي إلى تكرار تعاطيه، والمسلك العصبي المركزي الذي يُعتقد بأنه هو أساس هذا التعزيز هو المسلك الدوباميني المتوسط الحوفي الممتد من الباحة السعفية البطنية إلى نواة أكمبوز من البصلة البطنية (١٠). كما يعتقد بأن الكحول يحقق بعض آثاره المرجوة من خلال الجهاز الأفيوني الداخلي يتقاسم مع الكحول آليات التعزيز هذه مع المواد النفسية المفعول الأخرى.

ويؤدي الأثر المباشر للكحول على الدماغ والتعرض المستمر للكحول إلى تغيرات جزيئية طويلة الأمد في الدماغ تُعرف باسم التكيف العصبي. وفي حالات عديدة يُبطل التكيف العصبي أو يعكس المفاعيل الحادة للكحول. وعند إزالة الكحول، يغالي جهاز التكيف في التعويض بحيث يميل إلى الاستثارة، مما يُسفر عن أعراض الامتناع من قبيل الاستثارة المفرطة، والقلق، وحتى النوبات. ويُشكل التكيف العصبي الذي يحدث مع التعرض المتكرر للكحول أساس التحمّل ومتلازمة الامتناع (٥).

وعلى المستويين التجريبي والسلوكي، تعتبر نوبات التوق الشديد للمزيد من الشرب والصعوبات في ضبط تعاطي الكحول جزءاً من علامات الاعتماد، وتصبح مختلف جوانب الاعتماد آليات للشرب الكثير المتواصل رغم الآثار الصحية أو الاجتماعية الضائرة.

٤-٢ التأثيرات السمية للكحول

يعتبر الكحول مادة سامة ذات صلة بأكثر من ٦٠ نوع من الاضطرابات المختلفة. فبالنسبة لبعض الحالات الصحية المزمنة التي يلعب الكحول دوره فيها، من قبيل سرطان الثدي لدى النساء، ثمة خطر متزايد مع تزايد مستويات استهلاك الكحول، دون أية بيّنات تدل على وجود أثر عتبي. وبالنسبة لبعض الحالات الأخرى، من قبيل تشمع الكبد، فإن الخطر يصبح خطياً منحنياً، ويزداد بصورة هندسية مع تزايد الاستهلاك.

ويُعتبر الكحول مادة ماسخة فعولة. وأخطر عواقب الشرب على الإطلاق أثناء فترة الحمل هو متلازمة الكحول الجنينية، وهي اضطراب نمائي يتسم بحدوث تشوهات قحفية وجهية، وإعاقة النمو، وظهور علل الجهاز العصبي التي قد تشمل العجز العقلي.

ويؤثر الكحول على تطور الدماغ، وهي عملية تحكمها قيود صدغية وحيزية محكمة، حيث يكون لكل ناحية من الدماغ جدولها الزمني الخاص بها للنمو. وقد ثبت أن الكحول يترك أثره بصورة انتقائية على المستويين الخلوي والجزيئي على عمليات النماء هذه. ويتعرض المراهقون والشباب للتأثر بصورة خاصة بالآثار الضارة للكحول (11). إذ أن الكحول يمكن أن يُسفر في مرحلة المراهقة عن حدوث تغيرات هيكلية في الحُصَيْن (وهو جزء من الدماغ يشارك في عملية التعلم).

ويمكن أن يعرض تعاطي الكحول بصورة متكررة الكبد إلى نقص التأكسج، ولآثار ضارة على استقلاب الكحول ومواد كيميائية أكسجينية تفاعلية، وتعقيدات بروتينية. وبالإضافة إلى ذلك يزيد الكحول من مستويات عديد السكاريد الشحمي الجائل، والذي يُسبب بالاقتران مع الليفانات الوارد ذكرها أعلاه الضرر للكبد. كما يمكن أن يزيد الكحول من تفاقم التهاب الكبد C. وثمة أكثر من نصف جميع المرضى الذين يعانون من التهاب الكبد C لهم سوابق في تعاطي الكحول، ويزيد استهلاك الكحول المزمن الذي يتعدى ٥ كؤوس يومياً لدى الأفراد الذين يعانون من التهاب الكبد C من معدل تليف الكبد، وخطر الإصابة بالشمع، وسرطانة خلايا الكبد وربما الموت بسبب مرض الكبد (12).

وقد عرّفت الوكالة الدولية لبحوث السرطان الكحول على أنه مسبب للسرطان لدى الإنسان (13). وتم كشف عدة آليات للسرطن المرتبط بالكحول، بما في ذلك تشكل الأستيلدهيد، وتحريض السيتوكروم من نوع CYP2E1 الذي يؤدي إلى تشكل أنواع أكسجين تفاعلية وإلى تعزيز ظهور الأغراض التي تحت على ظهور السرطان* تحوير تجدد الخلايا. وبسبب التعرض المتكرر للأستيلدهيد بعد استهلاك الكحول، فإن الأفراد الذين تكون لديهم مادة ALDH2 خاملة يتعرضون لخطر أكبر للإصابة بسرطانات الجهاز المعدي المعوي العلوي.

ويمكن أن يؤدي تعاطي الكحول على نحو مزمن إلى عواقب مناعية ضائرة. فقد وثقت العديد من الدراسات وجود آثار مؤذية واسعة النطاق على كل من المناعة السليقية والتكيفية من تعاطي الكحول بصورة مفرطة ومزمنة. وغالباً ما يُعاني الذين يعتمدون على الكحول من نقص المناعة ويتعرضون للمزيد من الإصابة بالأمراض المعدية. ويعتبر التهاب الرئة

* أسرة نازعة هيدروجين الألددهيد ٢.

الجرثومي على سبيل المثال سبباً رئيسياً في عدوى هؤولاء الأشخاص بالتهاب المسلك التنفسي السفلي.

وفيما يتعلق بمرض القلب، فإن للكحول على ما يبدو آثاره الإيجابية والسلبية على حد سواء. إذ وجدت الدراسات الوبائية أن الأثر الوقائي لتعاطي الكحول بصورة معتدلة منتظمة (ما لا يزيد عن شراب واحد كل يومين)، مع أن هذا الاستنتاج يظل مثيراً للجدل (١٤، ١٥)، ويبدو أنه يقتصر على الذكور الذين يزيد عمرهم عن ٤٥ عاماً والنساء اللاتي قطعن مرحلة الحيض. غير أن الإفراط في الشراب يرتبط بزيادة معدلات الإصابة بالنوبات القلبية. وحتى في المجتمعات الذي يعتبر فيها مرض القلب سبباً شديداً للأهمية للوفاة، فإن العدد الإجمالي لسنين الحياة الضائعة التي يمكن عزوها إلى تعاطي الكحول يفوق عدد السنين التي يمكن عزوها للآثار المحصنة للكحول.

٥-٢ الاستنتاجات بشأن آليات الضرر

توصلت اللجنة لدى استعراض خصائص الكحول التي تسبب السكر والسمية والاعتماد، إلى أن الكحول: له آثار سمية يمكن أن تُلحق الضرر بأي جهاز أو عضو في الجسم تقريباً، ويمكن أن يزيد من تقاوم الاضطرابات النفسية والجسدية الموجودة قبل تعاطيه، ويمكن أن يتفاعل بصورة ضائرة مع أدوية موصوفة وغير موصوفة أخرى في جسم الإنسان، وبما أنه يُشكل مادة تُسبب السكر فإنه يرتبط بمجموعة عريضة من أنواع الإصابات، المقصودة وغير المقصودة، ويمكن أن يُسفر عن متلازمة الاعتماد، مع احتمال إساءة الاستعمال بصورة لا تقل عن الاحتمال المتصل بالمواد الأخرى المسببة للاعتماد الخاضعة للرقابة الدولية.

٣- توافر واستهلاك الكحول في العالم

توجد المشروبات الكحولية في كافة أرجاء العالم منذ قرون. وتتخذ أشكالاً تتراوح بين المشروبات التقليدية المصنوعة بصورة مشتركة محلياً وبين المنتجات الموسومة بعلامات تجارية المعدّة للاستهلاك بالجملة.

١-٣ إنتاج الكحول وتوزيعه والترويج له

يمكن تحديد أربع طرق رئيسية لإنتاج وتوزيع المشروبات الكحولية (٦) وهي: الإنتاج المنزلي أو الحرفي للمشروبات التقليدية، والإنتاج الصناعي للمشروبات التقليدية، والإنتاج

الصناعي المحلي للمشروبات التي تستهلك عالمياً، والإنتاج الصناعي العالمي للمشروبات التي تستهلك عالمياً. والمشروبات التي تستهلك في شتى أنحاء العالم تعني البيرة على الطريقة الأوروبية والخمر والبراندي والويسكي والجن والفودكا وغيرها من المشروبات الكحولية المقطرة التي توزع على نطاق واسع، وفي كثير من الحالات على نطاق العالم. وقد كانت جميع المشروبات الكحولية في الأصل محلية، ويهدف مسوقوها على الدوام إلى إضافة مشروبات جديدة إلى الفئة «العالمية»، التي يمكن أن تشمل الآن أيضاً التاكيلا والساكي والسيدا (شراب التفاح) والمشروبات القائمة على الكحول المسبقة المزج، والتي تُباع عن طريق قنوات الإنتاج والتوزيع العالمية.

ويظل الإنتاج المنزلي والحرفي يشكل جزءاً هاماً من إنتاج المشروبات الكحولية في العديد من البلدان المتدنية الدخل. وهناك تنوع واسع النطاق في المشروبات المخمرة والمقطرة التي يتم صنعها تقليدياً على المستوى المحلي، كالقرى أو في المنازل على سبيل المثال. ومن ناحية أخرى فإن المنتجات المخمرة المنتجة على الطريقة التقليدية قد تتسم بفوائد مثل انخفاض مستوى الكحول فيها، وتوفر فرص عمالة محلية وتحافظ على القيم الثقافية المحلية (التي قد تروج أو لا تروج لاستهلاك مقادير أقل من الكحول). ومن جهة ثانية فإن هذه الأشكال التقليدية من الكحول عادة ما تخضع لمراقبة غير كافية فيما يتعلق بوجودها وقوتها، وهناك في غالب الأحيان عواقب صحية تتصل بشتى أنواع الشوائب الضارة، ولا سيما في المشروبات المقطرة، بما في ذلك الوفيات من التسمم المتعدد في الحالات المتطرفة.

وعادة ما يتم الإنتاج المنزلي والحرفي خارج نطاق رقابة الدولة وضرائبها. ويتم بيع هذا المنتج بسعر رخيص، وغالباً ما يكون ذلك للفئات الأفقر في المجتمع. وعندما ينظر إلى الموضوع من زاوية الصحة العمومية ومصلحة المجتمع، فإنه من المهم أن تقوم الدولة بالمراقبة الفعالة والإشراف على إنتاج الكحول وتوزيعه على نحو غير قانوني. وسواء كان الترخيص والتفتيش لهذا النوع من الإنتاج ريفياً في مصانع صغيرة أو كان إنتاجاً صناعياً بصورة كلية، فإنه يشكل وسيلة هامة لإزالة الشوائب ويُسهّل اللجوء إلى أحد أكثر التدابير الوقائية فعالية ألا وهو فرض الضرائب على الكحول. غير أن القيام بهذا الإشراف غالباً ما يكون عملية طويلة الأمد في مسار التنمية الاقتصادية وبناء الدولة. وبذا، على سبيل المثال، فقد استغرق الأمر قرناً كاملاً قبل أن تتمكن فرنسا من فرض سلطة الدولة على التقطير المنزلي من جانب المزارعين (١٧). وكثيراً ما يتم إنتاج الكحول غير الرسمي أو غير القانوني على نطاق صناعي، حيث يشكل جزءاً كبيراً من إمدادات الكحول في أرجاء كثيرة من العالم، ولا سيما في أفريقيا وآسيا وأوروبا الشرقية. وثمة مؤشر تقريبي للنسبة الكلية

لاستهلاك الكحول هي ٢٧ في المائة من الاستهلاك العالمي للكحول والذي يقدر بأنه غير مسجل في الإحصاءات الرسمية.

ومن جهة أخرى، يأتي إنتاج وتوزيع المشروبات الموسومة بعلامات تجارية على الصعيد العالمي في نهاية سلسلة إنتاج الكحول وتوزيعه. وبما أن المستهلكين في البلدان المنخفضة الدخل يتحركون في اتجاه الاقتصاد النقدي وأصبح لديهم القليل من المال في جيوبهم، فإن احتمال استخدام المنتجات التي تحمل علامات تجارية، والتي توظف أحدث التطورات في تكنولوجيا التسويق، يتجه إلى الازدياد. ويتزايد تركيز إنتاج هذه المشروبات العالمية في يد عدد صغير من الشركات المتعددة الجنسيات.

أما من ناحية الصحة العمومية، فإن المنتجات الموسومة بعلامات تجارية التي تباعها وتوزعها شركات كبرى تتسم ببعض الميزات. إذ يتم من جهة دفع الضرائب المفروضة عليها عادة، كما يمكن التأكد بصورة أسهل من نقاوة المنتج ذي الصلة. ومن جهة أخرى فإن الاتجاه نحو التركيز في الأسواق يتسبب في مشاكل أيضاً. فالشركات المتعددة الجنسيات قادرة على إنفاق موارد كبيرة لضمان وضع عدد ممكن من التقييدات على مصالحها التجارية. ونتائج أنشطة كهذه على مستويات الحكومات على اختلافها وفي المنظمات الدولية والاتفاقات التجارية، في مجال التمثيل غالباً ما تكون ضد مصلحة الصحة العمومية.

وهناك إشكال خاص يتمثل في نمو عدد المشروبات التي تحمل علامات تجارية المطروحة في السوق العالمية وهو انتقال وتكييف طرق الإعلان والترويج المكثفة عبر الحدود للمشروبات الكحولية. وفي العديد من البلدان ذات الدخل المرتفع تعتبر المشروبات الكحولية من بين أكثر المنتجات أو السلع التي يتم الإعلان عنها على نطاق واسع. يحتل ستة منتجات للمشروبات الكحولية مكانتهم بين أكبر ١٠٠ معلن في العالم كله (١٨). وهذا لا يأخذ في الحسبان سوى النفقات «الظاهرة» للإعلان في وسائل الإعلام الخاضعة للقياس. فشركات المشروبات الكحولية استثمرت أيضاً بصورة كبيرة في أشكال أخرى من الترويج، من قبيل رعاية الفرق واللقاءات الرياضية، والحفلات والمهرجانات الموسيقية الموجهة إلى الشباب، وعروض الأزياء والكرنفالات، ومن ثم مؤخراً استعمال التكنولوجيا الجديدة من قبيل الإنترنت. وغالباً ما تبحث حملات الترويج للمشروبات الكحولية عن وسائل الإعلام والأنشطة من قبيل اللقاءات الرياضية وحفلات موسيقى الروك التي تعتبر جذابة بصورة خاصة بالنسبة للشباب، باعتبارهم أفضل الزبائن المحتملين لشراء هذه المنتجات.

٢-٣ المستويات والأنماط والاتجاهات في مجال استهلاك الكحول

أحاطت اللجنة علماً مع الارتياح بالإنجازات الكبيرة التي حصلت في السنوات الأخيرة في مجال المعلومات المتعلقة بمقادير وأنماط استهلاك الكحول على أساس عالمي، ويعود ذلك إلى حد كبير إلى توفر قاعدة معطيات الكحول العالمية التابعة لمنظمة الصحة العالمية وتقارير حالة الكحول في العالم، والأنشطة المتصلة بالتحليل المقارن لمخاطر الكحول، التي يرد بحثها أدناه. وينبغي إيلاء أولوية عليا لتحديث وتوسيع نطاق قاعدة المعطيات العالمية الخاصة بالكحول وضمان استمرار منظمة الأغذية والزراعة التابعة للأمم المتحدة (فاو) في جمع المعطيات المستخدمة في قاعدة المعطيات هذه. وتوصي اللجنة بأن تستحدث منظمة الصحة العالمية نظاماً لوضع تقارير سنوية عن حالة الكحول في كل دولة عضو، حيث يقدم كل بلد تقريراً إلى المنظمة عن استهلاك الكحول (المسجل وغير المسجل)، وعن أنماط الشرب والامتناع عن الشرب في أوساط الفئات الفرعية من السكان، ومدى انتشار مختلف المشكلات المتصلة بالكحول.

واستعرضت اللجنة ملخص المعطيات العالمية المتوفرة حالياً بشأن مقادير وأنماط استهلاك الكحول (انظر الجدول ١). ويتم وضع تقارير عن مستويات استهلاك الكحول بصورة تقليدية من حيث الاستهلاك السنوي للفرد الواحد - وهو عادة كل فرد من السكان يبلغ ١٥ عاماً من العمر أو أكثر، بـ ١٠٠ في المائة). وهناك ثلاثة مصادر رئيسية للمعطيات المستخدمة في هذه التقديرات: المعطيات الحكومية الوطنية، والمعطيات من منظمة الأغذية والزراعة، والمعطيات من صناعة الكحول. وحيثما تتوفر هذه المعطيات فإن أكثرها معولية بصورة عامة يأتي من الحكومات الوطنية، حيث تركز عادة على أرقام المبيعات، والإيرادات من الضرائب أو معطيات الإنتاج. بيد أن هذه التقديرات لا تشمل عادة استهلاك الكحول غير المسجل، والذي قد يتخذ أشكالاً عديدة، بما فيها مستوردات المسافرين، والتهريب، والإنتاج المحلي غير المسجل، واستهلاك المنتجات التي تحتوي على الكحول لكنها غير معدة للاستهلاك البشري. وقد تعتمد تقديرات الاستهلاك غير المسجل على مختلف المصادر، لكنها تقوم بصورة رئيسية على معطيات منظمة الأغذية والزراعة بشأن المحاصيل المستخدمة في إنتاج المشروبات الكحولية، وعلى المسوحات السكانية التي تركز بصورة محددة على قياس تدفقات واستهلاك الكحول غير المسجلة. وثمة اختلافات في استهلاك الكحول غير المسجل، وذلك داخل البلدان وفيما بينها على مرور الزمن، مما قد يدل على وجود فوارق وتغيرات في استهلاك الفرد الواحد وفي أنماط الشرب التي لا تُكشف في الأحوال العادية من خلال التغيرات في الاستهلاك المسجل. وبالتالي فإن توثيق استهلاك الكحول غير المسجل يتسم بالأهمية بالنسبة لدراسات السياسات الكحولية، وبصورة خاصة في دراسة الروابط بين السياسات الكحولية واستهلاك الكحول والمشكلات المتصلة بالكحول.

الجدول ١

حالة التنمية الاقتصادية ومثابرات استهلاك الكحول في عام ٢٠٠٢
(استناداً إلى الوسطيات السكانية الموزونة في ١٨٢ بلداً)

| وسطي نمط الشرب ^(أ) | الاستهلاك للشارب الواحد من الكحول الصافي غ/في اليوم | شاربو الكحول (%) | | إجمالي استهلاك البالغين باللقترات/ في السنة ^(ب) | استهلاك البالغين غير المسجل باللقترات/ في السنة ^(ب) | استهلاك البالغين المسجل باللقترات/ في السنة ^(ب) | أقاليم منظمة الصحة العالمية ^(ب) | وسطي الناتج المحلي الإجمالي وتعادل القوة الشرائية بالدولارات الدولية ^(ج) | مستوى وفيات البلدان | |
|-------------------------------|---|------------------|--------|--|--|--|--|---|--|------------------|
| | | الذكور | الإناث | | | | | | | |
| ٢,٩ | ٣٣ | ٢ | ١٩ | ١,٧ | ١,٤ | ٠,٣ | EMR-D, SEAR-D | ٢ ٤٤١ | التي ترفع فيها الوفيات | البلدان النامية |
| ٣,٠ | ٤١ | ٣٢ | ٤٧ | ٧,١ | ٢,٦ | ٤,٤ | AFR-D, AFR-E, AMR-D | ٢ ٢٤٩ | التي ترتفع فيها الوفيات جداً أو ترتفع فيها الوفيات | |
| ٢,٥ | ٢٥ | ٣٦ | ٦٧ | ٥,٧ | ١,٣ | ٤,٤ | AMR-E, EMR-B, SEAR-B, WPR-B | ٥ ٢٥٧ | التي تعد فيها منخفضة جداً | |
| ١,٨ | ٣٢ | ٦٥ | ٨١ | ١٠,٧ | ١,٣ | ٩,٤ | AMR-A, EUR-A, WPR-A | ٢٨ ٤٠٥ | التي تعد فيها وفيات الأطفال منخفضة | البلدان المتقدمة |
| ٣,٥ | ٣٧ | ٥٩ | ٧٧ | ١١,٧ | ٤,٦ | ٧,٠ | EUR-B, EUR-C | ٦ ٨٦٢ | وفيات البالغين منخفضة أو مرتفعة | |
| ٢,٦ | ٣٠ | ٣٤ | ٥٥ | ٦,٢ | ١,٧ | ٤,٤ | | | العالم (عدد السكان الموزونون من الأقاليم) | |

EMR-D, AFR-D, AFR-E: البلدان المنخفضة الدخل في الإقليم الأفريقي، AMR-A: البلدان المرتفعة الدخل في إقليم الأمريكتين، AMR-B: البلدان المتوسطة الدخل في إقليم شرق المتوسط، EMR-B: البلدان المنخفضة الدخل في إقليم شرق المتوسط، EUR-A: البلدان المرتفعة الدخل في الإقليم الأوروبي، D: البلدان المنخفضة الدخل التي تفرض حظراً كاملاً على تعاطي الكحول في إقليم شرق المتوسط، EUR-B, EUR-C: البلدان المتوسطة الدخل في الإقليم الأوروبي، SEAR-B: البلدان المتوسطة الدخل في إقليم جنوب شرق آسيا، SEAR-D: البلدان المتدنية الدخل التي تفرض حظراً كاملاً على تعاطي الكحول في إقليم جنوب شرق آسيا، WPR-A: البلدان المرتفعة الدخل في إقليم غرب المحيط الهادي، WPR-B: البلدان المتوسطة الدخل في إقليم غرب المحيط الهادي.

(أ) الناتج المحلي الإجمالي (GDP). وهو قياس لحجم اقتصاد البلد ذي الصلة، وتعادل القوة الشرائية (PPP) للفرد الواحد، والقوة الشرائية للفرد الواحد في البلد ذي الصلة فيما يخص سلة موازية من السلع، محسوبة بالدولارات الدولية (\$) (B).

(ب) تم تعريف الفئات الفرعية الإقليمية المستخدمة من جانب منظمة الصحة العالمية على أساس المستويات العالية أو المتوسطة أو المنخفضة لوفيات البالغين والرضع. (A) تعني، وفيات رضع منخفضة جداً ووفيات بالغين منخفضة جداً؛ (B) تعني وفيات أطفال ووفيات بالغين منخفضة، (C) وتعني وفيات أطفال منخفضة ووفيات بالغين عالية، (D) وتعني وفيات أطفال وبالغين عالية، (E) وتعني وفيات أطفال ووفيات بالغين عالية جداً.

(ج) لا استهلاك بلترات الكحول الخالص لكل فرد من السكان عمره ١٥ سنة فما فوق سنوياً (وسطي المعطيات المتاحة للأعوام ٢٠٠١ حتى ٢٠٠٣).

(د) مؤشر الخطر لكل لتر من الكحول يتم استهلاكه (١ = الأقل ضرراً، ٤ = الأكثر ضرراً). يتألف من عدة مؤشرات لمناسبات الشرب المسرف زائد تواتر الشرب مع الوجبات (التسجيل المعكوس) وفي الأماكن العامة.

المصدر: منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي.

ويتم من خلال المسوحات السكانية تقدير مدى انتشار الامتناع عن الشرب، وفئات الكمية الوسطية المستهلكة، ومختلف أنماط الشرب، من قبيل السكر أو الشرب على فورات. كما أن معطيات المسوحات تسمح بوضع تقديرات بحسب نوع الجنس والسن، وبالنسبة للفئات الفرعية الأخرى من السكان. وبالإضافة إلى المقابلات الأساسية التي يجريها الخبراء، فإن المسوحات تشكل أيضاً مصدراً أساسياً للمعطيات الخاصة بمدى انتشار أنماط الشرب الخطرة التي تسود أوساط الشاربين في كل بلد وكل إقليم من أقاليم العالم (انظر الأنماط الوسطية للشرب: العمود الأخير من الجدول ١). وكما سبق القول أعلاه فإن السكر يمكن أن يؤثر على ضروب معينة من الضرر من قبيل مرض نقص تروية القلب أو الإصابات، التي تؤثر على مستوى الضرر المرتبط بمستوى إجمالي معين من الشرب (١٩).

وترد في الجدول ١ لمحة عامة عن المعطيات الراهنة بشأن مدى توزع استهلاك الكحول في العالم. ولهذا الغرض يتم تقسيم العالم إلى خمس فئات، استناداً إلى الأقاليم الفرعية لمنظمة الصحة العالمية (٢٠)، ولكن مع بعض التقسيمات التي وضعت تحديداً لتحليل الكحول. وتم لدى تحديد الأقاليم الفرعية لمنظمة الصحة العالمية، فرز البلدان في أقاليم المنظمة وتصنيفها في واحدة من خمس فئات، من «ألف» وحتى «هاء»، على أساس الحالة الصحية للسكان، حيث تظهر البلدان ألف أقل وفيات رضع وأطول مأمول حياة للبالغين، وبلدان «هاء» أعلى وفيات رضع وأقصر مأمول حياة للبالغين. ويتمشى هذا الترتيب القائم على الصحة إلى حد ما مع مستويات التنمية الاقتصادية. ويبيّن السطران الأعلى في الجدول التقسيم الفرعي للبلدان النامية الأفقر على أساس مستويات استهلاك الكحول للبالغ الواحد، مع إدراج الأقاليم الفرعية في السطر الأول التي تشهد أقل استهلاك للكحول. ويتألف السطر الثالث في المقام الأول من البلدان المتوسطة الدخل التي تُظهر أداء جيداً من حيث التنمية الاقتصادية. ويتم في السطرين الرابع والخامس تقسيم الأقاليم المتقدمة في العالم، حيث يتم الفصل بينها فترد بلدان أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى في فئة منفصلة.

وعلى الصعيد العالمي، يتعاطى الكحول أقل من نصف السكان البالغين (قراءة ملياري نسمة). وترتفع معدلات الامتناع عن تعاطي الكحول في أوساط الإناث (٦٦٪) بالمقارنة مع الذكور (٤٥٪). أما ترتيب النسبة المئوية من الشاربين عموماً فيتبع الترتيب من حيث تعادل القوة الشرائية للفرد الواحد (PPP)، وهي الدالة المقارنة التي تم تحديد قيمتها لدى التحويل إلى دولارات الولايات المتحدة. وفي الجدول ١ تملك الفئتان المتدنيتا الدخل (السطران الأول والثاني) أقل من نصف القوة الشرائية للفرد الواحد بالمقارنة مع الفئة الأعلى التالية. وتتمتع البلدان المتقدمة التي تعتبر الوفيات فيها منخفضة جداً (السطر الرابع في الجدول) بما يزيد عن أربعة أمثال القوة الشرائية للبلدان النامية التي تعد الوفيات فيها منخفضة. وفيما بين الفئتين تدرج البلدان المتوسطة الدخل وفئات البلدان

في أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى. ويظهر الجدول أن أغنى المناطق في العالم أكثر إقبالاً على استهلاك الكحول من أفقر المناطق وذلك في جميع الأقاليم. لكن هذا لا ينطبق على أقل الفئتين حظاً من الدّخل واللّتين تم الفصل بينهما على أساس معدلات الامتناع فيهما: حيث أن الأقاليم الفرعية التي تشهد أعلى معدلات الامتناع لا تظاهي في فقرها الفئة الثانية من البلدان الواردة في الجدول. وعلى وجه العموم، فإن الفوارق بين الجنسين فيما يتعلق بالامتناع أكبر بكثير في المجموعات الإقليمية التي تضم ثلاثة بلدان نامية مما هو عليه الحال في المجموعتين الإقليميتين المتقدمتين، وتشهد المجموعتان الإقليميتان المتقدمتان معدلات شرب أعلى نسبياً لدى الجنسين. أما على مستوى آحاد البلدان (حيث لا تظهر النتائج)، فإن العلاقة بين المستوى الاقتصادي ومعدل الامتناع عن الكحول يقارب نسبياً مستوى تعادل القوة الشرائية والناجح المحلي الإجمالي المعدل البالغ ٧٠٠٠ دولار أمريكي. وفيما يتجاوز تعادل القوة الشرائية البالغ ٧٠٠٠ دولار أمريكي، فإنه ما من علاقة تستحق الذكر بين درجة الثراء في البلد المعني ومعدل الامتناع في صفوف البالغين.

ويظهر العمود قبل الأخير في الجدول ١ المتعلق «بالاستهلاك لكل شارب» أن القدر الأكبر من الفارق بين التجمعات الإقليمية من حيث استهلاك الفرد الواحد قد يعود في واقع الحال إلى الفارق في معدل الامتناع. وهذا يبين بأنه إذا تدنت أو تناقصت معدلات الامتناع مع تزايد الثراء والتعرض لعمليات التسويق العالمية، فإنه يمكن توقع حصول زيادات كبيرة في مستويات الاستهلاك. وفي هذا الإطار، توصلت اللجنة إلى استنتاج مفاده بأنه ثمة اهتمام شديد في أوساط الصحة العمومية بالتشجيع على الامتناع وحماية خيار الامتناع.

وهناك اختلاف كبير بشأن الوسطي العالمي البالغ ٦,٢ لتر من الكحول الخالص الذي يستهلكه كل بالغ في السنة الواحدة. فالجزء من العالم الذي يشهد أعلى مستوى استهلاك إجمالي هو أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى، ويرتفع إجمالي الاستهلاك في مناطق أخرى في أوروبا أيضاً. ويبلغ الاستهلاك المسجل أقصاه في الأقاليم الفرعية المتقدمة التي تشهد معدلات وفيات منخفضة جداً (السطر الرابع من الجدول)، بيد أن مستوى الاستهلاك غير المسجل فيها منخفض نسبياً، في حين أن البلدان المتقدمة في أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى تُظهر هامشاً كبيراً في المستوى الأعلى للاستهلاك غير المسجل. وتشهد نتيجة ذلك فئتا الأقاليم المتقدمة مستويات استهلاك إجمالي مقدر لا تختلف عن بعضها كثيراً.

وتعتبر البلدان الأمريكية الإقليم الذي يحتل المرتبة التالية في أعلى استهلاك إجمالي، حيث تسود في البلدان الميسورة في الأمريكتين معدلات استهلاك مسجلة أعلى من البلدان

الأفقر. وتشهد الأقاليم الفرعية التي ينخفض فيها مستوى الامتناع أعلى استهلاك إجمالي مقدر بالنسبة لسابقتها، وتبعها البلدان النامية التي تنخفض فيها الوفيات. ويندرج الجزء الأكبر من أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي في هاتين الفئتين. وكما قد يتوقع فإن الاستهلاك الإجمالي في الأقاليم الفرعية الأفقر التي ترتفع فيها معدلات الامتناع أدنى بكثير مما هو عليه في كثير من الأماكن الأخرى. فالتقارير تشير إلى أن ٩٨٪ من الإناث و ٨١٪ من الذكور يمتنعون عن تعاطي الكحول وأن الاستهلاك في صفوف البالغين يصل إلى لتر/سنوياً.

ويتراوح النمط الوسطي للشرب المسجل بين ١ بالنسبة لأقل الأنماط خطراً و ٤ بالنسبة لأكثرها خطراً. وتشهد البلدان المتقدمة ذات الوفيات المنخفضة جداً أدنى وسطي لعدد نقاط نمط الشرب الخطر، في حين أن مجموعة أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى تشهد الوسطي الأعلى. كما وتوجد في البلدان النامية المتدنية الدخل، كائن ما تكن نسبة الممتنعين عن الشرب فيها أيضاً، نقاط نمط شرب خطر أعلى نسبياً. وإذا ما وضعنا جانباً الحالة الخاصة لأوروبا الشرقية وآسيا الوسطى، فإنه من الصحيح عموماً أن درجة الخطر المرتبطة بكل لتر من الكحول يتم استهلاكه في البلدان الأفقر أعلى مما هي عليه في البلدان الأيسر حالاً. وهذا يعني أن هناك على وجه العموم ازدياد في استهلاك الفرد الواحد في البلدان الأفقر قد يُسفر عن زيادة أكبر في الإصابات وأنواع الضرر الأخرى ذات الصلة بالسكّر بالمقارنة مع البلدان الميسورة.

ووجدت اللجنة لدى استعراض المعطيات الخاصة باتجاهات الاستهلاك في أقاليم منظمة الصحة العالمية أن الإقليم الأوروبي، والإقليم الأفريقي، وإقليم الأمريكتين ظهرت فيها جميعاً أعلى نسبة استهلاك في الوقت نفسه تقريباً، وذلك في أوائل الثمانينات من القرن الماضي. ويبين إقليم شرق المتوسط استهلاكاً متديناً باطراد. أما الإقليم اللذان تحدث فيهما باطراد زيادة من الاستهلاك فهما إقليم جنوب شرق آسيا (الذي كان فيه مستوى الاستهلاك منخفضاً ابتداءً) وإقليم غرب المحيط الهادي. غير أن الوسطيات الإقليمية تخفي وراءها بعض الفوارق الواضحة جداً في اتجاهات آحاد البلدان ففي أوروبا، على سبيل المثال، هناك مستوى ثابت للاستهلاك إلى حد ما في السنوات الأخيرة يخفي وراءه انخفاضاً كبيراً في الاستهلاك في بعض بلدان جنوب أوروبا، وزيادة مذهلة في بعض البلدان الأخرى.

وحصلت زيادة في الاستهلاك في عدد من البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط في السنوات الأقرب عهداً. ولا سيما جنوب شرق آسيا وغرب المحيط الهادي. وقد تعكس الزيادة في الاستهلاك في هذه البلدان التنمية الاقتصادية والزيادات الطارئة على القوة

الشرائية للمستهلك علاوة على تزايد تسويق المشروبات الكحولية الموسومة بعلامات تجارية.

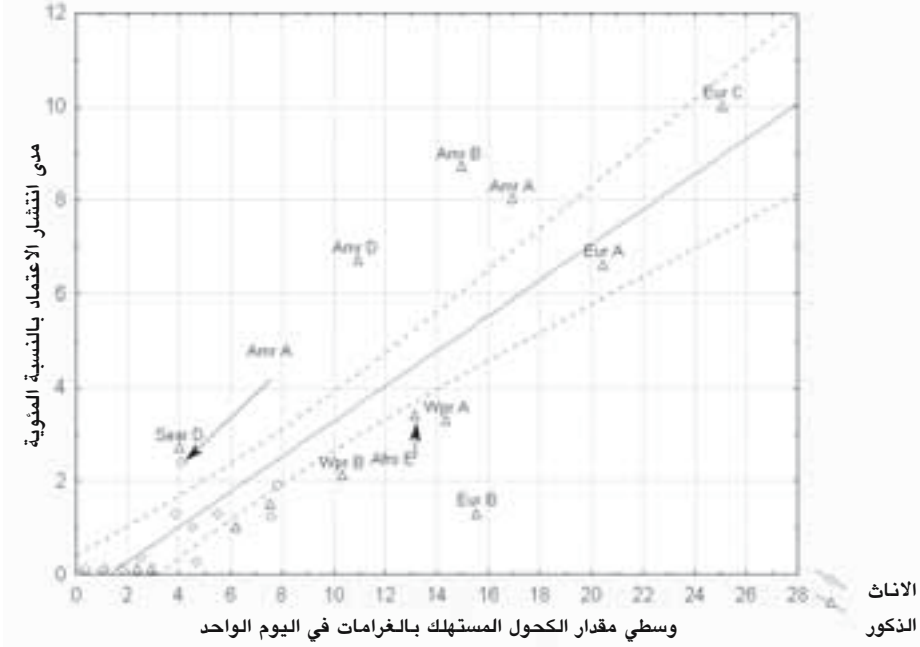
٣-٢ محددات ومتلازمات استهلاك الكحول

نظرت اللجنة على أساس انتقائي في بعض البيّنات المتعلقة بمحددات ومتلازمات استهلاك الكحول. ولاحظت أن العديد من العوامل الثقافية والاجتماعية، بما فيها المعتقدات الدينية، تترك أثرها على معدلات الامتناع وعلى توزع الاستهلاك في أوساط السكان. فمن جهة توجد في العديد من المجتمعات علاقة متينة بين الامتناع والفقر. ومن جهة أخرى يبدو أن هناك إتجاهاً عاماً يتمثل في تعاطي أفقر الفئات للكحول على نحو أكثر خطورة مما هو سائد بين الطبقات الميسورة. وبصورة عامة ثمة احتمال أكبر بأن يؤدي أي نمط من الإسراف في الشرب من جانب أولئك الأفقر إلى وقوع الضرر مما هو الحال بالنسبة للنمط ذاته لدى الشاربين الأيسر حالاً.

وتثبت الدراسات الجارية في عدد من البلدان بأن استهلاك الكحول يتوزع بصورة متفاوتة في أوساط الذين يتعاطون الكحول، حيث يتم تعاطي القدر الأكبر من الكحول في مجتمع ما من قبل أقلية صغيرة نسبياً من الشاربين. وهناك استنتاج نموذجي مفاده أنه يتم استهلاك نصف كمية الكحول من قبل ١٠ في المائة من الشاربين. ممّا يعني أن القول بوجود رابط قوي بين التغيرات الطارئة على مستوى استهلاك الكحول في أوساط مجموعة ما من السكان وبين التغيرات التي تشهدها مؤشرات الضرر المرتبط بالإسراف في الشرب (٢١) إنّما هو تحصيل حاصل، حيث يستأثر الشاربون المسرفون بجزء كبير من إجمالي الاستهلاك. ومن ناحية أخرى، وللسبب نفسه غالباً، ما يكون هناك علاقة متبادلة متينة بين مستويات استهلاك الكحول ومعدلات الضرر المتصل بالكحول في أوساط مجموعات السكان ذات الصلة.

والمثال على ذلك أنه يتبين من معطيات «المسح العالمي للصحة النفسية» بشأن انتشار الاعتماد على الكحول في مختلف الأقاليم الفرعية في العالم يتغير إلى حد كبير حسب تغير مستوى استهلاك الكحول دون الإقليمي لكل واحد من البالغين (الشكل ١). ويمكن التنبؤ بقرابة ٧٥٪ من هذا الاختلاف في مدى انتشار الاعتماد من وسطي حجم الاستهلاك على المستوى الإقليمي. والانحراف الرئيسي عن هذه العلاقة المتبادلة هو الاتجاه المنتظم نحو الإبلاغ عن معدل أعلى من الاعتماد عند مستوى معين من الشرب في الأمريكيتين وفي الإقليم الذي تهيمن عليه الهند ديمغرافياً.

الشكل ١: الاعتماد على الكحول حسب وسطي مقدار الكحول المستهلك



AFR-D، AFR-E: البلدان المنخفضة الدخل في الإقليم الأفريقي، AMR-A: البلدان المرتفعة الدخل في إقليم الأمريكتين، AMR-B: البلدان المتوسطة الدخل في إقليم الأمريكتين، AMR-D: البلدان المنخفضة الدخل في إقليم الأمريكتين، EUR-B، EUR-C: البلدان المتوسطة الدخل في الإقليم الأوروبي، SEAR-B: البلدان المتوسطة الدخل في إقليم جنوب شرق آسيا، SEAR-D: البلدان المنخفضة الدخل التي تفرض حظراً كاملاً على باعة الكحول في إقليم جنوب شرق آسيا، WPR-A: البلدان المرتفعة الدخل في إقليم غرب المحيط الهادي، WPR-B: البلدان المتوسطة الدخل في إقليم غرب المحيط الهادي. المصدر: المرجع ٢٢.

وقد وجدت الدراسات الجارية على مختلف المجتمعات بوجه عام أن الرجال أقل امتناعاً عن الشرب بالمقارنة مع النساء، وأنهم يشربون بصورة أكثر تكراراً ويستهلكون كميات أكبر، ويشربون كميات أكثر في كل مناسبة، أي حتى السكر، وبالتالي فإن هناك عدد أكبر ممن يسرفون في الشرب ومن مناسبات الشرب بإفراط في صفوف الرجال، مما يعني أنهم يشكلون الفئة المهيمنة من الشاربين على نحو ضار. ومع أن البنات ذات الصلة ما زالت شحيحة، فإنه يبدو أن هذه الظاهرة قد تكون أكثر وضوحاً في البلدان المنخفضة الدخل، والمثال على ذلك أن معطيات المسوحات الجارية في الصين تشير إلى أن الرجال يستهلكون حوالي ٩٥٪ من الكحول. وفي الوقت ذاته يشكل ازدياد تعاطي النساء للكحول أحد أهم أسباب مصادر القلق الاجتماعي في العديد من المجتمعات، ولا سيما في البلدان المنخفضة الدخل، وبصورة أكثر وضوحاً في أوساط النساء الأصغر سناً.

ومن الصعب المقارنة بين عادات الشرب لدى مختلف الفئات العمرية في البلدان ذلك أن اختلاف مقاييس تعاطي الكحول المستخدمة في المسوحات السكانية. زد على ذلك أن

معظم المسوحات التي تقارن بين الشرب في أوساط الفئات العمرية المختلفة تم إجراؤها في الاقتصادات السوقية الراسخة الجذور في أستراليا وأوروبا وأمريكا الشمالية، بحيث أن النتائج قد لا تنطبق بالضرورة على مناطق أخرى من العالم. ومع ذلك فإن الصورة الإجمالية تظهر من هذه الدراسات: هي كالتالي سيادة الامتناع أو الشرب من وقت لآخر بصورة أكبر في أوساط المجموعات العمرية الأكبر سناً، وتكرر حالات السكر أو الشرب المسرف في أوساط المراهقين وصغار البالغين. وتشير المعطيات المستمدة من مشروع مسح المدارس الأوروبية بشأن الكحول والمخدرات في ٢٩ بلداً أنه ثمة ميل إلى ازدياد أنماط الشرب الخطر بين المراهقين الأوروبيين في السنوات الأخيرة (٢٣).

واستعرضت اللجنة البيانات المتعلقة بالترابط القوي بين تعاطي الكحول وتعاطي التبغ والمخدرات الأخرى في أوساط الشباب. وهناك مستويات متعددة من الترابط بين هذين السلوكين - على المستويين الفيزيولوجي والبيسيكولوجي، من حيث المسالك المشتركة والآثار المتآزرة أو المكملة، وكذلك على المستويات المجتمعية من حيث المعاني الرمزية والثقافات الفرعية المتداخلة فيما يخص الإمدادات والتعاطي. وقد يسهل تأثير السكر بالكحول القدرة على إصدار الأحكام والمثبطات الاجتماعية اتباع سلوك يمكن اعتباره غير مقبول عندما يكون الإنسان متحرراً من تأثير الكحول. وفي رأي اللجنة أنه ما من علاقة حتمية بين تعاطي الكحول وتدخين التبغ أو تعاطي المخدرات غير الشرعي، إذ يمكن وصف هذه العلاقات على أفضل وجه ممكن بأنها احتمالية أو عشوائية، حيث أنه ثمة احتمال أكبر بأن يمارس التدخين أو تعاطي المخدرات في أوساط أولئك الذي بدأوا الشرب، ولكن العديد من شاربي الكحول لا يشاركون في ممارسة التدخين أو تعاطي المخدرات الأخرى، وبعض أولئك الذين يدخنون التبغ أو يتعاطون المخدرات غير الشرعية لا يشربون الكحول. وقد تناولت البحوث أيضاً مسألة ما إذا كان الحد من تعاطي الكحول سيؤدى، نتيجة لتنفيذ السياسات بصورة فعالة، إلى استبداله بمخدرات أخرى. وفي حين أن بعض البحوث في الولايات المتحدة تظهر زيادة في تعاطي الحشيش في أعقاب رفع سن الذي يسمح فيه بتعاطي الشرب قانونياً؛ ووجدت بحوث أخرى تتحرى أثر التغييرات التي طرأت على أسعار الكحول أنه لم يتم استبداله بأية مخدرات أخرى نفسية المفعول، من قبيل الحشيش، لكن هذه التغييرات تتماشى مع تعاطي الكحول. وبغض النظر عن اتجاهات النفوذ والتأثير، فإن اللجنة ترى أنه من الواضح أن هناك روابط متينة بين الكحول والتبغ وتعاطي المخدرات غير القانوني في العديد من الأوساط الاجتماعية، وينبغي أخذها في الحسبان في رسم السياسات الخاصة بالكحول وكذلك السياسات والبحوث المتعلقة بالتبغ والأدوية والمخدرات.

وكثيراً ما كشفت الدراسات الجارية في أوساط الشعوب الأصلية في كافة أرجاء العالم عن مأخوذ كحولي أعلى بكثير مما يستهلكه باقي السكان عموماً، رغم الاختلاف الكبير بين

المجموعات. بيد أن معدلات الامتناع غالباً ما تكون أعلى لدى الأقليات من بين السكان الأصليين مما هو الحال بالنسبة للسكان الذي يحيطون بهم. وبغض النظر عن مستويات الاستهلاك، فإن أنماط الشرب التي يبلغ عنها من مختلف أوساط السكان الأصليين تميل أيضاً إلى أن تكون أكثر خطراً، مع أن أي عملية شرب على الإطلاق غالباً ما تعني الشرب حتى السكر. وقد أسفرت زيادة إتاحة وتوفر الكحول تجارياً وانعدام الخدمات الصحية والتعليمية وغيرها من الخدمات لمنع ومعالجة المشكلات المتصلة باستهلاك الكحول، إذا ما اقترنت بظروف معيشة وعمل سيئين بالفعل، عن معدلات مرضية ووفيات عالية من أسباب متصلة بالكحول في المجتمعات الأصلية. وأحاطت اللجنة علماً مع الاهتمام بالبيانات الخاصة بنجاح الجهود التي بذلتها بعض المجتمعات الأصلية للحد من معدلات مشكلات الكحول. وغالباً ما تنطوي هذه الجهود على إقناع المجتمع المحيط بهم بالتخلي عن حرية السوق المعتادة، والسماح للمجتمع بتقييد الترويج للمشروبات الكحولية وإتاحتها (مثل ٢٤، ٢٥). ترى اللجنة أنه بإمكان منظمة الصحة العالمية أن تلعب دوراً هاماً في مقارنة هذه التجارب وتعميمها على الشعوب الأصلية الأخرى.

٤-٣ الاستنتاجات بشأن توافر الكحول واستهلاكه

تتوفر المشروبات الكحولية بسهولة في معظم أرجاء العالم، كما أن إنتاج الكحول وتسويقها أخذوا يصبحان عالمي النطاق بصورة متزايدة، وبتزايد الإعلان وأنواع الترويج الأخرى لفتح المزيد من الأسواق لهذه المشروبات وتواجدها مما يبعث على القلق في جميع القارات المأهولة. وفي رأي اللجنة أنه من المهم، بالنظر إلى آثار استهلاك الكحول على الصحة العمومية التي يجري بحثها أدناه، أن تشارك منظمة الصحة العالمية بصورة فعالة في تتبع هذه الاتجاهات وتحليلها، وفي تمثيل مصالح الصحة العمومية في المناقشات والمفاوضات الدولية التي تؤثر على تجارة المشروبات الكحولية وتسويقها.

وهناك على الصعيد العالمي أكثر من نصف السكان البالغين بقليل لا يشربون الكحول، وترتفع معدلات الامتناع في البلدان الأفقر وفي أوساط الناس الأفقر في البلدان. ويعكس القدر الأكبر من الاختلاف في استهلاك الفرد الواحد بين البلدان، وبين الأقاليم والمجموعات السكانية في البلدان، الاختلافات في معدلات الامتناع، لكنه يوجد اختلاف أقل شأناً بين أقاليم العالم في استهلاك كل شارب لوحده. ومن ناحية أخرى تناقصت معدلات الامتناع في العديد من الأماكن، وينتظر أن تواصل تناقصها بعد. وينبغي في ظل هذه الظروف أن تنظر منظمة الصحة العالمية في ترويج التدابير الآيلة إلى دعم الخيارات الشخصية بالامتناع عن استهلاك الكحول.

وتوصلت اللجنة إلى استنتاج مفاده بأن استهلاك الكحول، ولا سيما الشرب الخطر، بلغ أعلى مستوياته على الصعيد العالمي في أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى، وتبعهما في ذلك الأمريكتان. ومن المحتمل أن يتواصل ازدياد استهلاك الكحول بصورة كبيرة في السنوات المقبلة في إقليم جنوب شرق آسيا، وفي البلدان المنخفضة إلى المتوسطة الدخل من إقليم غرب المحيط الهادي (مما يشكل قرابة نصف سكان العالم). وعليه فإن الحاجة لاتخاذ تدابير مضادة في مجال الصحة العمومية التي تنطوي على استجابة إقليمية وعالمية على حد سواء تعتبر حاجة ملحة بصورة خاصة في هذه الأقاليم.

٤- الضرر المعزو إلى استهلاك الكحول

كما سبق القول في الفرعين ٢-٢ إلى ٢-٤ أعلاه، فإن البيانات المتعلقة بأثر الكحول على الصحة من خلال السكر، والاعتماد وخصائصه السمية أثار تراكمي واسع النطاق. وقد أصبحت التقديرات الخاصة بعبء الأمراض المعزو إلى الكحول في السنوات الأخيرة متاحة من خلال سلسلة دراسات أجرتها منظمة الصحة العالمية.

١-٤ الأثر على الصحة: مساهمة الكحول في عبء الأمراض العالمي

استعرضت اللجنة البيانات الخاصة بالأثر الخالص الإجمالي لاستهلاك الكحول على عبء المرض في عام ٢٠٠٢، وذلك بعد طرح الآثار المقدرة للحماية للصحة من هذا العبء (يتم تلخيص المعطيات المتعلقة بعبء الأمراض المعزوة إلى الكحول في الملحق). ولاحظت اللجنة أنه يقدر بأن الكحول يسبب ضرراً خالصاً يسفر عن ٣,٧٪ من جميع الوفيات، و٤,٤٪ من عبء الأمراض العالمي. فقد تسبب الكحول في قدر أكبر من العبء الصحي بالنسبة للرجال بالمقارنة مع النساء - حيث النسبة المعزوة للكحول من العبء الإجمالي بالنسبة للرجال تزيد بقرابة أربعة أمثال عن النساء. وفيما يتعلق بالوفيات كانت الإصابات غير المتعمدة أهم فئة من الإصابات، تتبعها في ذلك الأمراض القلبية الوعائية وأنواع السرطان. وفيما يتعلق بعبء المرض الذي يُحسب بسنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز (DALYs)، فإن الاضطرابات النفسية العصبية، والتي تتألف في معظمها من الاضطرابات الناجمة عن تعاطي الكحول، تُشكل الفئة التي تضم أكبر عبء معزو إلى الكحول، وتبعها في ذلك الإصابات غير المتعمدة بوصفها ثاني أهم فئة على الإطلاق. ويبيّن الفارق في تصنيف هذه الوفيات وسنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز أنه في حين أن اضطرابات تعاطي الكحول غالباً ما تكون مسببة للعجز الشديد، فإنها كثيراً ما تكون أقل إماتة من فئات الأمراض الأخرى.

وقد تزايد عدد الوفيات المتصلة بالكحول بالنسبة للرجال والنساء بين عام ٢٠٠٠ و٢٠٠٢. وتُعزى هذه الزيادة بصورة رئيسية إلى الوفيات الناجمة عن الأمراض المزمنة، التي تعكس بصورة جزئية الإنجازات الحاصلة في وبائيات الكحول والتقديرات المتعلقة بعبء الأمراض المعزوة للكحول، وذلك رغم تناقص الأثر النسبي للإصابات المعزوة للكحول. وكان الأثر الخاص للكحول أكبر نسبياً لدى مجموعات الشباب الأصغر سناً من الجنسين. وفي حين أن نسبة ٣,٧٪ من جميع الوفيات المعزوة للكحول في جميع المجموعات العمرية (١,٦٪ لدى الرجال، و١,١٪ لدى النساء)، فإن نسبة ٥٪ من الوفيات دون سن الستين من العمر تم عزوها إلى الكحول (٧,٥٪ للرجال، و١,٧٪ للنساء). وهناك اختلافات أوسع نطاقاً في عبء الأمراض المعزوة للكحول بين مختلف مناطق العالم (الملحق، الجدول ألف ١-٣). وتشكل الإصابات - المتعمدة وغير المتعمدة - نسبة أعلى من عبء الأمراض التي يسببها الكحول في البلدان المنخفضة الدخل، في حين أن الاضطرابات والسرطانات الناجمة عن تعاطي الكحول تشكل نسباً أكبر من عبء المرض في البلدان الأعلى دخلاً. وتبلغ نسبة عبء الكحول الناجم عن الأمراض القلبية الوعائية ذروتها في أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى وفي الأجزاء الأفقر والأقل تعاطياً للكحول من العالم.

وقد سلّمت اللجنة بأنه لا يمكن إدراج جميع الحالات الصحية التي يلعب الكحول فيها دوراً مسبباً في تقديرات عبء الأمراض نظراً لنقص المعطيات، وهذا ينطبق بصورة خاصة على الأمراض السارية. وفي حين أن علاقات الاختطار القائمة على الناحية البيولوجية، من قبيل العلاقة بين استهلاك الكحول وسرطان الثدي قد لا تكون هي نفسها في جميع مناطق العالم (وذلك بسبب الحالة التغذوية أو توافر الرعاية الصحية مثلاً)، فإن دراسة عبء الأمراض تستند إلى تحليلات تالية للدراسات الجارية بصورة رئيسية في البلدان المرتفعة الدخل في العالم، وبذا فإنه من المحتمل أن تكون قد بخست تقدير الأثر الفعلي للكحول. وبالإضافة إلى ذلك وفي حين أن علاقات الاختطار يفترض بأن تكون ثابتة بالنسبة لمختلف المجموعات العمرية، فإن عوامل الاختطار النسبية من شأنها أن تتقارب حتى نقطة التوحد مع التقدم في السن، وهذا يعني أنها قد تسفر عن المبالغة في تقدير آثار الكحول، السلبية منها والإيجابية، فيما يتعلق بالمجموعات العمرية الأكبر سناً. وأخيراً فإن شهادات الوفاة وأوصاف الوفاة الأخرى قد تكون عرضة للخطأ في القياس أكثر فأكثر في المجموعات العمرية الأكبر سناً. وبما أن معظم الآثار الوقائية المقدرة تتعلق بالمسنين، فإن اللجنة تعتبر أنه من المحتمل أن تكون هذه الآثار قد أعطيت أهمية أكبر مما تستحقه.

وهناك علاقة متينة لكنها ليست تامة بين مستوى الدخل في مجتمع ما وبين العمر المأمول فيه بصورة عامة. وفيما يتعلق بمستوى أو نمط معين من الضرر تشابه الاستنتاجات المتعلقة باستهلاك الكحول في أن يكون أكبر قدر من الضرر يحدث في المجتمعات الأفقر حالاً

بالمقارنة مع المجتمعات الأكثر ثراءً. وفيما يتعلق بالآثار المزمنة للإسراف في الشرب من قبيل تشمع الكبد، على سبيل المثال، فقد لاحظت اللجنة أنه يمكن أن يؤدي ذلك إلى نتائج أسوأ بسبب وجود عوامل مشتركة من قبيل أوجه العوز التغذوي أو عدوى الكبد. وبالإضافة إلى ذلك فقد لا تكون الخدمات الرامية إلى التخفيف من الآثار الصحية الضارة المترتبة على الشرب متوفرة على نطاق أوسع. وقد تترتب نتائج أسوأ على قيادة المركبات تحت تأثير الكحول في الوقت ذاته بسبب الطرق والمركبات الأقل أماناً.

وفيما يتعلق بقدر أو نمط معين من الشرب، فإنه من المحتمل أن تترتب على أوجه الجور الاجتماعية - الاقتصادية ضمن أي مجتمع العديد من الآثار المختلفة نفسها كالتي ورد ذكرها بالنسبة للفوارق بين المجتمعات. وبالإضافة إلى ذلك، فإنه حيثما يكون العلاج أو توافر الموارد غير متكافئين، فإن العواقب الصحية وعواقب الإصابات المترتبة على مستوى أو نمط محدد من الشرب يحتمل أيضاً أن تكون أكثر شدة على الذين لا يملكون سوى قدر أقل من الموارد. وبالتالي فإن السياسات التي تحد من مساهمة الكحول في عبء الأمراض يحتمل أيضاً أن تحد من أوجه الجور في المجال الصحي على نحو أعم.

٢-٤ الأضرار الاجتماعية

تقتصر تقديرات الأضرار المندرجة في عبء المرض العالمي على الحالات الجسدية والنفسية التي يشملها التصنيف الدولي للأمراض. ومع أن الأمراض والإصابات النفسية والجسدية الحادة والمزمنة تندرج في إطار هذا العبء، لكنه ثمة مجموعة مختلفة عريضة من العواقب الضارة الأخرى المترتبة على الشرب التي لا تندرج في إطار هذا العبء. وعلى وجه الخصوص فإن معظم العواقب الضارة بالنسبة للأشخاص غير الذين يتعاطون الكحول لا تغطيها تقديرات العبء الدولي للأمراض. ونحن نستخدم عبارة «الأضرار الاجتماعية» هنا كمصطلح عام لتغطية هذه العواقب، مع أننا ندرك بأنه يتم تغطيتها في التعريف العام الذي وضعته منظمة الصحة العالمية للصحة بأنها «حالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً».

ومن الأضرار الاجتماعية الهامة التي يمكن ربطها بالشرب المشكلات العائلية وغيرها من المشكلات بين الأشخاص، ومشكلات العمل، وجرائم العنف وغيرها من الجرائم، والتهميش الاجتماعي. ويمكن أن تترتب على نمط الشرب الذي يتعبه الفرد آثار ضائرة على حياته هو، مما يعرض زواجه وحياته الأسرية للفوضى والانحلال، ويسبب خسارة العمل والبطالة، ويكون ذلك سبباً لارتكاب جريمة تؤدي إلى اعتقاله أو نذيراً بالتشرد أو غيره من أنواع التهميش أو الوصم. ويمكن أن يؤثر تعاطي شخص ما للكحول على الآخرين أيضاً،

حيث قد تتأثر نوعية حياة أعضاء الأسرة بصورة ضائرة (٢٦)؛ وقد يتوقع من رفاق العمل تغطية غياب العامل أو القيام بعمله بسبب الخمار الناجم عن الإفراط في الشرب، وعن اعتداء يرتكبه فيقع ضحية له أحد الأشخاص. وبالإضافة إلى هذه المشكلات القائمة بين الأشخاص، فإنه قد تترتب على الشرب آثار ضائرة بالنسبة لفئة اجتماعية أوسع نطاقاً أو للمجتمع كله. والمثال على ذلك أنه قد يؤثر سوء أداء العمل على الإنتاجية في مكان العمل، وقد تجعل جمهرة صاحبة من الشباب المخمورين من وسط أية مدينة «منطقة محرمة» على المواطنين الأكبر سناً في ليلة عطلة نهاية الأسبوع. وكذلك قد يسهل بروز الآثار المجتمعية الضائرة في المجتمعات الأضيقة نطاقاً. والمثال على ذلك بأن الطقوس الاجتماعية والدينية التي تشكل اللحمة التي تربط بين أفراد مجتمع من السكان الأصليين قد تتعرض للفوضى والدمار بسبب السكر المتكرر (٢٧)، وهناك قصص عديدة عن الآثار المدمرة للسكر المتوطن على مجتمعات السكان الأصليين. ويمكن في المجتمعات الكبيرة والمعقدة أن تترتب آثار خطيرة أيضاً على المستوى الجماعي، مع أنه قد لا يسهل إدراكها إلا في ظروف نادرة من مثل حدوث تغيير اضطراري في تعاطي الكحول، كإعلان الإضراب في محلات بيع الكحول (٢٨).

وكان مجال التركيز الرئيسي لدراسة وتقدير حجم الأضرار الاجتماعية المرتبة على الشرب سلسلة من دراسات التكلفة الاجتماعية للكحول فيما يسمى بعرف «تكلفة المرض». وهناك الآن أكثر من ثلاثين دراسة تم الاضطلاع بها في أوروبا لوحدها (٢٩) وسواها في أمكنة أخرى، تتم بموجب منهجية تتزايد توحداً وفقاً للمبادئ الإرشادية الصادرة عن منظمة الصحة العالمية (٣٠). وأما التكلفة الوحيدة الأكبر حجماً التي تم تقديرها في هذه الدراسات فتتمثل عادة في «التكلفة غير المباشرة» المترتبة على الوفيات الحاصلة قبل الأوان، وهو حساب للخسائر التي سيواجهها الاقتصاد في المستقبل بسبب ما تنجم عنه تلك الوفيات المعزوة للكحول في أية سنة دالة. ويتم حساب هذه التكاليف غير المباشرة بوصفها تكاليف صحية، ويتم النظر فيها بالإضافة إلى التكاليف المباشرة من قبيل التغيب عن العمل والبطالة والأضرار الناجمة عن الجرائم وحوادث الطرق، وتوفير الصحة، والعدالة الجنائية والخدمات الاجتماعية لأولئك الذين يتأثرون بالمشكلات المعزوة للكحول وتفقو تكاليف «الأضرار الاجتماعية» التكاليف الصحية (٢٩). وإذا ما تم التركيز على تكاليف الخدمات الحكومية وحدها في أي مجتمع متقدم، فإن تكاليف خدمات عمل الشرطة ورجال الإطفاء والعمل الاجتماعي المعزوة للكحول غالباً ما تتجاوز بكثير تكاليف الخدمات الصحية.

وقد سلمت اللجنة بأن حساب التكاليف الاجتماعية غالباً ما يقتصر على التكاليف الملموسة فقط، وأن عواقب استهلاك الكحول تشمل تكاليف غير ملموسة أيضاً، بما في

ذلك المعاناة والآلام الإنسانية المترتبة على تعاطي أحد أعضاء الأسرة للكحول والخوف والمعاناة الناجمين عن الجرائم أو أعمال العنف المتصلة بالكحول. ولم يتم قياس هذه التكاليف التي يتحملها أفراد الأسرة قياساً جيداً بعد. وهكذا فقد لاحظت دراسة للتكاليف أجريت في انكلترا وويلز بأنه نظراً لعدم توفر الدراسات المناسبة، «فإنه ليس من الممكن تقدير حجم التكاليف غير الملموسة المترتبة على الآلام والمعاناة التي يتعرض لها الأصدقاء وأفراد الأسرة» (٣١).

وثمة بيانات متزايدة عن دور الكحول في الجرائم، ولا سيما فيما يتعلق بمختلف أشكال العنف (٣٢)، مع أن هذه العلاقة تتفاوت بصورة كبيرة بين البلدان والثقافات. وثمة علاقة إجمالية بين الإفراط في تعاطي الكحول والعنف الإجرامي والمنزلي وضروب الإساءة إلى الأطفال. وبصورة عامة، كلما ارتفع مستوى استهلاك الكحول، كلما ازدادت خطورة العنف.

وقد ارتبط الكحول كذلك بعدد من أنواع السلوك الإجرامي الأخرى، بما في ذلك انتهاك القوانين من قبيل قيادة المركبات تحت تأثير الكحول. كما أنه له صلة بالاضطرابات الاجتماعية، لكن قوة هذه العلاقة تتوقف عادة على متانة الثقافة السائدة.

كما ترتبط بعض أنواع الضرر الناجم عن الكحول باستجابات الآخرين له. ففي كل مجتمع تقريباً، يتم تأويل تعاطي المسكرات تأويلاً أخلاقياً بقدر أكبر أو أقل، ويكون ذلك أحياناً من خلال القيم الإيجابية الملازمة لبعض أنماط أو عادات الشرب، حيث توأكبها دوماً القيم السلبية لبعض الأنماط. وحيثما يكون تعاطي الكحول ممنوعاً من الناحية الدينية أو الثقافية، فإن التقييم السلبي يلزم أي نوع من أنواع تعاطي الكحول على الإطلاق.

وبذا فقد وجدت اللجنة أن أنماط الشرب التي يأخذ بها الأفراد تخضع للتقييم الاجتماعي من حيث قبولها أو عدم قبولها في الحياة اليومية. وبذا تشارك بعض أنماط الشرب، وخصوصاً من خلال التقييم الاجتماعي لها، في عدم المساواة الاجتماعية - أي عدم المساواة التي لا تتعلق بالحالة الاقتصادية الاجتماعية مباشرة، بقدر ما تتعلق بالتهميش، والاستبعاد الاجتماعي، والوصم. وقد يساهم تدني الحالة الاقتصادية الاجتماعية أيضاً في إبراز نمط الشرب ذي الصلة بصورة أكبر ويزيد من تعرض الشارب للتأثر بالتهميش والوصم. ويمكن لأية تقييمات أكثر إيجابية للشرب أن تسفر عن آثار سلبية بالنسبة للصحة العمومية بإضفاء المزيد من الصعوبة على استمرار الامتناع أو توفير الحماية الكافية للشباب الأصغر سناً ضد التعرض للكحول.

وارتأت اللجنة أنه ثمة ميل واضح لدى العديد من الثقافات لتهميش أولئك الذين يعيشون في حالة من الفقر والسكر المستمر بصورة خاصة، وأن هناك العديد من المسالك التي يمكن

أن تتفاقم فيها وصمة السكر بسبب الفقر. فغالباً ما يرتفع مستوى ترصد الشرطة لحالات السكر في الأماكن العامة في المجتمعات الفقيرة. وغالباً ما تقل قدرة الفقراء، بسبب نقص الموارد لديهم، على تجنب العواقب الاجتماعية الضائرة المترتبة على الشرب، في حين يستطيع أولئك الأكثر ثراءً شراء الوسائل الاجتماعية أو الحيزية الكفيلة بإخفاء سلوكهم. وغالباً ما تساهم ردود الفعل الاجتماعية لما يُعرف بالسلوك الخارج عن المألوف في وطأة الفقر: حيث قد يفقد الشارب عمله، أو أن يُطرد من دورة تعليمية. أما النتيجة النهائية، ولا سيما في المجتمعات الثرية بصورة خاصة، فهي أنه ثمة تداخل شديد جداً بين السكان الأكثر تهميشاً وأولئك الذين يعرف بأنهم أناس يعانون من مشاكل كحولية خطيرة.

ويمكن النظر إلى التهميش والوصم المترتين على الإسراف في الشرب كجزء من محاولات المجتمع للتحكم بالأضرار الاجتماعية الموضوعية الناجمة عن تعاطي الكحول أو التخفيف من حدتها إن أمكن. غير أنه كما سبق القول، هذا يعني أن التحكم بحد ذاته غالباً ما يسبب المزيد من الضرر، وقد تنجم المحاولات الآيلة لتحكم المجتمع من خلال الوصم عن المزيد من التهميش. واقترحت اللجنة بأن تعتمد منظمة الصحة العالمية إلى تشجيع إجراء المزيد من الدراسات في هذا المجال، مع الاهتمام بصورة خاصة بالفوارق بين سياسات الكحول فيما يخص مدى الوصم الناجم عنها، وكيف يمكن أخذ الحد من الوصم بعين الاعتبار في السياسات المتصلة بالكحول.

٣-٤ الاستنتاجات بشأن الضرر المعزو إلى استهلاك الكحول

توصلت اللجنة لدى استعراض البيّنات بشأن الضرر الممكن عزوه للكحول، إلى استنتاج مفاده أن تعاطي الكحول على نحو ضار ينطوي على آثار فورية وطويلة الأجل تمس كل جانب من جوانب الحياة، حيث يتلف السكر بالكحول السلامة الشخصية أو يهددها بالخطر من خلال ارتباطه بالعنف وغيره من الإصابات، وأن الاعتماد على الكحول يُشكل عامل اختطار كبير بالتحول إلى الشرب المسرف بصورة منتظمة، وأن الآثار السمية للكحول يمكن أن تترك بصمتها على جميع أجهزة ونُظم الجسم. ويظهر العبء الممكن عزوه لاستهلاك الكحول بصورة خاصة في أوساط الشباب وصغار البالغين، ويؤثر بصورة أكبر على الرجال من النساء. وشددت اللجنة على المدى الذي يسبب فيه استهلاك الكحول الأضرار الصحية والاجتماعية الكبيرة والهامة اللاحقة بغير الشاربين (أي بالغير).

وقد تم تحقيق تقدم كبير عالمي النطاق في تقدير الأضرار اللاحقة بالصحة بسبب الشرب. وحددت اللجنة أربعة مجالات ذات أولوية تتطلب المزيد من العمل في هذا الصدد: (١) وضع مقاييس لدور الكحول في أوجه الضرر الاجتماعي، (٢) التداخل بين ذلك

وبين أوجه الضرر الناجمة عن الكحول التي تلحق بأطراف ثالثة، (٣) الدراسات الباثية لدور الكحول في المراضة والوفيات الناجمة عن الأمراض المعدية، و(٤) اللجوء، في إطار خدمات الطوارئ الصحية، على أساس روتينياً إلى تقييم مساهمة الكحول في الإصابات.

وتعتبر اللجنة أنه ثمة ضرورة لإقامة نظام للمراقبة، استناداً إلى قاعدة متينة من الأعمال التي اضطلعت بها مؤخراً منظمة الصحة العالمية، وذلك لتقفي المعدلات، والارتباطات والاتجاهات في ميدان المشاكل الصحية ذات العلاقة بالكحول، مع تقديم تقارير سنوية من الدول الأعضاء. وترى اللجنة أن نظام مراقبة من هذا القبيل سيؤمّن معلومات هامة تساعد على رسم السياسات المتصلة بالكحول في الدول الأعضاء وعلى الصعيد الدولي.

وما زال قياس الضرر الاجتماعي الناجم عن الشرب غير متطور بما فيه الكفاية، وما يعنيه الأمل والمعاناة المرتبطين بكثير من أشكال الضرر الاجتماعي هو أن هذه الأضرار تقع ضمن نطاق اهتمامات منظمة الصحة العالمية بموجب تعريفها للصحة. وعرفت اللجنة قياس ومراقبة الأضرار الاجتماعية الناجمة عن الكحول على أنها مجال يستحق الاهتمام الدولي المكثف، وشددت على قدرة منظمة الصحة العالمية على الاضطلاع بدور توجيهي رائد في هذا الصدد.

واستنتجت اللجنة أن الفقراء يعانون بصورة عامة من عبء ضرر غير متناسب يمكن عزوه إلى الكحول. وفي ظل ظروف كهذه يفيد العمل في مجال الصحة العمومية للحد من الشرب والأضرار المرتبطة به أيضاً في تحقيق المصلحة المتمثلة بالحد من الفوارق الصحية بين الأفراد والمجموعات الأغنى والأفقر.

٥- الاستراتيجيات والتدخلات الفعالة للحد من الضرر المتصل بالكحول

لقد تراكمت منذ التقرير الماضي للجنة الخبراء المعنية بالمشاكل المتصلة باستهلاك الكحول، كتابات دولية هامة بشأن أثر مختلف السياسات والتدابير المتصلة بالكحول. وفي حين تلاحظ اللجنة أنه ثمة خطوة كبيرة إلى الأمام تم اتخاذها في الدراسات التي تحرت مردودية مختلف الاستراتيجيات بالمقارنة مع تكلفتها (مثل ٣٣)، فقد اتخذت من البيّنات المتعلقة بالفعالية دليلها الأول، حيث أن دراسات الفعالية بالمقارنة مع التكلفة لم ترسخ أسسها أو تتكرر بعد بما فيه الكفاية لتشكّل دليلاً يعوّل عليه. مع ذلك وجدت اللجنة بصورة عامة توافقاً كبيراً

بين دراسات الفعالية بالمقارنة مع التكلفة وبين استنتاجاتها المستندة إلى الكتابات المتصلة بالفعالية.

وفي حين أن الكثير من كتابات التقييم الهادفة إلى إثبات فعالية هذه السياسات جرت في البلدان المرتفعة الدخل، فقد تم تقييم بعض التدابير في إطار المجتمعات المنخفضة الدخل. وبالنظر إلى أن البيئات غالباً ما تنحصر في نطاقات مجتمعية ضيقة، فقد نظرت اللجنة في إمكانية تطبيق نتائج البحوث على المجتمعات المنخفضة الدخل.

وأكدت اللجنة على أن شكل تنفيذ أي تدبير فعال ينبغي أن يكون مناسباً للمجتمع المعني. وهنا غالباً ما تكون البحوث المنشورة قليلة الفائدة، ولذلك شددت اللجنة على أنه ينبغي جمع ومقارنة وتعميم التجارب العملية الحالية التي تم تنفيذ ذلك التدبير بموجبها. وتتسم الإجراءات المجتمعية الهادفة إلى معالجة مشكلات الكحول بأهمية خاصة، ولا سيما في الأماكن التي يكون فيها الاستهلاك غير المسجل كبيراً. ومن الأكد أنه لا يكفي سن أي قانون دون توفر وسائل تنفيذه، ويعتبر وضع قائمة جرد بالتجارب العملية في مجال التنفيذ في ظل مختلف الظروف المجتمعية حاجة ملحة.

وتم تنظيم معظم مداورات اللجنة بشأن مجموعة السياسات الكحولية على أساس التقسيمات الفرعية الرئيسية في المنشورات التقييمية. وتمثل هذه التقسيمات بصورة جزئية مختلف الدوائر الحكومية، والمؤسسات الاجتماعية والمهن ذات الصلة، لكنها تنطوي أيضاً على نظريات بخصوص الإجراءات المتعلقة بالتدخلات في مجال السياسة العامة. والمثال على ذلك أن التدابير المناهضة لقيادة المركبات تحت تأثير الكحول، شأنها شأن القانون الجنائي والقدر الأكبر من القانون الإداري بصورة عامة، تقوم على نظرية الأثر الرادع (الأولي) العام. وتستند استراتيجية فرض الضرائب على الكحول في مجال الصحة العمومية إلى التأثير على الطلب من جانب المستهلكين بزيادة التكلفة المتعلقة بخيارات الإنفاق البديلة. كما أن الأساس المنطقي للثقيف بشأن الكحول يقوم على النموذج القائل بأن المعرفة تغير السلوك. ويوفر وجود نظرية عمل تقوم عليها كل مجموعة من استراتيجيات السياسات العامة، وانتشار نظريات العمل هذه بصورة واسعة في المجتمعات وفي المؤسسات والمهن الاجتماعية ذات الصلة، قدراً من التأكيد على أن الاستنتاجات المستخلصة من مجتمع ما يمكن تطبيقها على مجتمع آخر، رغم أن قابليتها للتطبيق تتأثر بدون أي شك بالسياق المحدد لأي مجتمع بعينه.

١-٥ تدابير الحد من توافر الكحول

ثمة تجارب واسعة النطاق تتعلق بالضوابط الحكومية المفروضة على إنتاج وتوزيع ومبيعات المشروبات الكحولية. وإحدى الوسائل التي تتبعها الحكومات في فرض هذه الضوابط هي

احتكار العملية نفسها. وثمة سوابق كثيرة عن احتكارات كهذه لعمليات الإنتاج والبيع بالجملة أو البيع بالمفرق في السنوات الـ ١٥٠ الأخيرة، وذلك في كل من البلدان المرتفعة الدخل والمنخفضة الدخل على حد سواء. وما زالت الملكية العامة وإدارة جزء أو آخر من سوق الكحول مستمرة اليوم في عدد من البلدان، على الرغم من أن متطلبات الاتفاقات التجارية والتعديلات الهيكلية قلبت العديد من هذه النظم رأساً على عقب.

وثمة بديل شائع للإشراف الحكومي هو تنظيم عملية المصالح الخاصة في سوق الكحول. وقد جرت العادة، بأن تستند عملية التنظيم هذه إلى نظام إصدار الرخص للعاملين في هذا المجال من القطاع الخاص، وهي رخص يمكن إلغاؤها أو سحبها. وهذا يعني أنه يتم تطبيق الضوابط من خلال التدابير الإدارية التي يتخذها أولئك المشاركون في هذه الأنشطة، ويدعمها في ذلك القانون الجنائي عند الضرورة. وتعتبر وسائل التنفيذ هذه أكثر فعالية وأكثر مردودية بالمقارنة مع تكلفتها بالنسبة للحكومات من التنفيذ أو التطبيق على الزبائن أو المستهلكين.

ورغم ما يتسم به ضبط الإنتاج أو مستويات البيع بالجملة من أهمية قصوى في زيادة مدى تنقل المشروبات الكحولية إلى أقصى حد ممكن عن طريق قنوات البيع القانونية، فقد سلمت اللجنة بالأهمية الخاصة لفرض ضوابط على مستوى البيع بالمفرق - سواء كانت المبيعات في الحانات والمطاعم التي يستهلك الكحول فيها، أو مبيعات القوارير أو العلب المعدة للاستهلاك خارج هذه الأماكن - وذلك بغية الحد ما أمكن من أوجه الضرر الصحية والاجتماعية الناجمة عن الشرب.

واستعرضت اللجنة البيّنات التي تظهر أن احتكارات مبيعات الكحول بالمفرق تعتبر فعالة في الحفاظ على تديني مستوى الضرر الناجم عن الكحول (٣٤). ومن أهم الآليات المتبعة هنا أن هذه المبيعات تتطلب عدداً من المخازن التي تفتح أبوابها لفترات أقصر من فترات البيع عن طريق البائعين الذين يعملون لحسابهم الخاص ويحل تشغيل الحكومات لهذه النظم محل المصالح الخاصة التي يمكن في الأحوال العادية أن تشكل مجموعة ضغط للحد من الضوابط على مبيعات الكحول. وبالنظر إلى فعالية هذه النظم فيما يتعلق بأغراض الصحة العمومية، ارتأت اللجنة أنه ينبغي بذل الجهود للإبقاء عليها، بل وحتى توسيع نطاق عملها.

وهناك على وجه العموم، علاقة بين عدد منافذ بيع الكحول وبين مستوى استهلاكه، حيث أن الاستهلاك من شأنه أن يزداد بازدياد عدد منافذ البيع. ويبدو أن هذه العلاقة تصبح على أمتن ما يكون عندما يحدث تغير كبير في عدد أو أنواع هذه المنافذ. كما أنه يبدو أن ثمة مشاكل خاصة تظهر عندما تتركز منافذ البيع بكثافة في مكان معين، وتنشأ علاقة خاصة بين كثافة منافذ البيع ومدى تعاطي القصر للكحول (انظر ٢٩).

وبالإضافة إلى عدد منافذ البيع، فإن ساعات وأيام البيع كثيراً ما تخضع للتنظيم. وقد أحاطت اللجنة علماً بالبيّنات التي تشير إلى أن تمديد فترات البيع يمكن أن يعيد توزّع الأوقات التي تشهد العديد من الحوادث المتصلة بالكحول، وأن هذا التمديد غالباً ما يفشل في الحد من معدلات حوادث العنف ويقود إلى زيادة إجمالية في الاستهلاك والمشكلات. وعلى وجه العموم، فإن الحد من ساعات أو أيام بيع المشروبات الكحولية يسفر عن عدد أقل من المشكلات المرتبطة بالكحول، بما فيها جرائم القتل والاعتداءات (٣٤).

وارتأت اللجنة أن وضع حدود لتوافر الكحول قد يكون فعالاً بالمقارنة مع تكلفته على نحو معقول، حيث يتم في معظم الأحيان تمويل أي نظام لإصدار الرخص والتنفيذ التنظيمي المرتبط به بتقاضي رسوم على الرخص. وقد تسفر القيود على توافر الكحول عن ظهور سوق غير شرعية موازية مثل الذين يبيعون الكحول بصورة غير قانونية بعد الأوقات المحددة للبيع. لكنه في غياب أي إنتاج منزلي أو في سوق موازية كبيرين، فإنه يمكن في معظم الأحيان الحد من الآثار الجانبية بذل جهود بسيطة لتطبيقها. وحيثما توجد سوق موازية أو سوداء، فمن الطبيعي أن تزيد القيود المفروضة بموجب التراخيص من تنافس الأسواق البديلة، وستعين أخذ هذا العامل بعين الاعتبار في رسم السياسات ذات الصلة.

٢-٥ أسعار الكحول والضرائب المفروضة عليه

استعرضت اللجنة بيّنات تدل على أن طريقة استجابة متعاطي الكحول للتغيرات في أسعار الكحول تشبه على وجه العموم طريقة استجابتهم للتغيرات في أسعار المنتجات الاستهلاكية الأخرى. وعندما تظل جميع العوامل الأخرى ثابتة، فإن أي زيادة في أسعار الكحول تؤدي إلى انخفاض في الاستهلاك والحد من الضرر المتصل بالكحول. وقد وجد أن الطلب على الكحول في العديد من البلدان المرتفعة الدخل لا يتأثر نسبياً بحركة الأسعار، شأنه شأن العديد من السلع الاستهلاكية - أي أن أي تغيير في السعر يسفر عن انخفاض في الاستهلاك، لكنه انخفاض يعتبر أصغر نسبياً من الزيادة الطارئة على الأسعار. وهذا يعني أنه في حين يمكن اللجوء إلى زيادة الضرائب المفروضة على الكحول كاستراتيجية للحد من الاستهلاك والضرر، فإن الإيرادات الحكومية من هذه الضرائب سترتفع فعلاً في معظم البلدان. وتُظهر المعطيات المحدودة المتوفرة من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل نمطاً مشابهاً في العلاقة بين السعر وإجمالي الاستهلاك لذلك السائد في البلدان المرتفعة الدخل، خصوصاً عندما تنمو اقتصاداتها ويرتفع فيها دخل الفرد الواحد. ويزيد وجود سوق موازية أو سوداء كبيرة للكحول من تعقيد الاعتبارات في مجال السياسة العامة فيما يتعلق بفرض الضرائب على الكحول، وقد يكون من المستصوب في ظل ظروف كهذه أن

ترافق التغييرات الطارئة على الضرائب جهود ترمي إلى استعادة السيطرة الحكومية الفعالة على الأسواق السوداء أو الموازية.

ووجدت اللجنة أن المرونة في سعر مختلف المشروبات، وفي مختلف البلدان ومع مرور الوقت ليست متجانسة. فقد وجد، بإجراء مقارنات بين مرونة أسعار الجعة والمشروبات الروحية والخمر، أن هذه المرونة أقل فعالية بالنسبة للمشروبات المفضلة بصورة عامة في ثقافة بعينها أو سوق بعينها مما هو الأمر بالنسبة لأنواع المشروبات الكحولية الأقل تفضيلاً. وتظل طريقة استجابة الشارين وتوعيتهم عن تغيير الأسعار معقدة، بسبب إمكانيات الاستبدال (٣٥). حيث أنه من شأن المستهلكين أن ينتقلوا إلى مشروبات أعلى سعراً إذا تدنت الأسعار النسبية، إما ضمن فئة المشروبات ذاتها أو في جميع فئات المشروبات. وإذا ما تم رفع الأسعار، فإنها تحد من الاستهلاك الإجمالي، لكنها تسبب التحول إلى مشروبات أرخص ثمناً. ويميل الشاربون المسرفون في الشرب إلى شراء منتوجات أرخص ضمن فئة المشروبات المفضلة لديهم، وتبين الدراسات الجارية على مرونة الأسعار أيضاً أنه ثمة اختلاف مع مرور الزمن في استجابات المستهلكين لتغير الأسعار. فالأثر الذي تتركه زيادة سعر الكحول قد يكون أكبر على المدى الطويل مما هي عليه آثاره الفورية. ومن منظور السياسة العامة، فإن الآثار الطويلة الأمد هي التي تتسم بأهمية أكبر.

وتشير البيانات إلى أن استهلاك الشباب يتحسس بصورة خاصة بالسعر (٣٦). فقد ثبت أن السياسات التي ترفع من أسعار الكحول تحد من نسبة الشباب الذين يفرطون في تعاطي الكحول، والحد من الشرب في أوساط القاصرين، والحد من مقدار الشرب الصاحب في كل حفلة سمر. كما أن ارتفاع الأسعار يحول مؤقتاً دون بدء المراهقين الأصغر سناً في الشرب ويعوق خطى الاتجاه نحو شرب مقادير أكبر.

وفي حين لا يتأثر المسرفون في الشرب في بعض الأحيان بالأسعار إلى حد كبير، فإن اللجنة وجدت أن البيانات المتوفرة لا تؤيد هذا الاعتقاد، حيث أن الأسعار الأعلى تؤثر على المقادير المستهلكة من جانب الذين يسرفون في الشرب وبصورة متكررة. وتؤيد هذا الاستنتاج بيانات كثيرة أظهرت أن هناك أثراً للأسعار على الأضرار الناجمة عن الكحول، وتشير بالتالي إلى أن الإفراط في الشرب قد تناقص (٣٤). وتظهر التجارب الطبيعية الأخيرة التي حدثت في أوروبا في إطار التغييرات اللازمة كعواقب مترتبة على المعاهدات الاقتصادية أنه تم خفض الضرائب المفروضة على الكحول وأسعاره، وبالتالي فقد تزايدت مبيعات الكحول واستهلاكه (٣٧). وتم البدء بفرض ضرائب خاصة في بعض الولايات القضائية في أوروبا على المشروبات المسبقة المزج المحلاة القائمة على المشروبات الروحية، وذلك بمثابة التصدي لتزايد الشرب في أوساط الشباب (٣٨). وأسفرت هذه الزيادات عن الحد من مبيعات واستهلاك مشروبات بعينها.

واعتبرت اللجنة أن فرض الضرائب على الكحول استراتيجية فعالة للتكلفة إلى حد بعيد في خفض معدلات المشكلات المتصلة بالكحول وأنه استراتيجية يمكن تبريرها على أساس استرجاع التكاليف المرتبطة بالأضرار الناجمة عن الكحول. ومن المحتمل أن يكون فرض الضرائب وسيلة فعالة للتكلفة أكثر في الحد من المشكلات المتصلة بالكحول مما هو الحال بالنسبة للسياسات الكحولية الأخرى، ولا سيما البلدان التي ترتفع مستويات الشرب الخطر فيها. وقد لا تكون التغييرات في الضرائب، في حين أنها ما زالت فعالة، الخيار الأول في مجال السياسة العامة في البلدان التي تشهد عدداً أقل من المشكلات، في حين أن التدخلات الموجهة نحو مجموعات سكانية فرعية بعينها قد تكون أكثر فعالية بالمقارنة مع تكلفتها. بيد أنه حتى في بلدان كهذه، فإن من شأن انخفاض أسعار الكحول أو زيادة الدخل المتاح أن يقوض هذه السياسات الأخرى.

ويمكن الحد من أثر زيادة الضرائب على الكحول باللجوء إلى الإنتاج غير الشرعي، والتهرب من دفع الضرائب، والاتجار غير المشروع، والتهريب والشراء عبر الحدود. وعندما تكون هناك بلدان مجاورة تتقاضى رسوماً أقل بكثير وذات حدود يسهل اختراقها، فإنه ينبغي أخذ ذلك بعين الاعتبار في القرارات الحكومية المتعلقة بسياسات الضرائب. وفي وضع كهذا ثمة حجة قوية لاعتماد قاعدة المجاملة الدولية التي تسلم بموجبها البلدان بوجود التهرب من مقتضيات السياسات الكحولية المتبعة في واحدتها الآخر وتسعى إلى وقفه.

وبذا فقد توصلت اللجنة إلى استنتاج مفاده بأن الضرائب والتسعير آليتان مهمتان في الحد من الطلب على المشروبات الكحولية ومستويات المشكلات المتصلة بالكحول.

٣-٥ تقييد مبيعات الكحول

في حين يوجد حظر كلي على مبيعات الكحول في عدد من البلدان ذات الأغلبية المسلمة، وكذلك على المستوى المجتمعي في أوساط السكان الأصليين في عدد من البلدان، فهناك أيضاً أنواع من الحظر متوزعة على نطاق واسع في مواقع أو ظروف أو حالات بعينها. وهناك على سبيل المثال حظر على الشرب في العديد من البلدان في الحدائق العامة أو الشوارع، كوسيلة لتوفير أسباب الراحة للأسر والسكان المحليين، وهناك أنواع الحظر الشائعة في ظل ظروف معينة مثل أوقات العمل.

ويعتبر الحد الأدنى لسن شراء الكحول أو تعاطيه، في الواقع، أكثر تدابير مكافحة الكحول شيوعاً في العالم. وهناك بينات وفيرة جداً فيما يتعلق بآثار القوانين التي تحدد الحد الأدنى لسن لشراء الكحول، والتي تظهر على سبيل المثال تناقضاً واضحاً في ضحايا القيادة

تحت تأثير الكحول وشتى أنواع المؤثرات الأخرى (٣٤). ويؤثر تحديد السن الأدنى لشراء الكحول على كل من تواتر السكر وظروفه، مع أنه يبدو أقل تأثيراً على سن البدء في الشرب.

غير أن اللجنة أكدت على أن فعالية فرض الحظر على المبيعات للقاصرين يتوقف إلى حد كبير على مدى تنفيذ القيود، حيث أن أكثرها فعالية بالمقارنة مع تكلفته القيود المفروضة على بائعي المشروبات الكحولية الذين لهم مصلحة في الحفاظ على سجل أعمالهم نظيفاً والاحتفاظ بالحق ببيع الكحول.

٤-٥ تنظيم سياق الشرب

كثيراً ما تتأثر العلاقة بين شرب الكحول والضرر الصحي أو الاجتماعي بالسياق الفيزيائي أو الاجتماعي - أي السياق الذي يحدث فيه الشرب، والسياقات اللاحقة عندما يكون الشارب تحت تأثير الكحول. وبالتالي تم اللجوء إلى تعديل السياقات ذات الصلة من أجل الحد من الضرر الناجم عن الشرب بصورة عامة. وتم كذلك تطبيق تعديلات واسعة النطاق على سياقات الشرب العامة بصورة رسمية أو غير رسمية في مرحلة زمنية ما، بما في ذلك استعمال كؤوس الشرب التي لا يمكن استعمالها كسلاح، وتصميم المباني التي يتم فيها الشرب على نحو يراعي متطلبات السلامة، وكذلك توظيف رجال أمن للحد من أي أعمال عنف محتملة كأحد مهامهم. وقد انصبّ التأکید الرئيسي على تعديل سلوك أولئك الذين يقدمون المشروبات الكحولية وموظفي الأمن عند المداخل وبمختلف الأساليب. وكان التأکید في النهج أو الأساليب السابقة يميل عموماً إلى تجنيد المؤسسات التجارية والموظفين بصورة طوعية لهذا الغرض. لكنه أصبح من الواضح أن هذه التدابير لن تكون فعالة إلا عندما يتم دعمها بسياسات منهجية تبناها «أمكنة الشرب» بشأن تصرف الموظفين، والأهم من ذلك بكثير تنفيذ هذه السياسات من جانب الشرطة أو مفتشي تراخيص بيع المشروبات الكحولية (٣٤). وقد أثبتت عدة دراسات أن «برامج مقدمي المشروبات المتحلين بالمسؤولية» التي يتم بموجبها تدريب العاملين في مجال تقديم المشروبات على الامتناع عن تقديم الخدمات لأولئك اللذين بدأت الخمر تلعب برؤوسهم أو أولئك اللذين لم يبلغوا السن القانونية، فعالة في الحد من قيادة المركبات تحت تأثير الكحول أو من العنف عندما يتم دعمها بتنفيذ سياسات مكان البيع.

وتوصلت اللجنة إلى استنتاج مفاده بأن المشكلات التي يحتمل تجنبها بتعديل سياق الشرب - مثل قيادة المركبات تحت تأثير الكحول والعنف - كثيراً ما تنجم عن إلحاق الضرر بالآخرين. وهذا الجانب يمنح الأساليب المتبعة أهمية وجاذبية كبيرة في السياسات العامة. غير أن اللجنة

توصلت أيضاً إلى استنتاج مفاده أنه لا طائل من إتباع هذه الأساليب إذا لم يتم دعمها بالتنفيذ الموثوق، مما يتطلب توفر الموارد الكافية.

٥-٥ تقييد تسويق الكحول

شددت اللجنة على أهمية تسويق الكحول كمسألة تتعلق بالصحة العمومية، وأكدت على وجه الخصوص على تعرض الأطفال والشباب للإعلانات التجارية عن المشروبات الكحولية وعلاماتها التجارية بوصفه مجازاً يتزايد أهمية من ناحية السياسة العامة. وفي حين يتم تسويق الكحول من خلال الإعلان المتزايد التعقيد في وسائل الإعلام الرئيسية، فإنه يتم الترويج له أيضاً بالربط بين العلامات التجارية للكحول والأنشطة الرياضية والثقافية عن طريق الرعاية والإعلان عن المنتجات، ومن خلال التسويق المباشر الذي يستخدم تكنولوجيات جديدة من قبيل الإنترنت، وملفات الإعلام الرقمية أو سلاسل هذه الملفات والهواتف الجواله.

ومع أن دراسات القياسات الاقتصادية التي جرت في الماضي للصلة بين الإعلان عن الكحول واستهلاكه أسفرت عن نتائج متنوعة، فقد أحاطت اللجنة علماً بنتائج الدراسات الجارية مؤخراً والتي استخدمت طرقاً مصقولة وحاذقة وجدت أنه ثمة آثار للإعلان عن الكحول على السلوك (٣٩). وأهم البيّنات على الإطلاق جاءت من الدراسات الطولانية لأثر مختلف أشكال تسويق الكحول - بتناول التعرض للإعلان عن الكحول في وسائل الإعلام التقليدية وكذلك الترويج له على شكل مضمون أفلام سينمائية وبيع تجارية تحمل اسم الكحول - والتي وجدت كلها آثار محدودة لكنها هامة على ما إذا كان الشباب يتعاطون الكحول أو أصبحوا يفرطون في تعاطيه أم لا (٤٠، ٤١). وبالإضافة إلى ذلك يبدو أن آثار التعرض آثار تراكمية، وأنه في الأسواق التي يتوفر فيها أكبر قدر من الإعلان عن الكحول كان يزداد احتمال أن يثابر الشباب على تعاطي قدر متزايد من الكحول لدى بلوغهم منتصف العشرينات من العمر في حين تراجع الشرب في وقت أبكر لدى أولئك الذين كانوا أقل تعرضاً. وتماشى هذه الاستنتاجات بشأن الأثر الذي يمكن أن يتركه الإعلان على الشباب مع البحوث الجارية على التدخين في أوساط الشباب والأغذية المفضلة لدى الأطفال (٤٢، ٤٣).

ويُعتمد في بعض الولايات القضائية على «التنظيم الذاتي» - وهو عبارة عن نظم طوعية تنفذها الصناعات العاملة في مجال تسويق الكحول (بما في ذلك الإعلان ووسائل الإعلام، ومنتجات المشروبات الكحولية)، ويتم الترويج لها بوصفها أكثر الأساليب ملاءمة (٤٤). وارتأت اللجنة أن هذه النظم الطوعية لا تمنع نوع التسويق الذي يؤثر في الشباب وأن التنظيم

الذاتي لا يبدو فعالاً إلا إلى الحد الذي يبرر فيه خطر راهن مائل وموثوق بفرض التنظيم من قبل الحكومات (٤٥). وتوصلت اللجنة إلى استنتاج مفاده أنه ما لم تخضع عمليات الصناعة المتصلة بمعايير الإعلان عن الكحول لإطار قانوني، وتتم مراقبتها واستعراضها من جانب وكالة حكومية، فقد تجرد الحكومات أن السماح للصناعة بالتنظيم الذاتي سيسفر عن فقدان الضوابط المدرجة في السياسات العامة لعملية تسويق أي منتج يؤثر بصورة خطيرة على الصحة العمومية.

٦-٥ التدابير المضادة لشرب الكحول عند قيادة المركبات

تعتبر التدابير الرامية إلى الحد من الإصابات الناجمة عن شرب الكحول وقيادة المركبات من بين الاستراتيجيات التي خضعت لأكبر قدر على الإطلاق من البحوث الرامية إلى الحد من المشاكل المتصلة بالكحول. ويجدر بالذكر أن عدة استراتيجيات أخرى - من قبيل قوانين الحد الأدنى للسن، وبرامج تدريب مقدمي المشروبات الكحولية - قد أظهرت فعاليتها أيضاً في الحد من الإصابات الناجمة عن شرب الكحول وقيادة السيارات، وبالتالي قد يمكن اعتبارها تدابير مضادة لشرب الكحول وقيادة السيارات. وعلى النقيض من ذلك ينبغي أن يتم التسليم بأنه في العديد من المجتمعات المنخفضة الدخل تعتبر الإصابات اللاحقة بالمشاة المخمورين أكثر شيوعاً من الإصابات اللاحقة بالسائق والركاب، بحيث أنه قد لا تتناول أكثر التدابير المضادة لقيادة المركبات في حالة الشرب فعالية جزءاً كبيراً من إصابات المرور ذات الصلة بالكحول.

ويعتبر تحديد التركيز الأقصى للكحول في الدم لدى قيادة المركبات أحد التدابير المضادة لقيادة المركبات تحت تأثير الكحول رسوخاً وانتشاراً. وتم مع مرور السنين خفض المستوى الذي حُدّد كحد أقصى في عدد من البلدان، حيث تدنى إلى درجة الصفر أو ٠,٠٢ غرام - ١٠٠ ملي لتر في عدد من البلدان و ٠,٠٥ غرام - ١٠٠ ملي لتر أو أقل من ذلك في معظم بلدان أوروبا. وهناك بيانات مقنعة بأن تحديد التركيز الأقصى للكحول في الدم في بعض المجتمعات المرتفعة الدخل على الأقل، وخفض هذا التركيز يعتبر فعالاً في الحد من الإصابات الناجمة عن سوق السيارات تحت تأثير الكحول. وهناك بيانات مقنعة أيضاً بأن اختبار النفس العرضي المكثف وتوقيف الشرطة بصورة منتظمة للسائقين على أساس عشوائي لتحديد التركيز الأقصى للكحول في الدم ونقاط التفتيش للتأكد من عدم التأثير بالكحول، حيث يتم توقيف جميع السيارات والسائقين المشتبه بقيادتهم لها تحت تأثير الكحول ويتم فحص أنفسهم كلها أمور تقلل من الإصابات المتصلة بالكحول والوفيات الناجمة عنها. ومن بين التدابير الفعالة الأخرى التي أحاطت اللجنة علماً بها أيضاً: تحديد

حد أدنى لتركيزات الكحول في الدم (بما في ذلك مستوى الصفر) بالنسبة للسائقين الشباب أو الجدد، وكذلك التعليق الإداري لرخصة السائق الذي يتم الإمساك به ويتبين أن التركيز الأقصى للكحول في دمه إيجابي (ولا سيما في النظم القانونية التي قد يتم في ظلها تأخير أية دعوى جنائية تتعلق بقيادة المركبات تحت تأثير الكحول أو بنجح محامي الدفاع في كسبها)، وبالنسبة للمعالجة الإلزامية المتكررة للسائقين تحت تأثير الكحول واستعمال طريقة تعشيق جهاز إشعال محرك السيارة، وهي نبيطة آلية لا تسمح بقيادة السيارة من قبل سائق يزيد الحد الأقصى لتركيز الكحول في دمه عن المستوى الأدنى.

وقد تمكن عدد من المجتمعات المرتفعة الدخل، التي تطبق تدابير مضادة فعالة على مدى فترة من الزمن، من الحد بصورة مدهشة من معدلات الإصابات الناجمة عن قيادات السيارات تحت تأثير الكحول (٤٦). ويعكس تنفيذ مختلف التدابير المضادة بحد ذاته أنه ثمة تصميم أو رغبة كبيرة من قبل الجمهور والسياسيين في اعتماد تدابير مضادة شديدة الاقتحام. وعلى النقيض من ذلك فإنه ثمة تجربة نموذجية تدل على أن مجرد اعتماد التدبير بحد ذاته يُعزز الإرادة الشعبية. واعتبرت اللجنة أن تاريخ التدابير المضادة لقيادة المركبات تحت تأثير الكحول يتضمن بعض الدروس فيما يتعلق بتنفيذ استراتيجيات أخرى على نحو تدرجي بغية الحد من معدلات المشكلات المتصلة بالكحول.

٧-٥ التثقيف والإقناع

تم استخدام مختلف الأساليب للتثقيف وإقناع الناس بشأن تعاطي الكحول بقصد الحد من الضرر المتصل بالكحول، بما في ذلك: تثقيف الأشخاص الأصغر سناً في الصفوف المدرسية، وإطلاق الحملات الإعلامية التي تستخدم وسائل الإعلام الجماهيري، بما في ذلك استخدام مواقع الإنترنت التفاعلية مؤخراً، ونشر مبادئ إرشادية بشأن الشرب، وتوسيم منتجات المشروبات الكحولية بما يدل على محتواها من المشروبات المعيارية وبتحذيرات مرافقة، وكذلك الأنشطة المرتكزة على المدارس التي تم الاضطلاع بها كجزء من مبادرات «المدرسة زائد الأسرة» ومشاريع العمل المجتمعي، وكذلك المبادرات المجتمعية الهادفة إلى التصدي للقواعد المتصلة باستهلاك الكحول وتوزيعه.

وارتأت اللجنة أنه على الرغم مما يتسم به توفير المعلومات والإقناع من جاذبية دائمة بوصفهما تدخلاً للحد من الضرر المتصل بالكحول، ولا سيما فيما يتعلق بالشباب الأصغر سناً، فإن النظريات والبيّنات تدل على أنها لا تؤدي إلى تغيير السلوك بصورة مستدامة، ولا سيما في بيئة توجد فيها العديد من الرسائل المتضاربة الآتية على شكل مواد تسويقية ومعايير اجتماعية تدعم الشرب، والتي يتوافر فيها الكحول بكل سهولة ويسر.

وأحاطت اللجنة علماً بنتائج عدد من الاستعراضات المنتظمة الدقيقة التي تم نشرها لتقييم التثقيف المرتكز على المداس والتي تهدف إلى الحد من الضرر المتصل بالكحول (٤٧)، وتوصلت إلى استنتاج مفاده بأنه لم تقدم أية نتائج لدعم التثقيف القائم على الصفوف المدرسية بوصفه تدخلاً فعالاً للحد من الضرر المتصل بالكحول. ومع أنه هناك بيّنات على الآثار الإيجابية لزيادة المعارف المتعلقة بالكحول وتحسين المواقف منه، فإنه ما من بيّنة تدل على أن ذلك يترك أثراً مستديماً على السلوك.

ووجدت اللجنة أن حملات الإعلام الجماهيرية تشكل بصورة عامة تريباقاً لا فعالية له للرسائل المتقنة التي تدعو إلى الشرب والتي تظهر بتواتر أكثر بكثير في وسائل الإعلام. ووجدت اللجنة أيضاً أن الإعلان المضاد، وهو نوع من أنواع الحملات الإعلامية الجماهيرية التي تقدم معلومات عن منتج ما، وآثاره والصناعة التي تروج له، بغية الحد من جاذبيته واستخدامه، لم تحقق آثاراً جازمة. ومع ذلك فقد أشارت اللجنة إلى أنه ثمة بينات عن أثر حملات وسائل الإعلام الجماهيرية في الحد من قيادة المركبات تحت تأثير الكحول، ولا سيما في الولايات القضائية التي تطبق سياسات صارمة فيما يتعلق بقيادة المركبات على هذا النحو (٤٨). وفي حين أن المبادئ الإرشادية المتعلقة بالشرب قد تم نشرها في عدد من البلدان، فإنه لم تجر أية تقييمات عما إذا كان لهذه المبادئ الإرشادية أي أثر على الضرر المتصل بالكحول.

ولا تبين نتائج البحوث التقييمية بشأن التحذيرات الصحية الإلزامية على عبوات المنتجات الكحولية أن التعرض يسفر عن أي تغيير في سلوك تعاطي الكحول بحد ذاته (٣٤). ويبدو أن بعض المتغيرات التدخلية تتأثر بها بهذه التحذيرات، من مثل تقصّد تغيير أنماط الشرب (فيما يتعلق بأوضاع اشتداد الخطر المحتمل كما في قيادة المركبات تحت تأثير الكحول)، والتحدث بموضوع الشرب، والاستعداد للتدخل مع الآخرين الذين يظهر أنهم من شارب الكحول على نحو خطر. ولاحظت اللجنة أن هذا الاستنتاج يتناقض مع البيّنات المتعلقة بالتبغ، حيث تتوفر بينات على الأثر الذي يترتب عليها، لكن ذلك قد يعكس طبيعة ملصقات التحذير، لأن التحذيرات الأكثر وضوحاً والأكثر حجماً على السجائر، المرفقة برسائل دوار، قد أثرت على السلوك بالفعل.

واعتبرت اللجنة أنه ثمة ما يدل على دعم الربط بين التدخلات المدرسية والمجتمعية، وذلك يعود جزئياً إلى أن التدخلات المجتمعية قد تنجح في الحد من إتاحة الكحول للشباب (٣٤). وثمة مكون هام من برامج العمل المجتمعي، التي ثبت أثرها على الشرب في صفوف الشباب وعلى الضرر المتصل بالكحول من قبيل حوادث المرور والعنف، ألا وهي الدعوة من خلال وسائل الإعلام، فالدعوة من خلال وسائل الإعلام يمكن أن تتقف الجمهور

وأصحاب الشأن الرئيسيين في المجتمع، مما يسفر عن ازدياد الاهتمام بالكحول في البرامج السياسية والرسمية. ويمكن أن يقود ذلك إلى إعادة صياغة الحل للمشاكل المتصلة بالكحول من حيث اتباع أسلوب منسق من قبل القطاعات المعنية، كالصحة، ووكالات إنفاذ القوانين والمنظمات غير الحكومية والسلطات البلدية (٤٩).

وسلّمت اللجنة بوجود أسلوب آخر إزاء العمل المجتمعي في البلدان المنخفضة الدخل يتمثل في تشجيع المجتمعات المحلية وتعبئة الرأي العام لتناول المحددات المحلية لازدياد استهلاك الكحول ومشاكله. ومن بين الأمثلة على الطرق التي قد تتناول فيها المجتمعات مثل هذه المحددات مقاومة جاذبية فكرة الكحول والشرب، والحد من الامتيازات الكاذبة المرتبطة بتعاطي الكحول، وتحسين إدراك الجميع لطبيعة وحجم العواقب الصحية والاجتماعية المترتبة على تعاطي الكحول على نحو ضار، وإدراك ومقاومة التأثيرات التي تشجع على زيادة استهلاك الكحول، وتشجيع الإقلاع عن تعاطيه أو الحد منه أو تغيير أنماط استهلاكه، حسب الاقتضاء، وتشجيع تنفيذ السياسات الفعالة على الصعيد المحلي وما يتجاوزها (٥٠).

٨-٥ خدمات التدخل والمعالجة المبكرة

نظرت اللجنة في التدخلات والمعالجة المبكرة للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات تعاطي الكحول باعتبارها تدخلات ومعالجات قد تحقق ثلاثة أهداف: كنهج إنساني للتخفيف من المعاناة لدى الناس، وطريقة للحد من استهلاك الكحول والضرر الناجم عنه في صفوف السكان، وكطريقة للحد من تكاليف الرعاية الصحية ذات الصلة بالكحول. ويلقي أولئك الذين يشربون الكحول بصورة مفرطة عبئاً غير متناسب على كاهل نُظم الصحة والرعاية الاجتماعية والعدالة الجنائية بالمقارنة مع أولئك الذين لا يشربون إلا القليل أو الممتنعين عن الشرب. كما أنهم يساهمون مساهمة أكبر في تحمّل قدر غير متناسب من التكاليف غير الملحوظة المترتبة على الإفراط في الشرب، بما في ذلك الضرر الذي يلحق بالأسر والمشكلات التي تنشأ في أماكن العمل.

ووجدت اللجنة أن فئات الأشخاص الذين يسعون أو يحتاجون للمعالجة في معظم البلدان متغايرة من حيث حدة مشكلة الكحول، وكذلك الحالات التي تعاود الحدوث من قبيل الاضطرابات الجسدية والنفسية. وعليه فإن نطاق التدخلات اللازمة لسد حاجات هذه الفئات نطاق واسع بالضرورة، حيث أنه يتراوح بين التدخلات المختصرة في مجال الرعاية الأولية وبين المعالجة الأكثر تركيزاً في أماكن متخصصة.

وأحاطت اللجنة علماً بالبيّنات الشاملة من مختلف أماكن الرعاية الصحية في بلدان مختلفة التي أظهرت فعالية ومردودية التحري الانتهازي والتدخلات المختصرة بالنسبة للأشخاص

الذين يتعاطون الكحول على نحو خطر وضار في غياب الاعتماد الحاد (٥١). وقد تم تعميم هذه التكنولوجيات المرتكزة على البيئات على نطاق واسع في أرجاء العالم ويتم تطبيقها اليوم وتقييمها في برامج إيضاحية في كل من البلدان المرتفعة والمنخفضة الدخل (٥٢). وأنتت اللجنة على الدور الكبير الذي اضطلعت به منظمة الصحة العالمية على مدى سنين عديدة في تنسيق الجهود على الصعيد الدولي لاختبار هذه التدخلات وتعزيزها، من خلال رعايتها لمشروع تحديد وتدبر المشكلات المتصلة بالكحول (٥٣). وارتأت اللجنة أنه إذا تم اعتماد هذه البرامج على نطاق واسع في النظم الصحية الوطنية أو الإقليمية، فقد يكون أثرها على الإفراط في الشرب على مستوى السكان هاماً. وسلّمت اللجنة أيضاً بأن تنفيذ هذه البرامج ليس أمراً بسيطاً أو تافهاً، وأنه ثمة حاجة للاستزادة من إيضاح أساليب التنفيذ الفعالة في هذا المضمار (٥٤).

ووجدت اللجنة أنه بالنسبة للأشخاص المعتمدين على الكحول بصورة أشد والمشاكل المتصلة بذلك، هناك أنواع كثيرة من أساليب المعالجة المتخصصة التي تم تقييمها، بما في ذلك التدخلات السلوكية والنفسية الاجتماعية والدوائية المتفاوتة الشدة، وذلك في كل من المجتمعات المحلية وأماكن السكن. وأحاطت اللجنة علماً كذلك بالبيئات التي تظهر أن الأفراد المعرضين لهذه الأنواع من المعالجة، وخصوصاً عندما يتم إبتاؤها في الوقت المناسب، حققوا نتائج أفضل من الذين لا يتلقون المعالجة (٥٥). زد على ذلك، أنه بالنسبة للشخص الاعتيادي، فإن فعالية هذه المعالجات تميل إلى التماثل بغض النظر عن مدى شدتها، أو الوسيلة العلاجية المستخدمة فيها أو مكانها. غير أن اللجنة توصلت إلى استنتاج مفاده أن الأشخاص الذين تكون حاجاتهم معقدة أو عندما يكون الدعم المجتمعي محدوداً يتطلبون في الغالب أساليب أكثر تركيزاً في هذا المضمار (٥٦). وأكدت اللجنة أيضاً على أهمية سياسة المعالجة الصحيحة، وتوفير الخدمات التي لا تلحق الوصمة بالناس، والسرية فيما يتعلق بالاضطرابات الناجمة عن تعاطي الكحول.

وفي حين أنه ثمة بيئات على أن الاستثمار في المعالجة من قبل الاختصاصيين في البلدان التي تنتشر فيها مشكلات الكحول انتشاراً واسع النطاق قد يحقق وفورات على مستوى المجتمع في البلدان التي تعدّ فيها معدلات اضطرابات تعاطي الكحول في أوساط السكان منخفضة، فقد تكون التدخلات المختصرة الأسلوب الأكثر فعالية بالمقارنة مع تكلفته، وتوجد منظمات للمساعدة المتبادلة على نطاق واسع في كل أرجاء العالم تم تقييمها في عدد محدود من الدراسات. وتبين النتائج أنه ثمة أثر متزايد عندما يتم إبتاء الخدمات من جانب منظمات المساعدة المتبادلة بالاقتران مع المعالجة المنهجية، وأن هذه المنظمات قد توفر الدعم للاستمرار في الامتناع عن الشرب على الأمد الطويل (٥٧).

٩-٥ الاستنتاجات بشأن الاستراتيجيات الفعالة

للحد من الضرر المتصل بالكحول

تتوفر الآن قاعدة بيانات كبيرة بشأن الفعالية النسبية لمختلف الاستراتيجيات الهادفة للحد من معدلات الضرر المتصل بالكحول. غير أنه لسوء الحظ تم استخلاص الكثير من هذه البيانات من مجموعة معينة من البلدان المرتفعة الدخل حيث يتم التسليم بأن مشكلات الكحول صحية واجتماعية وحيث توجد تقاليد الاستعانة بالبحوث الاجتماعية والتقييمية بوصفها مدخلاً من مدخلات السياسة العامة. وأشارت اللجنة إلى أهمية كل من هذين الموقفين وشددت على ضرورة اعتماد المبدأ القائل أنه أينما يحدث تغيير في سياسة الكحول، فإنه ينبغي إفراد بعض الموارد لتقييم آثار ذلك التغيير.

وعلى الرغم من أوجه القصور هذه، فإن هناك قاعدة بيانات كافية لفرز الاستراتيجيات على أساس النسبية. وعلى وجه العموم فقد أظهرت نتائج البحوث أن ظروف توافر الكحول - متى وفي أية ظروف يتاح فيها الكحول - يمكن أن تؤثر بصورة كبيرة على معدلات المشكلات المتصلة بالكحول. وقد أثبتت بعض نُظم تشريعات مكافحة الكحول وترخيصه بعينها فائدتها في مختلف الظروف الاجتماعية الثقافية، وتشمل الجوانب الفعالة في هذه النُظم وضع حدود على كثافة منافذ البيع وساعات البيع. كما أن حظر بيع الكحول لشخص يقل عمره عن السن الأدنى لشراء الكحول ولأي شخص مخمور يتميزان بقسمات مشتركة وقد تكون فعالة. ويعتبر التنفيذ الفعال لقواعد هذه النُظم أمراً هاماً. كذلك أثبتت المعدلات العالية للضرائب المفروضة على المشروبات الكحولية فعاليتها أيضاً كاستراتيجية لضبط مستويات المشكلات المتصلة بالكحول. ومهما تكن وظائفها بالنسبة للحكومات، فإنه ينبغي اعتبار الضرائب المفروضة على الكحول مسألة من مسائل الصحة العمومية وجزءاً من السياسة المتعلقة بالكحول.

وقد توصلت اللجنة إلى استنتاج مفاده أن البيانات كانت واضحة أيضاً بالنسبة لمجموعة محددة من التدابير المضادة لقيادة المركبات تحت تأثير الكحول. ومن أهم ما تشمله هذه التدابير المضادة تحديد مستوى منخفض من الكحول في الدم كشرط لقيادة السيارات، وتنفيذ هذا الحد على نحو فعال مع تنفيذ برنامج لاختبار النفس بصورة عشوائية، أو اتخاذ تدابير مساوية لها.

واستنتجت اللجنة أن التقييم والتدخلات المختصرة في سياق خدمات الرعاية الصحية الأولية أثبتا فعاليتها في الحد من الإسراف في الشرب والمشاكل المتصلة بالكحول في مختلف الأوضاع الاجتماعية الثقافية. واقترحت اللجنة بأن تركز مواصلة تطوير هذه الجهود على المشاريع الإيضاحية بشأن كيفية تنفيذ الاستراتيجيات بصورة مستمرة في مختلف النُظم

الصحية. وأخيراً شددت اللجنة على ضرورة وجود سياسات معالجة كافية لضمان إتاحة تدخلات المعالجة القائمة على البيّنات والخدمات المجتمعية للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات تعاطي الكحول.

٦- رسم سياسة الكحول

اعتبرت اللجنة أن أحد الأهداف الرئيسية من سياسة الكحول هو تعزيز الصحة العمومية والعافية الاجتماعية. وبالإضافة إلى ذلك يمكن أن تتناول هذه السياسة أوجه القصور في الأسواق بمنح الأطفال من تعاطي الكحول، وحماية الأشخاص غير متعاطي الكحول من الضرر الذي يسببه، وتزويد جميع المستهلكين بمعلومات عن آثار الكحول. وبما أن الحكومات تواجه انتباهها بصورة متزايدة لأوجه عدم المساواة في المجال الصحي، والحد منها في اعتلال الصحة الناجم عن الكحول فإن ذلك يصبح هدفاً إضافياً لهذه السياسة.

وستتوقف المستويات المثلى لسياسة الكحول على الأهداف المحددة لكل مجتمع بعينه وعلى الاستعداد لقبول مختلف أدوات السياسة. والمثال على ذلك أن أي محاولة لتحديد الضرائب المثلى على الكحول يتوقف على تقييم نطاق التكاليف التي ستقع على عاتق جميع المستهلكين وغير المستهلكين، والتكاليف المختلفة للمستهلكين من مستويات دخل متفاوتة. كما أنه يتوقف على قيم مجتمعية معينة، من قبيل مدى حماية الأطفال، والهدف المحدد الذي تسعى الضرائب لتحقيقه، كالزيادة المحددة في الإيرادات أو تخفيض محدد في عبء الأمراض المتصلة بالكحول.

ومن المحتمل أن تقاسم السياسات الناجحة ملامح مشتركة معينة. أحدها هو تمكين صانعي السياسات من اكتساب «ملكية» التدخلات المختارة بتزويدهم بنتائج البحوث التي تركز إليها التدخلات. ويعتبر تحديد الأغراض الواضحة، وتوفير خطط التدبير، والمعلومات السليمة والاستعراضات المنتظمة من الأمور الأساسية في هذا المضمار. وينبغي أن تتجاوب السياسات والبرامج مع القيم الثقافية والخبرات التاريخية للبلد ذي الصلة. وأخيراً فإن السمة الحاسمة للبرامج الناجحة هي قدرتها على إشراك العديد من مختلف القطاعات الحكومية التي تلعب دوراً في تعاطي الكحول والضرر الناجم عنه.

١-٦ إنشاء قاعدة معارف لوضع سياسة الكحول

تتطلب جميع السياسات والإجراءات الهادفة إلى تحسين الصحة العمومية وجود قاعدة معارف راسخة وكاملة، وأن تكون البحوث والبيّنات من بين أكثر الأدوات أهمية في

المجتمع في إرساء أساس استراتيجيات أفضل لتحسين الصحة العمومية. وما يعنيه تنامي دور البحوث هو أن الأسرة العلمية ينبغي أن تشارك مشاركة أكبر في وضع قواعد سليمة علمياً ومناسبة اجتماعياً ومعقولة من أجل اتخاذ القرارات في مجال سياسة الكحول.

وبغية المساهمة بصورة بناءة في النقاش المتعلق بالسياسة، ينبغي أن تضع الأسرة العلمية إطاراً لمسائل البحوث ذات الصلة بهذه السياسة بحيث تكون المعطيات متاحة عند الحاجة، وأن تكون قد أجرت بحوثاً عالية الجودة، وأن تفسر وتُعمم المعطيات بطرق مناسبة لنقاش السياسة ذات الصلة. وقد يتطلب ذلك أيضاً إعادة عرض المعلومات المتاحة عندما تزداد صلتها الوثيقة ثانية بالبرنامج السياسي. وقد لا تكون مثل هذه المساهمات المستديمة أمراً ممكناً إلا في سياق برامج البحوث الطويلة الأمد والممولة من الجهات الرسمية والهادفة إلى إشراك أفراد الأسرة العلمية في كل بلد في جمع وتقييم وتفسير معطيات البحوث ذات الصلة باحتياجات سياسة الكحول في البلد المعني.

وتقع مسؤولية ترجمة البحوث العلمية إلى سياسة فعالة على عاتق مجموعة كبيرة من الوكالات الحكومية والمجموعات المعنية بالصلحة العامة. وبالإضافة إلى ذلك فإنه يتعين وجود آليات منتظمة لضمان إدراج البيانات الجديدة الناجمة عن البحوث في الممارسة الخاصة بالسياسات والبرامج. وبالإضافة إلى ذلك فإنه ثمة حاجة لوجود آليات منهجية لتحديد الفجوات القائمة في البيانات. وينبغي سد هذه الفجوات ببحوث جديدة في المجالات التي تعتبر فيها قاعدة المعارف غير كافية، بما في ذلك الاستزادة من تقييم مردودية التدخلات بالمقارنة مع تكلفتها. ويتعين بذل جهود خاصة لتطوير البحوث الرامية إلى استباق الاتجاهات والاحتياجات والتحديات المستقبلية المتصلة بسياسة الكحول.

٢-٦ القطاعات وسياسة الكحول

يعتبر تنفيذ سياسة كحول وطنية مهمة تشمل عدة قطاعات بطبيعتها. ويتزايد التسليم بأن السياسات في العديد من القطاعات غير قطاع الصحة يمكن أن تؤثر على إمكانية تعاطي الكحول على نحو ضار.

ولا تساعد الضرائب المفروضة على الكحول على الحد من الضرر الذي يُسببه الكحول فحسب، بل وتحقق إيرادات إضافية للحكومات. ويمكن رفع الضرائب إلى أقصى الحدود اللازمة لتحقيق الإيرادات، وهو أمر نادراً ما يتحقق. ولا حظت اللجنة أن هذه الضرائب تشكل مصدراً ناجعاً للإيرادات من أجل تمويل البرامج التي تضطلع بها الجهات الرسمية والتي تُعزز الإنصاف والمساواة. ولدى استعراض البيانات أحاطت اللجنة علماً بوضعين عامين يبرزان عندما لا تسفر زيادة الضرائب على الكحول إلى زيادة في الإيرادات: حيث

لا توجد ضوابط فعالة على إمدادات الكحول من جانب الدولة وذلك لا يؤثر كثيراً على مدى التهرب من الضرائب على الكحول، وعندما يتأثر استهلاك الكحول بصورة غير عادية بالأسعار، مع أن ذلك لا يحصل في الأوضاع العادية حتى في البلدان التي تفرض ضرائب باهظة.

وتشارك المصالح التجارية الكبرى في الترويج لصناعة الكحول، وتوزيعه، وتحديد أسعاره وبيعه، ولا يشارك في ذلك المنتجون والباعة بالجملة وحدهم، الذين ربما كانوا شركات كبيرة نسبياً، بل وبائعو التجزئة أيضاً الذين يبيعون المشروبات الكحولية من خلال الحانات والمطاعم بعد ذلك، ناهيك عن منافذ البيع الأخرى. وقد تزايدت مشاركة صناعة الكحول في مجال السياسة. ويتم ذلك جزئياً بتمويل شبكة من المنظمات الوطنية والإقليمية والعالمية المعنية «بالجوانب الاجتماعية» والتي ترعى مبادرات وقيامة مختارة أو آراء مؤيدة للصناعة بشأن مشكلات الكحول وسياساته، وتروج لمفهوم المسؤولية الاجتماعية للشركات (51). وحذرت اللجنة من أنه ينبغي أن لا يحاول القطاع الخاص القيام بعمل الحكومات، التي تعد حامية المصلحة العامة على الوجه الصحيح. غير أن اللجنة اعتبرت أن صناعة الكحول تلعب دوراً خاصاً في تنفيذ بعض السياسات والبرامج المتعلقة بالكحول على وجه التحديد. ويمكن أن يشمل ذلك توفير التدريب على تقديم الكحول لجميع من تشملهم سلسلة مبيعات الكحول لضمان تحمل المسؤولية في الامتثال للقوانين، والحد من الشرب الخطر، وضمان عدم إتاحة الكحول لأولئك الذين لم يصلوا سن الشرب بعد.

ويمكن أن يضطلع العاملون في الرعاية الصحية بوصفهم الطرف الذي يتمتع بالخبرة في المسائل المتصلة بالصحة العمومية بدور رائد على صعيد العالم كله في الحد من الضرر الناجم عن الكحول، لا بدمج التقييم والتدخلات المتعلقة بالشرب الخطر والضار في الرعاية الصحية فقط، بل وأيضاً بالدعوة المستنيرة لتطبيق سياسات الكحول. وينبغي أن يتبنى أولئك المهتمون بالصحة العمومية نظرة «أفقية» شاملة للاحتياجات في مجال سياسة الكحول على مستوى المجتمع ككل، وأن يحلوا الاستراتيجيات العريضة، من أجل إيجاد شبكة مبتكرة للعمل في أوساط العديد من الأطراف الفاعلة، وأن يشكلوا بصورة عامة، حافزاً للتغيير في هذا المجال. وثمة حاجة في هذا المضمار لأن تسلم المصالح المتصلة بالصحة العمومية بأهمية وسائل الإعلام الجماهيرية في النقاش الدائر حول السياسة على المستويين الوطني والمحلي. فتغطية وسائل الإعلام لقضايا محددة تؤدي وظيفة تحديد جدول الأعمال، أي أنها تؤثر على الطريقة التي يستوعب بها صانعو السياسات أبعاد المشكلة ونظرتهم إلى مدى بروز هذه المشكلة. ويمكن للدعوة عن طريق وسائل الإعلام أيضاً أن تستخدم في دعم التحول في الرأي العام لصالح إدخال تغييرات على السياسات المتبعة.

واعتبرت اللجنة أنه ثمة دور هام للمنظمات غير الحكومية في ما يتعلق بالاعتبارات والإجراءات المتصلة بسياسات الكحول. ويوصف هذه المنظمات غير الحكومية مكونات حيوية الأهمية من المجتمع المدني العصري، فإنها يمكن أن تذكى الوعي في صفوف الناس بهذه المسائل وأوجه القلق المتصلة بها، وأن تدعو إلى التغيير وأن تبدأ حواراً حول هذه السياسات. وتعتمد البلدان الشحيحة الموارد إلى حد كبير على المنظمات والمجموعات غير الحكومية من قبيل مجموعات المساعدة الذاتية ومجموعات النساء للتعامل مع المشكلات المتصلة بالكحول. وشددت اللجنة على أهمية مشاركة منظمات المجتمع المدني في سياسات الكحول دون أن يكون هناك تضارب في المصالح، بوصفها تأثيراً مضاداً للمصالح التجارية الثابتة، والتي يمكن خلاف ذلك أن تهيمن على اتخاذ القرارات السياسية.

٣-٦ سياسة الكحول على مختلف المستويات القضائية

على الرغم من أن سياسات الكحول كانت تقليدياً مسألة تناولها المستويات القطرية ودون القطرية، فقد تغير هذا الوضع في العقود الأخيرة بعدة طرق. فبالإضافة إلى تزايد التجارة والسفر بصورة كبيرة برزت فرص أكبر بكثير لنقل المشروبات الكحولية عبر الحدود الوطنية، إما بوصفها مغفأة من الضرائب أو كمستوردات قانونية أو سلع مهربة. وقد نمت الجوانب عبر الوطنية لإنتاج الكحول وتوزيعه بشكل كبير جداً، من حيث الصادرات والواردات، من خلال المنتجين المتعددي الجنسيات الذين يتوحدون بصورة سريعة، وعن طريق الترتيبات الدولية لإصدار التراخيص والإنتاج المشترك، ووكالات الإعلان المتعددة الجنسيات من أجل الترويج لهذه المنتجات. وثمة عامل هام آخر هو تنامي الأسواق فوق الوطنية المشتركة وازدياد عدد الاتفاقات التجارية الدولية.

وفيما يتعلق بالمستوى الوطني، فقد ارتأت اللجنة أنه من مسؤولية الحكومات أن تحدد في نهاية الأمر سياسة كحول واضحة للبلد بأسره وتكون مسؤولة عنها. ونادراً ما تهيمن على النظم السياسية على المستوى الوطني سلطة واحدة تتخذ القرارات بمفردها، فهي في العادة تأخذ باللامركزية وتناطح مجموعة مختلفة من الكيانات المختلفة بل المتنافسة في بعض الأحيان في ما يتعلق بصنع القرار. وهي كيانات متنافسة في مجال صنع القرار في بعض الأحيان من قبيل وزارة الصحة، أو سلطة النقل أو وكالة الضرائب. ولذا فإنه ثمة ضرورة لإرساء آلية تنسيق فعالة ودائمة، من مثل إنشاء مجلس وطني معني بالكحول، يضم كبار ممثلي الوزارات ذات الصلة وغيرهم من الشركاء، كي تضمن اتباع أسلوب مترابط منطقياً إزاء سياسات الكحول ووضع أغراض لهذه السياسات وتحقيقها.

ويمكن دعم تنفيذ سياسات الكحول الوطنية بخطط عمل، لا على المستوى الوطني فحسب بل وعلى المستوى دون الوطني ومستوى البلديات، مع تحديد أغراض واستراتيجيات

وأهداف واضحة، واستخدام القوانين النافذة، وكذلك الأدوات التنظيمية والمالية والإدارية لهذا الغرض. وارتأت اللجنة أن أي أسلوب فعال إزاء سياسات الكحول يتطلب المساءلة من قبل جميع قطاعات المجتمع عن الأثر الصحي لهذه السياسات والبرامج. ولاحظت أن ثمة طريقة لتمويل البرامج الهادفة إلى الحد من الضرر الناجم عن الكحول هي فرض ضريبة مخصصة على الكحول.

وارتأت اللجنة أن سياسة التنفيذ على المستوى المحلي تتسم بعدد من الميزات. حيث أن المواطنين المحليين قريبون من الأمكنة التي تنشأ فيها المشكلات المتصلة بالكحول على المستوى الشخصي. وبنبغي أن يتناول المجتمع موضوع الإصابات والوفيات الناجمة عن حوادث المرور. وكثيراً ما يتعين عليه توفير خدمات المستشفيات والخدمات الطبية لحالات الطوارئ، كذلك التدخلات فيما يتعلق بالذين يعانون من اضطرابات تعاطي الكحول. كما أن المشكلات هي مشكلات شخصية بالنسبة لأعضاء المجتمع، وكذلك الجهود الرامية إلى منع بروز المشكلات أو الحد منها في المستقبل. غير أن الخبرة المشتركة تدل على أن التقييدات المفروضة على الإجراءات المحلية من جانب السلطات الوطنية أو الإقليمية تعيق رسم السياسات المتصلة بالكحول على الصعيد المحلي. ومن الأهمية بمكان أن تتوفر للسلطات المحلية سبل وسلطة التصرف بغية الحد من الضرر الناجم عن الكحول في مجتمعاتها إلى أدنى مستوى ممكن. وقد أظهرت البينات المعروضة على اللجنة أثر التدخلات الحضرية في سياسة الكحول في الحد من العنف وفي تعزيز سلامة المواطنين (على سبيل المثال ٥٩).

٤-٦ الاستنتاجات المتعلقة برسم سياسة الكحول

توصلت اللجنة إلى استنتاج مفاده أنه عندما توضع سياسة للكحول تشارك في ذلك العديد من المصالح المتنافسة، ومختلف القطاعات ذات الصلة بالموضوع، وتنشأ الحاجة إلى وضع سياسة على عدة مستويات مختلفة. فسياسة الكحول تتأثر جزئياً أيضاً بالآراء الرمزية والمستندة إلى القيم الراسخة، التي كثيراً ما تختلف وتتفاوت بين مجتمع وآخر. واعتبرت اللجنة أنه على الرغم من أن سياسة الكحول هي من مسؤولية الحكومة، فهذا لا يعني أن الحكومة مضطرة إلى تمويل وتوفير جميع التدخلات. بيد أن اللجنة خلصت إلى أن حكومة أي بلد ينبغي أن تتحمل القدر الأكبر من المسؤولية عن طريق وزارة الصحة فيها عن ضمان توفير الإدارة الرشيدة والفعالة لسياسة الكحول، وذلك في المقام الأول عن طريق خطة عمل مقترنة بأغراض واستراتيجيات وأهداف واضحة. وتوصلت اللجنة أيضاً إلى استنتاج مفاده أنه ينبغي أن تتنبه الحكومات إلى أفضل موعده لتنفيذ سياسة الكحول على المستوى المحلي ومستوى البلديات، ومتى ينبغي احترام المجاملة بين البلدان فيما

يتعلق بسياسة الكحول، ومتى يعتبر العمل الجماعي على المستويين الإقليمي والعالمي أكثر ملائمة.

واستنتجت اللجنة أن رسم سياسة رشيدة بشأن الكحول يتطلب النظر في طبيعة البيئات، وكيف يمكن استخدامها، والطرق التي يتم فيها اتخاذ القرارات السياسية بالفعل – والطبيعة المتعددة الأبعاد للاستجابات وتفاعلاتها الديناميكية. وينبغي أن تأخذ السياسات بعين الاعتبار أيضاً الظروف الاقتصادية والاجتماعية، وسلطات وكفاءة مختلف المستويات الحكومية، وأنماط الشرب، إضافة إلى طبيعة ونطاق الضرر المتصل بالشرب في أي مجتمع بعينه.

٧- مقتضيات العمل الدولي

لقد كانت السياسات الكحولية تقليدياً مسألة يتم البت فيها على المستويين الوطنيين ودون الوطني. وما زال من الصحيح أنه يتم استهلاك معظم المشروبات الكحولية في بلد الإنتاج. ويمكن أن تكون الضوابط الحكومية المفروضة على سوق الكحول إما وطنية، أو مسألة دون وطنية في المقام الأول في البلدان الاتحادية غالباً، وتكون النظم الصحية والاجتماعية المعدّة للتصدي للمشكلات المتصلة بالكحول وطنية أو دون وطنية، ويتم تنفيذها في أغلب جوانبها على الصعيد المحلي. وقد تزايدت في العقود الأخيرة صادرات وواردات المشروبات الكحولية بصورة كبيرة، وكذلك أنشطة وكالات الإعلان المتعددة الجنسيات في الترويج لها. وحصلت أيضاً زيادة كبيرة في الترتيبات الدولية المتعلقة بإنتاج المشروبات الكحولية وتوزيعها.

١٧- الجوانب الدولية لمكافحة الكحول

لقد أسفر تزايد عدد الأسواق المشتركة فوق الوطنية والاتفاقات التجارية الدولية في بعض الولايات القضائية عن تآكل وضع السياسات الكحولية الوطنية المستقلة، وأخذت اعتبارات الصحة العمومية تخضع لمنطق الأسواق الحرة والتجارة الحرة. ومرة تلو الأخرى، اضطرت بلدان في جزء أو آخر من العالم بسبب هذه الاتفاقات إلى إضعاف أثر سياساتها الكحولية أو الاستغناء عن جوانب هامة منها، وذلك عندما عومل الكحول في سياق هذه الأسواق والاتفاقات بوصفه سلعة مثلها مثل أي سلعة اقتصادية أخرى (٦٠). وينبغي أن تنسجم السياسات المتعلقة بالكحول مع الالتزامات القانونية التي تتحملها الدول تجاه واحدتها الأخرى، وذلك ضمن مجموعة من المعاهدات الدولية على المستويين العالمي والإقليمي التي اعتمدت منذ نهاية الحرب العالمية الثانية. وتحد هذه الالتزامات من النطاق المتاح للدول

لتنفيذ سياسات حمائية، لكن ما يعنيه ذلك بالنسبة لسياسة الصحة العمومية فقد تم تفسيره بصورة عامة على وجهين. حيث أعرب بعض المعلقين، ولا سيما أولئك الذين يأتون من خلفيات صحية أو اجتماعية علمية، عن قلقهم إزاء كيفية تقييد القواعد التجارية (ولا سيما على المستوى العالمي) للسياسة الصحية أو الاجتماعية ضمن أي نظام تجاري وإعطاء الأولوية للأهداف التجارية أكثر من الصحة (على سبيل المثال ٦١). واستجاب معلقون آخرون - من الأوساط التجارية أو الحكومية أو الاقتصادية بصورة رئيسية - بكثير من الثقة قائلين إن الحكومات يمكنها بكل أمان متابعة تحقيق أهدافها الصحية طالما أنها تتبع القواعد المرسومة عندما تقوم بذلك (على سبيل المثال ٦٢).

ونما إلى علم اللجنة أن جمعية الصحة العالمية سلمت في أيار/مايو ٢٠٠٦ بأن التجارة واتفاقات التجارة الدولية تشكل مسائل خطيرة بالنسبة لمصالح الصحة العمومية على وجه أعم، وحثت الدول الأعضاء على «الاستفادة مما يمكن أن تتيحه التجارة والاتفاقات التجارية من فرص للصحة ومجابهة ما يمكن أن تثيره من تحديات لها» (القرار ج ص ع ٥٩-٢٦). وتعمل منظمة التجارة العالمية (WTO) وفق إطارها الفوق وطني للتنفيذ وحل النزاعات. وتعتبر أحكام منظمة التجارة العالمية ملزمة قانوناً، أي أنه يشترط على الأعضاء أن تمثل تدابيرهم غير المنسجمة مع قواعد منظمة التجارة العالمية لهذه القواعد أو تواجه عقوبات تجارية إلى حين القيام بذلك. وقد تناولت المعاهدات التجارية الكحول من الناحية المبدئية بوصفه سلعة، أو بضاعة، شأنها في ذلك شأن البضائع الأخرى. وفي الآونة الأخيرة عكفت المعاهدات التجارية (وخصوصاً الاتفاق العام بشأن التجارة في الخدمات) على توسيع نطاق التغطية ليشمل الخدمات والاستثمارات ذات الصلة بالكحول أيضاً. وفي كلتا الحالتين تُعد تغطية الكحول واسعة النطاق، ويمكن أن تترتب على تطبيق قواعد الخدمات والاستثمارات عواقب هامة بالنسبة للصحة العمومية. وبذا فإن الخدمات المتصلة بالكحول تشمل: تخمير الكحول وتقطيره، ونقله، وتوزيعه، والإعلان عنه، وتقديم الكحول في المطاعم، وبيع الكحول للاستهلاك خارج أماكن البيع، ومعالجة مشاكل الكحول. وتعرف المعاهدات التجارية الحديثة، من قبيل الاتفاق العام بشأن التجارة في الخدمات (غاتس)، «الاستثمار» على نحو فضفاض ليشمل معظم أنواع مصالح الملكية المباشرة وغير المباشرة، والملكية الفكرية، والعقود، والرخص، والتفويض، والأذونات وغير ذلك من حقوق الملكية - التي يمكن أن تؤثر كلها على السياسات الكحولية المرتكزة على الصحة.

وتنص المواد الواردة في اتفاقات منظمة التجارة العالمية على أنه لا يوجد في الاتفاق ذي الصلة أي شيء «يمكن تفسيره على أنه يحول دون اعتماد أو تنفيذ أي طرف متعاقد للتدابير الضرورية لحماية صحة الإنسان»، طالما أن هذه التدابير لا تشكل «تقييداً مقنعاً للتجارة» أو

«تميزاً لا مبرر له» (٦٣). وهذا يحتمل البلدان التي تدافع عن سياستها الصحية عبء الإثبات بأنه لا يوجد بديل «أقل تقييداً للتجارة» من شأنه أن يترك الأثر نفسه، وأنه يتم استخدام هذه السياسة بحسن نية. وحيثما يعتبر التدبير موضع النزاع مهماً جداً بالنسبة لهدف مثل الصحة، فإنه يتم الإبقاء عليه من قبل منظمة التجارة العالمية حتى إذا كان يعيق التجارة بصورة شديدة. غير أن الأعباء المترتبة على «اختبار الضرورة هذا» يمكن أن تكون كبيرة وعسيرة - مما قد يعني أن الدفاع ليس كافياً لحماية السياسات الصحية على الصعيد العملي. والواقع أن دفاعات أي قانون وطني بمقتضى الاستثناءات العامة لم تصب النجاح سوى مرتين طوال نصف قرن مضى على المقررات المتخذة بموجب الاتفاق العام بشأن التجارة في الخدمات ومقررات منظمة التجارة العالمية (٦٤).

وسلمت اللجنة بإمكانية الاستفادة من الآليات الموجودة بالفعل التي يتم بموجبها استثناء الكحول والتبغ من الاتفاقات التجارية، من قبيل الاتفاقية التجارية للبلدان الجزرية في المحيط الهادي والمعاهدات الاقتصادية في كومنولث الدول المستقلة. ولاحظت اللجنة أيضاً أنه بالنسبة لعدة التزامات تعهدية ضمن الاتحاد الأوروبي، يمكن الدفاع عن التقييدات المفروضة على التجارة الحرة على أساس صحي، وعلى أساس مشابه لتلك الاتفاقات التي أبرمت في إطار منظمة التجارة العالمية. لكنه كما هو الحال بالنسبة لمنظمة التجارة العالمية فإن هذه التقييدات لا بد أن تعرف بأنها استجابات نسبية، أي أنه لا يمكن أن تتجاوز ما هو لازم وضروري لتحقيق الغرض منها. ويعتبر ذلك أمراً هاماً بصورة خاصة بالنسبة لقواعد الدعاية والإعلان، التي اعتُبر بأنها تحد من قدرة الشركات الأجنبية، بالمقارنة مع الشركات الموجودة مسبقاً، على النجاح في دخول السوق، وبالتالي فإن لها أثر حمائي. ومع ذلك ففي هذه الحالات لاحظت اللجنة أن المحاكم الأوروبية أيدت بصورة لا لبس فيها فرض مختلف أنواع الحظر على الإعلان، بما في ذلك تأييد الحظر الفرنسي على الإعلان عن الكحول في «البرامج الإذاعية والتلفزيونية المشتركة بين بلدين».

ويعتبر الكحول المادة النفسية المفعول الرئيسية الوحيدة التي تؤدي إلى الإدمان والتي تسبب أنواع ضرر صحي كبيرة، وتستخدم على نطاق واسع في كل أرجاء العالم، ولا تشملها حالياً أية معاهدة دولية. وهناك في رأي اللجنة حاجة لأن تنظر أسرة الصحة العمومية في خيارات مختلفة متاحة لتدعيم العمل المتعلق بالسياسات الكحولية على المستوى الدولي. وقد أحاطت اللجنة علماً بالخيارات التالية المتعلقة بإطار تنظيمي عالمي محتمل، يقوم على الأمثلة المتوفرة حالياً: مدونة دولية بشأن تسويق الكحول، توضع على أساس متطلبات الصحة العمومية، وذلك على غرار المدونة الدولية لتسويق بدائل لبن الأم، وإدراج الكحول في اتفاقية عام ١٩٧١ بشأن المواد النفسية التأثير، بالنظر إلى طبيعة الكحول كمادة نفسية المفعول تولد الإدمان ويساء استعمالها حالياً إلى حد يجعل منها مشكلة في مجال الصحة العمومية أو

مشكلة اجتماعية؛ أو اعتماد معاهدة دولية جديدة، على غرار الاتفاقية الإطارية لمكافحة التبغ (٦٥). وفيما يتعلق بهذه الأخيرة سلمت اللجنة أنه على الرغم من أوجه التشابه بين التبغ والكحول بوصفهما سلعتين دوليتين تتسمان بالأهمية في مجال الصحة العمومية، فإنه سيتعين موامة أي معاهدة من هذا القبيل وفقاً للخصائص المحددة للكحول وطبيعة مشكلاته. وبعد إمعان النظر في هذه المسألة سلمت اللجنة بأنه يمكن تحديد خيارات أخرى للمضي قدماً في هذا الأمر. ومهما يكن شكلها، فإنه ثمة ضرورة لوجود آلية تضيي الصبغة المؤسسية على اهتمام الصحة العمومية بالكحول بوصفه سلعة خاصة، وأن تشكل إطاراً للإجراءات الدولية المشتركة للحد من معدلات المشكلات المتصلة بالكحول على الصعيد العالمي.

٢-٧ دور منظمة الصحة العالمية

سلمت اللجنة بأن أكثر الهيئات الدولية نشاطاً في مجال الكحول هي منظمة الصحة العالمية، وأن هيئتها الرئاسية، أي جمعية الصحة العالمية، اتخذت أكثر من عشرة قرارات تتعلق بالكحول. ففي عام ١٩٧٩، سلمت الجمعية في القرار ج ص ٣٢٤-٤٠ بأن «المشكلات المتصلة بالكحول» ولا سيما استهلاكه على نحو مفرط، تُعد من بين أكبر مشكلات الصحة العمومية في العالم».

وكررت اللجنة هذا الموقف بعد انقضاء ٢٥ عاماً في عام ٢٠٠٥ عندما سلمت بموجب القرار ج ص ٥٨٤-٢٦ المعنون «مشاكل الصحة العمومية الناشئة عن استعمال الكحول على نحو ضار» بأن «شرب الكحول على نحو ضار هو أحد الأسباب الأساسية والرئيسية للمرض والإصابة والعنف، ولا سيما العنف المنزلي ضد النساء والأطفال، والعجز، والمشاكل الاجتماعية والوفاة المبكرة، ويرتبط باعتلال الصحة النفسية، وله تأثير خطير على عافية الأفراد والأسر والمجتمعات المحلية والمجتمع ككل، كما أنه يسهم في التباينات الاجتماعية والصحية».

وبعد انقضاء أكثر من ٢٥ عاماً على صدور التقرير السابق للجنة خبراء بمنظمة الصحة العالمية معنية بالمشكلات المتصلة باستهلاك الكحول، اضطلعت المنظمة بالعديد من الأنشطة الرئيسية المتعلقة بـمشكلات الصحة العمومية المتصلة بالكحول وتشكل هذه الأنشطة الخلفية لاستمرار دور المنظمة في دعم الدول الأعضاء للحد من الضرر المتصل بالكحول.

ويتعين أن تستند أية سياسة سليمة تتعلق الكحول إلى معلومات صحيحة ودقيقة عن استهلاك الكحول والضرر المتصل به. ويتطلب ذلك تعريف المصطلحات المتصلة بالكحول تعريفاً واضحاً، ولا سيما في مجال سياسات الكحول، والطرق المضبوطة لقياس استهلاك الكحول،

والمعلومات الجيدة عن مستويات وأنماط استهلاك الكحول - بما في ذلك الاستهلاك غير المسجل - وذلك بالنسبة لمختلف المجموعات العمرية والجنسوية، لا سيما في البلدان المنخفضة الدخل. كما أنها تتطلب وضع تقدير كمي لاحتمالات الخطر الصحية والاقتصادية المرتبطة بتعاطي الكحول على نحو خطر. ويمكن استخدام معلومات من هذا القبيل لمراقبة الاتجاهات في مجال المشكلات المتصلة باستهلاك الكحول، وأثر السياسات والبرامج الهادفة إلى الحد من الضرر الناجم عن الكحول. وتتطلب المراقبة وجود نظام معلومات عالمي بشأن الكحول تشكل أفضل أساس له القاعدة الحالية للبيانات العالمية المتصلة بالكحول التابعة لمنظمة الصحة العالمية. وأكدت اللجنة على أهمية مواصلة العمل بشأن التقييم المقارن لاحتمالات الخطر المتصلة بالكحول ضمن التقديرات الخاصة بعبء المرض العالمي، مما يوفر معلومات حديثة عن الضرر الناجم عن الكحول.

وينبغي أن تواصل منظمة الصحة العالمية الاضطلاع بدور توجيهي في تنسيق الاستجابة الدولية للطبيعة العالمية لمشكلات الكحول، والطريقة المثالية هنا هي وضع خطة عمل عالمية للحد من الآثار الضارة المترتبة على استهلاك الكحول، ومساعدة البلدان على تنفيذها، وتقييم ومراقبة سياساتها الكحولية الخاصة بها. ويتعين أن تدعم ذلك قاعدة معطيات بشأن السياسات والقوانين واللوائح والمعلومات الحالية المتصلة بفعالية السياسات والبرامج، والتي ينبغي أن يتم استخدامها على نحو منتظم لإيصال النتائج المتوصل إليها مجدداً بشأن تدابير السياسة الكحولية القائمة على البيئات وتنفيذها في مختلف الظروف الاجتماعية وعلى مختلف مستويات الإدارة الرشيدة. وينبغي أيضاً تطوير العمل المتصل بتقدير فعالية الخيارات السياسية بالمقارنة مع تكلفتها في ظل شتى الظروف الإقليمية، كما حدث في مشروع منظمة الصحة العالمية الذي يحمل اسم CHOICE project (٣٣)، وتوسيع نطاق هذا العمل.

ويمكن لعشرات ملايين العاملين الصحيين الذين يعملون بدوام كامل مدفوع الأجر على نطاق العالم كله، باعتبارهم أهم مقدمي الرعاية الصحية، الاضطلاع بدور توجيهي في الحد من الضرر الناجم عن الكحول. ويتطلب تنفيذ ذلك أن تضطلع منظمة الصحة العالمية بدور خاص في توفير الدعم لتنفيذ واستيعاب التدخلات المختصرة المتعلقة باستهلاك الكحول على نحو خطر وضار، وذلك إضافة إلى تطبيق المعالجة وتطوير نظم معالجة المعتمدين على الكحول والاضطرابات النفسية والسلوكية الأخرى المتصلة بالكحول.

وتضطلع المكاتب الإقليمية التابعة لمنظمة الصحة العالمية بدور هام لدى القيام بسموئلياتها في أداء دور توجيهي في مجال الصحة العمومية بخصوص المشكلات المتصلة بالكحول. وقد تم بذل جهود كبيرة لبناء التحالفات من أجل سياسة الكحول على المستويات الإقليمية

بالفعل. وسلّمت اللجنة بأهمية الفوارق الإقليمية والمبادرات والأطر السياسية الإقليمية المحددة، من قبيل خطة العمل الأوروبية الخاصة بالكحول، وإطار سياسات الكحول في الإقليم الأوروبي التابع للمنظمة، والاستراتيجية الإقليمية للحد من الضرر المتصل بالكحول في إقليم غرب المحيط الهادي، والإطار الأدنى لسياسة مكافحة الكحول في إقليم جنوب شرق آسيا.

٣-٧ التعاون فيما بين الهيئات الدولية

تمتد عملية وضع وتنفيذ سياسات الكحول إلى ما يتجاوز القطاع الصحي بالتعريف الضيق له، لتشمل أموراً في مجالات مثل الزراعة، والتنمية، والسياسات الضريبية، والتعليم، والعمالة والتجارة. وبذا فإن هذه المشكلات تدرج في إطار اهتمام عدد من الوكالات والمنظمات الحكومية الدولية الأخرى، بما فيها عدد من وكالات الأمم المتحدة المتخصصة. ومن الأهمية بمكان أن تتحمل هذه الوكالات الحكومية الدولية مسؤولياتها في مجال السياسات الكحولية، وبالتالي ينبغي تشكيل فريق عامل مشترك بين الوكالات معني بالسياسات الكحولية من شأنه أن يكون آلية مفيدة ومستمرة على أن يشارك فيها ممثلون عن البنك الدولي ومنظمة التجارة العالمية ومنظمة الأغذية والزراعة واليونسكو ومنظمة العمل الدولية، من بين أطراف أخرى. وتعتبر أية خطة عمل عالمية للحد من الضرر المترتب على الكحول نقطة تركيز عالمية توفر الدعم للإجراءات المتخذة على الصعيدين القطري والمحلي.

ويمكن أن تترتب على السياسات الدولية التي تتناول موضوع الكحول بوصفه سلعة اقتصادية عواقب هامة فيما يتعلق بسياسة الصحة العمومية المتصلة بالكحول. وقد سلمت اللجنة بالدور الإيجابي الذي قام به البنك الدولي، الذي أدرك في عام ٢٠٠٠ أن الاستثمار في المشروبات الكحولية يعتبر موضوعاً حساساً، وفوض جميع موظفيه بأن يكونوا «انتقائيين إلى أبعد حد ممكن» في عدم توفير الدعم إلا للمشاريع المتصلة بالكحول التي تترك آثاراً إيجابية قوية تتماشى مع قضايا الصحة العمومية واهتمامات السياسات الاجتماعية» (٦٦). وسلمت اللجنة بأن البنك الدولي لعب دوراً هاماً في تعزيز سياسات التبغ الموجهة نحو الصحة العمومية، ووجدت أنه من المهم العمل مع البنك الدولي بغية النظر في الاضطلاع بدور مماثل بالنسبة لسياسات الكحول.

ولا يتمثل اهتمام الصحة العمومية بمكافحة الكحول تمثيلاً وافياً في المفاوضات والنزاعات التجارية، وعليه فقد توصلت اللجنة إلى استنتاج مفاده بأنه يتعين أن تسعى منظمة الصحة العالمية وغيرها من الأطراف المعنية بالصحة إلى اغتنام فرص العمل مع الممثلين التجاريين

الوطنيين والدوليين لتلافي هذا النقص، وأن تحث الحكومات الوطنية على ضمان التدقيق في «حيز السياسة الصحية» بالنسبة للأجيال المقبلة تدقيقاً كاملاً عند تحمل الالتزامات التجارية في إطار منظمة التجارة العالمية، من قبيل تلك المتعلقة بالاتفاق العام بشأن التجارة في الخدمات.

وأعربت اللجنة عن تقديرها لما اضطلعت به منظمة الأغذية والزراعة في جمع وإتاحة المعلومات عن المحاصيل والمعلومات الأخرى المستخدمة في تقدير الاستهلاك الإجمالي للمشروبات الكحولية، وحثت منظمة الصحة العالمية على تشجيع منظمة الأغذية والزراعة على مواصلة تعزيز مورد المعطيات الثمين هذا وتعزيزه حيثما أمكن ذلك.

وسلمت اللجنة بأهمية الاستثمار في الشباب من أجل التنمية الاجتماعية الاقتصادية والحد من الفقر، وأشارت إلى أهمية العمل المشترك بين منظمة الصحة العالمية واليونسكو في هذا المضمار. وارتأت أنه ينبغي أن تتناول أية سياسة سليمة بشأن الشباب بعض محددات تعاطي الكحول على نحو ضار في أوساط الشباب، وأنه ينبغي أن تزيد أية سياسة فعالة بشأن الكحول من رأس المال البشري الذي يمثله الشباب. واعتبرت اللجنة ازدياد مشاركة مروجي المشروبات الكحولية في مجالي الثقافة والفنون، ولا سيما الاستثمار الهائل في الإعلان عن المنتجات في الأفلام السينمائية، والتلفزيون، والموسيقى وأشرطة الفيديو الموسيقية على أنها مسألة دولية ذات أهمية تدرج في مجال الصحة العمومية ضمن نطاق عمل اليونسكو.

وتعتبر اتفاقية منظمة العمل الدولية لعام ١٩٤٩ بشأن حماية الأجور واحدة من أقدم الاتفاقيات العالمية التي تحظر دفع الأجور «على شكل مشروب عالي المحتوى الكحولي» أو في الحانات (باستثناء موظفي الحانة) (٦٧). وقد نشطت منظمة العمل الدولية منذئذ في محاولة الحد من الضرر المتصل بالمواد في أماكن العمل في كل أرجاء العالم، بما في ذلك نشر مدونة سلوك بشأن تدبير قضايا مكان العمل ذات الصلة بالكحول والمخدرات (٦٨). ويعتبر التعاون بين منظمة الصحة العالمية ومنظمة العمل الدولية في هذا المجال أمراً بالغ الأهمية، بمعنى أن مكان العمل يوفر عدة فرص لتنفيذ استراتيجيات منع تعاطي الكحول في أوساط البالغين.

٤-٧ الاستنتاجات الخاصة بأشار العمل الدولي

توصلت اللجنة إلى استنتاج مفاده بأنه يتعين أن تضطلع منظمة الصحة العالمية بدور رئيسي في تنسيق الاستجابة العالمية للمشكلات المتصلة بالكحول ذات الصبغة العالمية، بما في ذلك التغلب على العقبات الدولية التي تحول دون وضع سياسات فعالة بشأن الكحول. وينبغي أن

يشمل ذلك وضع خطة عمل عالمية للحد من الآثار الضارة الناجمة عن استهلاك الكحول، وإرساء آليات للتعاون الدولي، ومساعدة البلدان على تنفيذ ومراقبة سياسات الكحول، وفقاً لاحتياجاتها، وثقافتها وتركيبها الاجتماعي الاقتصادي. ويتعين أن تصدر المنظمة، وأن تحفز عملية حوار دولي بشأن التجارة، والتهرب والاتفاقات التجارية وغيرها من الجوانب الدولية لسوق الكحول التي تمس مساً وثيقاً قدرة الدول على التصدي للمشكلات المتصلة بالكحول داخل حدودها.

وبالنظر إلى أن الصحة تشكل العنصر الأساسي في التنمية الاجتماعية والاقتصادية، وأن تزايد استهلاك الكحول الذي يحدث عادة نتيجة لمثل هذه التنمية ويمكن أن يهدد بدوره صحة الأفراد والمجتمع، فقد توصلت اللجنة إلى استنتاج مفاده أنه ينبغي أن تروج منظمة الصحة العالمية لإدراج السياسات الكحولية في البرامج الاجتماعية والإنمائية على المستوى الدولي. ويتطلب ذلك قيام تعاون على المستوى الدولي مع وكالات من قبيل برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، والبنك الدولي، ومنظمة العمل الدولية، ومنظمة التجارة العالمية من بين وكالات أخرى.

٨- التوصيات

تستند توصيات اللجنة إلى قاعدة البيّنات الخاصة بسياسات الكحول التي تعتبر مناسبة على النطاق العالمي، ولكنه لم يتم بالضرورة تكييفها مع ظروف مجتمعة محددة. وتسلم اللجنة بأنه يتعين أخذ السياقين الثقافي والقانوني المحددين، إضافة إلى الطبيعة المحلية لمشكلات الكحول، بعين الاعتبار لدى صياغة وتنفيذ سياسات كحولية تركز إلى البيّنات.

١- وتوصي اللجنة بأن تقوم منظمة الصحة العالمية بما يلي:

- مواصلة الاضطلاع بدورها الرائد في تنسيق الاستجابة العالمية إلى مشكلات الكحول ذات الصبغة العالمية؛
- وضع خطة عمل عالمية للحد من الآثار الضارة لاستهلاك الكحول؛
- مساعدة البلدان على تنفيذ وتقييم ومراقبة السياسات الكحولية، وفقاً لاحتياجاتها، وتركيبها الثقافي والاجتماعي الاقتصادي؛
- الاتصال بالوكالات الحكومية الدولية من قبيل برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، والبنك الدولي، ومنظمة العمل الدولية ومنظمة التجارة العالمية، والوكالات الحكومية الدولية على المستوى الإقليمي، للسعي إلى إدراج سياسات الكحول في البرامج الاجتماعية والإنمائية ذات الصلة.

٢- وفي إطار أسلوب الصحة العمومية المتبع إزاء المشكلات المتصلة بالكحول، فإن اللجنة توصي بأن تقدم منظمة الصحة العالمية الدعم إلى الهيئات الحكومية على المستويين الوطني ودون الوطني، ولا سيما في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل بغية:

- إعطاء أولوية عليا للوقاية من تعاطي الكحول على شكل ضار، مع زيادة الاستثمار في تنفيذ السياسات التي يعرف بأنها فعالة؛

- مواصلة استعراض طبيعة ونطاق المشكلات الناجمة عن التعاطي الضار للكحول في أوساط سكانها، وكذلك الموارد والبنى الأساسية المتاحة بالفعل من أجل الحد من حدوث هذه المشكلات وتفاقمها وأثرها، واستعراض القيود المحتملة التي تحول دون وضع سياسات وبرامج جديدة بهذا الصدد؛

- صياغة وتنفيذ خطط عمل ممولة تمويلًا كافيًا بشأن الكحول تكون لها أغراض واستراتيجيات ومرام واضحة؛

- إيجاد أو تدعيم الآليات ونقاط الاتصال لتنسيق عمل أصحاب الشأن في مجال الصحة العمومية؛

- تنفيذ وتقييم السياسات والبرامج المرتكزة إلى البيئات، باستخدام الهياكل الحالية حيثما كان ذلك مجدياً.

٣- وتوصي اللجنة، استناداً إلى قاعة البيئات الأساسية بشأن فعالية ومردودية سياسات وبرامج الكحول بالمقارنة مع تكلفتها في الحد من العواقب السلبية المترتبة على تعاطي الكحول على نحو ضار، بأن تدعم منظمة الصحة العالمية الحكومات وتساعد، بناء على طلبها، في الأمور التالية:

- تنظيم توافر الكحول، بما في ذلك السن الأدنى لشراء الكحول، وساعات البيع وكثافة منافذ البيع؛

- تنفيذ السياسات المناسبة بشأن قيادة المركبات تحت تأثير الكحول استناداً إلى الحدود القانونية الدنيا لتركيزات الكحول في الدم التي تطبق تطبيقاً فعالاً؛

- الحد من الطلب على الكحول من خلال فرض الضرائب واستخدام آليات التسعير؛

- زيادة الوعي بخصوص السياسات الفعالة ودعمها (وتم التأكيد في هذا الصدد على أن العديد من تدابير التثقيف والإقناع الشائعة الاستخدام، من مثل برامج التثقيف المدرسي، وحملات وسائل الإعلام الجماهيرية، وملصقات التحذيرات،

لم تثبت البيّنات فعاليتها في الحد من الضرر المتصل بالكحول، وبذلك فإنه ينبغي عدم تنفيذها لوحدها بوصفها سياسات كحولية).

٤- وبالنظر إلى الآثار الضارة المترتبة على تدابير تسويق الكحول في أوساط الشباب، فقد أوصت اللجنة بأن تقدم منظمة الصحة العالمية الدعم والمساعدة للحكومات بغية:

- القيام بتنظيم تسويق المشروبات الكحولية تنظيماً فعالاً، بما في ذلك التنظيم أو الحظر الفعالين للدعاية وللإعلان ورعاية المناسبات الثقافية والرياضية، ولا سيما تلك التي تترك أثرها على الشباب؛

- تسمية وكالات قانونية تتحمل مسؤولية رصد وتطبيق لوائح التسويق؛

- العمل مع بعضها البعض لاستكشاف إمكانية إرساء آلية لتنظيم تسويق المشروبات الكحولية، بما في ذلك التنظيم الفعال أو حظر الإعلان والرعاية، على المستوى العالمي.

٥- وتوصي اللجنة بأن تقوم منظمة الصحة العالمية بدعم ومساعدة الحكومات لتحقيق ما يلي:

- ضمان العلاج والخدمات العلاجية والمجتمعية المرتكزة على البيّنات غير المسببة للوصم بصورة سرية لجميع الأشخاص الذين يحتاجون للمعالجة بسبب مشكلات الكحول؛

- زيادة الاستثمارات في التنفيذ الواسع النطاق لبرامج الكشف المبكر والتدخلات المختصرة المتصلة بتعاطي الكحول على نحو خطر وضار في مجموعة واسعة النطاق من الأماكن، بما فيها أماكن الرعاية الأولية، والرعاية الاجتماعية، وأقسام الحوادث والطوارئ، وأماكن العمل، والمؤسسات التعليمية؛

- توسيع نطاق القدرات بتعليم وتدريب المهنيين في مجال الرعاية الصحية والخدمات الاجتماعية وأماكن العدالة الجنائية، على تنفيذ برامج الكشف المبكر والتدخلات؛

- إيلاء المزيد من الاهتمام في سياسات المعالجة لتنظيم وتكامل خدمات المعالجة وإيئادها على المستويات المحلية والبلدية والوطنية.

٦- وبالنظر إلى ضرورة توفير نظام مستدام لمراقبة وترصد التقدم المحرز في الحد من العواقب الضارة المترتبة على تعاطي الكحول، فإن اللجنة توصي بأن تقوم منظمة الصحة العالمية بما يلي:

– إيجاد نظام معلومات عالمي بشأن الكحول، يستند إلى قاعدة المعطيات العالمية الحالية الخاصة بالكحول التابعة لمنظمة الصحة العالمية، والقواعد القطرية المماثلة لتجميع وتحليل المعلومات المتصلة بمراقبة وترصد الكحول استناداً إلى معطيات وتعريف مقارنة متفق عليها؛

– توفير الدعم لإدماج المعطيات ذات الصلة الآتية من الوكالات الدولية، مثل منظمة الأغذية والزراعة والبنك الدولي في هذا النظام لإفساح المجال لمواصلة جهود المراقبة الحالية، وتوفير المعلومات للبلدان التي لم تنشئ نظاماً لمراقبة الكحول وترصده بعد؛

– إدماج السياسات والقوانين واللوائح والمعطيات المتعلقة بفعالية السياسات والبرامج في نظام المعلومات، للمساعدة على تحديد أفضل الممارسات وتوفير الدعم للدول الأعضاء في صياغة برامج فعالة؛

– مواصلة كامل عملية تقييم عوامل الخطر المقارن بشأن المشكلات التي يمكن عزوها إلى الكحول في إطار تقدير عبء الأمراض العالمي.

٧- وبغية الاستفادة من مجموعة المعارف الكبيرة والمتزايدة، وإدامة وتنفيذ التدابير المرتكزة إلى البيّنات لخفض معدلات المشاكل المتصلة بالكحول، توصي اللجنة بأن تقوم المنظمة بما يلي:

– النظر في كيفية تدعيم قدرات أمانتها على توفير الدعم المتواصل للدول الأعضاء في مجال وضع سياسات الكحول وتنفيذها ومراقبتها؛

– بذل أقصى جهودها لإيصال الاستنتاجات المستجدة إلى الدول الأعضاء بشأن تدابير السياسات الكحولية المرتكزة على البيّنات وتنفيذ هذه التدابير؛

– توثيق ومقارنة وتعميم التجارب العملية في تنفيذ سياسات الكحول المرتكزة على البيّنات في شتى الظروف المجتمعية وعلى مختلف مستويات الإدارة الرشيدة.

٨- تسليماً منها بالدور الذي يمكن أن تلعبه المنظمات غير الحكومية في دعم سياسات الكحول، توصي اللجنة المنظمة بتقوية عملياتها في مجال التشاور والتعاون مع المنظمات غير الحكومية التي لا ينطوي عملها على إمكانية تضارب مصالحها مع مصالح الصحة العمومية.

٩- توصي اللجنة بأن تواصل المنظمة ممارستها بالامتناع عن التعاون مع مختلف قطاعات صناعة الكحول. وأن يقتصر أي تفاعل معها على بحث الإسهام الذي يمكن أن تقدمه هذه الصناعة للحد من الضرر المتصل بالكحول في إطار دورها كجهات تنتج

الكحول وتوزعه وتسوقه فقط، وليس من حيث وضع سياسات الكحول أو تعزيز الصحة.

١٠- وإدراكاً منها بأن الكحول يشكل سلعة خاصة من حيث خصائصه السمية والمولدة للاعتماد وأنه تترتب عليه آثار خطيرة بالنسبة للصحة العمومية، وأنه يتعين وضع آليات لحماية مصالح الصحة العمومية فيما يخص الكحول في القرارات التجارية والصناعية والزراعية، توصي اللجنة بأن تعتمد المنظمة إلى :

- إجراء حوار بشأن الجوانب الدولية لسوق الكحول التي تعترض قدرة البلدان على محاربة المشكلات المتصلة بالكحول في أراضيها، وتحليل جدوى الآليات الدولية، بما فيها الاتفاقات الملزمة قانوناً بين البلدان، لدعم وتنفيذ السياسات والبرامج المتعلقة بالكحول؛

- اغتنام الفرص المتاحة لتأمين حضورها الفعال والمستمر في المفاوضات التجارية والفصل في النزاعات كي تمثل مصالح الصحة العمومية في قضايا تجارة الكحول؛

- وضع إرشادات يمكن استخدامها من جانب صانعي السياسات والمستشارين على جميع المستويات الحكومية لرصد احتمالات الخطر الذي يتهدد سياسات الكحول والتي قد تكون متأصلة في عملية تحرير التجارة، والحد من هذه المخاطر.

1. المشكلات المتعلقة بتعاطي الكحول، تقرير لجنة خبراء لمنظمة الصحة العالمية، ١٩٨٠. (سلسلة التقارير الفنية لمنظمة الصحة العالمية، التقرير رقم ٦٥٠).
2. WHO Expert Committee on Drug Dependence. *Twenty-eighth report*. Geneva, World Health Organization, 1993 (WHO Technical Report Series, No. 836).
3. WHO Expert Committee on Drug Dependence. *Thirtieth report*. Geneva, World Health Organization, 1998 (WHO Technical Report Series, No. 873).
4. Üstün TB et al., eds. *Disability and culture: universalism and diversity*. Seattle, Hogrefe and Huber, 2001.
5. *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence*. Geneva, World Health Organization, 2004.
6. Crabb DW et al. Overview of the role of alcohol dehydrogenase and aldehyde dehydrogenase and their variants in the genesis of alcohol-related pathology. *Proceedings of Nutrition Society*, 2004, 63:49–63.
7. Bennett LA et al. Boundaries between normal and pathological drinking: a cross-cultural comparison. *Alcohol Health and Research World*, 1995, 17:190–195.
8. MacAndrew C, Edgerton R. *Drunken comportment: a social explanation*. Chicago, IL, Aldine, 1969.
9. *Convention on psychotropic substances, 1971*. New York, United Nations, 1977.
10. Wise RA. Dopamine, learning and motivation. *Nature Reviews Neuroscience*, 2004, 5:483–494.
11. Faden VB, Goldman M. The effects of alcohol on physiological processes and biological development. *Alcohol Research and Health*, 2005, 28:125–132.
12. Jamal MM, Saadi Z, Morgan TR. Alcohol and hepatitis C. *Digestive Diseases*, 2005, 23:285–296.
13. *Alcohol drinking*. International Agency for Research on Cancer, 1998, (IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Vol. 44; <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol44/volume44.pdf>, accessed 18 October 2006).
14. Corrao G et al. A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. *Preventive Medicine*, 2004, 38:613–619.

15. Fillmore KM et al. Moderate alcohol use and reduced mortality risk: systematic error in prospective studies. *Addiction Research and Theory*, 2006:1–31.
16. Room R et al. *Alcohol in developing societies: a public health approach*. Helsinki, Finnish Foundation for Alcohol Studies/Geneva, World Health Organization, 2002.
17. Prestwich P. *Drink and the politics of social reform: antialcoholism in France since 1870*. Palo Alto, CA, Society for the Promotion of Science and Scholarship, 1988.
18. Endicott RC. Advertising age's 19th annual global marketing. *Advertising Age*, 2005, 100:1201.
19. Rehm J et al. Alcohol use. In: Ezzati M et al., eds. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Vol. 1* Geneva, World Health Organization, 2004:959–1109.
20. التقرير الخاص بالصحة في العالم ٢٠٠٤: تغيير مجرى التاريخ. جنيف، منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٤.
21. Norström T, ed. *Alcohol in postwar Europe: consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries*. Stockholm, National Public Health Institute, 2002.
22. Rehm J, Eschmann S. Global monitoring of average volume of alcohol consumption. *Zeitschrift für Sozial- und Präventivmedizin*, 2002, 47:48–58.
23. Hibell B et al. *The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*. Stockholm, Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, 2004.
24. Wright A. *Grog war*. Broome, Magabala Books Aboriginal Corporation, 1997.
25. Berman M, Hull T. Alcohol control by referendum in northern native communities: the Alaska Local Option Law. *Arctic*, 2001, 54:77–83 (<http://pubs.aina.ucalgary.ca/arctic/Arctic54-1-77.pdf>, accessed 18 October 2006).
26. Johansson P et al. *The social costs of alcohol in Sweden 2002*. Stockholm, Centre for Social Research on Alcohol and Drugs, Stockholm University, 2006 (<http://www.sorad.su.se/doc/uploads/publications/ENG%20COA%2025%20oktober.pdf>, accessed 18 October 2006).
27. Sackett L. Liquor and the law: Wiluna, Western Australia. In: Berndt RM, ed. *Aborigines and change: Australia in the '70s*. Canberra, Institute of Aboriginal Studies, 1977:90–99.

28. Mäkelä K. Differential effects of restricting the supply of alcohol: studies of a strike in Finnish liquor stores. *Journal of Drug Issues*, 1980, 10:131–144.
29. Anderson P, Baumberg B. *Alcohol in Europe: a public health perspective: report to the European Commission*. London, Institute of Alcohol Studies, 2006 (http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm, accessed 18 October 2006).
30. Single E et al. *Guidelines for estimating the costs of substance abuse*, 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 2003.
31. *Alcohol misuse: how much does it cost?* London, Strategy Unit, Cabinet Office, 2003 (<http://www.cabinetoffice.gov.uk/strategy/downloads/files/econ.pdf>, accessed 18 October 2006).
32. Room R, Rossow I. The share of violence attributable to drinking. *Journal of Substance Use*, 2001, 6:218–228.
33. Chisholm D et al. Reducing the global burden of hazardous alcohol use: a comparative cost-effectiveness analysis. *Journal of Studies on Alcohol*, 2004, 65:782–793.
34. Babor T et al. *Alcohol: no ordinary commodity. Research and Public Policy*. Oxford, Oxford University Press, 2003.
35. Gruenewald PJ et al. Alcohol prices, beverage quality, and the demand for alcohol: quality substitutions and price elasticities. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 2006, 30:96–105.
36. Chaloupka FJ. The effects of price on alcohol use, abuse, and their consequences. In: Bonnie RJ, O’Connell ME, eds. *Reducing underage drinking: a collective responsibility*. Washington, DC, National Academy Press, 2004:541–564.
37. Heeb JL et al. Changes in alcohol consumption following a reduction in the price of spirits: a natural experiment in Switzerland. *Addiction*, 2003, 98:1433–1446.
38. Cnossen S. *Alcohol taxation and regulation in the European Union*. Munich, CESifo Group, 2006 (http://www.cesifo.de/pls/guestci/download/CESifo%20Working%20Papers%202006/CESifo%20Working%20Papers%20October%202006/cesifo1_wp1821.pdf, accessed 18 October 2006).
39. Hastings G et al. Alcohol marketing and young peoples’ drinking: a review of the research. *Journal of Public Health Policy*, 2005, 26:296–311.
40. Stacy A et al. Exposure to televised alcohol ads and subsequent adolescent alcohol use. *American Journal of Health Behavior*, 2004, 28:498–509.
41. Snyder L et al. Effects of advertising exposure on drinking among youth. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 2006, 160:18–24.

42. Lovato C et al. *Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviours*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2003, (4):CD003439.
43. Hastings G et al. *Review of research on the effects of food promotion to children. Final report prepared for the Food Standards Agency*. Centre for Social Marketing, University of Strathclyde, 2003.
44. Hemphill TA. Harmonizing alcohol ads: another case for industry self-regulation. *Regulation*, Spring 1998:55–62.
45. Ayres I, Braithwaite J. *Responsive regulation: transcending the deregulation debate*. Oxford, Oxford University Press, 1992.
46. Delaney A, Diamantopolou K, Cameron M. *Strategic principles of drink-driving enforcement*. Clayton, Victoria, Monash University Accident Research Centre, 2006 (<http://www.monash.edu.au/muarc/reports/muarc249.pdf>, accessed 18 October 2006).
47. Foxcroft DR et al. Longer-term primary prevention for alcohol misuse in young people: a systematic review. *Addiction*, 2003, 98:397–411.
48. Holder HD. *Alcohol and the community: a systems approach to prevention*. Cambridge, Cambridge University Press, 1998.
49. Miller W, Weisner C, eds. *Changing substance abuse through health and social systems*. New York, NY, Kluwer Academic and Plenum Press, 2002.
50. *Reducing harm from use of alcohol: community responses*. New Delhi, WHO Regional Office for South-East Asia, 2006 (Alcohol Control Series, No. 5).
51. Whitlock EP et al. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 2004, 140:557–568.
52. Babor TF, Higgins-Biddle JC. Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health. *Addiction*, 2000, 95:677–686.
53. Heather N, ed. *WHO Project on Identification and Management of Alcohol-Related Problems: report on Phase IV*. Geneva, World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/substance_abuse/publications/identification_management_alcoholproblems_phaseiv.pdf, accessed 18 October 2006).
54. Roche A, Freeman T. Brief interventions: good in theory but weak in practice. *Drug and Alcohol Review*, 2004, 23:11–18.
55. Timko C et al. Long-term treatment careers and outcomes of previously untreated alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 1999, 60:437–447.

56. Finney JW, Hahn AC, Moos RH. The effectiveness of inpatient and outpatient treatment for alcohol abuse: the need to focus on mediators and moderators of setting effects. *Addiction*, 1996, 91:1773–1796.
57. Humphreys K. *Circles of recovery: self-help organizations for addictions*. Cambridge, Cambridge University Press, 2004.
58. Grant M, O'Connor J, eds. *Corporate social responsibility and alcohol: the need and potential for partnership*. New York, NY, Routledge, 2005.
59. Wallin E, Norström T, Andréasson S. Alcohol prevention targeting licensed premises: a study of effects on violence. *Journal of Studies on Alcohol*, 2003, 64:270–277.
60. Grieshaber-Otto J, Sinclair S, Schacter N. Impacts of international trade, services, and investment treaties on alcohol regulation. *Addiction*, 2000, 95(Suppl. 4):S491–S504.
61. Bloom J. *Public health, international trade, and the Framework Convention on Tobacco Control*. Washington, DC, Campaign for Tobacco-Free Kids, 2001 (<http://www.tobaccofreekids.org/campaign/global/framework/docs/Policy.pdf>, accessed 18 October 2006).
62. Priestley M. Is the GATS a threat to public services? Canberra, Parliamentary Library, Parliament of Australia, 2002 (<http://www.aph.gov.au/Library/pubs/rn/2001-02/02rn31.htm>, accessed 18 October 2006).
63. *General Agreement on Tariffs and Trade 1947*. Geneva, World Trade Organization, 1986 (http://www.wto.org/english/docs_e/legal_e/gatt47_e.pdf, accessed 18 October 2006).
64. Grieshaber-Otto J, Schacter N, Sinclair S. *Dangerous cocktail: international trade treaties, alcohol policy, and public health*. Agassiz, Cedar Isle Research, 2006.
65. Room R. International control of alcohol: alternative paths forward. *Drug and Alcohol Review*, 2006, 25:581–595.
66. World Bank Group. *World Bank Group note on alcoholic beverages: final note*. Washington, DC, World Bank Group, 2000 (R99-90/3, IFC/R99-77/3, MIGA/R99-28/3).
67. *Convention concerning the protection of wage*. Geneva, International Labour Organization, 1949 (<http://www.ilo.int/ilolex/english/recdisp1.htm>, accessed 18 October 2006).
68. *Management of alcohol- and drug-related issues in the workplace: an ILO code of practice*. Geneva, International Labour Organization, 1996 (<http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/cops/english/index.htm>, accessed 18 October 2006).

الملحق

ملخص معطيات منظمة الصحة العالمية بشأن عبء المرض المعزو إلى الكحول في عام ٢٠٠٢

الجدول ألف ١-١

الوفيات المعزوة إلى استهلاك الكحول في العالم عام ٢٠٠٢

| فئة المرض | عدد الوفيات (بالآلاف) | | النسبة المئوية للوقاية كنسبة من الوفيات المعزوة إلى فئة المرض الواردة في القائمة | |
|--|-----------------------|--------|--|--|
| | الذكور | الإناث | المجموع | النسبة المئوية للوقاية كنسبة من الوفيات المعزوة إلى فئة المرض الواردة في القائمة |
| الوفيات | | | | |
| حالات وفيات الأمومة والفترة المحيطة بالولادة (وزن الولادة المنخفض) | ١ | ١ | ٣ | ٠,١ |
| السرطان | ٣٦١ | ١٠٥ | ٤٦٦ | ١٩,٨ |
| السكري | صفر | ١ | ١ | ٠,٠ |
| الاضطرابات النفسية العصبية | ١٠٦ | ٢٥ | ١٣٠ | ٥,٥ |
| الأمراض القلبية الوعائية | ٤٥٢ | ٧٧ | ٥٢٨ | ٢٢,٤ |
| تشمع الكبد | ٢٩٣ | ٧٧ | ٣٧٠ | ١٥,٧ |
| الإصابات غير المتعمدة | ٥٠١ | ٩٦ | ٥٩٧ | ٢٥,٣ |
| الإصابات المتعمدة | ٢٢٠ | ٤٠ | ٢٦٠ | ١١,١ |
| مجموع «الآثار المضرة» المعزوة إلى الكحول | ١٩٣٤ | ٤٢١ | ٢٣٥٥ | ١٠٠,٠ |
| الوفيات التي تم تفاديها | | | | |
| السكري | ٨- | ٥- | ١٢- | ٥,٣ |
| الأمراض القلبية الوعائية | ٩٠- | ١٣٠- | ٢٢٠- | ٩٤,٧ |
| مجموع «الآثار النافعة» المعزوة إلى الكحول | ٩٨- | ١٣٥- | ٢٣٢- | ١٠٠,٠ |
| مجموع الوفيات المعزوة إلى الكحول | ١٨٣٦ | ٢٨٧ | ٢١٢٣ | ١٠٠,٠ |
| مجموع الوفيات | ٢٩٨٩١ | ٢٧١٣٨ | ٥٧٠٢٩ | |
| صافي الوفيات المعزوة إلى الكحول كنسبة مئوية من مجموع الوفيات | ٪٦,١ | ٪١,١ | ٪٣,٧ | |

الجدول ألف ١-٢

سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز (DALYs) والمعزوة إلى استهلاك الكحول في العالم في عام ٢٠٠٢

| النسبة المئوية لـ (DALYs) كنسبة من الـ (DALYs) المعزوة إلى فئات المرض الواردة في القائمة | | | عدد سنوات العمر (DALYs) (بالآلاف) | | | فئة المرض |
|--|--------|--------|-----------------------------------|--------|--------|--|
| المجموع | الإناث | الذكور | المجموع | الإناث | الذكور | |
| سنوات العمر (DALYs) المصححة | | | | | | |
| وفيات الأمومة وفترة ما حول الولادة (وزن الولادة المنخفض) | | | | | | |
| ٠,١ | ٠,٤ | ٠,١ | ٩٤ | ٤٢ | ٥٢ | |
| ٩,٠ | ١٢,٩ | ٨,٢ | ٦٠٥٤ | ١٤٦٠ | ٤٥٩٣ | السرطان |
| ٠,٠ | ٠,٢ | ٠,٠ | ٢٠ | ٢٠ | صفر | السكري |
| ٣٤,٣ | ٣٢,٩ | ٣٤,٦ | ٢٣١١٥ | ٣٧٢٢ | ١٩٣٩٣ | الاضطرابات النفسية العصبية |
| ٩,٨ | ٧,٨ | ١٠,٢ | ٦٥٩٨ | ٨٨٧ | ٥٧١١ | الأمراض القلبية الوعائية |
| ١٠,٢ | ١٣,٠ | ٩,٧ | ٦٨٨٣ | ١٤٦٨ | ٥٤١٥ | تشمع الكبد |
| ٢٥,٥ | ٢٣,٤ | ٢٥,٩ | ١٧١٤٦ | ٢٦٤٧ | ١٤٤٩٩ | الإصابات غير المتعمدة |
| ١١,٠ | ٩,٣ | ١١,٤ | ٧٤١٧ | ١٠٥١ | ٦٣٦٦ | الإصابات المتعمدة |
| ١٠٠,٠ | ١٠٠,٠ | ١٠٠,٠ | ٦٧٣٢٦ | ١١٢٩٧ | ٥٦٠٢٩ | مجموع «الآثار المضرة» المعزوة إلى الكحول |
| سنوات العمر (DALYs) التي تم تفاديها | | | | | | |
| ١٣,٣ | ٦,٧ | ٢١,٣ | ٣١٢- | ٨٦- | ٢٢٥- | السكري |
| ٨٦,٧ | ٩٣,٣ | ٧٨,٧ | ٢٠٣٩- | ١٢٠٥- | ٨٣٤- | الأمراض القلبية الوعائية |
| ١٠٠,٠ | ١٠٠,٠ | ١٠٠,٠ | ٢٣٥١- | ١٢٩١- | ١٠٥٩- | مجموع «الآثار النافعة» المعزوة إلى الكحول |
| ١٠٠,٠ | ١٠٠,٠ | ١٠٠,٠ | ٦٤٩٧٥ | ١٠٠٠٦ | ٥٤٩٧٠ | صافي سنوات العمر (DALYs) المعزوة إلى الكحول |
| | | | ١٤٩٠١٢٦ | ٧١٧٢١٣ | ٧٧٢٩١٢ | كل سنوات العمر (DALYs) |
| | | | ٪٤,٤ | ٪١,٤ | ٪٧,١ | صافي سنوات العمر (DALYs) المعزوة إلى الكحول كنسبة مئوية من مجموع سنوات العمر (DALYs) |

الجدول ألف: ١-٣

النسبة المئوية من مجموع الوفيات التي يمكن عزوها لاستهلاك الكحول في عامي ٢٠٠٠ و ٢٠٠٢ في أقاليم منظمة الصحة العالمية

| المجموع (%) | | الإناث (%) | | الذكور (%) | | إقليم المنظمة |
|-------------|------|------------|------|------------|------|-------------------------|
| ٢٠٠٢ | ٢٠٠٠ | ٢٠٠٢ | ٢٠٠٠ | ٢٠٠٢ | ٢٠٠٠ | |
| ٢.٢ | ٢.١ | ١.٠ | ٠.٩ | ٣.٤ | ٣.٣ | الإقليم الأفريقي |
| ٥.٤ | ٤.٨ | ١.٧ | ٠.٨ | ٨.٧ | ٢.٣ | إقليم الأمريكتين |
| ٢.١ | ١.٦ | ٠.٤ | ٠.٤ | ٣.٧ | ٢.٦ | إقليم جنوب شرق آسيا |
| ٦.٤ | ٥.٥ | ١.٧ | ٠.٦ | ١٠.٨ | ١٠.٢ | الإقليم الأوروبي |
| ٠.٥ | ٠.٤ | ٠.١ | ٠.١ | ٠.٨ | ٠.٦ | إقليم شرق المتوسط |
| ٥.٢ | ٤.٥ | ١.٥ | ٠.٧ | ٨.٥ | ٨.٠ | إقليم غرب المحيط الهادئ |
| ٣.٧ | ٣.٢ | ١.١ | ٠.٦ | ٦.١ | ٥.٦ | العالم |

المصدر: منظمة الصحة العالمية

يُعتبر عبء الأمراض التي يمكن عزوها إلى استهلاك الكحول عبئاً كبيراً بالفعل. وتمثل المشكلات التي يسببها تعاطي الكحول في مجال الصحة العمومية في العديد من البلدان عبئاً صحياً واقتصادياً واجتماعياً ضخماً. وقد أصبح الحدّ من العبء الممكن عزوه إلى الكحول أحد المجالات التي تحظى بالأولوية لدى دوائر الصحة العمومية على الصعيد الدولي. ويمكن الحدّ من الأضرار ذات الصلة بالكحول بتنفيذ استراتيجيات مُثبتة النجاح ذات صلة بالكحول، بما في ذلك على المستوى العالمي.

ويستعرض تقرير لجنة الخبراء التابعة لمنظمة الصحة العالمية العواقب الصحية والاجتماعية المترتبة على استهلاك الكحول وعبء الأمراض الممكن عزوها للكحول في إطار الأضرار المتصلة بالكحول والاتجاهات الحديثة في استهلاك الكحول على نطاق العالم كله. واستناداً إلى الاستعراضات الجارية للبيانات المتاحة، بما في ذلك أحدث المعطيات عن مساهمة استهلاك الكحول في عبء الأمراض العالمي، تقدم اللجنة عدة توصيات تشدو على دور المنظمة في تنسيق استجابة عالمية، والحاجة إلى إجراءات شاملة للحدّ من الأضرار المتصلة بالكحول من خلال آليات فعالة للعمل الدولي ودعم البلدان.

وتوصي اللجنة بمجموعة من الاستراتيجيات والخيارات في مجال السياسة العامة القائمة على أساس سليم من البيّنات ووثيق الصلة على الصعيد العالمي للحدّ من الأضرار المتصلة بالكحول، مع التشديد على أن تكييفها وتنفيذها على المستويين الوطني ودون الوطني ينبغي أن يراعي الأطر الثقافية والقانونية المحددة والوضع المحلي لمشكلات الكحول. كما توصي اللجنة بأن توفر المنظمة الدعم للحكومات، لاسيما في البلدان المتدنية والمتوسطة الدخل، في وضع وتنفيذ وتقييم السياسات وخطط العمل والبرامج الوطنية ودون الوطنية المرتكزة إلى البيّنات. وتنطوي الاستنتاجات التي توصلت إليها اللجنة وتوصياتها على مقتضيات هامة بالنسبة للتطورات المستقبلية في هذا الميدان.

ISBN 9789246209446



9 789246 209446