



World Health
Organization

AIZSARDZĪBA PRET PAKĻAUŠANU TABAKAS DŪMU IETEKMEI

Politikas rekomendācijas





Materiāla izdevējs ir Pasaules Veselības organizācija. Materiāls izdots 2007. gadā ar nosaukumu «Protection from exposure to second-hand tobacco smoke. Policy recommendations.»

Pasaules Veselības organizācijas ģenerāldirektors ir piešķīris izdevuma tulkošanas tiesības Valsts aģentūrai «Sabiedrības veselības aģentūra», kas ir pilnībā atbildīga par tulkojumu latviešu valodā.

ISBN 978-9984-9995-6-2
ISBN 978-9984-9995-7-9 (PDF)

© World Health Organization 2007

**Aizsardzība pret pakļaušanu
tabakas dūmu ietekmei.
Politikas rekomendācijas.**

Satura rādītājs

Kopsavilkums	2
I Nodaļa – Ievads	3
Vēsture un pamatojums	3
Rekomendāciju izstrāde	4
II Nodaļa – Problēma	4
Pasīvās smēķēšanas ietekme uz veselību	4
Pasīvās smēķēšanas apmēri, ietekmējot veselību	6
Ekonomiskie zaudējumi, ko rada pakļaušana pasīvajai smēķēšanai	7
III Nodaļa – Risinājums	7
Efektīvas aizsardzības stratēģija	7
No tabakas dūmiem brīvās vides ietekme uz veselību un tabakas lietošanu	10
Ekonomiskie ieguvumi, ieviešot no tabakas dūmiem brīvu vidi	12
IV Nodaļa – Pieredze un labā prakse	13
No tabakas dūmiem brīvās vides izveide jānosaka ar likumu, nevis ar brīvprātības politiku	14
Normatīvajiem aktiem jābūt vienkāršiem, skaidriem, realizējamiem un saprotamiem	15
Jāapsver, kurš jurisdikcijas līmenis nodrošinās vislielāko progresu	16
Opozīcijas prognozēšana	17
Pilsoniskās sabiedrības iesaistīšana	18
Izglītošana un konsultēšana, lai nodrošinātu netraucētu ieviešanu	18
Ieviešanas un realizēšanas plāna izstrāde un ieviešanas infrastruktūras nodrošināšana	19
Ieviešanas uzraudzība un, ideālā gadījumā, ietekmes novērtēšana un pieredzes dokumentēšana	19
V Nodaļa – Rekomendācijas	20
1. rekomendācija: no tabakas dūmiem 100% brīva vide, nevis ventilācija	20
2. rekomendācija: ar likumu nodrošināta vispārēja aizsardzība	20
3. rekomendācija: pareiza likumu ieviešana un adekvāta to realizēšana	20
4. rekomendācija: sabiedrības izglītošana, lai samazinātu pakļaušanu pasīvajai smēķēšanai mājās	21
VI Nodaļa – Pielikumi	22
VII Nodaļa – Atsauces	40

Kopsavilkums

Zinātniskie pētījumi liecina, ka nepastāv tāda vides tabakas dūmu ietekmes pakāpe, kuru varētu uzskatīt par nekaitīgu. Tabakas dūmi ir piesārņotājs, kas izraisa nopietnas slimības gan pieaugušajiem, gan bērniem. Ir neapstrīdami pierādīts, ka no tabakas dūmiem 100% brīvās vides ieviešana ir vienīgais veids, kā pasargāt iedzīvotājus no kaitīgās ietekmes, ko rada pakļaušana pasīvajai smēķēšanai.

Vairākas valstis un vairāki simti teritoriāli administratīvo un vietējo jurisdikciju ir veiksmīgi ieviesušas likumus, kas paredz 100% smēķēšanas aizliegumu darbavietu iekštelpās un sabiedriskajās vietās, realizēšanas procesā nesaskaroties ar nopietnām problēmām. Šo jurisdikciju pieredze nepārprotami liecina, ka no tabakas dūmiem brīvu vidi iespējams ieviest, bet tā pēc ieviešanas kļūst arvien populārāka. Šiem likumiem nav negatīvas ietekmes, un bieži vien tie pozitīvi ietekmē uzņēmumus, kas darbojas viesu apkalpošanas un citos sektoros. Tā rezultātā nekavējoties samazinās sirdslēkmju un elpceļu problēmu skaits, tādējādi radot pozitīvu ietekmi uz veselību.

Šī pieredze ietver vairākus noteiktus secinājumus, kurus politikas izstrādātājiem vajadzētu apsvērt, lai nodrošinātu sabiedriskās politikas veiksmīgu ieviešanu, kas efektīvi pasargātu iedzīvotājus no pasīvās smēķēšanas ietekmes:

1. Lai aizsargātu sabiedrības veselību, no tabakas dūmiem brīvās vides izveide jāparedz normatīvajos aktos, nevis jāatstāj to brīvprātīgās politikas ziņā.
2. Normatīvajiem aktiem jābūt vienkāršiem, skaidriem, realizējamiem un saprotamiem.
3. Svarīgi ir prognozēt un atbildēt nozares opozīcijai, kas bieži tiek mobilizēta, izmantojot trešās puses.
4. Lai normatīvie akti būtu efektīvi, galvenais ir iesaistīt pilsonisko sabiedrību.
5. Lai nodrošinātu netraucētu ieviešanu, jāveic izglītošana un konsultēšana.
6. Svarīgi izstrādāt ieviešanas un realizēšanas plānu, kā arī nodrošināt ieviešanas infrastruktūru.

7. No tabakas dūmiem brīvās vides ieviešana jāuzrauga un, ideālā gadījumā, jāvērtē tās ietekme un jādokumentē gūtā pieredze.

Ņemot vērā iepriekš minēto pieredzi, Pasaules Veselības organizācija (PVO) sniedz šādas rekomendācijas, lai pasargātu darbiniekus un sabiedrību no pakļaušanas pasīvajai smēķēšanai:

1. Jālikvidē piesārņotājs – tabakas dūmi – ieviešot no tabakas dūmiem 100% brīvu vidi. Šī ir vienīgā efektīvā stratēģija, kas var samazināt pakļaušanu pasīvajai smēķēšanai iekštelpās līdz drošam līmenim un sniegt pieņemamu aizsardzību pret draudiem, ko rada pakļaušana tabakas dūmu iedarbībai. Ventilācijas un smēķētāju zonu izmantošana, kas tiek ventilētas kopīgi ar nesmēķētāju zonām vai atsevišķi, nesamazina riska līmeni un nav ieteicama.
2. Jāievieš normatīvie akti, kas nosaka, ka visām iekštelpu darbavietām un sabiedriskajām vietām jābūt 100% brīvām no tabakas dūmiem. Likumiem jānodrošina vispārēja un vienlīdzīga aizsardzība visiem. Brīvprātīguma principi nav pieņemami, ja runa ir par aizsardzību. Noteiktos apstākļos vispārējas, efektīvas aizsardzības princips var noteikt, ka dažām ārpustelpu un šķietamajām ārpustelpu darbavietām jābūt brīvām no tabakas dūmiem.
3. Jāievieš un jārealizē likumi. Nepietiek tikai ar normatīvo aktu pieņemšanu, kas aizliedz smēķēšanu. To pareizai ieviešanai un adekvātai realizēšanai vajadzīgas relatīvi nelielas, bet svarīgas pūles un līdzekļi.
4. Jāīsteno izglītojoša stratēģija, lai mazinātu pakļaušanu pasīvajai smēķēšanai mājās, atzīstot, ka normatīvie akti, kas paredz izveidot no dūmiem brīvas darbavietas, palielina iespēju, ka cilvēki (gan smēķētāji, gan nesmēķētāji) brīvprātīgi atteiksies no smēķēšanas savās mājās.

PVO aicina dalībvalstis ievērot šīs rekomendācijas un izmantot gūtos secinājumus, ieviešot normatīvos aktus par 100% smēķēšanas aizliegumu darbavietās un sabiedriskajās vietās, lai sasniegtu mērķi – nodrošinātu sabiedrības veselību.

I NODAĻA – IEVADS

Vēsture un pamatojums

Pēdējo gadu laikā ir konstatēti jauni fakti, kas liecina par pasīvās smēķēšanas ietekmi uz veselību, ieguvumiem no tādas vides ieviešanas, kas brīva no tabakas dūmiem un labās prakses par smēķēšanas aizlieguma politikas ieviešanu. Svarīgi ir apkopot un izplatīt šos faktus, lai palielinātu lēmēju un sabiedrības veselības aizstāvju informētību par nepieciešamību izveidot no tabakas dūmiem brīvu vidi, lai pasargātu veselību, un iegūtu to piekrišanu un atzišanu. Tādēļ Pasaules Veselības organizācija (PVO) ir publicējusi šīs politikas rekomendācijas par aizsardzību no pakļaušanas pasīvajai smēķēšanai.

Balstoties uz pierādījumiem un plašiem jauniegūtajiem datiem, kas liecina, ka pasīvā smēķēšana izraisa nopietnas un nāvējošas slimības pieaugušajiem un bērniem, ir panākta skaidra zinātniski pamatota vienprātība par kaitīgo ietekmi, ko rada pakļaušana pasīvajai smēķēšanai. Vairākos nesen iesniegtos ziņojumos, tostarp 2004. gada Starptautiskās Vēža izpētes aģentūras (SVIA) monogrāfijā, 2005. gada ASV Kalifornijas Vides aizsardzības aģentūras (Cal/EPA) ziņojumā un 2006. gada ASV Veselības aizsardzības sistēmas vadītāja ziņojumā, šie pierādījumi ir aplūkoti, veicot skaidrus un vienprātīgus secinājumus par negatīvajām sekām, ko rada pakļaušana pasīvajai smēķēšanai. Šajos secinājumos izteikta stingra prasība novērst pakļaušanu pasīvajai smēķēšanai iekštelpās.

Ņemot vērā iegūtos pierādījumus, arvien lielāks skaits vietējo, administratīvi teritoriālo^a un valstu valdību visā pasaulē ievieš smēķēšanas aizlieguma politiku darbavietās un sabiedriskajās vietās, lai aizsargātu cilvēkus no pasīvās smēķēšanas draudiem. Jurisdikcijās, kurās ir ieviestas no tabakas dūmiem brīvas darbavietas un iestādes, ir novērots tūlītējs pasīvās smēķēšanas līmeņa kritums,

ieelpoto vides dūmu sastāvdaļu koncentrācijas samazināšanās iedzīvotāju vidū, kā arī nozīmīga un tūlītēja veselības uzlabošanās darbiniekiem, kas iepriekš bijuši pakļauti pasīvās smēķēšanas ietekmei.

Vienlaikus ir konstatēts, ka no tabakas dūmiem brīvā vide ļoti efektīvi darbojas kā tabakas kontroles politika, jo veicina smēķēšanas samazināšanu vai atmešanu, un samazina smēķēšanas uzsākšanas gadījumu skaitu. Turklāt smēķēšanas aizlieguma likumi pareizas ieviešanas gadījumā gūst lielu atbalstu un tiek labi ievēroti; tie piespiedu kārtā veido sabiedrībā viedokli, ka smēķēšana nav sociāli pieņemama.

Nesenie sasniegumi devuši iespēju panākt no tabakas dūmiem brīvās vides ieviešanu visā pasaulē un ir palielinājusies interese par tās veicināšanu. Attīstītajās un jaunattīstības valstīs, piemēram, Īrijā, Jaunzēlandē, Skotijā un Urugvajā, kā arī tādās teritorijās^b kā Bermuda, smēķēšanas aizliegums balstās uz likumu ieviešanu administratīvi teritoriālajā līmenī, kas tika aizsākta Ziemeļamerikā 1970-to gadu beigās. Kopš tā laika šajās zemēs gandrīz pilnībā ir izdevies ieviest likumus, kas aizsargā darbiniekus un sabiedrību no pasīvās smēķēšanas teju visās darbavietu iekštelpās un sabiedriskajās vietās (tostarp bāros un laimētavās), saņemot spēcīgu sabiedrības atbalstu. Arī citas valstis vēlas mācīties no to pieredzes.

Kopš 1970-tajiem gadiem tabakas ražošanas kompānijas uzskata smēķēšanas aizlieguma likumus par «līdz šim visbīstamāko pavērsienu, kas var ietekmēt tabakas nozares dzīvotspēju»¹. Tabakas nozare, parasti darbojoties ar frontes grupu palīdzību un izmantojot to atbalstu, enerģiski oponentē šādu likumu pieņemšanai un ieviešanai gan vietējā, gan administratīvi teritoriālajā un valstu līmenī. Tabakas ražošanas kompānijas turpina sagrozīt pierādījumus par pasīvās smēķēšanas ietekmi uz veselību un pat paziņo, ka PVO

a Administratīvi teritoriālais līmenis attiecas uz visām jurisdikcijām, izņemot valsts vietējā, pašvaldību un nacionālajā vai federālajā līmenī. Tas var ietvert štatus, provinces, kantonus, departamentus un līdzīgas jurisdikcijas.

b Teritorija ir ģeogrāfiska zona, skaidri nodalīta no PVO dalībvalsts, attiecībā uz kuru Apvienoto Nāciju Organizācija neveic pieņemumus par tās politisko vai administratīvo piederību.

ir secinājusi, ka pasīvā smēķēšana nav kaitīga. Patiesībā PVO nepārtraukti secina pretējo: pasīvā smēķēšana nogalina.

Visbeidzot saistības, ko uzliek PVO Vispārējā konvencija par tabakas kontroli (WHO FCTC), kuru ir parakstījušas vairāk nekā 140 PVO dalībvalstis un Eiropas Kopiena^c, paredz turpināt prasīt no PVO skaidrākas vadlīnijas par aizsardzību pret pasīvo smēķēšanu. WHO FCTC 8. pants *par aizsardzību pret pakļaušanu tabakas dūmiem* nosaka, ka pusēm «*Jāpieņem un jāievieš efektīvi juridiski, izpildāmi, administratīvi un/vai citādi pasākumi pašreizējā nacionālajā jurisdikcijā, kā to nosaka nacionālie likumi, un aktīvi jāveicina to pieņemšana un ieviešana citos jurisdikcijas līmeņos, nodrošinot aizsardzību pret pakļaušanu tabakas dūmiem iekštelpu darbavietās, sabiedriskajā transportā, iekštelpu sabiedriskajās vietās un vajadzības gadījumā citās sabiedriskās vietās*».²

2006. gada februārī WHO FCTC Dalībnieku konferencē tika nolemts piešķirt visaugstāko prioritāti 8. panta vadlīniju izstrādei un pieprasīt sanāksmes sekretariātam sākt darbu pie šo vadlīniju izstrādes. Konferencē tika pieņemta 8. panta izstrādāšanas veidne, kurā iekļauti vairāki vadlīniju izstrādes resursi, tajā skaitā šīs rekomendācijas.³

Īsumā šīs rekomendācijas ir atbilde uz neapstrīdamajiem draudiem, ko rada pakļaušana pasīvajai smēķēšanai, kā arī iespēja palīdzēt WHO FCTC ieviešanas procesā un sniegt ieteikumus pieaugošajam jurisdikciju skaitam, kas vēlas radīt no tabakas dūmiem brīvu vidi.

Rekomendāciju izstrāde

Ar PVO Sadarbības centra Tabakas kontroles uzraudzības un vērtēšanas jautājumos Džona Hopkinša Blumberga Sabiedriskās veselības skolas Globālās tabakas kontroles institūta atbalstu, PVO sasauca apspriedi Montevideo, Urugvajā 2005. gada novembrī. Tās mērķis bija aicināt ekspertus, lai apspriestu daudzos pasīvās smēķēšanas un no tabakas dūmiem brīvās vides aspektus. Šī

apspriede bija veltīta ietekmei uz veselību, ko rada pakļaušana ieelpotajiem vides dūmiem un pasīvajai smēķēšanai; pasīvās smēķēšanas ekonomiskajām izmaksām; no tabakas brīvās vides ietekmei uz tabakas patēriņu un uzņēmējdarbību; politikas izstrādei un ieviešanai, kā arī vajadzībām un pieejamajiem resursiem, kas ļauj īstenot progresu ceļā uz smēķēšanas pilnīgu aizliegumu.

Šīs politikas rekomendācijas ir daļēji balstītas uz Urugvajas apspriedē^d formulētajiem apsvērumiem, kurus papildinājusi un pārskatījusi plašāka ekspertu grupa no visiem PVO reģioniem vairākās disciplīnās (1. pielikums – Dalībnieku un novērotāju saraksts, kas piedalījās ekspertu apspriedē par politikas rekomendācijām attiecībā uz vidē esošajiem tabakas dūmiem, Montevideo, Urugvajā), tostarp PVO Sadarbības centrs tabakas kontroles veikšanas jautājumos Kalifornijas universitātē, Sanfrancisko.

Rekomendāciju mērķis ir izskaidrot PVO dalībvalstīm zinātniskos aspektus jautājumā par pakļaušanu pasīvajai smēķēšanai, veselības un ekonomikas ieguvumus no smēķēšanas aizlieguma likumiem, kas paredz no tabakas dūmiem brīvās vides izveidi, un palīdzēt lēmumu pieņēmējiem izstrādāt un ieviest uz pierādījumiem balstītu un realizējamu smēķēšanas aizlieguma politiku.

II NODAĻA – PROBLĒMA

Pasīvās smēķēšanas ietekme uz veselību

Vides tabakas dūmi sastāv no cigarešu vai citu tabakas produktu degošo galu dūmiem, kā arī no smēķētāja izelpotajiem dūmiem. Šie tabakas dūmi satur tūkstošiem zināmu ķīmisku vielu, no kurām vismaz 250 ir kancerogēnas vai citādi indīgas.⁴

Pierādījumi par negatīvo ietekmi uz veselību, ko rada pakļaušana pasīvajai smēķēšanai, tiek vākti

c 147 dalībnieki 2007. gada 1. jūnijā.

d Piedalīšanās Urugvajas apspriedē vien nenozīmē rekomendāciju apstiprināšanu.

apmēram 50 gadus. Pirmie pētījumi, kas tika veikti 20. gadsimta 50-tajos un 60-tajos gados, aplūkoja pasīvās smēķēšanas ietekmi uz bērniem un mātes smēķēšanas ietekmi uz embriju.^{5, 6, 7} Tā kā turpmākajās desmitgadēs tika veikti arvien jauni pētījumi, kas saistīja pakļaušanu pasīvajai smēķēšanai ar dažādām nopietnām bērnu un pieaugušo slimībām, ir panākta skaidra zinātniski pamatota vienprātība jautājumā par ietekmi, ko rada pakļaušana pasīvajai smēķēšanai.

PVO, SVIA, ASV Veselības aizsardzības sistēmas vadītājs, ASV Vides aizsardzības aģentūra (EPA), Cal/EPA un vairākas zinātnes un medicīnas ekspertu iestādes visā pasaulē ir dokumentējušas pasīvās smēķēšanas kaitīgo ietekmi uz elpceļu un asinsrites sistēmām, tās kancerogēno lomu pieaugušo vidū un tās ietekmi uz bērnu veselību un attīstību.^{8, 9, 10, 11, 12, 13} SVIA pētījumam par vēža attīstību pasīvajiem smēķētājiem, kas tika publicēts 2004. gada monogrāfijā, sekoja jauni visaptveroši pārskati par pasīvās smēķēšanas ietekmi uz veselību, kurus 2005. gada izdeva Cal/EPA¹⁴ un 2006. gadā – ASV Veselības aizsardzības sistēmas vadītājs¹⁵. Pierādījumu uzkrāšanās hronoloģija un Cal/EPA un ASV Veselības aizsardzības sistēmas vadītāja neseno veikto apskatu secinājumu kopsavilkums ir sniegts 2. un 3. pielikumā.

Ietekme uz pieaugušajiem

Koronārā sirds slimība (KSS). Pētījumi, kas veikti, aptverot plašu ģeogrāfisko platību un dažādu rasu cilvēkus, pārliecinoši pierāda, ka pasīvā smēķēšana izraisa dažādas sirds un asinsvadu slimības. Pakļaušana pasīvajai smēķēšanai dažu minūšu laikā izraisa akūtu negatīvu ietekmi uz asins lipīdiem, asins sarecēšanas sistēmām (trombocītiem) un artēriju sienīņu funkciju. Vairākos gadījumos šī ietekme ir gandrīz tikpat liela, kā aktīvajiem smēķētājiem.^{14, 15, 16}

Veselības aģentūras, tostarp Amerikas Sirds asociācijas¹⁷, ASV Veselības aizsardzības sistēmas vadītāja,¹⁵ Cal/EPA¹⁴ un Apvienotās Karalistes Zinātniskās komitejas jautājumos par tabaku un veselību¹⁸, uzskata, ka pakļaušana pasīvajai smēķēšanai

izraisa sirds slimības un palielina nāves gadījumu risku, ko rada sirds slimības, par apmēram 30%. Neseno iegūti pierādījumi liek domāt, ka ietekme varētu būt divreiz lielāka.¹⁹

Plaušu vēzis. Pakļaušanu pasīvajai smēķēšanai ļoti daudzos pētījumos visā pasaulē saista ar plaušu vēzi, sākot ar pētījumiem, kas veikti 1981. gadā un liecina par palielinātu risku saslimt ar plaušu vēzi nesmēķējošām sievietēm, kas ir precējušās ar smēķētājiem.^{20, 21} SVIA, ASV Veselības aizsardzības sistēmas vadītājs un ASV EPA, kā arī vairākas citas zinātniskas iestādes visā pasaulē ir secinājušas, ka pasīvā smēķēšana izraisa plaušu vēzi nesmēķētājiem.^{9, 10, 11, 12, 13, 14, 15}

Krūts vēzis. 2005. gada Cal/EPA atskaitē, kas tika izstrādāta kā daļa no procesa, kura rezultātā valsts atzina pasīvo smēķēšanu par «indīgu gaisa piesārņotāju», norādīts, ka 13 no 14 veiktajiem pētījumiem, kas ietvēra datus par pirmsmenopauzes statusu pretstatā pēcmenopauzes statusam, palielināts krūts vēža risks jaunām sievietēm pārsvarā tika konstatēts pirmsmenopauzes vecumā. Tas ļāva secināt, ka pakļaušana pasīvajai smēķēšanai krūts vēža risku šajā grupā palielina par 70%. Balstoties uz šo novērojumu, kā arī pašreizējām zināšanām par krūts vēža bioloģiju un faktu, ka vides tabakas dūmos atrodamas 20 zināmas kancerogēnas vielas, kas izraisījušas konstatējamus ģenētiskus sieviešu krūšu bojājumus, Cal/EPA secināja, ka pasīvā smēķēšana izraisa krūts vēzi jaunām sievietēm pārsvarā pirmsmenopauzes vecumā.^{14, e} ASV Veselības aizsardzības sistēmas vadītāja atskaitē minēti pierādījumi, kas liek domāt, ka starp pasīvās smēķēšanas dūmiem un krūts vēzi pastāv cēloņsakarība.¹⁵

Elpceļu problēmu simptomi un slimības. Dati liecina, ka pakļaušana pasīvajai smēķēšanai ietekmē hronisku elpceļu problēmu simptomu veidošanos un rada izmērāmu plaušu funkcijas pavājināšanos.¹⁴ Pasīvā smēķēšana arī izraisa un saasina astmu pieaugušajiem.¹⁴

e Cal/EPA secināja, ka pierādījumi par pasīvās smēķēšanas ietekmi uz krūts vēzi sievietēm pēcmenopauzes vecumā ir nepārliecinoši.

Ietekme uz bērniem

Elpceļu slimības un to simptomi. Gan mātes, gan tēva smēķēšana izraisa apakšējo elpceļu slimības, piemēram, bronhītu un pneimoniju, it īpaši pirmā dzīves gada laikā.^{15, 22, 23} Vairākos pētījumos konstatēta biežāka visizplatītāko elpceļu problēmu simptomu – klepus, gļotu un aizdusas – parādīšanās bērniem un smēķētājiem.^{24, 25} Vislielākais risks konstatēts mājsaimniecībās, kurās smēķē abi vecāki.

Astma. Pakļaušana pasīvajai smēķēšanai saasina astmu un izraisa tās sākšanos bērniem (arī pieaugušajiem, kā norādīts iepriekš).^{14, 26, 27} Bērniem-astmātiķiem, kas pakļauti pasīvai smēķēšanai mājās, palielinās neatliekamās palīdzības punkta apmeklējumu skaits un medikamentu lietošana.^{28, 29}

Plaušu augšana un attīstīšanās. Kopš ASV Veselības aizsardzības sistēmas vadītājs 1986. gadā secināja, ka pasīvā smēķēšana kavē plaušu augšanu bērībā, ir parādījušies arvien jauni pierādījumi, kas apstiprina šo secinājumu.^{11, 15, 30, 31} Šī ietekme tiek saistīta gan ar mātes smēķēšanu grūtniecības laikā, gan pakļaušanu pasīvajai smēķēšanai pēc dzimšanas.

Vidusauss iekaisums (otitis media). Pakļaušana pasīvajai smēķēšanai izraisa bieži sastopamu bērnu slimību – vidusauss iekaisumu, kuras dēļ bieži nākas apmeklēt ārstu, un neārstēšanas gadījumā var izraisīt dzirdes pasliktināšanos.^{13, 15, 32}

Pirmsdzemdību un pēcdzemdību ietekme

Nesmēķējošu sieviešu pakļaušana pasīvajai smēķēšanai grūtniecības laikā izraisa mazu jaundzimušā svaru un priekšlaicīgas dzemdības.^{14, 33, 34, 35} Pakļaušana pasīvajai smēķēšanai arī izraisa zīdaiņu pēkšņās nāves sindromu (ZPNS).^{15, 36} Cita veida pirmsdzemdību ietekme, kas var būt saistīta ar pakļaušanu pasīvajai smēķēšanai, ir embrija augšanas palēnināšanās un spontānie aborti.^{14, 37}

Pasīvās smēķēšanas apmēri, ietekmējot veselību

Pakļaušana pasīvajai smēķēšanai ir plaši izplatīta lielākajā daļā valstu, pat veselības aprūpes iestādēs un mediķu vidū. Globālās jauniešu tabakas aptaujas (GJTA) dati liecina, ka pakļaušana pasīvajai smēķēšanai ir ierasta jauniešu vidū. Pētījumos, kas tika veikti no 1999. gada līdz 2006. gadam 132 valstīs, un kuros tika iesaistīti skolēni vecuma grupā no 13 līdz 15 gadiem, tika konstatēts, ka septiņas dienas pirms pētījuma veikšanas 44% pusaudžu ir bijuši pakļauti pasīvajai smēķēšanai mājās un 56% sabiedriskās vietās.³⁸ Pētījumā, kurā tika iesaistīti Meksikas Nacionālā veselības institūta darbinieki, tika konstatēts, ka 91% ir bijuši pakļauti tabakas dūmu ietekmei.³⁹ Pētījumā, kurā tika iesaistīti profesionālo veselības skolu trešā kursa studenti 10 valstīs, pakļaušana pasīvajai smēķēšanai mājās svārstījās no 30% gadījumu Ugandā līdz 87% gadījumu Albānijā, bet pakļaušana pasīvajai smēķēšanai sabiedriskajās vietās svārstījās no 53% gadījumu Ugandā līdz 98% gadījumu Serbijā.⁴⁰

Pakļaušana tabakas dūmiem ASV ir ievērojami samazinājusies pēdējo gadu laikā, taču 2006. gada ASV Veselības aizsardzības sistēmas vadītāja atskaitē iekļautie pētījumi par kotinīnu (nikotīna blakusproduktu) liecina, ka vairāk nekā 40% nesmēķējošo pieaugušo un gandrīz 60% bērnu vecumā no 3 līdz 11 gadiem joprojām tiek pakļauti pasīvajai smēķēšanai.¹⁵

Divos nesenajos pētījumos, kas veikti dažādās telpās 39 attīstītās un jaunattīstības valstīs, lielākajā daļā telpu tika konstatēti apkārtējās vides tabakas dūmi.^{41, 42} Septiņās Latīņamerikas valstīs apkārtējās vides tabakas dūmi (izmērīts apkārt esošais nikotīna daudzums) tika konstatēti 94% no apsekotajām telpām, tostarp slimnīcās, skolās un valdības ēkās.⁴¹ Pētījumā, kurā tika salīdzināts sīku daļiņu daudzums iekštelpās, kurās cilvēki smēķējuši un tajās, kurās netika novērota smēķēšana, tika konstatēts, ka no 32 apsekotajām valstīm tikai divās valstīs, kurās ir spēkā vispārējā valsts tīrā gaisa politika – Īrijā un Jaunzēlandē – ir pieņemams iekštelpu gaisa kvalitātes līmenis.^{42, 43}

Plaši izplatītajai pakļaušanai pasīvajai smēķēšanai ir ievērojama ietekme uz iedzīvotāju veselību. Piemēram, Cal/EPA aprēķinājis, ka ASV pasīvā smēķēšana katru gadu izraisa 3400 plaušu vēža nāves gadījumus un 23 000 līdz 70 000 sirds slimību nāves gadījumus. Aprēķināts, ka attiecībā uz bērniem pasīvā smēķēšana valstī katru gadu izraisa 430 ZPNS gadījumus, 24 500 maza dzimšanas svara gadījumus, 71 900 priekšlaicīgas dzemdības, 200 000 astmas gadījumus un 790 000 ārsta apmeklējumus saistībā ar vidusauss iekaisumu.^{13,44} Aprēķini par pasīvās smēķēšanas izraisītajiem nāves gadījumiem ir pieejami par vismaz 27 citām valstīm.^{45, 46, 47, 48, 49}

Ekonomiskie zaudējumi, ko rada pakļaušana pasīvajai smēķēšanai

Pakļaušana pasīvajai smēķēšanai rada ekonomiskos zaudējumus atsevišķām personām, uzņēmumiem un visai sabiedrībai. Šie zaudējumi pārsvarā ietver tiešās un netiešās medicīniskās izmaksas un produktivitātes zudumu. Turklāt darbavietās, kurās atļauta smēķēšana, ir augstākas remonta un tīrīšanas izmaksas, palielināts ugunsgrēka rašanās risks, līdz ar to tām var piemērot augstākas apdrošināšanas iemaksas.⁵⁰

Izmaksas, ko rada pakļaušana pasīvajai smēķēšanai, ir aprēķinātas Austrālijā, Kanādā, Honkongas speciālajā administratīvajā reģionā (Honkongas SAR), Īrijā, Apvienotajā Karalistē un ASV.⁵¹ Konkrēti izmaksu aprēķini atšķiras atkarībā no pētījumos iekļautajiem faktoriem. Taču visos gadījumos šīs izmaksas ir ievērojamas.

Nesenā ASV Statistikas pārvaldes veiktā pētījumā aprēķināts, ka pakļaušana pasīvajai smēķēšanai katru gadu ASV rada vairāk nekā USD 5 miljardus tiešo medicīnisko izmaksu un vairāk nekā USD 5 miljardus netiešo medicīnisko izmaksu (piemēram, darbnespēja, neizmaksātas algas un ar to saistīti ieguvumi).⁵² Aprēķināts, ka Honkongas SAR ikgadējās tiešās medicīniskās izmaksas, ilgstoša aprūpe un produktivitātes zudums, ko rada pakļaušana pasīvajai smēķēšanai, sastāda USD 156 miljonus.⁵³

III NODAĻA – RISINĀJUMS

Efektīvas aizsardzības stratēģija

No tabakas dūmiem 100% brīvas iekštelpu zonas

Nepastāv tāda vides tabakas dūmu ietekmes pakāpe, kuru varētu uzskatīt par nekaitīgu.^{14, 15, 54} Tādēļ smēķēšanas aizliegšana iekšelpās ir vienīgais zinātniski pamatotais līdzeklis, kas atbilstoši aizsargā iedzīvotāju veselību no pasīvās smēķēšanas bīstamās ietekmes. Ieviešot no cigarešu dūmiem brīvās vides politiku, iespējams aizsargāt iedzīvotāju veselību, kā arī uzlabot to, pateicoties vides tabakas dūmu ietekmes samazināšanai. Tā ir arī ekonomiski ļoti izdevīga, it īpaši salīdzinājumā ar neefektīvajām «alternatīvām», ko, izmantojot trešās puses, piedāvā tabakas nozares pārstāvji, proti:⁵⁵

- smēķētāju un nesmēķētāju zonu nodalīšana vienā telpā;
- pastiprināta ventilācija un gaisa filtrācija kopā ar «speciālām smēķēšanas zonām».

Neefektīvas «alternatīvas»

Smēķētāju un nesmēķētāju zonu nodalīšana vienā telpā. Nodalot smēķētāju un nesmēķētāju zonas vienā telpā, kurā nav nekādu barjeru visā telpas augstumā, nesmēķētāju pakļaušana pasīvajai smēķēšanai netiek novērsta un daudzos gadījumos pat netiek samazināta.^{56, 57, 58, 59, 60} Nesmēķētāju pakļaušana tabakas dūmu ietekmei šādās atklātās telpās ļoti atšķiras atkarībā no vietējiem gaisa plūsmas režīmiem, tabakas dūmu koncentrācijas pakāpes, attāluma starp smēķētājiem un nesmēķētājiem, kā arī smēķēšanas intensitātes un citiem faktoriem. Apsildes, ventilācijas un gaisa kondicionēšanas sistēmas, atkarībā no konstrukcijas, gandrīz vienmēr veic gaisa cirkulāciju no piesmēķētās zonas uz nesmēķētāju zonām. Pētījumā par apkārtējā gaisā esošo nikotīna daudzumu (vides tabakas dūmu koncentrācijas rādītājs) Latīņamerikā dažās telpās konstatētais nikotīna daudzums nesmēķētāju zonās bija lielāks nekā blakus esošajās smēķētāju zonās.⁴¹ Turklāt pētījumi, kuros tika iesaistīti nesmēķētāju zonās strādājošie, liecina, ka

darbinieku pakļaušana pasīvajai smēķēšanai var būt tikpat liela kā smēķētāju zonās strādājošajiem.^{61, 62}

Pastiprināta ventilācija un gaisa filtrācija līdz ar «speciālām smēķēšanas zonām». Ne ventilācija, ne gaisa filtrācija atsevišķi vai kopā nespēj samazināt pakļaušanu tabakas dūmiem iekšelpās līdz pieņemamam līmenim, pat ja runa ir par smaržas vai veselības kaitējuma samazināšanos.^{63, 64} Palielinot ventilācijas jaudu, tiek samazināta iekšelpās esošo piesārņotāju (tostarp – tabakas dūmu) koncentrācija. Tabakas dūmu smarža pati par sevi nav gaisā esošo toksīnu līmeņa rādītājs, jo arī bez spēcīgi jūtamas tabakas smaržas toksīnu līmenis gaisā var būt augsts. Tomēr – lai likvidētu tikai smaržu, būtu jāizmanto ventilācijas jauda, kas 100 reizes pārsniedz ierastos standartus.⁶³ Toksīnu likvidēšanai, kas vienīgā spēj garantēt veselībai drošu vidi, būtu jāizmanto vēl lielāka ventilācijas jauda. Šāda līmeņa ventilācija nav ne praktiski īstenojama, ne ekonomiski iespējama. Lai likvidētu gaisā esošos vides tabakas dūmu toksīnus, būtu nepieciešama tik liela gaisa apmaiņa, ka tā kļūtu nepraktiska, neērta un ekonomiski nepieejama.⁶⁵

Tāpat arī centrālās un lokālās gaisa attīrīšanas ierīces nespēj samazināt iekšelpu gaisā esošos tabakas dūmu toksīnus līdz drošam līmenim. Šo ierīču veiktspēja parasti ar laiku mazinās, tām jāveic īpaša un dārga apkope, un tās pat var kļūt par iekšelpu gaisa piesārņojuma avotu. Tabakas nozares un tās sabiedroto ieteiktās tiešās plūsmas ventilācijas sistēmas neveic gaisa recirkulāciju, un tādēļ to darbināšana izmaksā daudz dārgāk, jo āra gaiss ir nepārtraukti jāsilda vai jāatdzesē. Tādēļ šīs sistēmas nesamazina tabakas dūmu koncentrāciju gaisā līdz drošam līmenim.^{66, 67}

Neraugoties uz tabakas nozares spiedienu vairāku desmitgažu garumā,⁶⁸ Amerikas Apsildes, dzesēšanas un gaisa kondicionētāju inženieru asociācija (ASHRAE), kas ir ASV vadošā ventilācijas standartu noteicēja, vairs nesniedz rekomendējamus ventilācijas standartus attiecībā uz telpā esošajiem

tabakas dūmiem. 2005. gada dokumentā par savu nostāju *apkārtējās vides tabakas dūmu jautājumā*^f, ASHARE secina: «Smēķēšanas aizliegums šobrīd ir vienīgais veids, kā efektīvi novērst risku veselībai, ko rada pakļaušana tabakas dūmu iedarbībai iekšelpās.»⁵⁹ Šajā dokumentā arī teikts: «ASHRAE uzdevums ir darboties sabiedrības interesēs, tādēļ tā aicina novērst smēķēšanu iekšelpās, kas ir optimāls veids, kā samazināt pakļaušanu apkārtējās vides tabakas dūmiem.»

Starptautiskā standartizācijas organizācija (ISO) izstrādā ieteikuma projektu standartam ISO 16814 par ventilāciju un tabakas dūmiem, ko sagatavojusi Tehniskā komiteja ISO/TC 205 vides dizaina izstrādes jautājumos. Taču politikas izstrādātājiem jāapzinās, ka ISO standartu izstrādi ievērojami ietekmē agrāk īstenotā tabakas nozares lobiju darbība.⁶⁸ Lai gan pašreizējā ISO 16814 projektā atzīts, ka «nekāda reāli iespējama ventilācijas un filtrācijas kombinācija neradīs drošu vidi vietā, kur ir atļauts smēķēt»⁷⁰, tas rada ilūziju, ka ventilācija var novērst gaisa cirkulāciju vai virzību no smēķētāju uz nesmēķētāju zonām. Vislabākie šobrīd pieejamie zinātniskie pierādījumi par ventilāciju un pasīvo smēķēšanu ir atspoguļoti 2005. gada ASHRAE nostājas dokumentā, nevis pašreizējā ISO 16814 standarta projektā.

Dažās jurisdikcijās tiek atbalstīta tabakas industrijas ierosinātā ventilācijas izmantošana noteiktu veidu telpās, it īpaši bāros un restorānos – smēķētāju zonu nodalīšanu no nesmēķētāju zonām ar fiziskām barjerām un atsevišķām ventilācijas sistēmām. Tā dēvētās «smēķēšanai paredzētās telpas», kas ir apgādātas ar piesārņotā gaisa nosūces sistēmu bez izvadītā gaisa recirkulācijas, un kurās tiek veidots negatīvs spiediens salīdzinājumā ar blakus esošajām telpām, ir īpaši konstruētas, lai sniegtu labu aizsardzības līmeni. Spriežot pēc publikācijām, smēķēšana tai paredzētās telpās var samazināt otrreizējo tabakas dūmu koncentrāciju, taču likvidēt pilnībā to nevar. Turklāt smēķēšanai paredzētās telpas nenovērš nesmēķētāju pakļaušanu pasīvajai smēķēšanai blakus esošajās telpās,^{71, 72} nepasargā darbiniekus, kas tajās strādā,

f Cal/EPA savā atskaitē izmantojusi terminu «apkārt esošie tabakas dūmi». PVO dod priekšroku terminam «otrrreizējie tabakas dūmi» vai «pasīvā smēķēšana». Visi trīs termini ir sinonīmi.

un var pastiprināt vides tabakas dūmu ietekmi uz pašiem smēķētājiem, tādējādi radot papildu draudus viņu veselībai.⁷³ Piemēram, durvis uz smēķēšanai paredzēto telpu var darboties kā sūknis, kas, cilvēkiem ienākot un izejot no šīs telpas, izvada tabakas dūmus.

Smēķēšanai paredzēto telpu izveide ir arī sarežģīta un dārga (1. tabula). Ieviešanas procesā radušos problēmu rezultātā dažās jurisdikcijās, kurās bija izveidotās smēķēšanai paredzētas telpas, vēlāk tika veikti grozījumi likumā, lai tās pilnīgi aizliegtu.⁷⁴ Tendence izveidot smēķēšanai paredzētās telpas viesu apkalpošanas nozarē rada īpašas bažas par darbinieku veselību, jo tā darbinieki lielā mērā tiek pakļauti pasīvajai smēķēšanai. Turklāt – atļaujot vai, sliktākā gadījumā, pieprasot izveidot smēķēšanai paredzētas telpas, uzņēmumi tiks spiesti investēt līdzekļus dārgajās un neefektīvajās ventilācijas sistēmās, tādējādi diskreditējot nākotnes ieceri par normatīvajiem aktiem, kas paredz 100% bezdūmu vides izveidi.⁹

Ārpustelpu un šķietamā ārpustelpu vide

Pētījums, ko veica un pārskatīja Cal/EPA, lai apsvērtu savu lēmumu atzīt tabakas dūmus par indīgu gaisa piesārņotāju, liecina, ka vides tabakas dūmu koncentrācija ārpus telpām var sasniegt ievērojamu pakāpi – līdz pat iekštelpās novērotajam līmenim, atkarībā no izsmēķēto cigarešu skaita, blakus esošo sienu atrašanās vietas un laika apstākļiem, piemēram, vēja ātruma un virziena.¹⁴ Tomēr kopumā tabakas dūmu līmenis ārpus telpām ir zemāks nekā iekštelpās, kurās atļauts smēķēt.

Piemēram, vidējā gaisā esošā nikotīna koncentrācija blakus ārpus telpām esošajai smēķēšanas zonai atrakciju parkā ($2,4 \mu\text{g}/\text{m}^3$) bija vienāda ar koncentrāciju smēķētāju māju iekštelpās, kurās nedēļā tiek izsmēķētas 50 vai mazāk cigaretes ($<3 \mu\text{g}/\text{m}^3$). Tādēļ pakļaušana tabakas dūmiem

1. tabula. **Kādēļ nevar atsevišķi ventilēt smēķēšanai paredzētās telpas?**

- Smēķēšanai paredzētās telpas ir ļoti grūti norobežot – to izveidošana un uzturēšana ir dārga, turklāt tās bieži nav celtas vai uzturētas atbilstoši specifikācijām un var pakļaut smēķētājus un darbiniekus koncentrētiem vides tabakas dūmiem.
- Gaisa filtrēšanas un ventilācijas sistēmas pat tad, ja tās ir neatkarīgas no ventilācijas sistēmām nesmēķētāju zonās, spēj nodrošināt tikai komfortu, bet nevar efektīvi aizsargāt veselību un likvidēt toksīnus.
- Teorētiski ar likumu var noteikt, ka darbiniekiem nedrīkst pieprasīt strādāt smēķēšanai paredzētajās telpās, bet praksē vadītāji mēdz piespiest darbiniekus apkalpot klientus šajās zonās, lai viņiem izdabātu.
- Smēķēšanai paredzēto telpu durvistiek nepārtraukti atvērtas, lai nodrošinātu apkalpošanu šajā zonā, un var pat tikt atstātas atvērtas, jo telpas kļūst pārāk piesmēķētas (daži smēķētāji atsakās tās izmantot). Ievērojams daudzums vides tabakas dūmu piesārņo nesmēķētāju zonas caur atvērtām smēķēšanai paredzēto telpu durvīm.
- Smēķēšanai paredzētās telpas rada ievērojamas izmaksas un apgrūtina attiecīgiem dienestiem likuma ieviešanu.

Avots: Ontārio kampaņas Darbībai pret tabaku materiāli

ārpus telpām var būt ievērojama tai ļaunū grupai, kuri pavada daudz laika ārpus telpām vietās, kur ir tabakas dūmi, piemēram, oficiantiem segtos vai daļēji segtos iekšpagalmos, kuros ir atļauts smēķēt, kā arī apsardzes darbiniekiem un durvju sargiem.

⁹ Savā uzrunā Ņujorkas pilsētas domes Veselības komitejai Ņujorkas pilsētas mērs Maikls Blumbergs atsaucās uz problēmām, ko radījuši normatīvie akti, paredzot ventilācijas sistēmu uzstādīšanu: «Citu pilsētu un štatu pieredze šādu ventilācijas sistēmu pieprasīšanā arī ir pamācoša. Kad šo jurisdikciju likumdevēji bija sapratuši, ka ventilācijas sistēmas nav atrisinājušas vides tabakas dūmu likvidēšanas problēmu tie ierosinājuši veikt jaunus pasākumus. Kāds ir bijis rezultāts? Uzņēmumu īpašnieki daļēji pamatoti protestēja, ka nauda, ko valdība aicinājusi investēt ventilācijas sistēmās, ir lieki iztērēta.» Ņujorkas pilsētas mēra Maikla R. Blumberga uzruna Ņujorkas pilsētas domes Veselības komitejai 256. apakšnodalā saistībā ar Smēķēšanas aizliegumu sabiedriskajās vietās un darbavietās. Ceturtdiena, 2002. gada 10. oktobris, Ņujorkas pilsētas dome, Ņujorka. (<http://www.nyc.gov/html/doh/html/testi/testi1010-bloomberg.shtml>, piekļuve veikta 2007. gada 26. februārī).

Dažās vietās un iestādēs^{75, 76} ir aizliegts smēķēt ārpus telpām, piemēram, pludmalēs,^{77, 78} ārpus telpu stadionos,⁷⁹ iekšpagalmos (segotos vai ārpus telpu)⁸⁰ vai noteiktā attālumā no ēku ieejas durvīm.⁸¹ Bieži vien šādi lēmumi tiek pieņemti, reaģējot uz sabiedrības pieprasījumu, kad smēķēšana tiek aizliegta iekštelpās.

Problēmas var rasties, ja smēķēt ir atļauts ārpus telpām, kas atrodas tieši blakus iekštelpām vai ir ar tām savienotas (piemēram, iekšpagalmi). Tāpat gadījumos, kad ir atvērtas durvis un logi vai gaisa ieplūdes atveres. Smēķēšana var būt problemātiska arī «šķietamajā ārpustelpu» vidē, kas ir plaši izplatīta valstīs ar siltu klimatu, un kurās bieži vien netiek ierīkotas cietas konstrukcijas, kas skaidri norobežo iekštelpas un zonu ārpus telpām. Visbiežāk ir sastopamas šādas problēmas:

- Dūmu iekļūšana iekštelpās no smēķēšanas zonām ārpus telpām caur atvērtām durvīm un logiem. Īrijā veiktā pētījumā tika atklāts, ka pakļaušana tabakas dūmiem viesu apkalpošanas sektorā ir ievērojami samazinājusies pēc tam, kad tika ieviests smēķēšanas aizlieguma likums. Tāpat tika konstatēts, ka bāros ar smēķēšanai paredzētajām zonām ārpus telpām bija ievērojami lielāka gaisā esošā nikotīna koncentrācija salīdzinājumā ar bāriem bez smēķēšanai paredzētām zonām ārpus telpām.⁸²
- Grūtības atšķirt iekštelpu un ārpustelpu zonas, lai ieviestu un realizētu likumu.^{83, 84, 85, 86} Piemēram, uzņēmumu īpašnieki var izbūvēt segtus iekšpagalmus, daļēji slēgtas teltis vai līdzīgas telpas, lai apietu iekštelpu smēķēšanas ierobežojumus.
- Atļaujot smēķēt šķietamajās ārpustelpu zonās, kurās cilvēkiem jāstrādā, viņi var tikt pakļauti ievērojamai vides tabakas dūmu koncentrācijas iedarbībai, kas rada nopietnus draudus veselībai. Dažos gadījumos apmērus, kādos notiek pakļaušana pasīvajai smēķēšanai, var salīdzināt ar pakļaušanu tabakas dūmu iedarbībai iekštelpās.¹⁴

Jaundienvidelsā, Austrālijā, gūtā pieredze uzskatāmi parāda, ar kāda veida grūtībām var nākties saskarties «šķietamajās ārpustelpu» zonās. Tur

šobrīd spēkā esošie likumi atļauj smēķēt zonās ārpus telpām, kas ir definētas kā, «ne vairāk kā par 75% slēgtas». Tā rezultātā vairāki uzņēmumi būvē tādās «ārpustelpu» sēdvietu zonas kā, piemēram, 1. attēlā parādītā, bet kas atbilst šai definīcijai.



1. attēls. «Ārpustelpu» piebūve kādam klubam Jaundienvidelsā, Austrālijā, kur pašreiz spēkā esošais likums atļauj smēķēt šāda tipa ārpustelpu zonās. (Fotogrāfija iegūta ar Austrālijas veselības organizācijas pret smēķēšanu atļauju.)

Tādēļ, lai nodrošinātu vispārēju efektīvu aizsardzību pret vides tabakas dūmiem, noteiktās ārpustelpu vai šķietamajās ārpustelpu zonās jāaizliedz smēķēšana, galvenokārt ņemot vērā darbinieku veselības, vienlīdzības un likuma ieviešanas apsvērumus. Vismaz šīs zonas nav speciāli jāparedz smēķētājiem, kas atvieglos jautājuma risināšanu vēlāk, kad iekštelpu zonas būs pietiekoši ilgu laiku bijušas noteiktas par bezdūmu zonām un sabiedrība pieprasīs, lai arī blakus esošās ārpustelpu zonas tiktu noteiktas par bezdūmu zonām.

No tabakas dūmiem brīvās vides ietekme uz veselību un tabakas lietošanu

Ieviešot no tabakas dūmiem brīvu vidi, ievērojami tiek samazināts gaisā esošo toksīnu daudzums, ātri uzlabojas to strādājošo veselība, kas iepriekš bijuši pakļauti pasīvajai smēķēšanai.

Tūlītēja piesārņojuma līmeņa samazināšanās

Īrijas bāros gaisā esošo tabakas dūmu sīko daļiņu līmenis ($PM_{2.5}$), kas nokļūst dziļi plaušās un bojā plaušas un sirdi, pēc smēķēšanas aizlieguma likuma ieviešanas samazinājās par 83%. Arī gaisā esošais nikotīna daudzums samazinājās par 83%,

un, saskaņā ar strādājošo teikto, vidējais stundu skaits nedēļā, kad viņi tika pakļauti pasīvajai smēķēšanai, samazinājās no 30 līdz 0 stundām.⁸⁷

Samazinātās vides tabakas dūmu iedarbības rezultātā viesu apkalpes nozarē strādājošo nesmēķējošo darbinieku organismā tika konstatēts mazāks daudzums dūmos esošo toksīnu. Tika izmērīts arī bāru darbinieku elpā esošā oglekļa monoksīda daudzums, kas bija samazinājies par 45% nesmēķētājiem un par 36% bijušajiem smēķētājiem.⁸⁷ Kotinīna saturs siekalās, kas nokļūst cilvēka organismā pasīvās smēķēšanas dēļ un parāda dūmu toksīnu daudzumu tajā, pēc likuma ieviešanas samazinājās par 69% viesu uzņemšanas nozarē strādājošo darbinieku vidū.

Labāka darbinieku veselība

Vienu gadu pēc tam, kad tika ieviests smēķēšanas aizlieguma likums, Īrijas bāru darbiniekiem konstatētie elpošanas problēmu simptomi samazinājās par 16,7%.⁸⁸

ASV Kalifornijas štatā astoņas nedēļas pēc likuma ieviešanas, kas noteica pilnīgu smēķēšanas aizliegumu bāros, tika veikts pētījums, kurā konstatēts, ka bārmeniem par 59% samazinājušies ar elpošanas problēmām saistītie simptomi un par 78% – sensorisko kairinājumu simptomi, par kuriem tika ziņots pirms šī likuma ieviešanas.⁸⁹

Jaunzēlandē 2002. gadā veiktais pētījums liecina, ka strādājošajiem no tabakas dūmiem brīvā vidē elpošanas problēmas un kairinājuma simptomi konstatēti retāk nekā tiem viesu apkalpošanas sfērā strādājošajiem, kas darba vietā tika pakļauti pasīvajai smēķēšanai (smēķēšanas aizliegums bāros tika ieviests 2004. gada decembrī).⁹⁰

Skotijā trīs mēnešus pēc tam, kad 2006. gadā tika pieņemts likums par smēķēšanas aizliegumu, bāru darbiniekiem tika konstatēta uzlabošanās attiecībā uz elpošanas problēmu simptomiem un objektīviem plaušu funkcijas un sistēmas iekaisuma mērījumiem. Arī bāru darbiniekiem ar astmas saslimšanām samazinājās elpceļu iekaisums un uzlabojās dzīves kvalitāte.⁹¹

Pēc stingru likumu pieņemšanas, kas aizliedza smēķēšanu darbavietās un sabiedriskajās vietās, ASV Helēnas, Montanas, Pueblo un Kolorādo pilsētās, kā arī Itālijā, Piemontes reģionā slimnīcā uzņemto pacientu ar (akūto miokarda infarktu) sirdslēkmēm skaits vidēji samazinājās par 20%^h. Citās pilsētās, kur tika kontrolēta pacientu uzņemšana, samazinājums netika konstatēts. Taču, kad Helēnā smēķēšanas aizlieguma likums tabakas nozares spiediena rezultātā tika atcelts, slimnīcā uzņemto pacientu skaits palielinājās līdz līmenim, kāds tika novērots pirms likuma ieviešanas.^{93,94}

No tabakas dūmiem brīvā vide efektīvi veicina smēķēšanas pārtraukšanu

Nodrošinot no tabakas dūmiem brīvo vidi, ne tikai tiek aizsargāta nesmēķētāju veselība, bet arī veicināta smēķēšanas samazināšana. Pasaules Banka ir secinājusi, ka smēķēšanas ierobežojumi var samazināt kopējo tabakas patēriņu par 4–10%.⁹⁵ Jaunākajos Austrālijā, Kanādā, Vācijā un ASV veiktajos pētījumos secināts, ka, ieviešot no tabakas dūmiem brīvās darbavietas, tiktu panākts smēķēšanas samazinājums par 29%.⁹⁶ Pārskatā aprēķināts, ka strādāšana no tabakas dūmiem brīvā darbavietā liek smēķētājam samazināt izsmēķēto cigarešu skaitu vidēji par 3,1 cigareti dienā, smēķēšanas izplatībai sarūkot par 3,8%. Šī ietekme ievērojami samazinās, ja smēķēšana tiek atļauta īpašās telpās vai zonās.

Lai arī to nenosaka neviens no smēķēšanas aizlieguma likumiem, arvien vairāk cilvēku brīvprātīgi pārtrauc smēķēt arī mājās pēc tam, kad tiek ieviesti likumi, kas aizliedz smēķēt darbavietās un sabiedriskajās vietās.⁹⁷ Darbiniekiem, atteicoties no smēķēšanas mājās, viņu bērni un citi ģimenes locekļi tiek pasargāti no pakļaušanas pasīvajai smēķēšanai un vēl vairāk pieaug iespēja, ka smēķētāji veiksmīgi atmetīs smēķēšanu.

No tabakas dūmiem brīvā vide ekonomiski var būt vēl izdevīgāka nekā programmas, kas vērstas tieši uz smēķēšanas pārtraukšanu. Kādā no pētījumiem konstatēts, ka no tabakas dūmiem brīvās vides izveide ir deviņas reizes izdevīgāka

h Stens A. Glancs, trīs pētījumu metaanalīzes rezultātu personiska paziņošana.

izmaksu ziņā attiecībā uz vienu jaunu nesmēķētāju, nekā nikotīna aizstāšanas terapijas nodrošināšana smēķētājiem.⁹⁸ Vairākas valstis, kas nesens ieviesušas vispārējus smēķēšanas aizlieguma likumus, ir ziņojušas par tabakas patēriņa samazināšanos (to apliecina tabakas pārdošanas dati vai smēķēšanas izplatības pētījumi) un/vai pāriešanu uz bezdūmu tabaku.^{99, 100} Dažas no tām ir ziņojušas arī par zvanu skaita palielināšanos uz valsts atkarības profilakses dienestu palīdzības tālruniem tūlīt pēc likumu ieviešanas, lai gan pēc dažiem mēnešiem zvanu skaits samazinājies līdz iepriekšējam apmēram.¹⁰¹

No tabakas dūmiem brīvās darbavietas samazina smēķēšanas uzsākšanas gadījumu skaitu jauniešu vidū

Ir pierādīts, ka bezdūmu politika samazina iespēju, ka jaunieši kļūs atkarīgi no tabakas. Vairāki pētījumi liecina, ka no tabakas dūmiem brīvās darbavietas un vietējo varas orgānu lēmumi par smēķēšanas aizliegumu samazina iespēju, ka pusaudži sāks smēķēt. Kādā no pētījumiem tika konstatēts, ka pusaudžiem, kas strādāja darbavietās ar pilnīgu smēķēšanas aizliegumu, bija vidēji 68% liela iespēja kādreiz kļūt par smēķētājiem salīdzinājumā ar pusaudžiem, kas strādāja darbavietās ar mazākiem smēķēšanas ierobežojumiem.¹⁰² Pētījumos, kuros tika salīdzināta smēķēšanas izplatība un tabakas patēriņš pusaudžu vidū pilsētās ar stingriem smēķēšanas aizlieguma likumiem un reģionos, kur šādu likumu nebija, tika konstatēts absolūts smēķēšanas izplatības samazinājums par 2,3% līdz 46,0%, relatīvs smēķēšanas izplatības samazinājums par 17% un relatīvs cigarešu patēriņa samazinājums uz vienu cilvēku par 50,4%.¹⁰³

Arī nesmēķēšana mājās samazina tabakas lietošanu pusaudžu vidū. Pusaudžiem, kuri dzīvo mājās, kur nesmēķē, vidēji ir 74% iespēja kādreiz kļūt par smēķētājiem salīdzinājumā ar pusaudžiem, kuri dzīvo mājās ar smēķēšanas ierobežojumiem.⁹⁸

Kopumā sniegtie fakti liek domāt, ka, ieviešot no tabakas dūmiem brīvu vidi, ievērojami sarūk smēķēšanas sabiedriskais atbalsts. Tas, savukārt,

attur cilvēkus no smēķēšanas uzsākšanas. Ņemot vērā, ka tabakas ražošanas kompānijas ilgstoši reklamēja smēķēšanu kā «pieaugušo izvēli», var loģiski prognozēt, ka smēķēšanas aizliegšana pieaugušajiem paredzētajās iestādēs, piemēram, bāros un naktsklubos, samazinās jauniešu attieksmi pret smēķēšanu kā pāriešanu pieaugušo pasaulē.

Īsumā

Izveidojot no tabakas dūmiem brīvu vidi, nesmēķētāji tiek aizsargāti ne tikai no pakļaušanas, bet vienlaikus arī tiek sasniegti divi citi sabiedrības veselības organizāciju noteiktie mērķi: samazināt smēķēšanas uzsākšanas gadījumu skaitu un veicināt smēķēšanas pārtraukšanu.

Ekonomiskie ieguvumi, ieviešot no tabakas dūmiem brīvu vidi

No iepriekš minētā var secināt, ka pakļaušana pasīvajai smēķēšanai ir saistīta ar ekonomiskiem zaudējumiem, un ka tabakas dūmu aizlieguma politika nodrošina ekonomiskus ieguvumus. Tie ietver:

- zemākus tiešos medicīniskos izdevumus, kas rodas ārstējot otrreizējo tabakas dūmu ietekmes izraisītos simptomus, un samazinātas apdrošināšanas izmaksas (augstāka apdrošināšanas maksa smēķētājiem ietver veselības, ugunsgrēka, negadījumu un dzīvības apdrošināšanu);
- pieaugošu produktivitāti tiem darbiniekiem, kuri atmetuši smēķēšanu, tiem, kas vairs netiek pakļauti vides tabakas dūmu iedarbībai (tiek iegūts laiks, ko citādi aizņem smēķēšanas pārtraukumi un neierašanās darbā slimības dēļ);
- samazinātas personāla atlases izmaksas, jo samazinās darbaspēka zudumi saslimstības un mirstības dēļ;
- zemākas ēku uzturēšanas izmaksas;
- samazinātu darba devēja atbildību par pasīvās smēķēšanas ietekmi uz darbiniekiem un tās blakusefektus uz darbiniekiem, kas darbavietā ir pakļauti citu toksīnu iedarbībai.

2. tabula. **No tabakas dūmiem brīvās vides ietekme – pēc pašu tabakas nozares pārstāvju vārdiem**

- «...ekonomiskie argumenti, ko bieži izmanto [tabakas] nozares pārstāvji, lai novērstu smēķēšanas aizlieguma īstenošanu, vairs neiedarbojas, ja kādreiz vispār ir iedarbojušies. Sabiedrība šiem argumentiem vienkārši netic, kas nav pārsteidzoši, ņemot vērā to, ka mūsu izteiktās draudīgās prognozes reti kad ir piepildījušās.» – Filips Moriss, 1994, citāts: <http://legacy.library.uscf.edutid/vnf77e00>
- «Ja mūsu klientiem būtu mazāk iespēju baudīt mūsu produktus, viņi tos lietotu retāk un tā rezultātā mums samazinātos tīrā peļņa.» – Filips Moriss, 1994, citāts: <http://legacy.library.uscf.edutid/vnf77e00>
- «Tie, kas saka, ka strādā apstākļos, kuros smēķēšana ir ierobežota, dienā izsmēķē par apmēram 1,25 cigareti mazāk, nekā tie, kuri šādos apstākļos nestrādā. Šis samazinājums par 1,25 cigareti dienā nozīmē gandrīz par 7 miljardiem izsmēķētu cigarešu jeb 350 miljoniem cigarešu paciņu mazāk gadā, ko veicinājuši darbavietas smēķēšanas ierobežojumi darbavietās. Ja katra paciņa maksā vienu dolāru, pat visvieglākie darbavietu smēķēšanas ierobežojumi nozarei izmaksā 233 miljonus dolāru gadā.» – ASV Tabakas institūts, 1985, citāts: <http://legacy.library.ucsf.edu/tid/owo03f00>

Šie ekonomiskie ieguvumi var sasniegt ievērojamus apmērus. Aprēķināts, ka, pateicoties no tabakas dūmiem brīvajai videi, ietaupīto personāla izdevumu apjoms varētu sasniegt 0,515% līdz 0,77% IKP Skotijā¹⁰⁴ un 1,1% līdz 1,7% IKP Īrijā.¹⁰⁵ ASV Darba drošības un veselības pārvalde (OSHA) ir aprēķinājusi, ka tīrs gaiss palielina produktivitāti par 3%.¹⁰⁶

Nelielas izmaksas ir saistītas ar valdību administratīvo kapacitāti, kas ļauj ieviest un realizēt smēķēšanas aizlieguma likumus (galvenokārt zīmes, kā arī izglītošanas un ieviešanas pasākumi sākotnējā stadijā). Taču šīm izmaksām ir tendence ar laiku samazināties, jo sabiedrība parasti sāk pieņemt šo likumu un to ievērot. Pasaules Banka norāda, ka ieguvumi, ko rada smēķēšanas aizliegums darbavietās, ir lielāki par izdevumiem.¹⁰⁷

Bieži izskan viedoklis, ka no tabakas dūmiem brīvā vide rada zaudējumus uzņēmumiem, it īpaši viesu apkalpošanas sfērā. Patiesībā pierādījumi liecina par pretējo. Pretstatā tabakas nozares argumentiem¹⁰⁸ visā pasaulē veikto pētījumu dati par tirdzniecību un nodarbinātību pirms un pēc tabakas dūmu aizlieguma politikas ieviešanas liecina, ka viesu apkalpošanas sfērā nav konstatēta situācijas pasliktināšanās vai ir vērojama pozitīva tendence.^{109, 110} Tabakas dūmu aizlieguma politika nesamazina esošo klientūru šajā sfērā, tieši otrādi – tā piesaista jaunus klientus. Tā arī samazina uzturēšanas^{111, 112} un apdrošināšanas izmaksas, kā arī samazina darbinieku neierašanos darbā gan šajā^{113, 114}, gan citās sfērās.^{115, 116} Tādēļ tabakas nozarei ir spēcīga motivācija pretoties stingriem smēķēšanas aizlieguma likumiem, jo to ietekme darbavietās ievērojami samazina cigarešu patēriņu (2. tabula).

IV NODAĻA – PIEREDZE UN LABĀ PRAKSE

Vairākas valstis un vairāki simti administratīvi teritoriālo un vietējo jurisdikciju ir veiksmīgi ieviesušas likumus, kas paredzⁱ 100% smēķēšanas aizliegumu iekštelpu darba vietās un sabiedriskajās vietās, ieviešanas un realizēšanas procesā nesaskaroties ar nopietnām problēmām.^{88, 101, 117} No šīm jurisdikcijām ziņo par tūlītējiem un ievērojamiem veselī-

ⁱ Piemēram, lielākā daļa līdz šim pieņemto likumu neparedz smēķēšanas aizliegumu viesnīcu numuros, lai gan tajos jāstrādā apkopējām un citiem darbiniekiem. Turklāt smēķēšanai paredzētās telpas bieži ir savienotas ar pārējās viesnīcas daļas ventilācijas sistēmu, tādēļ strādnieki tiek pakļauti pasīvajai smēķēšanai viesnīcas foajē, restorānos un citās telpās pat tajos gadījumos, kad smēķēšana darba telpās ir aizliegta. Pat, ja likumos ir paredzēts noteikts procentuāls skaits viesnīcas numuru, kuros smēķēšana ir aizliegta, un noteikts, ka smēķēšanai paredzētajās telpās jāierīko atsevišķa ventilācijas sistēma, joprojām tiek konstatētas visas problēmas, kas ir saistītas ar smēķēšanai paredzētajām telpām. Šī problēma beidzot jāreglamentē tiesību aktos.

bas uzlabojumiem^{87, 118}, kas liecina par no tabakas dūmiem brīvās vides izveides iespējamību un ekonomisku izdevīgumu. Viņu pieredze liecina, ka pastāv dažādi veidi, kā atvieglot pāreju un veiksmīgu smēķēšanas aizlieguma likumu ieviešanu un realizēšanu.

No tabakas dūmiem brīvās vides izveide jānosaka ar likumu, nevis ar brīvprātības politiku

No tabakas dūmiem 100% brīvās vides izveides nodrošināšanai tiek izmantotas divas galvenās pieejas: normatīvie akti un brīvprātības politika vai vienošanās.

Brīvprātības politika¹

Brīvprātības politika, kas paredz organizācijā vai organizāciju grupā brīvprātīgi ieviest no tabakas dūmiem 100% brīvu vidi, izmantojot iekšējo politiku vai rakstisku vienošanos ar valdību, var būt noderīga kā daļa no sabiedrības sākotnējās izglītošanas programmas, lai veicinātu sabiedrības atbalstu no tabakas dūmiem brīvajai videi pirms normatīvo aktu ieviešanas. Piemēram, Argentīna, Čīle un Kostarika ir izmantojušas šo pieeju attiecībā uz pilsētu un uzņēmumu vadītājiem, lai informētu par vajadzību rīkoties, un iestādes, kas brīvprātīgi izvēlējušās veidot no tabakas dūmiem brīvu vidi, ir sniegušas ļoti svarīgu un noderīgu palīdzību kampaņās par smēķēšanas aizlieguma likumu izstrādi.

Taču pat spēcīga brīvprātības politika ir saistīta ar lieliem ierobežojumiem, kas padara to mazāk efektīvu par normatīvajiem aktiem. Pēc definīcijas tā nav juridiski saistoša, tai nav ieviešanas mehānisma un tai tiek piemēroti vāji vai vispār netiek piemēroti sodi par pārkāpumiem. Turklāt brīvprātīgas vienošanās ļauj atsevišķiem uzņēmumiem īpašniekiem un vadītājiem lemt, vai veidot bezdūmu vidi, un izšķirties par labu pretējam.

Tā kā daudzi uzņēmumi (parasti viesu apkalpošanas sfērā) baidās, ka viņu klienti pāries pie kon-

kurenta, kurš atļauj smēķēšanu, tikai neliela daļa brīvprātīgi izvēlas veidot no tabakas dūmiem brīvu vidi pat tad, ja lielākā daļa klientu dod priekšroku smēķēšanas aizliegumam.¹¹⁹ Uzņēmuma ieguvumi parasti tiek salīdzināti arī ar konkurenta ieguvumiem, un pašregulējošā pieeja parasti tiek izmantota kā iegansts bezdarbībai.¹²⁰

Austrālijā brīvprātības principam viesu apkalpošanas sfēras darbā nebija ievērojamas ietekmes uz smēķēšanas aizlieguma politikas pieņemšanu, un šis princips tika izmantots neaktīvi¹²¹ – tikai 2% Jaundienvidvellsas restorānu izvēlējās veidot no tabakas dūmiem pilnīgi brīvu vidi.¹²² Apvienotajā Karalistē mazāk par 1% krogu brīvprātīgi izvēlējās aizliegt smēķēšanu.^{123, 124} Spānijā 2006. gadā izdotajā likumā bija paredzēta iespēja bāriem un restorāniem, kuru platība ir mazāka par 100 m², izvēlēties, vai aizliegt smēķēšanu vai to atļaut. Tikai aptuveni 10% no šīm iestādēm izvēlējās aizliegt smēķēšanu.¹²⁵

Ir pieaugusi cilvēku informētība par ietekmi uz veselību, ko rada pakļaušana pasīvajai smēķēšanai, un dažās jurisdikcijās bailes no tiesāšanās ar darbiniekiem, kā to paredz Darba drošības un veselības likums vai citi vietējie likumi, ir piespiedušas darbavietas aizliegt smēķēšanu.^{126, 127} Dažās valstīs vairākās iestādēs, piemēram, tirdzniecības centros, kinoteātros un sabiedriskajā transportā ir brīvprātīgi aizliegta smēķēšana, taču šī pieeja nenodrošina plašu un vispārēju aizsardzību un nepasargā lielāko daļu darbinieku – it īpaši viesu apkalpošanas sfērā strādājošos.

Normatīvie akti

Likumi, kas aizliedz smēķēšanu darbavietās, ir daudz efektīvāki par brīvprātīgas vienošanās principu un ļauj nodrošināt adekvātu un vispārēju aizsardzību pret pakļaušanu pasīvajai smēķēšanai. Likumi ir vienīgā pieņemamā sabiedrības veselības un cilvēktiesību nodrošināšanas pieeja, kas ļauj aizsargāt no pakļaušanas vides tabakas dūmu sastāvā esošajiem letālajiem toksīniem, jo likumi:

j Šajā nodaļā tiek aplūkota tikai tāda brīvprātības politika, kas piedāvā 100% smēķēšanas aizliegumu. Taču politikas izstrādātājiem jāapzinās, ka brīvprātīgās vienošanās bieži nepiedāvā 100% smēķēšanas aizliegumu, bet tikai ierobežo smēķēšanu dažās zonās, radot ilūziju, ka kaut kas tiek darīts, lai izvairītos no stingru likumu ieviešanas. (Saloojee Y. Dagli E. Tabakas nozares taktika, lai pretotos sabiedrības politikai veselības jautājumos. Pasaules Veselības organizācijas ziņojums, 2007, 78: 902–910.)

- ir saistoši;
- nosaka ieviešanas mehānismus;
- ļauj piemērot sodus par pārkāpumiem;
- nostāda uzņēmumus vienlīdzīgās pozīcijās.

Piemēram, pēc perioda, kurā tika piemērots brīvprātīgās vienošanās princips, Somijā tika pieņemts likums, kas paredz smēķēšanas aizliegumu visās darbavietās. Pēc gada iegūtie dati liecināja, ka tika ievērojami samazināta darbinieku pakļaušana pasīvajai smēķēšanai darbā un audzis no tabakas dūmiem brīvo darbavietu skaits.¹²⁸

Jurisdikcijās, kurās ir veiktas sabiedrības informēšanas kampaņas, lai sagatavotu sabiedrību likumu ieviešanai, un kurās īstenots nodoms godīgi, bet nepieņemīgi realizēt likumus, ir konstatēts, ka likumi ātri vien tiek realizēti paši par sevi, īsā laika posmā to ievērošanas līmenis kļūst ļoti augsts un ar laiku pieaug vēl vairāk. Nesen veiktajā pētījumā par 100% smēķēšanas aizlieguma likumu ievērošanu tika konstatēta to ievērošana 94–99% gadījumā.¹²⁹

Normatīvajiem aktiem jābūt vienkāršiem, skaidriem, realizējamiem un saprotamiem

Normatīvo aktu ieviešana un realizēšana būs veiksmīgāka, ja tie būs:

Vienkārši

Likumā nevajadzētu ietvert sarežģītus kritērijus, lai noteiktu, kad un kur ir spēkā smēķēšanas aizliegums (piemēram, diennakts laiks vai telpas āriene, vai smēķēšanai paredzētās telpas), kā rezultātā, lai garantētu likumu ievērošanu, būs jāveic plaši un dārgi ieviešanas pasākumi. Likumos vienkārši jāparedz 100% vienmēr spēkā esošs smēķēšanas aizliegums visās iekštelpu darbavietās, sabiedriskajās vietās un sabiedriskajā transportā.

Skaidri un ieviešami

Likumā skaidri jādefinē telpas, uz kurām attiecas likums (piemēram, darbavieta vai «slēgtās» telpas); jānorāda persona, kura ir atbildīga par ieviešanu un ievērošanas nodrošināšanu (piemēram,

nozīmējot inspektoru vai uzliekot par pienākumu ēku īpašniekiem un pārvaldniekiem garantēt likuma ievērošanu viņu telpās) un jāuzskaita citas prasības, kas jāievēro smēķēšanas aizlieguma vietās, tostarp pelnu trauku izņemšana no telpām, kurās aizliegts smēķēt. Lai izvairītos no administratīvi apgrūtinošām procedūrām, piemēram, aresta un tiesas, likumā arī jāparedz skaidra un vienkārša soda kvīžu izsniegšanas sistēma (vai tūlītēja soda naudas samaksa) par pārkāpumiem, kas ir līdzīga automašīnu novietošanas pārkāpumu protokolu izsniegšanas sistēmai daudzās valstīs.

Īpašās zīmes



2. attēls. Universāls «Smēķēt aizliegts» simbols, kā arī jaunākas smēķēšanas aizlieguma zīmes, ko izmanto Spānijā (Madridē), Urugvajā, Zviedrijā un Kanādā (Toronto).



Likumā jāparedz stingru un skaidru «Smēķēt aizliegts» zīmju izvietošana, kurās attēlots universāls simbols (2. attēls), visā ēkā, kurā aizliegts smēķēt, un pie katras tās ieejas. Šīs zīmes nav dārgas un veicina efektīvu likuma ieviešanu, jo ļauj nesmēķētājiem pieprasīt likuma ievērošanu, kā arī informēt smēķētājus par smēķēšanas aizliegumu. Šajās zīmēs arī jāietver informācija par veidu, kādā jāziņo par likuma pārkāpumiem. Šīs vienkāršās zīmes var papildināt vai apvienot ar radošākām izglītojošām zīmēm, kas pastiprina vēstījumu par smēķēšanas aizliegumu (2. attēls).

Visaptveroši un nodrošina vispārēju aizsardzību

Likumā vajadzētu izvairīties no atbrīvojumiem noteiktiem telpu tipiem. Ja dažās vietās (piemēram, bāros) nevar piemērot likumu nepietiekama politiskā un sabiedrības atbalsta dēļ, tās vienkārši nav jāmin tās likumā; nedrīkst arī paredzēt īpašu atbrīvojumu, ko varētu skaidrot kā sankcionēšanu vai prasību izveidot smēķēšanas zonas. Saprātīgi pakāpeniskas ieviešanas periodi (kas ideālā gadījumā nepārsniedz vienu gadu) bāriem un līdzīgām iestādēm var būt pieņemami un var pat atvieglot ieviešanu. Jurisdikcijās, kurās smēķēšanas aizlieguma politikas piemērošana attiecīgajām telpām būtu jāveic pakāpeniski, šis starposms jāizmanto, lai veicinātu politisko un sabiedrības atbalstu un panāktu tāda smēķēšanas aizlieguma ieviešanu, kas iespējami īsā laika posmā aptvertu visas iestādes un sabiedriskās vietas.

Likumā jānodrošina aizsardzība visiem. Orientējoties uz «neaizsargātām» vai citām īpašām iedzīvotāju grupām un telpām netieši var radīt nepareizu priekšstatu, ka citas iedzīvotāju grupas un telpas nav neaizsargātas un tādēļ tām aizsardzība nav nepieciešama. Tabakas nozares pārstāvji veiksmīgi izmanto likumus, kas «aizsargā bērņus», lai nodrošinātu neefektīvu likumu pieņemšanu.¹³⁰

Jāapsver, kurš jurisdikcijas līmenis nodrošinās vislielāko progresu

Svarīgs ir jautājums, kāda līmeņa jurisdikcija jāizmanto, lai ieviestu smēķēšanas aizlieguma likumus, un atbilde ir atkarīga no vietējiem faktoriem, piemēram, valsts normatīvo aktu bāzes un tradīcijām, kā arī valsts lieluma. Jārīkojas visos līmeņos, kuros var nodrošināt efektīvu likumdošanu. Ja spēcīgi valsts tiesību akti, kas atbilst šajās PVO rekomendācijās aprakstītajiem standartiem, ir politiski realizējami un var nodrošināt likumu efektīvu ieviešanu, jādod priekšroka tiem, nevis vietējiem likumiem, kas tikai pēc ilgāka laika posma spēš nodrošināt aizsardzību visiem iedzīvotājiem. Vairākas valstis ir devušas priekšroku valsts mēroga tiesību aktiem kā efektīvam līdzeklim, kas spēj nodrošināt aizsardzību lielam cilvēku skaitam. Piemēram, Īrijā, Skotijā un Urugvajā valsts tiesību

akti tika pieņemti ar minimāliem pašvaldību ierobežojumiem.

Ja likumus, kas atbilst šajās PVO rekomendācijās aprakstītajiem standartiem, nevar virzīt valsts līmenī, tos var pieņemt mazākās jurisdikcijās, kurās iespējama efektīva rīcība. Vietējā līmeņa likumu pieņemšanas precedenti veicina līdzīgu likumu ieviešanu citur, radot sinerģisku vai «domino» efektu, kas liek uztraukties tabakas nozares pārstāvjiem.

Smēķēšanas aizlieguma likumi Austrālijā, Kanādā un ASV visvairāk tiek virzīti vietējā līmenī un nesen arī sākusies virzīšana štatu/provinču līmenī. Sākotnēji sabiedrības veselības aizstāvju rīcībā nebija resursu un politisko spēku, lai uzveiktu tabakas nozares ietekmi un nodrošinātu stingru nacionālo vai pat štatu likumu pieņemšanu ASV. Šajās valstīs stingru smēķēšanas aizlieguma likumu ieviešana un realizēšana bijusi vieglāka vietējā līmenī divu iemeslu dēļ:

- vietējā līmeņa politiskie līderi cenšas vairāk ieklausīties savas jurisdikcijas robežās dzīvojošo cilvēku vēlmēs, nevis tabakas ražošanas kompāniju aģitatoros (kas gandrīz vienmēr atrodas ārpus pilsētas). Kanādā vietējie mediķi ir efektīvi aizstāvējuši ideju par smēķēšanas aizliegumu, iegūstot sabiedrības un pilsētu domju uzticību;
- sabiedrības veselības aizstāvjiem bieži ir ierobežoti resursi (it īpaši salīdzinot ar tabakas nozari); vienlaikus koncentrējot šos ierobežotos resursus vietējo jurisdikciju līmenī, palielinās izredzes uz panākumu.

Bažas rada iespēja, ka vietējo likumu pieņemšanu kāds var izmantot savā labā vēl to izstrādes stadijā. Piemēram, ASV tabakas nozares pārstāvji ir nepārtraukti centušies panākt neefektīvu un nerealizējamu nacionālo likumu ieviešanu, kas aizliedz vietējām jurisdikcijām ieviest stingrākus likumus.¹³¹ Tā kā kustība par stingru smēķēšanas aizlieguma likumu ieviešanu pieaug visā pasaulē, var prognozēt, ka citās valstīs tabakas nozares pārstāvji pirmie agresīvi aicinās pieņemt vājus likumus (kurus liek priekšā kā «zināmu progresu» vai «saprātīgu kompromisu»).

Lai aizsargātu stingrus vietējos likumus, augstākā jurisdikcijas līmenī pieņemtie likumi nedrīkst tos vājināt. Tieši otrādi – ja nacionālā jurisdikcija to pieļauj, visos likumos jāietver nosacījums, kas skaidri atļauj zemākas jurisdikcijas varas iestādēm pieņemt likumus un piešķirt prioritāti jebkuram likumam, kurš ietver ierobežojošākas vai plašākas prasības. Šāda situācija ir vērojama Kanādas likumos, kuros skaidri piešķirta prioritāte stingrākiem likumiem, ja likumos noteiktās prasības pārklājas vai ir pretrunā viena otrai.^{132, 133}

Ja federālajām varas iestādēm ir ierobežota jurisdikcija samazināt smēķēšanu, valstu valdībām jāsniedz tehniskais, finansiālais un administratīvais atbalsts štatu/provinču un pašvaldību jurisdikcijām, lai tās varētu pieņemt smēķēšanas aizlieguma likumus, kā noteikts WHO FCTC 8.2. pantā.

Opozīcijas prognozēšana

Veiksmīgām kampaņām par smēķēšanas aizlieguma likumu ieviešanu jāparedz tabakas nozares un tās sabiedroto iespējamie argumenti un taktika, lai sagatavotos tos atspēkot. Opozīcijas taktika un argumenti pārsvarā ir prognozējami:

- Tabakas nozares pārstāvji paudīs nostāju, ka smēķēšanas aizlieguma likumi nav nepieciešami, nav realizējami, tie negatīvi ietekmēs uzņēmējdarbību (it īpaši restorānus, bārus un laimētavas) un ka ventilācijas ierīkošanas prasība ir pieņemama alternatīva smēķēšanas aizliegumam. Šie argumenti nav pierādīti un tie nav jāņem vērā, pieņemot politikas lēmumus. Pierādījumi, kas ir balstīti uz vairāku simtu jurisdikciju pieredzi, liecina tieši par pretējo: smēķēšanas aizlieguma likumi ir populāri, realizējami un tie nekādā veidā neietekmē vai pat pozitīvi ietekmē uzņēmējdarbību (izņemot, protams, tabakas nozari, kuras tirdzniecības apjomi samazinās, jo no tabakas dūmiem brīvā vide veicina smēķēšanas ierobežošanu vai pārtraukšanu). Politikas izstrādātājiem un veselības aizstāvjiem jāiepazīstas ar šiem pierādījumiem un jāinformē par tiem, atspēkojot opozīcijas argumentus, kuru

piemēri ir sniegti šajā publikācijā un VI nodaļas 4. pielikumā.

- Tabakas nozares pārstāvji bieži izmanto trešās personas, piemēram, viesnīcu un restorānu asociācijas vai azartspēļu biznesa pārstāvjus, lai izteiktu savus argumentus, bet paši bieži vien nepiedalās sabiedriskajās debatēs. Dažos gadījumos tiek izmantotas jau esošas organizācijas tām piešķirot finansējumu vai nodrošinot stratēģisku atbalstu; citos gadījumos tabakas nozare var izveidot šādas organizācijas tikai ar mērķi pretoties smēķēšanas aizlieguma likumu pieņemšanai. Tādēļ ir ļoti svarīgi, lai sabiedriskas politikas izstrādātāji un veselības aizstāvji pārbaudītu opozīcijas grupu atbalsta avotus un informētu masu medijus un sabiedrību par avotiem, kas ir saistīti ar tabakas nozari. Tabakas nozares frontes grupas ir daudz pētītas, kas ļāvis izprast, kādā veidā tabakas nozares pārstāvji izmanto trešās personas, un atklāt saistības starp dažādām starptautiskām frontes organizācijām.¹⁰⁸ Šis pētījums ir vērtīgs līdzeklis, kas ļauj politikas izstrādātājiem un sabiedrības veselības aizstāvjiem atšķirt likumīgu opozīciju no tabakas nozares mākslīgi radītās opozīcijas.
- Lai gan lielāko daļu opozīcijas grupu atbalsta tabakas nozares avoti, likumīga vietējā opozīcija var rasties arī negaidītās vietās. Piemēram, veco ļaužu pansionāti un citas iestādes ir paudušas neapmierinātību ar smēķēšanas aizlieguma likumiem, gūstot ievērojamas sabiedrības simpātijas.¹³⁴ Tabakas nozare ir ļoti ilgi sniegusi viesu apkalpošanas sfēras pārstāvjiem nepareizu informāciju, tādēļ restorānu īpašnieki un citi viesu apkalpošanas sfēras pārstāvji ir patiesi norūpējušies par šādu likumu ietekmi uz savu uzņēmējdarbību. Ir svarīgi uzklaut likumīgās opozīcijas uzskatus, lai oponenti nevarētu sacīt, ka likums ticis pieņemts steigā un bez apspriešanas. Kad vienas ir iespējams, jāstrādā ar šiem cilvēkiem, nodrošinot viņiem pierādījumus, kas liecina, ka viņu bailes ir nepamatotas. Vieni no visefektīvāk strādājošajiem veselības aizstāvjiem ir uzņēmējdarbības sektora darbinieki, it īpaši tie, kas sākotnēji pretojušies smēķēšanas aiz-

lieguma likumiem, bet kurus pārliecinājusi to popularitāte (4. pielikums, 3. attēls, Beverlihilas Restorānu asociācijas vadītāja Berija Vogela paziņojums)^k. Ir svarīgi arī, lai politikas izstrādātāji paturētu prātā likuma atbrīvojumu cenu, jo tie ir saistīti ar sabiedrības veselību, sabiedrības viedokli jautājumā par kaitīgumu, ko rada pakļaušana pasīvajai smēķēšanai, ieteikmē likuma ieviešanu un var kļūt par pamatu tiesvedībai nekonekventa likuma piemērošanas dēļ.

Pilsoniskās sabiedrības iesaistīšana

Pilsoniskās sabiedrības iesaistīšana ir svarīga, lai izveidotu politisko klimatu, kurā veiksmīgi ieviest 100% smēķēšanas aizlieguma likumus. Pilsoniskajai sabiedrībai ir piekļuve informācijas kanāliem, kuriem nevar piekļūt valdība, un lielāka saziņas brīvība, kas sniedz priekšrocības debatēs ar opozīciju. Valdībām jāatbalsta un jāatvieglo pilsoniskās sabiedrības piedalīšanās smēķēšanas aizlieguma likumu izstrādē un ieviešanā. Lai maksimāli palielinātu efektivitāti, jāapsver šādi faktori:

- sabiedrības veselības pārstāvjiem kopā ar visu sektoru organizāciju koalīciju jāsniedz spēcīgs, nemainīgs vēstījums, kas atbalsta smēķēšanas aizlieguma likumus;
- kampaņā jāiesaista idejai uzticīgi politiskie vai pilsoniskās sabiedrības līderi, kas vēlas ilglaicīgi veicināt šo ideju un iesaistīties kampaņā;
- valdībām un pilsoniskajai sabiedrībai jāizstrādā plāns, lai atvieglotu atbalsta sniegšanu smēķēšanas aizlieguma likumiem un to ieviešanai. Taču daudzās jurisdikcijās rodas politiskas iespējas, kas ievērojami paātrina ieviešanu.¹³⁵ Tādēļ valdībām un pilsoniskajai sabiedrībai jābūt sagatavotiem ātri «noķert» un izmantot radušos izdevību;

- vēlams iesaistīt plašas koalīcijas, taču nav obligāti jāpiedalās visām sabiedrības veselības organizācijām, it īpaši, ja daži to pārstāvji ievērojami vājinātu vēstījumu un politisko gribu neatlaidīgi pieprasīt stingru, saistošu likumu pieņemšanu. Organizācijas nevajadzētu piespiest pievienoties, jo rezultātā koalīcija tiktu ievērojami vājināta. Dažas kampaņas neizdevās tādēļ, ka tika pieprasīts piedalīties visām lielākajām veselības aizstāvju grupām. Šeit darbojas princips – progresu nosaka vislēnākais dalībnieks, bet spēku – visvājākā organizācija. Progresam ir nepieciešams uzticams sabiedrības *pārstāvis*, taču nav vajadzības iesaistīt visus sabiedrības pārstāvjus.

Izglītošana un konsultēšana, lai nodrošinātu netraucētu ieviešanu

Viens no valdības svarīgākajiem uzdevumiem, kas jāpaveic kopā ar pilsonisko sabiedrību, ir palielināt sabiedrības un sabiedriskās domas veidotāju informētību par pasīvas smēķēšanas radīto risku, organizējot informatīvas kampaņas, lai nodrošinātu, ka sabiedrība saprot un atbalsta juridisku rīcību. Lai vēl vairāk izglītotu sabiedrību un atvieglotu atbalsta sniegšanu likumu ieviešanai, ļoti svarīgi ir veikt plašas konsultācijas ar ieinteresētajām pusēm. Sabiedrības izglītošanas kampaņas var veidot vidēm, kurās smēķēšanas aizlieguma ieviešana nav ne iespējama, ne vēlama, piemēram, mājām.

Sniedzamai informācijai galvenokārt jāuzsver kaitējums, ko nodara pakļaušana pasīvajai smēķēšanai mājās un darbavietā, kā arī sabiedriskajās vietās, fakts, ka dūmu likvidēšana iekštelpās ir vienīgais zinātniski pamatotais risinājums, tiesības visiem darbiniekiem saņemt vienādu likumisko aizsardzību, kā arī fakts, ka nav jāmeklē kompro-

k Tims Zagats, pasauleslaveno ZagatSurvey ceļvežu uzņēmuma dibinātājs nesen publicējis nenovērtējamu atbalsta rakstu ASV restorānu nozares vadošajā žurnālā: smēķēšanas aizlieguma likumu oponenti uzskata, ka šie likumi kaitēs nelielajiem uzņēmumiem. Patiesībā notiek tieši pretējais. Esmu trīs gadus bijis NYC & Company – Ņujorkas oficiālā mārketinga, reklāmas un tūrisma dienesta – priekšsēdētājs. Atrodoties šajā amatā es pieredzēju Ņujorkas pāreju uz bezdūmu pilsētas statusu un biju liecinieks tam, kā likums pozitīvi ietekmēja mūsu restorānus un naktsdzīvi. Pēc likuma stāšanās spēkā mūsu 2004. gada Ņujorkas pētījums liecināja, ka 96% Ņujorkas iedzīvotāju ēda ārpus mājas tikpat bieži kā iepriekš, vai vēl biežāk. Turklāt restorāniem un bāriem palielinājās ieņēmumi un darbinieku skaits, pieauga izsniegto alkoholisko dzērienu licenču skaits, un visas iestādes ievēroja likumu. Nation's Restaurant News, 2006. gada 7. augusts.

miss starp veselību un ekonomiku, jo pieņemot smēķēšanas aizliegumu ieguvējas būs abas.

Šī izglītojošā darbība jāsāk laicīgi pirms likumu ieviešanas. Izglītojoša kampaņa, kas veicina likuma ieviešanu, un informācijas paketes, kas tiek iepriekš iesniegtas uzņēmumu īpašniekiem un ēku pārvaldniekiem un kurās tiek izklāstīta likuma būtība un viņu atbildība, sekmēs likuma ievērošanu un ļaus valdībai atspēkot argumentus par to, ka likums ir «sasteigts» vai nav dots pietiekošs sagatavošanās laiks.

Ieviešanas un realizēšanas plāna izstrāde un ieviešanas infrastruktūras nodrošināšana

Veiksmīgai likumu ieviešanai ļoti svarīgs ir ieviešanas un realizēšanas plāns, kā arī organizēta stratēģija.

- Iepriekš aprakstītā informācijas pakete var ļoti palīdzēt ieviešanas un realizēšanas procesā. Tajā skaidri jānorāda ne tikai uzņēmumu īpašnieku atbildība saskaņā ar likumu, bet arī jāapraksta likumā noteiktās informatīvās zīmes.
- Ļoti svarīgi ir iecelt vienu vai vairākas inspektoru grupas (piemēram, sabiedrības veselības organizāciju inspektori, ko vajadzības gadījumā atbalsta citas varas iestādes), kas ir labi sagatavoti un kam ir nodrošināts atbalsts, it īpaši pirmajos mēnešos pēc likuma stāšanās spēkā.
- Jānodrošina saprātīgs «atvieglojumu periods» (ne ilgāks par dažiem mēnešiem), kura laikā pārkāpēji tiek brīdināti un viņiem tiek dota iespēja brīvprātīgi ievērot likumu, pirms tiek veiktas formālās ieviešanas darbības. Šis atvieglojumu periods ir svarīgs, jo pieredze liecina, ka visvairāk pārkāpumu tiek izdarīti likuma nezināšanas, nevis tīša pārkāpuma dēļ.
- Jāparedz procedūra, kas ļauj sabiedrībai ziņot par pārkāpumiem, piemēram, bezmaksas tālruna līnija. Šī informācija ir plaši jāizplata un

jānorāda uz visām smēķēšanas aizlieguma zīmēm.

- Likuma ieviešanas procedūrai jārada sabiedrībā iespaids, ka ieviešana notiks godīgi un politikas izstrādātāju nolūki ir nopietni. Pēc atvieglojumu perioda beigām jāveic stingri un masu medijos plaši atspoguļoti pasākumi, it īpaši iestādēs, kur likums tiek pārkāpts atkārtoti. Tas ir īpaši svarīgi, jo tabakas nozares pārstāvji reizēm veicina pārkāpumu izdarīšanu un to publicē, tādējādi mēģinot radīt iespaidu, ka likums netiek ievērots.^{136, 137}

Ieviešanas uzraudzība un, ideālā gadījumā, ietekmes novērtēšana un pieredzes dokumentēšana

Tā kā smēķēšanas aizlieguma politikas ieviešanas pamatojumam nav nepieciešami papildu pētījumi un vērtējumi, ļoti noderīga ir novērtēšanas stratēģija, kas ļauj uzraudzīt ieviešanas gaitu, sabiedrības atbalstu likumam¹, kā arī ietekmi uz veselību un ekonomiku. Šādā veidā var uzturēt nepārtrauktu sabiedrības un politisko atbalstu likumiem. Dati par situāciju konkrētās iestādēs pirms un pēc likuma ieviešanas parasti efektīvāk par citu valstu statistiku ļauj pārliecināt politiķus rīkoties. Šai informācijai jābūt būtiskai komunikācijas stratēģijas sastāvdaļai, un tai jābūt pieejamai citām jurisdikcijām, lai atbalstītu viņu centienus veiksmīgi ieviest efektīvus normatīvos aktus. Pieredzes dokumentēšana ir svarīga citu veiksmes nodrošināšanā; precedenti likumdošanā un ieviešanas pieredze jāreģistrē, jāanalizē un jāizplata, lai apkopotu smēķēšanas aizlieguma politikas sasniegumus un mācītos no veiksmīgas pieredzes. Šiem likumiem un to piemērošanas metodēm dažādās valstīs ir vairāk kopīgu nekā atšķirīgu iezīmju. Veiksmīgākajos ieviešanas gadījumos, piemēram, Īrijā, varas iestādes rūpīgi apsvēra Kalifornijas un citu valstu pieredzi.

¹ Sabiedrība sniedz ievērojamu atbalstu smēķēšanas aizlieguma likumiem, un tiem pārsvarā oponenti tabakas nozares finansētas vai maldinātas grupas. Sabiedriskās aptaujas, kas to apliecina, ir jāvušas sniegt pretargumentus opozīcijai, kas uzskata, ka likumi netiek ievēroti, un neitralizēt tabakas nozari.

V NODAĻA – REKOMENDĀCIJAS

Ņemot vērā pasīvās smēķēšanas kaitīgo ietekmi uz veselību un regularitāti, ar kādu cilvēki tiek tai pakļauti (kas rada ievērojamus sociālos un ekonomiskos zaudējumus), smēķēšanas aizlieguma politikas ekonomisko izdevīgumu, realizējamību un popularitāti, kā arī aizvien palielinošos veiksmīgo pieredzi šīs politikas ieviešanā visā pasaulē, PVO ir izstrādājusi šādas rekomendācijas, lai aizsargātu darbiniekus un sabiedrību no pakļaušanas pasīvajai smēķēšanai.

1. rekomendācija: no tabakas dūmiem 100% brīva vide, nevis ventilācija

Jālikvidē piesārņotājs – tabakas dūmi – ieviešot no tabakas dūmiem 100% brīvu vidi. Šī ir vienīgā efektīvā stratēģija, kas var samazināt pakļaušanu vides tabakas dūmiem iekšelpās līdz drošam līmenim un sniegt pieņemama līmeņa aizsardzību pret draudiem, ko rada pakļaušana pasīvajai smēķēšanai. Ventilācijas un smēķētāju zonu izmantošana, kas tiek ventilētas kopīgi ar nesmēķētāju zonām vai atsevišķi, nesamazina pakļaušanas riska līmeni un nav ieteicama.

Vidē esošie tabakas dūmi izraisa nopietnas un nāvējošas slimības gan pieaugušajiem, gan bērniem. Nepastāv tāda vides tabakas dūmu ietekmes pakāpe, kuru varētu uzskatīt par nekaitīgu. Ventilācijas un veselības speciālisti ir vienisprātis, ka ventilācija nav šī nopietnā veselības apdraudējuma risinājums. 2006. gadā ASV Veselības aizsardzības sistēmas vadītāja atskaitē izdarīti secinājumi (3. un 10. secinājums 649. lpp.), ka «No tabakas dūmiem brīvu darbavietu izveide ir vienīgais efektīvais veids, kā nodrošināt, lai darbavietā nenotiktu pakļaušana apkārtējās vides tabakas dūmiem. Nesmēķētāju pakļaušanu pasīvajai smēķēšanai nevar kontrolēt, attīrot gaisu vai mehāniski veicot gaisa apmaiņu.»

2. rekomendācija: ar likumu nodrošināta vispārēja aizsardzība

Jāievieš normatīvie akti, kas nosaka, ka visām iekštelpu darbavietām un sabiedriskajām vietām jābūt 100% brīvām no tabakas dūmiem. Likumiem jānodrošina vienlīdzīga aizsardzība visiem. Brīvprātīguma principi nav pieņemami, ja runa ir par aizsardzību. Noteiktos apstākļos vispārējas, efektīvas aizsardzības princips var paredzēt, ka dažām šķietami ārpustelpu un ārpustelpu darbavietām jābūt brīvām no dūmiem.

Aizsardzības nepiemērošanai noteiktu tipu telpām vai iedzīvotāju kategorijām nav zinātniska pamatojuma; visi cilvēki ir neaizsargāti pret kaitējumu, ko rada pakļaušana pasīvajai smēķēšanai. Vispārējā smēķēšanas aizlieguma likumu piemērošanas galvenais princips ir cilvēktiesību aizsardzība. Starptautiskie cilvēktiesību likumi un daudzu valstu konstitūcijas paredz tiesības uz visaugstākajiem pieejamajiem veselības standartiem, tiesības uz dzīvi un tiesības uz veselīgu vidi. Pakļaušana pasīvajai smēķēšanai acīmredzami liek šķēršļus šo tiesību, kā arī citu cilvēktiesību likumos paredzēto pamattiesību un brīvību ievērošanai.¹³⁸

Lai aizsargātu šīs tiesības, ir nepieciešami normatīvie akti, kas aizsargā visus darbiniekus. Brīvprātības politika nav savienojama ar valsts atbildību attiecībā uz sabiedrības veselības aizsargāšanu un ir neefektīva. Tikai trīs mēnešus pēc smēķēšanas aizlieguma likumu ieviešanas Īrijā 97% krogu bija brīvi no tabakas dūmiem. Apvienotajā Karalistē piecus gadus, pēc brīvprātīgas vienošanās ieviešanas brīvi no dūmiem bija mazāk par 1% krogu.

3. rekomendācija: pareiza likumu ieviešana un adekvāta to realizēšana

Nepietiek tikai pieņemt normatīvos aktus, kas aizliedz smēķēšanu. To pareizai ieviešanai un adekvātai realizēšanai vajadzīgas relatīvi nelielas, bet svarīgas pūles un līdzekļi.

Visām valdībām neatkarīgi no to ienākumu apmēriem jābūt gatavām investēt saprātīgus līdzekļus, lai pieņemtu un realizētu smēķēšanas aizlieguma likumus. Investīcijas tabakas kontrolē ir obligāts pienākums, kas noteikts WHO FCTC 26. pantā^m. Smēķēšanas aizlieguma likumu ieviešanas izmaksas var ietvert reklāmas kampaņas, kas veicina atbalstu likumam, sabiedrības viedokļa aptauju pasūtīšanu, izglītojošos materiālus par likumu ieviešanu, ievērošanas uzraudzības sistēmas, tālruņa līnijas nodrošināšanu sabiedrības sūdzību uzklaušanai un sākotnējās ieviešanas uzraudzības inspektoru skaita īslaicīgu palielināšanu.

Valdībām arī jābūt gatavām risināt ar likumu saistītās problēmas pat pēc veiksmīgas tā ieviešanas. Tās var ietvert tabakas nozares frontes grupu lobētās kampaņas par likuma atcelšanu vai juridisku strīdu risināšanu tiesā. Juridiski strīdi par smēķēšanas aizlieguma likumiem notiek tikai retos gadījumos (tie parasti izceļas nepietiekamas apspriešanas pirms likuma ieviešanas vai aizstājot jurisdikcijas likuma priekšrocības dēļ), taču valdībām jādara viss iespējamais pirms un pēc likuma ieviešanas, lai nodrošinātu likuma ilgtspējīgumu.¹³⁹ Šīs darbības ietver vispusēju sabiedrības izglītošanas kampaņu, konsultācijas ar ieinteresētajām pusēm, likuma konsekvences un efektivitātes nodrošināšanu un cilvēku informēšanu par likuma godīgu ieviešanu.

4. rekomendācija: sabiedrības izglītošana, lai samazinātu pakļaušanu pasīvajai smēķēšanai mājās

Jāievieš izglītojoša stratēģija, lai samazinātu cilvēku pakļaušanu pasīvajai smēķēšanai mājās, atzīstot, ka normatīvie akti, kas paredz izveidot no dūmiem brīvas darbavietas, palielina iespēju, ka cilvēki (gan smēķētāji, gan nesmēķētāji) brīvprātīgi atteiksies no smēķēšanas savās mājās.

Visiem cilvēkiem ir tiesības tikt informētiem par draudiem, ko rada pakļaušana pasīvajai smēķē-

šanai, par to, kā izmantot savas tiesības uz veselīgu vidi, un kā pasargāt savas ģimenes no kaitējuma, ko rada pakļaušana pasīvajai smēķēšanai. Bērni un pieaugušie, kas nestrādā ārpus mājām, bieži vien tiek visvairāk pakļauti pasīvajai smēķēšanai savās mājās, tādēļ, lai adekvāti aizsargātu sabiedrības veselību, politika jāizstrādā, pievēršot uzmanību personīgajiem mājokļiem. Izglītošana var būt efektīva stratēģija, lai veicinātu aizsardzību pret vides tabakas dūmu iedarbību mājās.^{140, 141}

Smēķēšanas aizliegums darbavietās samazina tabakas patēriņu smēķētāju starpā un palielina iespēju, ka darbinieki pārtrauks smēķēt mājās.^{142, 143, 144} Tādēļ likumiem, kas aizliedz smēķēt darbavietās, jāklūst par pamatu stratēģijai, kuras mērķis ir aizsargāt cilvēkus no pasīvās smēķēšanas mājās.

Izglītošana, kas veicina atteikšanos no smēķēšanas mājās, var būt daļa no kampaņas, ko īsteno, lai sekmētu sabiedrības atbalstu smēķēšanas aizlieguma likumiem. Informējot smēķētājus un it īpaši smēķējošos vecākus par ietekmi, ko rada pakļaušana pasīvajai smēķēšanai mājās, tiek veicināta atteikšanās no smēķēšanas mājās.^{145, 146, 147, 148}

Lai papildinātu masu mediju kampaņas, var izmantot izmaksu ziņā pieejamu līdzekli sabiedrības izglītošanai – brīdinājumus uz tabakas paciņām par kaitīgo ietekmi uz veselību, kas noteikti sasniegs visus smēķētājus. Lielākajā daļā valstu, kurās izmanto attēlus kopā ar brīdinājumiem, tajos ietver brīdinājumus par pasīvās smēķēšanas ietekmi. Kanādā vairāk nekā ceturtdaļa smēķētāju atzina, ka attēli kopā ar brīdinājumiem, kas tika ieviesti 2000. gadā, motivēja viņus mājās smēķēt mazāk.¹⁴⁹

m 26. pants nosaka, ka «visām Dalībvalstīm jāsniedz finansiāls atbalsts savas valsts aktivitātēm, kas paredzētas Konvencijas mērķa sasniegšanai» un ka Dalībvalstīm jāveicina «divpusējo, reģionālo, subreģionālo un citu daudzpusējo kanālu izmantošana, lai nodrošinātu finansējumu plašai vairāku sektoru tabakas kontroles programmas izstrādei un spēcīnāšanai Jaunattīstības Dalībvalstīs un Dalībvalstīs, kurās notiek ekonomiskā pāreja.».

VI NODAĻA – PIELIKUMI

1. pielikums

Ekspertu konsultāciju par politikas rekomendācijām attiecībā uz pasīvās smēķēšanas dūmiem, kas norisinājās Montevideo, Urugvajā, 2005. gada 1.–3. novembrī, dalībnieku un novērotāju saraksts un citi politikas rekomendāciju pārskatītāji

Leon Alevantis, MS, PE

Senior Mechanical Engineer
Administration – Program Support Branch
Facilities Management Section
California Department of Health Services
MS 1401 P.O. Box 997413
Sacramento, CA 95899-7413 USA

Matthew Allen

Allen & Clarke Policy and Regulatory
Specialists Limited
PO Box 54 180, Mana
Wellington, New Zealand

Carmen Audera López

Tobacco Free Initiative
World Health Organization
Avenue Appia, 1211 Geneva, Switzerland

Ron Borland PhD,

Nigel Gray Distinguished Fellow in Cancer
Prevention, VicHealth Center for Tobacco
Control, Cancer Control Research Institute,
The Cancer Council Victoria,
1 Rathdowne St
Carlton Vic 3053, Australia
Ph: 61-3-9635 5185, Fax: 61-3-9635 5440
Mobile: 61-409 979 269
e-mail: Ron.Borland@cancervic.org.au
Professorial Fellow, School of Population
Health and Department of Information
Systems, The University of Melbourne

Tania Cavalcante

National Tobacco Control
Programme Coordinator
National Cancer Institute of Brazil (INCA)
Ministry of Health
Rua dos Invalidos 212 – 2nd floor
20231-020-Rio de Janeiro, RJ, Brazil

Carolyn Dresler

Head, Tobacco Control
International Agency Against Cancer (IARC)

150 Cours Albert-Thomas
69008 Lyon Cedex 08, France

Julio González Molina

International Adviser Health Promotion
PAHO/WHO Representation in Uruguay
Avda. Brazil 2697 2nd Floor
Montevideo, Uruguay

Cynthia Hallett

Executive Director, Americans for Nonsmokers
Rights
2530 San Pablo Ave, Suite J
Berkeley, CA 94702, USA

Fenton Howell

Director of Public Health
Health Service Executive – NE
Railway Street
Navan Meath, Ireland

Sinéad Jones

Head, Tobacco Control
UICC
187 Granton Road
EH5 3RQ Edinburgh SC
United Kingdom

TH Lam

Professor and Head
Department of Community Medicine
Faculty of Medicine Building
The University of Hong Kong
21 Sassoon Road,
Pokfulam, Hong Kong, SAR China

Mark Miller MD, MPH

Office of Environmental Health Hazard
Assessment
1515 Clay St, 16th Floor
Oakland, CA. 94612, USA

Yumiko Mochizuki-Kobayashi

Director, Tobacco Free Initiative
World Health Organization

20, Avenue Appia CH-1211 Geneva,
Switzerland

Michael Ong

Asst.Professor
UCLA Med-GIM & HSR
University of California at Los Angeles
911 Broxton Ave, 1st. Floor
Los Angeles, CA 90024, USA

Martina Poëtschke-Langer

Head of Unit Cancer Prevention and
of WHO Collaborative Centre for Tobacco
Control
German Cancer Research Centre
Im Neuenheimer Feld 280
69120 Heidelberg, Germany

Armando Peruga

Coordinator Tobacco Control Team
Pan American Health Organization (PAHO)
SDE-RA Rm 525
525 23rd St NW
Washington DC 20037, USA

Cornel Radu

President
Aer Pur Romania / Romanian Network for
Smoking Prevention (RNSP)
Str. Argentina 35 Sector 1
011753 Bucharest, Romania

Srinath Reddy

Professor & Head
Department of Cardiology
All India Institute of Medical Sciences
New Delhi – 110 029
Ansari Nagar, India

Hana Ross

Health Economist
Research Triangle Institute
3040 Cornwallis Road
Research Triangle Park
NC 27709-2194, USA

Jonathan Samet

Professor and Chair, Department of
Epidemiology
Director, Institute for Global Tobacco Control
615 N. Wolfe Street, Suite W604
Baltimore, MD 21205, USA

Heather Selin

Adviser, Tobacco Control
Pan American Health Organization/World

Health Organization (PAHO/WHO)
525 23rd St NW
Washington DC 20037, USA

Richard Stanwick

Chief Medical Health Officer
Vancouver Island Health Authority
V8R4R2 430 – 1900 Richmond Avenue
Victoria, British Columbia, Canada

Frances Stillman

Associate Professor
Co-director, Institute for Global Tobacco
Control
615 N. Wolfe Street
Baltimore, MD 21205, USA

Elizabeth Tamang

Director
Centro Regionale di Riferimento per la
Prevenzione
Dorsoduro, 3494/a 30123
Venezia, Italy

Peter Ucko

Director
National Council Against Smoking
3rd Floor, NIOH Building,
106 Joubert Street Extension, Braamfontein,
2001 Johannesburg, South Africa

Heather Wipfli

Project Director, Institute for Global Tobacco
Control
Johns Hopkins Bloomberg
School of Public Health
615 N. Wolfe Street
Baltimore, MD 21205, USA

Ayda Yurekli

Senior Health Economist WHO/TFI
145 Snyder Hill Rd.
Ithaca, NY 14850, USA

Observers

Winston Abascal

Director Nacional de Control de Tabaco
Ministerio de Salud Pública
18 de Julio 1892
Montevideo, Uruguay

Miguel Asqueta

Diputado Nacional
Presidente Comisión de Salud
Av. De Las Leyes s/n

Montevideo, Uruguay

Adriana Blanco

Médica, Representante Intendencia
Municipal de Montevideo en
Alianza Nacional contra el Tabaco
18 de Julio 1360, 3er piso (División Salud)
Montevideo, Uruguay

Xavier Camps

Médico Cardiólogo
Coordinador Programa de Cesación en
CAMDEL y Hospital Vidal y Fuentes
C. Williman 529 Minas
Lavalleja, Uruguay

Oswaldo Davyt

Médico Cardiólogo
Federación Médica del Interior
Alianza Nacional para el Control del Tabaco
12 de Febrero 365,
Carmelo, Uruguay

Elba Esteves

Médica Internista
Integrante Policlínica Cesación de Tabaco /
Hospital de Clínicas
Avda. Italia s/n / P. 1
Montevideo, Uruguay

Araceli Ferrari

Médico Asesor
Area de Educación Poblacional de la
Comisión de Lucha contra el Cáncer
Brandzen 1961, Of. 1104/05
Montevideo, Uruguay

Beatriz Goja

Médico Facultad de Medicina
Alianza Nacional para el Control del Tabaco /
Policlínica Cesación Tabaquismo
Avda. Italia 3499/1006
Montevideo, Uruguay

Ana Lorenzo

Médico Programa Control de Tabaco
Ministerio de Salud Pública
18 de Julio 1892
Montevideo, Uruguay

Adriana Menéndez

Médica Comisión para Control de
Tabaquismo
Sindicato Médico del Uruguay
Bvar. Artigas 1515
Montevideo, Uruguay

Alejandro Santini

Médico Asesor
Area de Educación Poblacional de la
Comisión de Lucha contra el Cáncer
Brandzen 1961, Of. 1104/05
Montevideo, Uruguay

Mirta A Molinari

Abogada Consultora en Control de Tabaco
Ministerio de Salud y Ambiente
Avda. 9 de Julio 1925 P. 9
Buenos Aires, Argentina

**Additional Reviewers of the Policy
Recommendations**

Jean-Pierre Baptiste

Regional Adviser
Bureau régional de l'Afrique
Cité du Djoue
PO Box 06
Brazzaville, Congo

Douglas Bettcher

Coordinator
World Health Organization
Tobacco Free Initiative
20 Avenue Appia
Geneva 27, Switzerland

Annemieke Brands

Technical Officer
World Health Organization
Tobacco Free Initiative
National Capacity-building
20 Avenue Appia
Geneva 27, Switzerland

Poonam Dhavan

Technical Officer
World Health Organization
Tobacco Free Initiative
National Capacity-building
20 Avenue Appia
Geneva 27, Switzerland

Fatimah M S El-Awa

Regional Adviser
Tobacco Free Initiative
Abdul Razzak al Sanhoury Street
Nasr City
Cairo 11371, Egypt

Burke Fishburn

Regional Adviser
Tobacco Free Initiative

United Nations Avenue, corner Taft Avenue
Ermita, Manila, 1000, Philippines

Stanton Glantz

Head, WHO Collaborating Centre on Tobacco
Control Policy Development
Center for Tobacco Control, Research and
Education & Professor of Medicine
University of California, San Francisco
Department of Cardiology
530 Parnassus Avenue. Suite 366 Library
P. O Box 1390
San Francisco, CA 94143-1390, USA

Katharine Hammond

Professor of Environmental Health Sciences
University of California
140 Warren Hall
MC 7360
Berkeley, CA 94720-7360, USA

Phillip Karugaba

The Environmental Action Network (TEAN)
P.O. Box 7166
Kampala, Uganda

Haik Nikogosian

Deputy Director
Division of Technical Support
Scherfigsvej 8 – 2100
Copenhagen, Denmark

Patrick Petit

Project Officer
World Health Organization
Tobacco Free Initiative
20 Ave. Appia
Geneva 27, Switzerland

Khalilur Rahman

Regional Adviser
Tobacco Free Initiative
World Health House, Indraprastha Estate
Mahatma Gandhi Road
New Delhi 110002, India

Bung-On Ritthiphakdee

Southeast Asia Tobacco Control Alliance
(SEATCA)
36/2 Pradipat 10
Phayathai
Bangkok, 10400, Thailand

Yussuf Saloojee

Executive Director, National Council against
Smoking

106 Joubert St Ext
Braamfontein
2042 Johannesburg, South Africa

Stafford Sanders

Communications Officer (ASH Australia);
Coordinator (Smoke Free Australia Coalition)
153 Dowling Street
2011 Woolloomooloo NSW, Australia

Marta Seoane

Communications Officer
World Health Organization
Tobacco Free Initiative
20 Avenue Appia
Geneva 27, Switzerland

Tomotaka Sobue

Head, WHO Collaborating Centre for
Reference on Smoking and Health
Chief, Statistics and Cancer Control Division
National Cancer Centre Research Institute
5-1-1 Tsukiji Chuo-ku
Tokyo 104-0045, Japan

Judith Watt

Director, Protocol Management
36 Thorne Street
Edgecliff
Sydney, New South Wales 2027, Australia

2. pielikums

Divdesmit zinātniskās vienprātības gadi

Liela vienprātība attiekmē pret apkārtējās vides tabakas dūmu ietekmi uz veselību

- (2006)** Ietekme uz veselību, ko rada piespiedu pakļaušana tabakas dūmiem: Veselības aizsardzības sistēmas vadītāja atskaite. Atlanta, ASV Veselības un sociālās nodrošināšanas departaments, Slimību kontroles un novēršanas centri, Veselības veicināšanas koordinācijas centrs, Nacionālais hronisko slimību novēršanas centrs un Veselības veicināšanas dienests jautājumos par smēķēšanu un veselību.
(<http://www.surgeongeneral.gov/library/second-handsmoke/report/fullreport.pdf>, piekļuve notikusi 2007. gada 27. martā)
- (2005)** Ierosināta vidē esošo tabakas dūmu iekļaušana toksisko gaisa piesārņotāju sarakstā. Tabakas kontrole. Pārskati un programmu vērtējumi ārpus ECSF. Dokuments CALEPA2005. (<http://repositories.cdlib.org/tc/surveys/CALEPA2005>, piekļuve notikusi 2007. gada 27. martā)
- (2004)** Tabakas dūmi un piespiedu smēķēšana. SVIA monogrāfijas par Cilvēku kancerogēno risku novērtējumu. 83. sējums. Ženēva, Pasaules Veselības organizācija un Liona, Starptautiskā vēža izpētes aģentūra (SVIA).
(<http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol83/volume83.pdf>, piekļuve notikusi 2007. gada 27. martā)
- (2004)** Zinātniskā komiteja tabakas dūmu, un veselības, jautājumos. Pasīvā smēķēšana: Kopš 1998. gada iegūto pierādījumu pārskats. Datu aktualizēšana par ietekmi uz veselību, ko rada apkārtējās vides tabakas dūmi, Londona, Veselības departaments.
(www.advisorybodies.doh.gov.uk/scoth/PDFS/scothnov2004.pdf, piekļuve notikusi 2007. gada 27. martā)
- (2000), (2002), (2005)**
ASV Nacionālā toksikoloģijas programma, 9., 10. un 11. atskaite par kancerogēnām vielām. Atlanta, ASV Veselības un sociālās nodrošināšanas departaments.
(<http://ntp.niehs.nih.gov/ntp/roc/eleveth/profiles/s176toba.pdf>, piekļuve notikusi 2007. gada 27. martā)
- (1998)** Zinātniskā komiteja tabakas dūmu, un veselības, jautājumos. Zinātniskās komitejas tabakas dūmu, un veselības, jautājumos atskaite. Londona, Veselības departaments, Veselības un sociālās nodrošināšanas departaments, Ziemeļīrija, Skotijas Velsas veselības dienesta departaments.
(<http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/tobacco/contents.htm>, piekļuve notikusi 2007. gada 27. martā)

- (1997)** Ietekme uz veselību, ko rada pakļaušana vidē esošiem tabakas dūmiem. Sakramento, Kalifornijas Vides aizsardzības aģentūra.
(http://www.oehha.ca.gov/air/environmental_tobacco/finalets.html#download, piekļuve notikusi 2007. gada 27. martā)
- Publicēts 1999. gadā kā Nacionālā vēža institūta Smēķēšanas un veselības monogrāfija 10: Ietekme uz veselību, ko rada vidē esošie tabakas dūmi: Kalifornijas Vides aizsardzības aģentūras atskaite. Smēķēšanas un tabakas kontroles monogrāfijas.
(http://cancercontrol.cancer.gov/tcrb/monographs/10/m10_complete.pdf, piekļuve notikusi 2007. gada 27. martā)
- (1997)** Ietekme uz veselību, ko rada pasīvā smēķēšana. Kanbera, Austrālija, Nacionālā veselības un medicīnas izpētes padome.
- (1992)** Ietekme uz elpceļiem, ko rada pasīvā smēķēšana: Plaušu vēzis un citas slimības. Vašingtona DC, Veselības un vides novērtējuma dienests. Izpētes un attīstības dienests, ASV Vides aizsardzības aģentūra
(<http://cfpub.epa.gov/ncea/cfm/ets/etsindex.cfm>, piekļuve notikusi 2007. gada 27. martā)
- (1991)** Darbavietās gaisā esošie tabakas dūmi: Plaušu vēzis un citi veselības kaitējumi. Pašreizējā Inteliģences ziņojuma 54. izdevums, Atlanta, ASV Nacionālais darba drošības un veselības institūts
(http://www.cdc.gov/niosh/91108_54.html, piekļuve notikusi 2007. gada 27. martā)
- (1986)** ASV Veselības aizsardzības sistēmas vadītāja atskaite: Ietekme uz veselību, ko rada piespiedu smēķēšana. Atlanta, ASV Veselības un sociālās nodrošināšanas departaments. Veselības ministrija. Slimību kontroles centri. Dienests smēķēšanas un veselības jautājumos.
(<http://profiles.nlm.nih.gov/NN/B/C/P/M/>, piekļuve notikusi 2007. gada 27. martā)
- (1986)** Nacionālā izpētes padome. Vides studiju un toksikoloģijas valde. Pasīvās smēķēšanas komiteja. Vidē esošie tabakas dūmi: Ietekmes noteikšana un veselības kaitējumu novērtējums. Vašingtona DC, National Academy Press.
(<http://www.nap.edu/books/0309037301/html/>, piekļuve notikusi 2007. gada 27. martā)

3. pielikums

Ietekme uz veselību, ko rada pakļaušana apkārtējās vides tabakas dūmiem

Kalifornijas Vides aizsardzības aģentūras 2005. gada atzinumu kopsavilkums

Ietekme, ko cēloniski izraisa pakļaušana pasīvajai smēķēšanai

Ietekme uz attīstību

- Embrija augšana: Mazs dzimšanas svars un dzimšanas svara samazināšanās
- Zīdaiņu pēkšņās nāves sindroms (ZPNS)
- Priekšlaicīgas dzemdības

Ietekme uz elpceļiem

- Akūtas apakšējo elpceļu infekcijas bērniem (piemēram, bronhīts un pneimonija)
- Astmas sākšanās un saasināšanās bērniem un pieaugušajiem
- Hronisku elpceļu problēmu simptomi bērniem
- Acu un deguna kairinājums pieaugušajiem
- Vidusauss iekaisumi bērniem

Kancerogēna iedarbība

- Plaušu vēzis
- Deguna blakusdobumu vēzis
- Krūts vēzis jaunām sievietēm pirmsmenopauzes vecumā

Ietekme uz sirds un asinsvadu sistēmu

- Mirstība no sirds slimībām
- Saslimstība ar akūtām un hroniskām koronārām sirds slimībām
- Mainītas asinsvadu īpašības

Ietekme, ko, iespējams, rada cēloniska saistība ar pakļaušanu pasīvajai smēķēšanai

Ietekme uz reproduktīvo sistēmu un attīstību

- Spontānie aborti, embrija augšanas palēnināšanās
- Negatīva ietekme uz izziņas spējām un uzvedību
- Alerģiju sensibilizācija
- Samazināta plaušu funkcijas attīstība
- Negatīva ietekme uz auglību un apaugļošanās spēju

Ietekme uz sirds un asinsvadu sistēmu un hematoloģiju

- Palielināts sirdslēkmju risks pieaugušajiem

Ietekme uz elpceļiem

- Mukoviscidozes saasināšanās
- Hronisku elpceļu problēmu simptomi pieaugušajiem

Kancerogēna iedarbība

- Kakla vēzis
- Smadzeņu vēzis un limfomas bērniem
- Deguna un rīkles vēzis
- Visu vēža veidi gan pieaugušajiem, gan bērniem

ASV Veselības aizsardzības sistēmas vadītāja 2006. gada atzinumu kopsavilkums

Ietekme uz reproduktīvo sistēmu un attīstību, ko rada pakļaušana pasīvajai smēķēšanai

Zīdaiņu pēkšņās nāves sindroms

Pierādījumi ir pietiekoši, lai noteiktu cēlonisku saistību starp pakļaušanu pasīvajai smēķēšanai un zīdaiņu pēkšņās nāves sindromu.

Pirmstermiņa dzemdības

Pierādījumi rada aizdomas, bet nav pietiekoši, lai noteiktu cēlonisku saistību starp mātes pakļaušanu pasīvajai smēķēšanai grūtniecības laikā un priekšlaicīgām dzemdībām.

Mazs dzimšanas svars

Pierādījumi ir pietiekoši, lai noteiktu cēlonisku saistību starp mātes pakļaušanu pasīvajai smēķēšanai grūtniecības laikā un nelielu jaundzimušā svara samazinājumu.

Bērnu vēzis

Pierādījumi rada aizdomas, bet nav pietiekoši, lai noteiktu cēlonisku saistību starp pirmsdzemdību un pēcdzemdību pakļaušanu pasīvajai smēķēšanai un vēzi bērniem.

Pierādījumi rada aizdomas, bet nav pietiekoši, lai noteiktu cēlonisku saistību starp pirmsdzemdību un pēcdzemdību pakļaušanu pasīvajai smēķēšanai un leukēmiju bērniem.

Pierādījumi rada aizdomas, bet nav pietiekoši, lai noteiktu cēlonisku saistību starp pirmsdzemdību un pēcdzemdību pakļaušanu pasīvajai smēķēšanai un limfomām bērniem.

Pierādījumi rada aizdomas, bet nav pietiekoši, lai noteiktu cēlonisku saistību starp pirmsdzemdību un pēcdzemdību pakļaušanu pasīvajai smēķēšanai un smadzeņu audzējiem bērniem.

Ietekme uz bērnu elpceļiem, ko rada pakļaušana pasīvajai smēķēšanai

Apakšējo elpceļu slimības zīdaiņa vecumā un agrā bērnībā

Pierādījumi ir pietiekoši, lai noteiktu cēlonisku saistību starp pakļaušanu pasīvajai smēķēšanai no vecāku puses un apakšējo elpceļu slimībām zīdaiņiem un bērniem.

Apakšējo elpceļu slimību risks ir vislielākais, ja smēķē māte.

Vidusauss iekaisums un mandeļu un adenoīdu izgriešana

Pierādījumi ir pietiekoši, lai noteiktu cēlonisku saistību starp pakļaušanu pasīvajai smēķēšanai no vecāku puses un bērnu vidusauss iekaisumu, tostarp akūtu un atkārtotu vidusauss iekaisumu un hronisku šķidrums uzkrāšanos vidusausī.

Pierādījumi rada aizdomas, bet nav pietiekoši, lai noteiktu cēlonisku saistību starp vecāku smēķēšanu un šķidrums uzkrāšanos vidusausī.

Elpceļu problēmu simptomi un izplatīta astma skolas vecuma bērnu vidū

Pierādījumi ir pietiekoši, lai noteiktu cēlonisku saistību starp vecāku smēķēšanu un klepu, gļotu rašanos, aizdusas un elpas trūkumu skolas vecuma bērniem.

Pierādījumi ir pietiekoši, lai noteiktu cēlonisku saistību starp vecāku smēķēšanu un jebkad parādījušos astmu skolas vecuma bērniem.

Astmas sāksšanās bērniem

Pierādījumi ir pietiekoši, lai noteiktu cēlonisku saistību starp pakļaušanu pasīvajai smēķēšanai no vecāku puses un aizdusas problēmu parādīšanos agrā bērnībā.

Pierādījumi rada aizdomas, bet nav pietiekoši, lai noteiktu cēlonisku saistību starp pakļaušanu pasīvajai smēķēšanai no vecāku puses un astmas parādīšanos bērniem.

Plaušu augšana un plaušu funkcija

Pierādījumi ir pietiekoši, lai noteiktu cēlonisku saistību starp mātes smēķēšanu grūtniecības laikā un pastāvīgu kaitīgu ietekmi uz plaušu funkciju bērnībā.

Pierādījumi ir pietiekoši, lai noteiktu cēlonisku saistību starp pakļaušanu pasīvajai smēķēšanai pēc dzimšanas un plaušu sliktāku funkcionēšanu bērnībā.

Vēzis pieaugušajiem, ko rada pakļaušana pasīvajai smēķēšanai

Plaušu vēzis

Pierādījumi ir pietiekoši, lai noteiktu cēlonisku saistību starp pakļaušanu pasīvajai smēķēšanai un plaušu vēzi cilvēkiem, kuri nekad nav smēķējuši. Šis secinājums ir attiecināms uz visa veida pakļaušanu pasīvajai smēķēšanai, neatkarīgi no atrašanās vietas.

Kopējie pierādījumi liecina par 20% līdz 30% plaušu vēža riska pieaugumu, ko rada pakļaušana pasīvajai smēķēšanai, dzīvojot kopā ar smēķētāju.

Krūts vēzis

Pierādījumi rada aizdomas, bet nav pietiekoši, lai noteiktu cēlonisku saistību starp pakļaušanu pasīvajai smēķēšanai un krūts vēzi.

Deguna blakusdobumu un deguna un rīkles ļaundabīgs audzējs

Pierādījumi rada aizdomas, bet nav pietiekoši, lai noteiktu cēlonisku saistību starp pakļaušanu pasīvajai smēķēšanai un deguna blakusdobumu vēža risku nesmēķētājiem.

Sirds un asinsvadu slimības, ko rada pakļaušana pasīvajai smēķēšanai

Pierādījumi ir pietiekoši, lai noteiktu cēlonisku saistību starp pakļaušanu pasīvajai smēķēšanai un palielinātu koronāro sirds slimību rašanās un mirstības risku gan vīriešiem, gan sievietēm.

Kopējie metaanalīzes relatīvie riski norāda uz 25% līdz 30% koronāro sirds slimību riska pieaugumu, ko rada pakļaušana pasīvajai smēķēšanai.

Pierādījumi rada aizdomas, bet nav pietiekoši, lai noteiktu cēlonisku saistību starp pakļaušanu pasīvajai smēķēšanai un palielinātu sirdslēkmes risku.

Pasīvās smēķēšanas un subklīnisku asinsvadu slimību, it īpaši miega artēriju sienīņu sabiezējumu rašanās pētījumi rada aizdomas, bet nav pietiekoši, lai noteiktu cēlonisku saistību starp pakļaušanu pasīvajai smēķēšanai un aterosklerozi.

Ietekme uz pieaugušo elpceļiem, ko rada pakļaušana pasīvajai smēķēšanai

Smarža un kairinājums

Pierādījumi ir pietiekoši, lai noteiktu cēlonisku saistību starp pakļaušanu pasīvajai smēķēšanai un smaržu izraisītu kairinājumu.

Pierādījumi ir pietiekoši, lai noteiktu cēlonisku saistību starp pakļaušanu pasīvajai smēķēšanai un deguna kairinājumu.

Pierādījumi rada aizdomas, bet nav pietiekoši, lai secinātu, ka cilvēki ar deguna alerģijām vai elpošanas slimību vēsturi ir uzņēmīgāki pret deguna kairinājuma rašanos, ko izraisa pakļaušana pasīvajai smēķēšanai.

Elpceļu problēmu simptomi

Pierādījumi rada aizdomas, bet nav pietiekoši, lai noteiktu cēlonisku saistību starp pakļaušanu pasīvajai smēķēšanai un akūtiem elpceļu problēmu simptomiem, tostarp klepu, aizdusu, smaguma sajūtu krūškurvja apvidū un apgrūtinātu elpošanu cilvēkiem, kuri slimo ar astmu.

Pierādījumi rada aizdomas, bet nav pietiekoši, lai noteiktu cēlonisku saistību starp pakļaušanu pasīvajai smēķēšanai un akūtiem elpceļu problēmu simptomiem, tostarp klepu, aizdusu, smaguma sajūtu krūškurvja apvidū un apgrūtinātu elpošanu veseliem cilvēkiem.

Pierādījumi rada aizdomas, bet nav pietiekoši, lai noteiktu cēlonisku saistību starp pakļaušanu pasīvajai smēķēšanai un hroniskiem elpceļu problēmu simptomiem.

Plaušu funkcija

Pierādījumi rada aizdomas, bet nav pietiekoši, lai noteiktu cēlonisku saistību starp īslaicīgu pakļaušanu pasīvajai smēķēšanai un akūtu plaušu funkcijas pasliktināšanos cilvēkiem, kuri slimo ar astmu.

Pierādījumi rada aizdomas, bet nav pietiekoši, lai noteiktu cēlonisku saistību starp ilgstošu pakļaušanu pasīvajai smēķēšanai un nelielu plaušu funkcijas pasliktināšanos iedzīvotājiem.

Astma

Pierādījumi rada aizdomas, bet nav pietiekoši, lai noteiktu cēlonisku saistību starp pakļaušanu pasīvajai smēķēšanai un astmas parādīšanos pieaugušajiem.

Pierādījumi rada aizdomas, bet nav pietiekoši, lai noteiktu cēlonisku saistību starp pakļaušanu pasīvajai smēķēšanai un astmas kontroles pasliktināšanos.

Hroniska obstruktīva plaušu slimība

Pierādījumi rada aizdomas, bet nav pietiekoši, lai noteiktu cēlonisku saistību starp pakļaušanu pasīvajai smēķēšanai un hronisku obstruktīvu plaušu slimību.

4. pielikums

Opozīcijas argumentu atspēkošana

Efektīvi smēķēšanas aizlieguma likumi ir populāri, taču politikas izstrādātājiem jābūt gataviem atbildēt uz daudziem bieži izteiktiem argumentiem, kuru mērķis ir novērst to pieņemšanu un ieviešanu. Šie argumenti parasti ietver ideoloģiskas problēmas, pakļaušanas pasīvajai smēķēšanai izraisīto veselības problēmu zinātniskā pamatojuma apstrīdēšanu, ierosinājumus smēķēšanas aizlieguma likumu alternatīvām, smēķēšanas aizlieguma likumu ekonomisko un citu negatīvo seku apspriešanu, kā arī ieviešanas un realizēšanas iespējamības apšaubīšanu.

Iepriekšējās nodaļās ir aprakstīta pamatinformācija, ko var izmantot, lai atspēkotu šos argumentus. Tālāk ir norādīti parastie argumenti, kas nav ietverti šajās nodaļās, un atbildes uz tiem.

Piespieduⁿ smēķēšanas riski ir nenozīmīgi, it īpaši salīdzinājumā ar citām veselības problēmām.

Šis arguments bieži tiek pieminēts attiecībā uz plaušu vēzi. Cilvēkam, kurš nekad nav smēķējis un ir precējies ar smēķētāju, risks saslimt ar plaušu vēzi ir par 20% lielāks, nekā cilvēkam, kurš nekad nav smēķējis un ir precējies ar cilvēku, kurš arī nekad nav smēķējis. Kā liecina vairākas zinātniskās publikācijas, ņemot vērā pasīvās smēķēšanas plašo izplatību, 20% riska pieaugums ir ievērojams gan atsevišķiem cilvēkiem, gan iedzīvotājiem kopumā. Cilvēkiem, kas bieži tiek pakļauti pasīvajai smēķēšanai, piemēram, bāru un restorānu darbiniekiem, risks var būt lielāks nekā vidējam iedzīvotājam. Risks saslimt ar sirds slimībām ir vēl lielāks un tiešāks nekā plaušu vēža risks.

Cigarešu toksisko emisiju daudzums salīdzinājumā ar citiem gaisa piesārņotājiem ir zems.

Tieši pretēji – salīdzinājumā ar lielāko daļu vidē un darbavietās esošo toksīnu tas ir ārkārtīgi augsts.¹⁴

Cigarešu radītais gaisa piesārņojums ir 10 reizes lielāks par dīzeļdzinēja automašīnas izplūdes gāzu piesārņojumu.¹⁵⁰ Turklāt neseno veiktajā pētījumā 24 valstīs par pakļaušanu tabakas daļiņu vielai PM_{2,5} smēķēšanai atļautajās iekštelpās un vietās, kur aizliegts smēķēt, tika konstatēts vidēji 317 µg/m³ PM_{2,5} līmenis vietās, kur tika smēķēta tabaka, un 36µg/m³ telpās, kur kontroles periodā netika novērota smēķēšana.⁴² Šis līmenis vairāk kā 12 reizes pārsniedz PVO vispārējos gaisa kvalitātes ieteikumus, kuros rekomendēts 24 stundu laikā uzturēt vidēji 25 µg/m³ līmeni.¹⁵¹ Patiesībā ASV darbiniekiem, kas sava darba mūža laikā regulāri tikuši pakļauti pasīvajai smēķēšanai, vēža risks ir par 7 līdz 700 reizēm lielāks par *minimālo* riska līmeni, kas noteikts piesārņotāju, kas nav vides tabakas dūmi, ietekmei.¹³⁸

Epidemioloģija kā bāze pasīvās smēķēšanas riska noteikšanai ir «neuzticama zinātne».

Nievājošo terminu «neuzticama zinātne», ar ko apraksta epidemioloģijas zinātnisko metodi, lieto tabakas nozarē un citās nozarēs, kuru pārstāvjus neapmierina secinājumi, kas epidemioloģisko pētījumu rezultātā tiek izteikti attiecībā uz viņu produkciju. Tabakas nozares dokumentos ir atrodamas liels daudzums liecību par organizētiem centieniem radīt neuzticību epidemioloģijai. Vispāratzītā, fundamentālā sabiedrības veselības zinātne epidemioloģija ir zinātniska metode, kas tieši apkopo informāciju par ietekmi uz veselību, ko rada pakļaušana pasīvajai smēķēšanai dabiskajā vidē. Tāda pati pieeja, kas veiksmīgi izmantota vides tabakas dūmu pētīšanai, ir izmantota gadu desmitiem lipīgu, kā arī lielu akūtu un hronisku slimību pētīšanā. Epidemioloģiskie pierādījumi ir pamats sabiedrības politikai daudzās jomās, piemēram, infekciju kontrolei un gaisa un ūdens piesārņojuma pārvaldībai.

ⁿ Arī zināma kā pasīvā smēķēšana

^o PM2.5 ir kaitīgas sīkas daļiņas, ko var viegli ieelpot dziļi plaušās un ko lielā daudzumā rada degošas cigaretes

Smēķēšanas aizlieguma likumi ir antikonstitucionāli un pārkāpj smēķētāju personiskās tiesības un brīvības.

Šis arguments nosaka, ka smēķēšana ir pieaugušo personiska izvēle un ka smēķēšanas aizlieguma likumi padara smēķētājus par upuriem un nosoda viņus, kā arī rada bīstamu precedentu valsts varas ietekmei. Taču smēķēšanas aizlieguma likumi neaizliedz smēķētājiem smēķēt; tie tikai nosaka, kur ir atļauts smēķēt, lai smēķētāji nekaitētu citiem.

Turklāt nevienā valsts konstitūcijā vai starptautiskajā cilvēktiesību likumā nav paredzētas «tiesības smēķēt».¹⁵² Tieši otrādi – daudzos starptautiskos cilvēktiesību likumos ir paredzētas tiesības uz dzīvi, tiesības «uz visaugstākajiem pieejamajiem veselības standartiem», tiesības uz veselīgu vidi un citas tiesības, kas ir svarīgas aizsardzībai pret pakļaušanu tabakas dūmiem¹³⁸.

Vispārējā smēķēšanas aizlieguma likumu nav iespējams piemērot jaunattīstības valstīs.

Vispārējas aizsardzības mērķis tiek vienādi ievērots jurisdikcijās ar augstiem un zemiem ienākumiem, lai gan var atšķirties tā sasniegšanas veids. Iespējams, pastāv uzskats, ka jaunattīstības valstīs nevar atļauties ieviest smēķēšanas aizlieguma likumus, bet patiesībā šo likumu ieviešanai ir nepieciešami nelieli līdzekļi; pēc likumu ieviešanas izmaksas ievērojami samazinās, un sabiedrības veselības uzlabošanās samazina veselības aprūpes izmaksas.

Visaptveroši smēķēšanas aizlieguma likumi ir kultūras ziņā nepiemēroti daudzām vietām

Valstu, provinču un vietējās valdības atšķirīgos kultūras un etniskajos kontekstos, kā arī attīstītajās un jaunattīstības valstīs ir pierādījušas, ka visaptveroši smēķēšanas aizlieguma likumi ir realizējami un veiksmīgi neatkarīgi no valsts ienākumu līmeņa, valodas vai etniskā konteksta. Īrijā tika izteikts arguments, ka smēķēšana ir svarīga krogu atmosfēras sastāvdaļa, taču Īrijā jau divus gadus spēkā ir smēķēšanas aizliegums, kas guvis milzīgu sabiedrības atbalstu. Spāniski un franciski

runājošās valstīs bieži tiek piesauktas runājot par vietām, kurās nekad nevarētu aizliegt smēķēšanu, jo smēķēšana ir liela šo valstu kultūras sastāvdaļa. Taču Urugvajā ir aizliegts smēķēt, un lielākā daļa franču izcelsmes iedzīvotāju atbalsta smēķēšanas aizliegumu bāros un restorānos. 2006. gada 31. maijā smēķēšanas aizliegums (arī bāros un restorānos) stājās spēkā franciski runājošajā Kanādas provincē Kvebekā.

Likuma vispārēju piemērošanu var panākt tikai pakāpeniski.

Kad no tabakas dūmiem brīvā vide kļuva plaši izplatīta Ziemeļamerikā un citās attīstītajās valstīs 20. gadsimta 80-tajos un 90-tajos gados, to ieviešana notika pakāpeniski – pa vienam sektoram. Tas parasti bija nepieciešams, jo sabiedrība bija mazāk informēta par draudiem, ko rada pakļaušana pasīvajai smēķēšanai, un no tabakas dūmiem brīvā vide nebija ierasta sabiedrības dzīves sastāvdaļa. Dažās valstīs pakāpeniska pieeja var būt vienīgā iespēja sākumstadijā, bet tā var nebūt nepieciešama citās valstīs. Smēķēšanas aizlieguma mērķis tagad ir daudz augstāks, nekā laikā, kad šo politiku tikai sāka ieviest, un tas ir padarījis ātras pārmaiņas daudz reālākas. Daudzi situācijas pētījumi liecina, ka jurisdikcijas var pāriet un ir jau pārgājušas no likumdošanas, kas praktiski neaizliedza smēķēšanu, uz visaptverošu 100% smēķēšanas aizlieguma likumdošanu. Skotija un Urugvaja ir tikai divi zīmīgi piemēri.

No tabakas dūmiem brīvo vidi nevar ieviest, nesniedzot smēķētājiem atbalstu smēķēšanas pārtraukšanā.

Smēķēšanas aizlieguma likumu veiksmē nav atkarīga no smēķēšanas pārtraukšanas programmu nodrošināšanas no tabakas dūmiem brīvajā vidē. Programmas, kas palīdz smēķētājiem pārtraukt smēķēt telpās, kur tas ir aizliegts, var sniegt smēķētājiem atbalstošu vēstījumu, atgādinot, ka smēķēšanas aizlieguma politika nav paredzēta, lai viņus izolētu, bet, lai aizsargātu ikviena veselību. Taču pieredze liecina, ka tās nav nepieciešamas, lai bez problēmām ieviestu smēķēšanas aizlieguma likumus. Smēķēšanas pārtraukšanas programmas var būt noderīgs palīg līdzeklis no

tabakas dūmiem brīvās vides nodrošināšanai, ja ir pieejami nepieciešamie resursi. Smēķēšanas pārtraukšanas programmu resursu trūkumam nevajadzētu kavēt no tabakas dūmiem brīvās vides ieviešanu. Sabiedrības veselības aizsardzība ir no tabakas dūmiem brīvās vides izveidošanas galvenais mērķis.

What if they passed a law that took away 30% of your business?

What happens if your state legislature or city council bans smoking in restaurants?

You'll lose business. Maybe as much as 30 percent of your business, according to restaurant owners who have experienced such bans. Before a smoking ban was repealed in Beverly Hills, restaurants were expecting to lose a total of \$12 million in 1987 as a result.

Here's the real news, though. In a recent Gallup poll almost 20 percent of the U.S. population said they would not visit

a restaurant that prohibits smoking. Can you risk closing your doors to 20 percent of your customers?

The Tobacco Institute can help you make sure this never happens.

Write us and we'll send you information on how other restaurant groups have fought smoking bans. We'll help you develop ways to accommodate all your customers—smokers and non-smokers alike. And we'll help you ensure that your voice is heard when government takes up the issue.



The Tobacco Institute
1875 I Street, Northwest
Washington, DC 20006

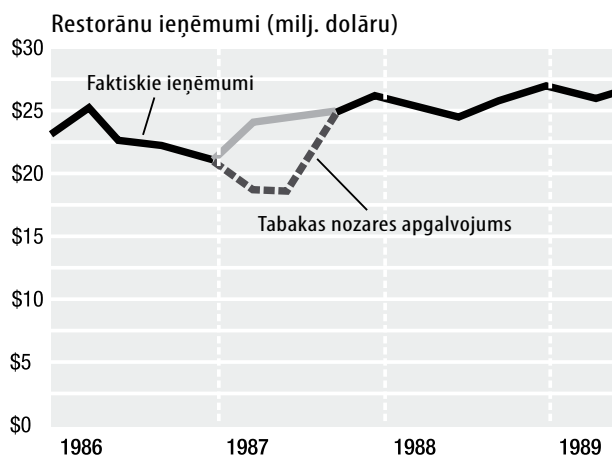
3. attēls. Tabakas institūts izmantoja šo reklāmu Kalifornijā 20. gadsmita 80-to gadu beigās. Beverlihilzas Restorānu asociācijas prezidents Berijs Vogels vēlāk apliecināja: «tāda Beverlihilzas Restorānu asociācija nepastāvēja, pirms tika pieņemts lēmums par smēķēšanas aizliegumu. Mūsu izveidi organizēja tabakas nozares pārstāvji. Tabakas nozares pārstāvji vairākkārtīgi apgalvoja, ka Beverlihilzas restorānu ienākumi pēdējo piecu mēnešu laikā pēc (sākotnējā) smēķēšanas aizlieguma lēmuma stāšanās spēkā ir samazinājušies par 30%. Taču Valsts vienlīdzības valdes aprēķini, kuros izmantoti dati par tirdzniecības nodokli, liecināja par nelielu restorānu apgrozījuma pieaugumu». Vogels sacīja, ka nožēlo, ka piedalījies likuma opozīcijas kustībā. Tālāk redzamajā grafikā atspoguļoti nozares sniegtie dati pretstatā faktiskiem Beverlihilzas tirdzniecības apjomiem.

Smēķēšanas aizlieguma likumi samazinās viesu apkalpošanas sfēras apgrozījumu un kaitēs tūrismam.

Smēķēšanas aizlieguma likumu ietekme uz nodarbinātību un uzņēmējdarbību ir pētīta dau-

dzās jurisdikcijās. Nevienā no pētījumiem, kurā izmantoti objektīvi dati un rūpīga izpētes metodoloģija, nav konstatēta vispārēja negatīva ietekme, kas būtu saistīta ar smēķēšanas aizlieguma likumiem^{45, 153}. Ietekme visos gadījumos ir neitrāla vai pozitīva, nodarot nelielu īslaicīgu kaitējumu viesu apkalpošanas sfērā un atstājot pozitīvu ietekmi ilgtermiņā, jo nesmēķētāji sāk apmeklēt bārus un citas iestādes, kuras tie pirms tam neapmeklēja vidē esošo tabakas dūmu dēļ. Opozīcijas grupu nosauktie pētījumi, kas norāda uz milzīgu negatīvu ietekmi, ko rada smēķēšanas aizlieguma likumi, parasti ir balstīti uz subjektīviem datiem un neizvērtē objektīvus datus, izmantojot vispārpieņemtās zinātniskās metodes. Datus var citēt arī ārpus konteksta. Piemēram, Īrijas smēķēšanas aizlieguma likuma pretinieki norādīja, ka pēc likuma ieviešanas krogos ir kritušie ieņēmumi no alus un stiprajiem alkoholiskajiem dzērieniem. Taču viņi nepieminēja to, ka šī tendence sākās jau pirms likuma stāšanās spēkā un nepasliktinājās likuma ieviešanas rezultātā.¹⁵⁴

Tabakas nozares frontes grupas ir publicējušas vairākus pētījumus, kuros sniegtas izvēlētās bāru īpašnieku grupas prognozes vai viedokļi. Šīs prognozes vienmēr izrādījušās nepareizas, kā tabakas nozare to ir pati atzinusi (3. un 4. attēls).



4. attēls. Faktiskie ieņēmumi pretstatā tabakas nozares apgalvojumam

Dažas iestādes savās tūrisma kampaņās reklamē no tabakas dūmiem brīvu vidi, atzīstot, ka daudzi apmeklētāji novērtēs iespēju baudīt atpūtu bez tabakas dūmu klātbūtnes (5. attēls).



5. attēls. Norvēģijas tūrisma reklāma uzsver spēkā esošo smēķēšanas aizlieguma politiku.

No tabakas dūmiem 100% brīvu vidi nav iespējams ieviest: cilvēki neievēros likumus.

Patiesībā notiek tieši pretējais. Neskaidri likumi, kas nosaka nesmēķēšanas zonu un smēķēšanas zonu kvadrātmetru platību vai procentuālo platību, aizliedz smēķēt tikai noteiktās stundās noteiktās vietās vai nosaka prasības smēķēšanai paredzētajām telpām, rada apjukumu iestādēs, kas ievieš likumu, kā arī to darbiniekiem, klientiem un inspektoriem.

Taču, ja likums vienkārši paredz 100% smēķēšanas aizliegumu noteikta tipa iestādē (piemēram, skolās vai mazumtirdzniecības veikalos), celtniecības vadītāji zina, ka nevar atļaut smēķēšanu šajā ēkā, darbinieki un klienti zina, ka ēkā nedrīkst smēķēt, un inspektoriem uzreiz ir skaidrs, vai iestāde ievēro likumu: vai kāds smēķē iekštelpās vai nesmēķē.

Smēķēšanas aizliegums darbavietās izraisīs biežāku smēķēšanu mājās, tādējādi palielinot bērnu pakļaušanu pasivajai smēķēšanai.

Nav pierādījumu, kas liecinātu, ka smēķēšanas aizliegums darbavietās palielinātu bērnu pakļaušanu tabakas dūmu ietekmei mājās. Tieši otrādi – arvien vairāk pierādījumu liecina, ka smēķēšanas aizliegums sabiedriskajās vietās un darbavietās veicina smēķēšanas samazināšanos mājās. No tabakas dūmiem brīvo darbavietu ieviešana iedrošina cilvēkus pārtraukt smēķēšanu. Smēķēšanas samazināšana pieaugušo vidū nozīmē, ka mazāks skaits bērnu var tikt pakļauti dūmu iedarbībai mājās. Smēķēšanas aizliegums darbavietās rada lielāku varbūtību, ka darbinieki atteiksies no smēķēšanas mājās.¹⁵⁵

5. pielikums

Resursi

Nesmēķēšanas pieredze

- **Vairāki situācijas pētījumi**

Globālā bezdūmu partnerība

(<http://www.globalSmokefreePartnership.org/evidence.php>, piekļuve notikusi 2007. gada 27. martā)

- **Bermuda**

2005. gada grozījumi Likumā par tabakas produktiem (sabiedrības veselību)

(<http://www.fortknox.bm/NXT/gateway.dll?f=templates&fn=default.htm>, piekļuve notikusi

2007. gada 27. martā vai meklējiet vietnē <http://www.bermudalaws.bm/>)

- **Kalifornijas štats, ASV**

Smēķēšanas aizliegšana bāros, tavernās un azartspēļu klubos: Kalifornijas likums par smēķēšanas aizliegšanu darbavietās

(http://www.smokefreeengland.co.uk/files/smokefreeworkplacecasestudy_california.pdf, piekļuve notikusi 2007. gada 27. martā).

- **Īrija**

Tabakas kontroles dienests – bezdūmu darbavietas

(http://www.otc.ie/communication_smoke-free.asp, piekļuve notikusi 2007. gada 27. martā)

Pētījumi un publikācijas, kas apraksta un novērtē likumu

(http://www.otc.ie/comm_pub.asp#annual.asp, piekļuve notikusi 2007. gada 27. martā)

- **Itālija**

Veselības ministrija

(<http://www.ministerosalute.it/dettaglio/phPrimoPiano.jsp?id=247>, piekļuve notikusi 2007. gada 27. martā)

- **Jaunzēlande**

Veselības ministrija – Smēķēšanas aizlieguma likuma tīmekļa vietne

(<http://www.moh.govt.nz/smoke-freelaw>, piekļuve notikusi 2007. gada 27. martā)

Smēķēšanas pārtraukšana Jaunzēlandē, Kaujas laukā gūtās mācības. ASH Jaunzēlande

(<http://www.ash.org.nz>, piekļuve notikusi 2007. gada 27. martā)

Pētījumi un publikācijas, kas apraksta un novērtē likumu

(http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/wpg_Index/About-smoke-freelaw-research, piekļuve notikusi 2007. gada 27. martā)

- **Norvēģija**

Bez dūmu viesu apkalpošanas iestāžu ieviešana Norvēģijā. Ietekme uz ienākumiem, pastāvīgās

klientūras mainību, apmierinātību un ievērošanu. Norvēģijas Alkohola un narkotiku izpētes institūts

(SIRUS) (<http://www.sirus.no/cwobjekter/SIRUSskrifter0206eng.pdf>, piekļuve notikusi

2007. gada 27. martā)

- **Skotija**

Skotijas izpildvara

(<http://www.clearingtheairscotland.com/index.html>, piekļuve notikusi 2007. gada 27. martā)

ASH Skotija Negaidītais viesis (situācijas pētījums)

(http://www.ashscotland.org.uk/ash/ash_display.jsp?pContentID=4366&p_applic=CCC&pElementID=462&pMenuID=11&p_service=Content.show&, piekļuve notikusi 2007. gada 27. martā)

- **Zviedrija**

Zviedrijas valdība

(<http://www.sweden.gov.se/sb/d/5625;jsessionid=azTLvs7yq3b8>, piekļuve notikusi 2007. gada 27. martā)

Zviedrijas Nacionālais sabiedrības veselības institūts

(http://www.fhi.se/templates/Page_____5623.aspx, piekļuve notikusi 2007. gada 27. martā)

- **Urugvaja**

Sabiedrības veselības tabakas kontroles programmas ministrija

(http://www.msp.gub.uy/categoria_46_1_1.html, piekļuve notikusi 2007. gada 27. martā)

Sabiedrības veselības ministrija – saite uz kampaņas materiāliem

(http://www.msp.gub.uy/noticia_546_1.html, piekļuve notikusi 2007. gada 27. martā)

- **Ņujorkas štats, ASV**

(http://www.health.state.ny.us/nysdoh/tobacco/reports/docs/nytcp_eval_report_final_11-19-04.pdf, piekļuve notikusi 2007. gada 27. martā)

- **Viktorija, Kanāda**

Britu Kolumbijas galvaspilsētas reģionālās teritorijas 100% smēķēšanas aizlieguma vietējais likums: veiksmīga sabiedrības veselības kampaņa, kas veikta, neraugoties uz tabakas nozares opozīciju
(<http://tc.bmjournals.com/cgi/content/abstract/12/3/264>, piekļuve notikusi 2007. gada 27. martā)

Smēķēšanas aizliegums: kā viena pilsēta veiksmīgi aizliegusi smēķēšanu visās sabiedrisko vietu iekštelpās. Sazinieties ar Dr. Ričardu Stenviku, Galveno sanitāro inspektoru galvaspilsētas reģionālajā teritorijā, rakstot uz: rstanwick@caphealth.org vai pasūtot no:

(<http://www.amazon.com/gp/product/1894694317/002-4803431-6852064?v=glance&n=283155>, piekļuve notikusi 2007. gada 27. martā)

- **El Paso, ASV**

PowerPoint prezentācija: El Paso, Teksasas zvaigzne: Krāsainas kopienas mobilizēšana; smēķēšanas aizlieguma lēmuma pieņemšana

(<http://www.smoke-freeamericas.org/ppt/El%20Paso%20Smoke-Free%20Experience.PPT>, piekļuve notikusi 2007. gada 27. martā)

Tīrs iekštelpu gaiss El Paso, Teksasā: Situācijas pētījums

(http://www.cdc.gov/pccd/issues/2005/jan/04_0065.htm, piekļuve notikusi 2007. gada 27. martā)

- **Opozīcijas argumentu atspēkošana**

Amerikāņi par nesmēķētāju tiesībām (ANR). Ko gaidīt no tabakas nozares, 2004. gada novembris.
(<http://www.no-smoke.org/document.php?id=271>, piekļuve notikusi 2007. gada 27. martā)

Tabakas krāpnieciskā biznesa shēma (koncentrēšanās uz restorāniem un bāriem)

(www.tobaccoscam.ucsf.edu, piekļuve notikusi 2007. gada 27. martā)

Dūmu aizsega pacelšana: Tabakas nozares stratēģija cīņā ar bezdūmu politiku un smēķēšanas aizlieguma likumiem (tālāk citētās No dūmiem brīvas Eiropas atskaites ceļvedis)

(http://www.ersnet.org/ers/show/default.aspx?id_attach=13552, piekļuve notikusi 2007. gada 27. martā)

- **Ventilācija**

Amerikas apsildes, dzesēšanas un gaisa kondicionētāju inženieru asociācija, Inc. Vidē esošie tabakas dūmi. Memorands. Apstiprinājusi ASHRAE direktoru valde 2005. gada 30. jūnijā. Pieejams: (http://www.ashrae.org/content/ASHRAE/ASHRAE/ArticleAltFormat/20058211239_347.pdf, piekļuve notikusi 2007. gada 27. martā)

Ontārio koalīcija cīņai pret tabaku (OCAT) – fakti par smēķēšanai paredzētām telpām (<http://www.ocat.org/onlegislation/designated.html>, piekļuve notikusi 2007. gada 27. martā)

- **Brīdinājumu pakotnes**

Panamerikas Veselības organizācija (PVO reģionālais Ziemeļamerikas un Dienvidamerikas birojs) http://www.paho.org/English/AD/SDE/RA/Tob_pack_warnings.htm (angļu valodā)
http://www.paho.org/spanish/ad/sde/ra/tab_paq_advertencias.htm (spāņu valodā)

- **Vispārīgi**

Tabakas kontroles likumīgais simpozijš (TCLS), Likumīga varas iestāde smēķēšanas un plaši izplatītu draudu un problēmu kontrolēšanai (<http://www.wmitchell.edu/tobaccolaw/resources/Sbarra.pdf>, piekļuve notikusi 2007. gada 27. martā)

Dūmu aizsega pacelšana: 10 iemesli nesmēķējošas Eiropas izveidei (http://www.ersnet.org/ers/show/default.aspx?id_attach=13509, piekļuve notikusi 2007. gada 27. martā)

No dūmiem brīva Eiropa ir ekonomiski izdevīga: Nesmēķējošas Eiropas partnerības atskaite par bezdūmu politikas ekonomiskajiem aspektiem. 2005. gada maijs. (<http://www.smokefreeeurope.com/assets/downloads/smoke%20free%20europe%20-%20economic%20report.pdf>, piekļuve notikusi 2007. gada 27. martā)

Stingru smēķēšanas aizlieguma likumu ieviešana. 2006. gada likumdošanas stratēģiju advokāta ceļvedis. Amerikas vēža biedrība/UICC Tabakas kontroles stratēģijas plānošanas ceļvedis #3 2006. (<http://www.globalSmokeFreePartnership.org/files/129.pdf?PHPSESSID=0319ee133dffcdc25cb84f9c5fcebce#search=%22Enacting%20strong%20smoke-free%20laws%20advocate's%20guide%20legislative%20UICC%20%22>, piekļuve notikusi 2007. gada 27. martā)

Stingru smēķēšanas aizlieguma likumu ieviešana. Likumdošanas stratēģiju advokāta ceļvedis. Amerikas vēža biedrība/UICC Tabakas kontroles stratēģijas plānošanas ceļvedis #4 2006. (<http://www.globalSmokeFreePartnership.org/files/143.pdf?PHPSESSID=de8533cfd74e60f10340183a49e29548#search=%22Enacting%20strong%20smokefree%20laws%20advocate's%20guide%20UICC%20%22>, piekļuve notikusi 2007. gada 27. martā)

- **Papildu resursu organizācijas**

Ir pieejami vairāki situācijas pētījumi, izmeklējumi, ieteikumi, kapacitātes palielināšanas instrumenti un eksistē organizācijas, kas var palīdzēt PVO dalībvalstīm ieviest bezdūmu vidi. Tālāk ir norādītas dažas galvenās organizācijas, ar kurām var konsultēties par pieejamajiem resursiem.

- **Valdības un starpvaldību**

Pasaules Veselības organizācija (<http://www.who.int/tobacco>, piekļuve notikusi 2007. gada 27. martā)

- **Nesmēķējoša Ziemeļamerika un Dienvidamerika**

(<http://www.smokefreeamericas.org>, piekļuve notikusi 2007. gada 27. martā)

Slimību kontroles centrs un novēršanas mediju kampaņas izpētes centrs

(<http://www.cdc.gov/tobacco/mcrc/index.htm>, piekļuve notikusi 2007. gada 27. martā)

Veselīga Kanāda

(http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/second/index_e.html, piekļuve notikusi 2007. gada 27. martā)

- **Ar valdību nesaistītās organizācijas**

Globālā bezdūmu partnerība

(<http://www.globalsmokefreepartnership.org>)

Amerikāņi par nesmēķētāju tiesībām

(<http://www.no-smoke.org/>, piekļuve notikusi 2007. gada 27. martā)

Ārsti par nesmēķējošu Kanādu

(<http://www.smoke-free.ca/>, piekļuve notikusi 2007. gada 27. martā)

Nesmēķējoša Taizeme

(<http://www.smokefreezone.or.th>, piekļuve notikusi 2007. gada 27. martā)

Nesmēķējoša Eiropa

(http://www.smoke-freeeurope.com/date_and_venue.htm, piekļuve notikusi 2007. gada 27. martā)

VII NODAĻA – ATSAUCES

- ¹ *A study of public attitudes toward cigarette smoking and the tobacco industry in 1978.* Roper Organization, Volume 1. Prepared for the Tobacco Institute, 1978. (<http://legacy.library.ucsf.edu/tid/yuf92f00>, piekļuve notikusi 2007. gada 4. janvārī).
- ² *WHO Framework Convention on Tobacco Control*, Article 8.2. Geneva, World Health Organization, 2003.
- ³ Conference of the Parties to the *WHO Framework Convention on Tobacco Control*. Decision A/FCTC/COP1(15). Documents A/FCTC/COP1/DIV/8, pp. 45-48 and A/FCTC/COP1/DIV/8/Corr.1, pp. 2-4.
- ⁴ *Report on Carcinogens*, Eleventh Edition. Washington DC, United States Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute of Environmental Health Sciences, National Toxicology Program, 2005 (<http://ntp.niehs.nih.gov/ntp/roc/eleventh/profiles/s176toba.pdf>, piekļuve notikusi 2007. gada 4. janvārī).
- ⁵ Simpson WJ. A preliminary report on cigarette smoking and the incidence of prematurity. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1957, 73:808-815.
- ⁶ Cameron P. The presence of pets and smoking as correlates of perceived disease. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 1967, 40:12-15.
- ⁷ Cameron et al. The health of smokers' and non-smokers' children. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*, June 1969, 43(6):336-41.
- ⁸ *International Consultation on Environmental Tobacco Smoke (ETS) and Child Health*. Consultation Report. Geneva, World Health Organization, 1999.
- ⁹ *Tobacco smoke and involuntary smoking: summary of data reported and evaluation*. Lyon, International Agency for Research on Cancer, 2004 (IARC Monographs, Vol. 83).
- ¹⁰ *The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, United States Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004.
- ¹¹ *Health effects of exposure to environmental tobacco smoke*. The report of the California Environmental Protection Agency. Bethesda, United States Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute, Smoking and Tobacco Control, 1999 (Monograph 10, NIH Pub. No. 99-4645).
- ¹² UK Scientific Committee on Tobacco and Health, HSMO. *Report of the Scientific Committee on Tobacco and Health*. The Stationary Office, 1998.
- ¹³ *Respiratory Health Effects of Passive Smoking: Lung Cancer and Other Disorders*. Washington DC, United States Environmental Protection Agency, Office of Research and Development, Office of Health and Environmental Assessment. December 1992 (EPA/600/6-90/006F) (<http://www.epa.gov/smoke-free/healtheffects.html>, piekļuve notikusi 2007. gada 4. janvārī).

- ¹⁴ *Proposed Identification of Environmental Tobacco Smoke as a Toxic Air Contaminant, SRP Approved Version*. Part B: Health Effects. California Environmental Protection Agency, 24 June 2005 (<http://www.arb.ca.gov/toxics/ets/finalreport/finalreport.htm>, piekļuve notikusi 2007. gada 4. janvārī).
- ¹⁵ *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, United States Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006 (<http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr2006/index.htm>, piekļuve notikusi 2007. gada 4. janvārī).
- ¹⁶ Barnoya J, Glantz SA. Cardiovascular Effects of Second-hand Smoke: Nearly as Large as Smoking. *Circulation*, 2005, 111:2684-2698.
- ¹⁷ Taylor AE, Johnson DC, Kazemi H. Environmental tobacco smoke and cardiovascular disease. A position paper from the Council on Cardiopulmonary and Critical Care, American Heart Association. *Circulation*, 1992, Vol. 86, 699-702.
- ¹⁸ *Secondhand Smoke: Review of evidence since 1998. Update of evidence on health effects of secondhand smoke*. London, Scientific Committee on Tobacco and Health. (SCOTH), United Kingdom Department of Health, 2004.
- ¹⁹ Whincup PH et al. Passive smoking and risk of coronary heart disease and stroke: prospective study with cotinine measurement. *British Medical Journal*, 2004, 329(7459):200-5.
- ²⁰ Hirayama T. Non-smoking wives of heavy smokers have a higher risk of lung cancer: a study from Japan. *British Medical Journal*, (Clin Res Ed), 1981, 282(6259):183-5.
- ²¹ Trichopoulos D et al. Lung cancer and passive smoking. *International Journal of Cancer*, 1981, 27:1-4.
- ²² Yue Chen BM, Wan-Xian LI, Shunzhang Y. Influence of passive smoking on admissions for respiratory illness in early childhood. *British Medical Journal*, 1986, 293:303-6.
- ²³ Strachan D, Cook D. Health effects of passive smoking. Parental smoking and lower respiratory illness in infancy and early childhood. *Thorax*, 1997, 52:905-914.
- ²⁴ Samet JM, Wang SS. *Environmental tobacco smoke*. In: Lippmann M, ed. *Environmental toxicants: human exposures and their health effects*. New York, Van Nostrand Reinhold Co, Inc, 2000:319-75.
- ²⁵ Strachan D, Cook D. Health effects of passive smoking. Parental smoking childhood asthma: longitudinal and case-control studies. *Thorax*, 1998, 53:204-212.
- ²⁶ Samet JM, Tager IB, Speizer FE. The relationship between respiratory illness in childhood and chronic airflow obstruction in adulthood. *American Review of Respiratory Disease*, 1983, 127:508-23.
- ²⁷ Tager IB. Passive smoking-bronchial responsiveness and atopy. *American Review of Respiratory Disease*, 1988, 138:507-9.
- ²⁸ Evans D et al. The impact of passive smoking on emergency room visits of urban children with asthma. *American Review of Respiratory Disease*, 1987, 135 (3):567-72.
- ²⁹ Weitzman M et al. Maternal smoking and childhood asthma. *Pediatrics*, 1990, 85(4):505-11.

- ³⁰ *The Health Consequences of Involuntary Smoking: A Report of the Surgeon General*. Rockville, United States Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 1986.
- ³¹ Samet JM, Lange P. Longitudinal studies of active and passive smoking. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 1996, 154:S257-65.
- ³² California Environmental Protection Agency, Office of Environmental Hazard Assessment. *Health Effects of Exposure to Environmental Tobacco Smoke*. Final Report, September 1997. (<http://www.oehha.org/air/environmentaltobacco/finalets.html>, piekļuve notikusi 2007. gada 15. martā).
- ³³ Martin and Bracken. Association of low birth weight with passive smoke exposure in pregnancy. *American Journal of Epidemiology*, 1986, 124:633-42.
- ³⁴ Rubin D et al. Effect of passive smoking on birth-weight. *Lancet*, 1986, 2:415-417.
- ³⁵ *Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 Years of Progress: A Report of the Surgeon General*. Washington, DC, United States Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 1989.
- ³⁶ *Smoking and reproductive life: the impact of smoking on sexual, reproductive and child health*. London, Board of Science and Education and Tobacco Control Resource Centre, February 2004.
- ³⁷ *Smoking and Women's Health: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, United States Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2001.
- ³⁸ The GTSS collaborative group. A cross-country comparison of exposure to second-hand smoke among youth. *Tobacco Control*, 2006, 15(Suppl. II):ii4-ii9.
- ³⁹ Sansores RH et al. Exposición pasiva al humo de tabaco en los Institutos Nacionales de Salud en México. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 2000, 13(2):96-100 (<http://www.imbiomed.com.mx/INER/Inv13n2/espanol/Win002-03.html>, piekļuve notikusi 2007. gada 4. janvārī).
- ⁴⁰ Warren CW et al. *Tobacco use and cessation counseling: Cross-country data from the Global Health Professionals Survey (GHPS)*. Atlanta, Centers for Disease Control internal report, 2006.
- ⁴¹ Navas-Acien A et al. Secondhand Tobacco Smoke in Public Places in Latin America, 2002-2003. *Journal of the American Medical Association*, 2004, 291: 2741-2745.
- ⁴² Hyland A et al. *A 24-Country Comparison of Levels of Indoor Air Pollution in Different Workplaces*. September 2006. (http://www.tobaccofreeair.org/downloads/GAMS%20report.v7Sept_06.pdf, piekļuve notikusi 2007. gada 26. martā).
- ⁴³ Travers MJ et al. A 32-Country Comparison of Workplace Tobacco Smoke Exposure. Abstract presented to the SRNT's 13th Annual Meeting 21-24 February 2007. Austin, Texas.

- ⁴⁴ California Environmental Protection Agency. *Proposed Identification of Environmental Tobacco Smoke as a Toxic Air Contaminant, SRP Approved Version. Executive Summary. Appendix III*, 24 June 2005 (http://www.arb.ca.gov/toxics/id/summary/ETS_execsum.pdf, piekļuve notikusi 2007. gada 15. martā).
- ⁴⁵ The Smoke Free Partnership. *Lifting the smokescreen: 10 reasons for a smoke-free Europe*. February 2006 (http://www.ersnet.org/ers/show/default.aspx?id_attach=13509, piekļuve notikusi 2007. gada 4. janvārī).
- ⁴⁶ Annual Smoking-Attributable Mortality, Years of Potential Life Lost, and Economic Costs – United States, 1995–1999. *Morbidity Mortality Weekly Report*, 12 April 2002, 51(14):300-3.
- ⁴⁷ Jamrozik K. Estimate of deaths attributable to passive smoking among UK adults: database analysis. *British Medical Journal*, 2 March 2005.
- ⁴⁸ Woodward A, Hill S, Blakely T. Deaths caused by second-hand smoke: estimates are consistent. *Tobacco Control*, 2004, 13:319-320.
- ⁴⁹ Wigle DT et al. Deaths in Canada from lung cancer due to involuntary smoking. *Canadian Medical Association Journal*, 1987, 136(9):945–951.
- ⁵⁰ Ross H. Economics of smoke-free policies. In: *The Smoke Free Europe partnership. Smoke free Europe makes economic sense: A report on the economic aspects of Smoke free policies*, May 2005. (<http://www.ehnheart.org/files/SmokefreeEurope-102853A.pdf>, piekļuve notikusi 2007. gada 26. februārī).
- ⁵¹ Adams K. Magnitude of Smoking Attributable Costs. Rollins School of Public Health, Emory University, Atlanta, Ga. Background Paper to the *International Consultation on Environmental Tobacco Smoke (ETS) and Child Health* 11–14 January 1999 Geneva, Switzerland (WHO Technical Document WHO/NCD/TFI/99.11).
- ⁵² Behan D, Eriksen M, Yijia Lin. *Economic effects of environmental tobacco smoke*. Society of Actuaries, 31 March 2005. (<http://www.soa.org/ccm/content/areas-of-practice/life-insurance/research/economic-effects-of-environmental-tobacco-smoke-SOA/>, piekļuve notikusi 2006. gada 24. novembrī).
- ⁵³ McGhee SM et al. Cost of tobacco-related diseases, including passive smoking, in Hong Kong. *Tobacco Control*, 2006, 15:125-130.
- ⁵⁴ *Report on Carcinogens*, Eleventh Edition. Washington, DC, Department of Health and Human Services, 2005 (<http://ntp.niehs.nih.gov/ntp/roc/eleventh/profiles/s176toba.pdf>, piekļuve notikusi 2006. gada 24. novembrī).
- ⁵⁵ Drope J, Aguinaga-Bialous S, Glantz S. Tobacco industry efforts to present ventilation as an alternative to smoke-free environments. *Tobacco Control*, 2004, 13 (Suppl I):i41-i47.
- ⁵⁶ Alevantis L et al. Effectiveness of Ventilation in 23 Designated Smoking Areas in California Office Buildings. *Proceedings: IAQ 94 - Engineering Indoor Environments*, American Society of Heating, Refrigerating and Air-Conditioning Engineers, 30 October–2 November 1994.
- ⁵⁷ Liu K, Alevantis L, Offermann F. A Survey of Environmental Tobacco Smoke Controls in California Office Buildings. *Indoor Air*, 2001, 11:26-34.
- ⁵⁸ Alevantis L et al. 2003. Designing for Smoking Rooms. *ASHRAE Journal*, 2003, 45(7): 26-32.

- ⁵⁹ Wagner J et al. Environmental Tobacco Smoke Leakage from Smoking Rooms. *Journal of Occupational and Environmental Hygiene*, 2004, 1(2): 110-118.
- ⁶⁰ Repace J, Kawachi I, Glantz S. Fact Sheet on Secondhand Smoke. *Second European and First Iberoamerican Conference on Tobacco or Health*. Canary Islands, 23-27 February 1999. (<http://www.repace.com/factsheet.html>, piekļuve notikusi 2006. gada 20. novembrī).
- ⁶¹ Nebot M et al. Environmental tobacco smoke exposure in public places of European cities. *Tobacco Control*, 2005;14:60-63.
- ⁶² Fong GT et al. *The impact of the Smoke-Free Ontario Act on air quality and biomarkers of exposure in casinos: A quasi-experimental study*. Oral presentation given at the Ontario Tobacco Control Conference, Niagara Falls, Ontario. December 2006 (<http://www.arts.uwaterloo.ca/~gfong/smokefree/Fong-Casino-OTCC-Dec2006-R.pdf>, piekļuve notikusi 2007. gada 26. februārī).
- ⁶³ Glantz S, Schick S. Implications of ASHRAE's guidelines for ventilation in smoking-permitted areas. *ASHRAE Journal*, 2004, 46(3):54-61.
- ⁶⁴ Junker MH et al. Acute Sensory Responses of Nonsmokers at Very Low Environmental Tobacco Smoke Concentrations in Controlled Laboratory Settings. *Environmental Health Perspectives*, 2001, 109:1045–1052.
- ⁶⁵ Repace J. Controlling tobacco smoke pollution. *IAQ Applications*, 2005, 6(3):11-15 (<http://www.repace.com/pdf/iaqashrae.pdf>, piekļuve notikusi 2006. gada 20. novembrī).
- ⁶⁶ Jenkins R et al. Environmental tobacco smoke in the nonsmoking section of a restaurant: a case study. *Regulatory Toxicology and Pharmacology*, 2001, 34:313–20.
- ⁶⁷ Repace J. *Can Ventilation Control Second-hand Smoke in the Hospitality Industry? An Analysis of the Document «Proceedings of the Workshop on Ventilation Engineering Controls for Environmental Tobacco Smoke in the Hospitality Industry»*, sponsored by the Federal Occupational Safety and Health Administration and the American Conference of Governmental Industrial Hygienists. Repace Associates, Inc. Second-hand Smoke Consultants, June 2000.
- ⁶⁸ Bialous SA, Glantz SA. ASHRAE Standard 62: tobacco industry's influence over national ventilation standards. *Tobacco Control*, 2002, 11:315-328.
- ⁶⁹ ASHRAE. *Environmental Tobacco Smoke, Position Document*, June 2005. (<http://www.ashrae.org>, piekļuve notikusi 2006. gada 20. novembrī).
- ⁷⁰ ISO/DIS 16814 draft reviewed by ISO/TC 205/WG 4 N175 rev2 of 18 October 2006.
- ⁷¹ Wagner J et al. Environmental Tobacco Smoke Leakage from Smoking Rooms. *Journal of Occupational and Environmental Hygiene*. Vol. 1, No. 2, February 2004, 1:110-118.
- ⁷² Pion, M, Givel MS. Airport smoking rooms don't work. *Tobacco Control*, 2004, 13:i37. (http://tobaccocontrol.bmj.com/cgi/content/abstract/13/suppl_1/i37, piekļuve notikusi 2007. gada 27. martā).
- ⁷³ Lam T-H et al. Secondhand smoke and respiratory ill health in current smokers. *Tobacco Control*, 2005, 14:307-314; doi:10.1136/tc.2005.011775.

- ⁷⁴ Toronto Staff Report. Toronto's No Smoking By-law (Municipal Code Chapter 709–Smoking) – Final Phase Implementation Update. Memorandum from Dr David McKeown, Medical Officer of Health to Board of Health, 14 November 2005.
(<http://www.toronto.ca/legdocs/2005/agendas/committees/hl/hl051128/it003.pdf>, piekļuve notikusi 2006. gada 20. novembrī).
- ⁷⁵ Ordinance no. 2006-217 an ordinance of the city of Calabasas regulating second-hand smoke and amending the Calabasas municipal code.
(<http://www.cityofcalabasas.com/pdf/agendas/council/2006/021506/item2-O2006-217.pdf>, piekļuve notikusi 2007. gada 27. martā).
- ⁷⁶ Nakahara S. Smoking brings another danger to children in Japan. *Injury Prevention*, 2005, 11:318; doi:10.1136/ip.2005.009613.
- ⁷⁷ Queensland Government Health tobacco laws: Outdoor public areas
(<http://www.health.qld.gov.au/atods/tobaccolaws/outdoor/default.asp>, piekļuve notikusi 2007. gada 26. februārī).
- ⁷⁸ Anon. Goa to ban smoking in public from Oct 2. *Deccan Herald* (India), 12 September 1999.
- ⁷⁹ Stadia Football fans facing smoking ban. *BBC News*.
(<http://news.bbc.co.uk/1/hi/england/derbyshire/4512829.stm>, piekļuve notikusi 2007. gada 26. martā)
- ⁸⁰ The Tobacco Control Environment: *Ontario and Beyond*. Ontario Tobacco Research Unit. November 2006. (http://www.otru.org/pdf/12mr/12mr_no1_final.pdf, piekļuve notikusi 2007. gada 26. martā).
- ⁸¹ For example, Saskatoon, Canada
(http://www.saskatoon.ca/org/clerks_office/bylaws/8286.pdf, piekļuve notikusi 2006. gada 20. novembrī) and Hawaii beginning in November 2006.
- ⁸² Mulcahy M et al. Second-hand smoke exposure and risk following the Irish smoking ban: an assessment of salivary cotinine concentrations in hotel workers and air nicotine levels in bars. *Tobacco Control*, 2005, 14(6):384-8.
- ⁸³ *Clarification – Outdoor dining and drinking areas. Issues relating to outdoor dining and drinking areas and enclosed (sections 5A and 5C of the Tobacco Act 1987 from 1 July 2007)*. State Government of Victoria, Australia, Department of Human Services. May 2006
(<http://www.health.vic.gov.au/tobaccoreforms/outdoor.htm>, piekļuve notikusi 2007. gada 24. martā).
- ⁸⁴ *Clean air on patios in the capital region. Part A: an overview of the proposed amendment to the CRD clean air bylaw requiring all patio spaces of businesses where food and beverages are served to be smoke free*. Capital Regional District of British Columbia, Canada, 7 March 2007
(<http://www.crd.bc.ca/cleanair/documents/background.pdf#view=Fit>, piekļuve notikusi 2007. gada 24. martā).
- ⁸⁵ *One-Year Review of the Massachusetts Smoke-Free Workplace Law. M.G.L. Chapter 270, Section 22. July 5, 2004 – June 30, 2005*. Massachusetts Tobacco Control Program, Massachusetts Department of Public Health (http://www.mass.gov/dph/mtcp/legal/workplacelaw_review_20042005.pdf, piekļuve notikusi 2007. gada 24. martā).

- ⁸⁶ Pollard R. Pubs and clubs see loophole in smoking rules. *Health Reporter*, 25 February 2005. (<http://www.smh.com.au/news/National/Pubs-and-clubs-see-loophole-in-smoking-rules/2005/02/24/1109180044015.html>, piekļuve notikusi 2007. gada 24. martā).
- ⁸⁷ *Smoke-free workplaces in Ireland: A one-year review*. Clane, Ireland, Office of Tobacco Control, March 2005.
- ⁸⁸ Allwright S et al. Legislation for smoke-free workplaces and health of bar workers in Ireland: before and after study. *British Medical Journal*, 2005, 331(7525):1117.
- ⁸⁹ Eisner M, Smith A, Blanc P. Bartenders' respiratory health after establishment of smokefree bars and taverns. *Journal of The American Medical Association*, 1998, 280:1909-1914.
- ⁹⁰ Bates M et al. Exposure of hospitality workers to environmental tobacco smoke. *Tobacco Control*, 2002, 11:125-129.
- ⁹¹ Menzies D et al. Respiratory Symptoms, Pulmonary Function, and Markers of Inflammation Among Bar Workers Before and After a Legislative Ban on Smoking in Public Places. *Journal of the American Medical Association*, 2006, 296(14):1742-48.
- ⁹² Barone-Adesi F et al. Short-term effects of Italian smoking regulation on rates of hospital admission for acute myocardial infarction. *European Heart Journal*, 2006, [Epub ahead of print] doi:10.1093/eurheartj/ehl201.
- ⁹³ Sargent RP, Shepard RM, Glantz SA. Reduced incidence of admissions for myocardial infarction associated with public smoking ban: before and after study. *British Medical Journal*, 2004, 328(7446):977-80.
- ⁹⁴ Bartecchi C et al. Reduction in the Incidence of Acute Myocardial Infarction Associated with a Citywide Smoking Ordinance. *Circulation*, 2006, 114:1490-1496.
- ⁹⁵ Jha P. *Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control: development in practice*. Washington, DC, The World Bank, 1999.
- ⁹⁶ Fichtenberg C, Glantz S. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *British Medical Journal*, 2002, 325:188.
- ⁹⁷ Borland R et al. Trends in environmental tobacco smoke restrictions in the home in Victoria, Australia. *Tobacco Control*, 1999, 8: 266-271.
- ⁹⁸ Ong M, Glantz S. Free nicotine replacement therapy programmes vs implementing smokefree workplaces: a cost-effectiveness comparison. *American Journal of Public Health*, 2005, June 95(6):969-75.
- ⁹⁹ Gallus S et al. Effects of new smoking regulations in Italy. *Annals of Oncology*, Advance Access published online on 7 November 2005, doi:10.1093/annonc/mdj070.
- ¹⁰⁰ National Institute for Alcohol and Drug Research, Research Centre for Health Promotion. *Smoke-free bars and restaurants in Norway*. Oslo, National Institute for Alcohol and Drug Research (SIRUS) and Research Centre for Health Promotion (HEMIL), 2005.
- ¹⁰¹ *The smoke is clearing: Anniversary Report 2005*. Wellington, New Zealand Ministry of Health, 2005.

- ¹⁰² Farkas AJ et al. Association between household and workplace smoking restrictions and adolescent smoking. *Journal of the American Medical Association*, 2000, 284:717-722.
- ¹⁰³ Wakefield MA et al. Effect of restrictions on smoking at home, at school and in public places on teenage smoking: cross sectional study. *British Medical Journal*, 2000, 321:333-337.
- ¹⁰⁴ Parrott S, Godfrey C, Raw M. Costs of employee smoking in the workplace in Scotland. *Tobacco Control*, 2000, 9:187-192.
- ¹⁰⁵ Madden D. Setting the appropriate tax on cigarettes in Ireland. Working paper series, Wp02/05, Centre for Economic Research, October 2002.
- ¹⁰⁶ United States Occupational Safety and Health Administration. *Indoor Air Quality*, 1994, 59:15968-16039.
- ¹⁰⁷ *Smoke-free workplaces at a glance*. Washington DC, World Bank (<http://www1.worldbank.org/tobacco/AAG%20SmokeFree%20Workplaces.pdf>, piekļuve notikusi 2007. gada 24. martā).
- ¹⁰⁸ Dearlove JV, Bialous SA, Glantz SA. Tobacco industry manipulation of the hospitality industry to maintain smoking in public places. *Tobacco Control*, 2002, June, 11(2):94-104.
- ¹⁰⁹ Scollo M et al. Review of the quality of studies on the economic effects of smoke-free policies on the hospitality industry. *Tobacco Control*, 2003, 12:13-20.
- ¹¹⁰ Alamar BC, Glantz SA. Smoke-free ordinances increase restaurant profit and value. *Contemporary Economic Policy*, 2004, 22:520-525.
- ¹¹¹ Swart JC. An Overlooked Cost of Employee Smoking. *Personnel*, August 1990.
- ¹¹² *The Costs and Benefits of Smoking Restrictions: An Assessment of the Smoke-Free Environmental Act of 1993* (H.R. 3434). Washington, DC, Environmental Protection Agency, Office of Air and Radiation, April 1994.
- ¹¹³ Durkan J, Macdowell M. *Smoke-free Policies: Market Research and Literature Review On Economic Effects On The Hospitality Sector*. The impact of smoke-free policies on the hospitality sector. A review of the literature. Clane, Office of Tobacco Control, 2003.
- ¹¹⁴ López-Nicolás A, Pinilla-Domínguez J. *Evaluación del impacto de la ley de medidas sanitarias contra el tabaquismo en el sector hostelero: bares y restaurants*. A report of the National Committee for the prevention of tobacco use. Spain, January 2006 (http://www.cnpt.es/docu_pdf/Informeimpacto2_final.pdf, piekļuve notikusi 2007. gada 24. martā).
- ¹¹⁵ Ludbrook A et al. *International Review of the Health and Economic Impact of the Regulation of Smoking in Public Places*. NHS, Scotland, January 2005 (<http://www.cymru.gov.uk/keypubassemoking/content/0105-paper1-w.pdf>, piekļuve notikusi 2007. gada 24. martā).
- ¹¹⁶ López-Nicolás A, Pinilla-Domínguez J. *Evaluación del impacto de la ley de medidas sanitarias contra el tabaquismo sobre los costes empresariales y los costes sanitarios*. A report of the National Committee for the prevention of tobacco use. Spain, December 2005 (http://www.cnpt.es/docu_pdf/Informe_fiscalidad_01.pdf, piekļuve notikusi 2007. gada 24. martā).

- ¹¹⁷ *First annual independent evaluation of New York State's tobacco control program*. Final report. Research Triangle Park, RTI International, November 2004.
- ¹¹⁸ Repace J. *An Air Quality Survey of Respirable Particles and Particulate Carcinogens in Delaware Hospitality Venues Before and After a Smoking Ban*. Bowie, Maryland, Repace Associates, Inc, 7 February 2003
(<http://www.tobaccoscam.ucsf.edu/pdf/Repacedelaware.pdf>, piekļuve notikusi 2007. gada 4. janvārī).
- ¹¹⁹ Crémieux PY, Ouellette P. Actual and perceived impacts of tobacco regulation on restaurants and firms. *Tobacco Control*, 2001, 10:33-37.
- ¹²⁰ Shiell A, Chapman S. The inertia of self-regulation: a game-theoretic approach to reducing passive smoking in restaurants. *Social Science and Medicine*, 2000, 51, 7:1111-1119(9).
- ¹²¹ Jones M, Wakefield M, Turnbull DA. Attitudes and experiences of restaurateurs regarding smoking bans in Adelaide, South Australia. *Tobacco Control*, 1999, 8:62-66.
- ¹²² Schofield MJ et al. Smoking control in restaurants: the effectiveness of self-regulation in Australia. *American Journal of Public Health*, 1993, 83:9:1284-1288.
- ¹²³ *Smoke-free world: doctors' notes on clean air laws*. London, British Medical Association, 2005
(http://www.kup.no/asset/24948/2/24948_2.pdf?PHPSESSID=3197b109ebfaf083add160587917b9f0, piekļuve notikusi 2007. gada 4. janvārī).
- ¹²⁴ *Smoking in public places. An evidence report*. Edinburgh, Scottish Executive Social Research, 2004.
- ¹²⁵ *Un año de Ley del Tabaco*. Sociedad Española de Medicina Familiar y comunitaria, 7 February 2007
(<http://www.semfy.com/semfy/es/noticias/normativa/noticia.html?title=%20-%20Un%20a%C3%B1o%20de%20Ley%20del%20Tabaco¶m10=699>, piekļuve notikusi 2007. gada 27. martā).
- ¹²⁶ Sweda EL. Lawsuits and secondhand smoke. *Tobacco Control*, 2004, 13:i61
(http://tc.bmjournals.com/cgi/content/abstract/13/suppl_1/i61, piekļuve notikusi 2007. gada 4. janvārī).
- ¹²⁷ *Legislating for smoke-free workplaces*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006.
- ¹²⁸ Heloma A et al. The Short-Term Impact of National Smoke-Free Workplace Legislation on Passive Smoking and Tobacco Use. *American Journal of Public Health*, 2001, 91:9:1416-1418.
- ¹²⁹ Weber MD et al. Long-term compliance with California's smoke-free workplace law among bars and restaurants in Los Angeles County. *Tobacco Control*, 2003, 12:269-273.
- ¹³⁰ Tsoukalas T, Glantz SA. The Duluth clean indoor air ordinance: Problems and success in fighting the tobacco industry at the local level in the 21st century. *American Journal of Public Health*, 2003, 93:1214-1221.
- ¹³¹ Siegel M et al. Pre-emption in tobacco control. Review of an emerging public health problem. *Journal of the American Medical Association*, 1997, 278(10):858-63.
- ¹³² Tobacco Control Act, 1994 (Ontario), Art. 12.
- ¹³³ The Non-Smokers Health Protection Act (Manitoba), Art. 6.
- ¹³⁴ McLintock B. *Smoke-free: how one city successfully banned smoking in all indoor public places*. Vancouver, British Columbia, Granville Island Publishing, 2004.

- ¹³⁵ Reynolds J et al. Clean Indoor Air in El Paso, Texas: A Case Study. *Preventing Chronic Disease: Public Health Research, Practice and Policy*. 2:1, January 2005.
- ¹³⁶ Drope J, Glantz SA. British Columbia Capital Regional District 100% smoke-free bylaw: A successful public health campaign despite industry opposition. *Tobacco Control*, 2003, 12:264-268.
- ¹³⁷ Magzamen S, Charlesworth A, Glantz SA. Print media coverage of California's smoke-free bar law. *Tobacco Control*, 2001, 10(2):154-60.
- ¹³⁸ Selin H, Vasquez J. *Exposure to second-hand smoke in the Americas: A human rights perspective*. Washington, DC, Pan American Health Organization, May 2006.
- ¹³⁹ Nixon M, Mahmoud L, Glantz SA. Tobacco industry litigation to deter local public health ordinances: The industry usually loses in court. *Tobacco Control*, 2004, 13:65-73.
- ¹⁴⁰ *International consultation on environmental tobacco smoke and child health, 11-14 January 1999*. Geneva, World Health Organization, 1999 (WHO/NCD/TFI/99.10).
- ¹⁴¹ Thompson G, Wilson N, Howden-Chapman P. Population level policy options for increasing the prevalence of smokefree homes. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2006, 60:298-304.
- ¹⁴² Borland R et al. Determinants and consequences of smoke-free homes: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control*, 2006, 15(Suppl. 3):iii50; doi: 10.1136/tc.2005.012492.
- ¹⁴³ Merom D, Rissel C. Factors associated with smoke-free homes in NSW: results from the 1998 NSW health survey. *Australian And New Zealand Journal of Public Health*, Aug. 2001, 25(4): 339-45.
- ¹⁴⁴ Borland R et al. Trends in environmental tobacco smoke restrictions in the home in Victoria, Australia. *Tobacco Control*, 1999, 8:226-271.
- ¹⁴⁵ Health Canada. *Health Canada National Campaigns: Second-hand Smoke*. Ottawa, Ontario, 2006. (http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/res/media/camp/index_e.html, piekļuve notikusi 2007. gada 27. martā)
- ¹⁴⁶ Program Training and Consultation Centre. *Smoke-free Homes and Asthma Pilot Sites: Media Campaigns*. Ontario, Canada, 2002. (<http://www.ptcc-cfc.on.ca/bpt/intervention-details.cfm?IntID=31>, piekļuve notikusi 2007. gada 27. martā).
- ¹⁴⁷ *Take the Smoke-free Home Pledge*. Washington, DC, United States Environmental Protection Agency, 2006 (May 2006 last update). (<http://www.epa.gov/smokefree/pledge/index.html>, piekļuve notikusi 2007. gada 27. martā)
- ¹⁴⁸ New South Wales Cancer Council. *Car and Home Smoke Free Zone - give your child a healthy future*. New South Wales, Australia, 2003. (http://www.smokefreezone.org/index.cfm/page_id/1118, piekļuve notikusi 2007. gada 27. martā).
- ¹⁴⁹ Environics Research Group. *Evaluation of the new warnings on cigarette packs*. Toronto, Ontario, January 2002.
- ¹⁵⁰ Invernizzi G et al. Particulate matter from tobacco versus diesel car exhaust: an educational perspective. *Tobacco Control*, September 2004, 13:219 – 221.

- ¹⁵¹ WHO Air quality guidelines for particulate matter, ozone, nitrogen dioxide and sulfur dioxide. *Global update 2005. Summary of risk assessment*. Geneva, World Health Organization, 2006 (WHO/SDE/PHE/OEH/06.02).
- ¹⁵² Graff SK. There is no constitutional right to smoke. *Tobacco Control Legal Consortium Law Synopsis*. Tobacco Control Legal Consortium, July 2005. (<http://www.tobaccolawcenter.org/resources/No+Constitutional+Right+to+Smoke.pdf>, piekļuve notikusi 2007. gada 24. martā).
- ¹⁵³ Joossens L. Economic impact of a smoking ban in bars and restaurants. In: *Lifting the Smokescreen: 10 reasons for a smoke-free Europe*. European Respiratory Society, 2006. (<http://www.ersnet.org/ers/default.aspx?id=4524>, piekļuve notikusi 2007. gada 4. janvārī).
- ¹⁵⁴ Jones S, Muller T. Public attitudes to smoke-free policies in Europe. In: *Lifting the Smokescreen: 10 reasons for a smoke-free Europe*. European Respiratory Society, 2006. (<http://www.ersnet.org/ers/default.aspx?id=4524>, piekļuve notikusi 2007. gada 4. janvārī).
- ¹⁵⁵ Use Borland et al. Decrease in the prevalence of environmental tobacco smoke exposure in the home during the 1990s in families with children. *American Journal of Public Health*, 2004, 94(2): 314-320.

Lai saņemtu plašāku informāciju, lūdzu, sazinieties ar TFI:

Tobacco Free Initiative (TFI)

World Health Organization

20, Avenue Appia

CH-1211 Geneva 27

Switzerland

Tel. + 41 22 791 21 26

Fax: + 41 22 791 48 32

<http://www.who.int/tobacco/en/>



**World Health
Organization**

Lai saņemtu plašāku informāciju, lūdzu, sazinieties ar TFI:

Tobacco Free Initiative (TFI)

World Health Organization

20, Avenue Appia

CH-1211 Geneva 27

Switzerland

Tel. + 41 22 791 2126

Fax: + 41 22 791 4832

<http://www.who.int/tobacco/en/>