

التدخين والفئات الضعيفة: دعم الإقلاع عن التدخين وتقليل الأضرار المرتبطة بالتبغ في مجال العمل الاجتماعي

مقدمة

يعد التدخين واستخدام منتجات التبغ عالية الخطورة الأخرى أكثر شيوعاً بين المجتمعات المهمشة أو الفئات الضعيفة. وكجزء من دورهم، يبني محترفو العمل الاجتماعي علاقات مع الأفراد الذين ينتمون في كثير من الأحيان إلى هذه المجتمعات. وعندما يحصل الأخصائيون الاجتماعيون على التدريب والموارد المناسبة، يمكنهم أن يلعبوا دوراً مهماً في دعم الإقلاع عن التدخين وتقليل الأضرار المرتبطة بالتبغ للعديد من الأشخاص الذين يحتاجون إلى ذلك بشكل كبير.

تقليل الأضرار المرتبطة بالتبغ هو تدخل يمكن أن ينقذ حياة ملايين الأشخاص حول العالم. للأشخاص الذين يستخدمون حالياً منتجات التبغ عالية الخطورة، مثل السجائر وبعض أنواع التبغ القوي، يوفر هذا التدخل فرصة للتحويل إلى مجموعة من منتجات النيكوتين الأكثر أماناً والتي تشكل مخاطر أقل على صحتهم. تشمل هذه المنتجات السجائر الإلكترونية، والسنوس، ومنتجات التبغ المسخنة، وأكياس النيكوتين.

ماذا يفعل الأخصائيون الاجتماعيون؟

تختلف مسؤوليات الأخصائيين الاجتماعيين حول العالم، لكن هدفهم الرئيسي هو خدمة الأفراد والمجموعات والمجتمعات من خلال مساعدتهم في مواجهة المشاكل التي يواجهونها في حياتهم اليومية. يتفاعل الأخصائيون الاجتماعيون مع مجموعة واسعة من العملاء، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر: الأفراد والعائلات الذين يعانون من الفقر والتشرد، الأشخاص الذين يعانون من مشاكل الصحة النفسية؛ الجانحين الشباب؛ البالغين ذوي الإعاقات الذهنية أو الجسدية؛ الأشخاص الذين يعانون من مشاكل تعاطي الكحول أو المخدرات أو غيرها من المواد؛ العائلات المعرضة للتفكك؛ والأطفال المعرضين لخطر الإساءة أو الإهمال. في بعض هذه الفئات، يكون انتشار التدخين أعلى بكثير من عامة السكان، وبالتالي فإن الأخصائيين الاجتماعيين غالباً ما يكونون على اتصال بفئات ترتفع فيها معدلات التدخين.

تزويد الأخصائيين الاجتماعيين بالمعرفة والأدوات اللازمة لمساعدة عملائهم على تقليل أو الإقلاع عن التدخين يتيح فرصة لتحسين صحة الأفراد وإنقاذ العديد من الأرواح. في الوقت الحالي، ومع ذلك، يتلقى القليل من الأخصائيين الاجتماعيين التدريب أو الدعم اللازم للتعامل مع قضية التدخين لدى عملائهم. ومن بين الاحتياجات المتنافسة العديدة، نادراً ما يُعتبر استخدام التبغ مسألة ذات أولوية. ومع ذلك، يمكن أن يجلب الإقلاع عن التدخين أو دعم الانتقال إلى منتجات النيكوتين الأكثر أماناً فوائد متعددة لفئات عملائهم.

الفئات الضعيفة والتدخين: ماذا تظهر الأدلة؟

الأدلة من مجموعة من الدراسات تشير إلى أن التدخين يؤثر بشكل مفرط على الفئات الضعيفة والمهمشة التي من المحتمل أن يتعامل معها الأخصائيون الاجتماعيون. إحدى هذه الفئات هي الأشخاص الذين تعرضوا للصعوبات في الطفولة أو الصدمات مثل الإساءة أو الإهمال، والتي يمكن أن تصف بمصطلح "تجارب الطفولة السلبية". في سن البلوغ، فإنهم أكثر عرضة للإصابة بصحة نفسية ضعيفة، ويكونون مرتفعي الخطر في استهلاك الكحول أو المخدرات، ويكونون ضحايا أو مرتكبين للعنف، أو يعانون من حالات صحية مزمنة مثل السمنة والسكري وأمراض القلب أو الجهاز التنفسي. كما أنهم أكثر عرضة للتدخين. أظهرت دراسة سكوتلاندية واسعة النطاق عام 2020 أن الأشخاص الذين تعرضوا لأربع تجارب سلبية أو أكثر في الطفولة يدخنون بمعدل تقريباً ثلاث مرات أكثر من الأشخاص الذين لم يتعرضوا لأي تجربة (27% مقابل 10%).¹

البالغين الذين يواجهون مشاكل في الصحة النفسية هم مجموعة رئيسية أخرى تتميز بمعدلات التدخين أعلى من السكان العام. في إنجلترا، في عام 2016/17، كان معدل انتشار التدخين بين جميع البالغين الذين تبلغ أعمارهم 18 عاماً أو أكثر 15.1%، بينما كان معدل انتشار التدخين بين البالغين الذين يعيشون مع القلق أو الاكتئاب 25.88%.² كانت نسبة التدخين لأولئك الذين يعانون من حالة صحية نفسية طويلة الأمد 34%، ولأولئك الذين يعانون من مرض نفسي خطير 40.5%. في عام 2021، وفقاً لمنظمة الصحة العالمية (WHO)، كان ثلثي الأشخاص الذين يعانون من حالات صحية نفسية شديدة مدخنين حاليين.³ يترك التدخين أثراً كبيراً على صحة الأشخاص؛ فالأشخاص الذين يعانون من حالات صحية نفسية شديدة يموتون في المتوسط قبل أوانهم بـ 15 إلى 20 عاماً،⁴ ويُعتبر التبغ أحد الأسباب الرئيسية للوفاة. ويكون انتشار التدخين بين الأشخاص الذين يعانون من الفصام خاصة مرتفعاً، حيث يصل إلى معدلات تتراوح بين 70-80%.⁵

أظهرت الأبحاث أن الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات غير القانونية أكثر من ثلاث مرات عرضة لتدخين السجائر مقارنة بغير المستخدمين^{vi}. غالباً ما يموت مستخدمو المخدرات ليس بسبب أمراض مرتبطة بالمخدرات، ولكن بسبب الأمراض القلبية والرئوية المتعلقة بالتدخين. أظهرت دراسة في كاليفورنيا أن الحالات المرتبطة بالتدخين تشكل حوالي 40% من إجمالي الوفيات بين الأشخاص الذين تم نقلهم إلى المستشفى بسبب اضطرابات الكوكائين والأفيونات والميثامفيتامين^{vii}. ومع ذلك، بينما يقوم الأخصائيون الاجتماعيون بشكل منتظم بفحص وتقييم وعلاج قضايا الصحة النفسية والإدمان على المواد، لم يتم إلى الآن إعطاء التدخين أولوية كجزء من النهج.

أظهرت عدة دراسات أن معدلات التدخين أعلى بين الفئات الاجتماعية المحرومة اقتصادياً مقارنة بالسكان العام^{viii}. يرتبط الوضع الاقتصادي المنخفض بمعدلات أعلى لاستخدام السجائر ومنتجات التبغ، إلى جانب انخفاض احتمالية الإقلاع عن التدخين. الفئات الاجتماعية المحرومة، بالمقارنة مع الفئات ذات الدخل الأعلى، لديها أيضاً معدل أعلى للبدء في التدخين، ومعدل أقل لمحاولات الإقلاع عن التدخين، وأقل نجاح في كل محاولة للإقلاع^{ix}.

تؤثر الآثار السلبية للتدخين ليست فقط على الشخص المدخن بل أيضاً على من حوله، خاصة الأطفال والشباب. أظهرت دراسة في كيبك، كندا، أن التعرض للدخان غير المباشر في المنزل شائع بنسبة تقريباً خمس مرات أكثر بين الشباب في الخمس الفئات الدخلية الأدنى مقارنة بأولئك في الخمس الفئات الدخلية الأعلى^x. كما وجدت الأبحاث أن الأطفال في مرحلة المراهقة المبكرة الذين يدخن والدبهم بشكل رئيسي كانوا أكثر من ضعفين على الأقل عرضة لتجربة التدخين (26% مقابل 11%) وأربع مرات أكثر عرضة ليكونوا مدخنين منتظمين (4.9% مقابل 1.2%)^{xii}.

التدخين له أيضاً تأثير كبير على دخل الأسرة. في المملكة المتحدة، في عام 2012، كان حوالي 1.1 مليون طفل، أي نحو نصف جميع الأطفال الذين يعيشون في الفقر النسبي، لديهم والد واحد على الأقل يدخن^{xiii}. أكثر من 1.5 مليون شخص في إنجلترا بحاجة إلى دعم رعاية اجتماعية بسبب المرض أو الإعاقة الناجمة عن التدخين، وتتسبب الإنفاق على الرعاية الاجتماعية بسبب التدخين في عبء كبير على الميزانيات التي تعاني بالفعل من التوتر الشديد^{xiv}.

لماذا يدخن الناس؟

يتدخّن الأفراد لأسباب متنوعة للغاية. على الرغم من أن الناس يعلمون أن التدخين ضار بصحتهم، إلا أنه قد يكون من الصعب إعطاء الأولوية للصحة الطويلة الأمد على حساب الرغبة القصيرة الأمد في التدخين. يمكن أن يسبب النيكوتين الإدمان، مما يعني أن الأشخاص يشعرون بأنهم يجب أن يستمروا في استخدامه، ولكن بشكل منفصل عن دخان التبغ، النيكوتين نفسه هو مادة ذات مخاطر منخفضة^{xv}. يجب أن نعترف بأن العديد من الأشخاص يستمتعون بتناول النيكوتين، تماماً كما يتمتع الناس بتناول الكافيين أو الكحول. يشعر الكثيرون بالآثار الإيجابية لتناول النيكوتين، على سبيل المثال، للاسترخاء أو التركيز، أو للتعامل مع الحزن أو الملل أو ضغوطات حياتهم اليومية.

قد يجد البعض أن استخدام النيكوتين يرتبط بتقليل أعراض محددة، مثل اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) أو اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه (ADHD). بالنسبة لبعض الأشخاص الذين يعانون من الفصام، يمكن أن يكون استخدام النيكوتين شكلاً من العلاج الذاتي، يعتقدون أنه يسمح لهم بعلاج الأعراض العقلية أو تقليل الآثار الجانبية للأدوية النفسية^{xvi}. حتى ظهور منتجات النيكوتين الآمنة، كان قليل من الناس قادرين على استخدام النيكوتين دون أن يتدخنوا أيضاً التبغ، مما يسبب ضرراً كبيراً لصحتهم.

عند التفكير في الفئات الضعيفة والمهمشة التي من المحتمل أن يتفاعل معها الأخصائيون الاجتماعيون، فمن المفيد أيضاً أن ننظر إلى سبب تدخين الناس من منظور أوسع - لسؤال لماذا تكون بعض الفئات أكثر عرضة للتدخين، أو تدخين أكثر بكثافة، أو تجد من الصعب التوقف عن التدخين مقارنة بالآخرين، على سبيل المثال. أظهرت الأبحاث التي قادها السير مايكل مارموت ونشرت في استعراض سياسي رئيسي في المملكة المتحدة أن "التفاوتات الصحية ناتجة عن التفاوتات الاجتماعية [وأن] التحرك في مجال التفاوتات الصحية يتطلب تحركاً عبر جميع محددات الصحة الاجتماعية"^{xvii}. محددات الصحة الاجتماعية هي الظروف الاقتصادية والاجتماعية التي تؤثر في صحة الأفراد والمجموعات.

على سبيل المثال، فإن الأطفال أو الشباب أكثر عرضة للبدء في التدخين إذا كانوا ينشأون في عائلة تدخن الوالدين، في منطقة بها العديد من المتاجر التي تباع منتجات التبغ، ومع أصدقاء وأقران يدخنون في نفس فئتهم العمرية. كل هذه العوامل تعمل على تشجيع التدخين وجعله أمراً طبيعياً. ومن المرجح أن تنشأ هذه الظروف في مناطق الفقر الاجتماعي. وعندما يبدأ الأشخاص في التدخين في الطفولة أو المراهقة، فإنهم في غالب الأحيان ينتهون بالتدخين بشكل مكثف، وبالتالي يصعب عليهم الإقلاع عنه. وسيستمررون كثيراً في التدخين حتى في سن البلوغ ومن ثم الأبوة والأمومة - مما يعني أن الدورة يمكن أن تبدأ من جديد.

الإقلاع عن التدخين بشكل كامل هو أكثر النتائج فائدة للصحة. ولكن بالنسبة لأولئك الذين لا يمكنهم أو لا يرغبون في الإقلاع، توفر تقليل أضرار التبغ خيارات بديلة أكثر أماناً لتناول النيكوتين، دون التعرض لآلاف المركبات الكيميائية السامة الموجودة في دخان السجائر. إنها تدخل صحي عام حيوي.

كيف يمكن للأخصائيين الاجتماعيين مساعدة العملاء في تقليل الأضرار المرتبطة بالتدخين؟

في الوقت الحالي، عدد قليل من الدول تقوم بتدريب الأخصائيين الاجتماعيين على دعم الراغبين في الإقلاع عن التدخين. هذه فرصة ضائعة حقًا لنظام الصحة العامة. على غرار الأطباء والممرضات المجتمعية والقابلات وعلماء النفس وأخصائيي العلاج النفسي، يمكن للأخصائيين الاجتماعيين أن يكون لهم تأثير كبير، سواء في قرارات الأشخاص أو في رفاهيتهم العامة. بتكونهم النقطة الأولى - وفي بعض الحالات الوحيدة - للاتصال مع المجتمعات المهمشة، يمكن للأخصائيين الاجتماعيين بالتالي أن يلعبوا دورًا هامًا في خفض انتشار التدخين.

يجب تزويد الأخصائيين الاجتماعيين بالقدرة على توجيه عملائهم إلى دعم محلي أو وطني للإقلاع عن التدخين إذا كان متاحًا. للأسف، في كثير من أنحاء العالم، خدمات الإقلاع عن التدخين نادرة، أو غير موجودة، أو تكلفة الوصول إليها باهظة. أظهر تقرير منظمة الصحة العالمية لعام 2021 أن 70% من المدخنين على مستوى العالم لا يمتلكون الوصول إلى خدمات الإقلاع عن التدخين^{xx} في الأماكن التي تكون فيها منتجات النيكوتين الآمنة متاحة ومتاحة بأسعار معقولة، يجب أيضًا دعم الأخصائيين الاجتماعيين لزيادة الوعي بتقليل أضرار التبغ كأداة أخرى لمساعدة الأشخاص على تقليل تأثير التدخين أو استخدام منتجات التبغ الخطرة.

يمكن تدريب الأخصائيين الاجتماعيين على تقديم النصائح القصيرة جدًا (VBA) للإقلاع عن التدخين، وهي تدخل مبني على الأدلة العلمية ويستغرق حوالي 30 ثانية، مصمم للاستخدام الفردي مع الأشخاص في إعدادات الرعاية الصحية أو الاجتماعية. بنهج غير حكمي، تهدف النصائح القصيرة جدًا إلى التعرف على الأشخاص الذين يدخنون ("السؤال")، وتقديم النصيحة بشأن أفضل طريقة للإقلاع عن التدخين ("التوجيه")، ودعم محاولات الإقلاع اللاحقة ("العمل")^{xx}.

الكثير من الأخصائيين الاجتماعيين ماهرون بالفعل في استخدام طرق نفسية مختلفة لدعم عملائهم، بما في ذلك المقابلة التحفيزية أو العلاج السلوكي المعرفي القصير. أثبتت هذه الأدوات أيضًا فعاليتها في الإقلاع عن التدخين. بالدعم والموارد الكافية، يمكن تشجيع الأخصائيين الاجتماعيين على تطوير وتعزيز برامج فردية مخصصة لفئات سكانية معينة للإقلاع عن التدخين أو تقليله. أظهرت دراسة نشرت في عام 2013 أن الاستشارات القصيرة التي لا تزيد على 20 دقيقة، تقدمها الأطباء والعاملون الصحيون الآخرون، زادت معدلات الإقلاع عن التدخين بين المرضى الذين كانوا يدخنون مقارنة بالذين لم يتلقوا نصيحة^{xxi}.

دمج تقليل أضرار التبغ في النهج الاجتماعي لمعالجة التدخين يتماشى مع الأهداف والدوافع لكثير من المهنيين في هذا المجال. من خلال التقليل من الأضرار، يمكن تمكين الأشخاص الذين يدخنون من إحداث فرق إيجابي في صحتهم بأنفسهم. لذا، في الدول التي تتوفر فيها منتجات النيكوتين الآمنة وتكون بأسعار معقولة، يجب تزويد الأخصائيين الاجتماعيين بالقدرة على تقديم معلومات موثوقة ونصائح حول خيارات تقليل أضرار التبغ، كجزء من دعم الإقلاع الشامل عن التدخين.

لمزيد من المعلومات حول أعمال الحد من الضرر الناتج عن التبغ على مستوى العالم، أو النقاط المطروحة في ورقة المعلومات التوجيهية هذه من GSTHR، يرجى الاتصال عبر البريد الإلكتروني info@gsthr.org

حولنا: تعزز مؤسسة المعرفة والعمل والتغيير (K•A•C) استراتيجية التقليل من الأضرار كاستراتيجية رئيسية في الصحة العامة تستند إلى حقوق الإنسان. يمتلك الفريق أكثر من أربعين عامًا من الخبرة في مجال عمل التقليل من الأضرار في استخدام المخدرات، وفيروس نقص المناعة البشرية (HIV)، والتدخين، والصحة الجنسية، والسجون. تدير K•A•C مبادرة الحد العالمي من التدخين للحد من الضرر (GSTHR) التي ترسم تطور التقليل من الأضرار الناتجة عن التبغ واستخدام منتجات النيكوتين الآمنة، بالإضافة إلى توفرها والاستجابات التنظيمية لها، ومعدلات انتشار التدخين والوفيات المتعلقة به في أكثر من 200 دولة ومنطقة حول العالم. للمزيد من المنشورات والبيانات الحية، يرجى زيارة <https://gsthr.org>

تم إنتاج مشروع GSTHR بمساعدة منحة من منظمة Global Action to End Smoking (المعروفة سابقًا باسم Foundation for a Smoke-Free World)، وهي منظمة غير ربحية مستقلة مقرها الولايات المتحدة بموجب القانون الخاص (c)(3)501، تعمل على تعجيل الجهود العلمية القائمة على البيانات لإنهاء وباء التدخين عالميًا. لم تلعب Global Action أي دور في تصميم هذه الورقة التوجيهية، أو تنفيذها، أو تحليل البيانات، أو تفسيرها. المحتويات، واختيار وتقديم الحقائق، وأي آراء تعبر عن مسؤولية المؤلفين فقط ولا يجب اعتبارها تعبيرًا عن مواقف Global Action to End Smoking.

- ⁱ *Adverse Childhood Experiences (ACEs) and Trauma*. (2023, 6 ديسمبر). [Factsheet]. Scottish Government, Mental Health Directorate. <http://www.gov.scot/publications/adverse-childhood-experiences-aces/pages/aces-research/>.
- ⁱⁱ *Smoking Profile—Data—OHID*. (2024). [Fingertips, Public health data]. Office for Health Improvement and Disparities. https://fingertips.phe.org.uk/profile/tobacco-control/data#page/4/gid/1938132900/pat/159/par/K02000001/ati/15/are/E92000001/yr/1/cid/4/tbm/1/page-options/ine-yo-1:2022:-1:-1_ine-ct-36_ine-pt-0_tre-do-1.
- ⁱⁱⁱ *The vicious cycle of tobacco use and mental illness – a double burden on health*. (2021, 8 نوفمبر). [News release]. World Health Organization. <https://www.who.int/europe/news/item/08-11-2021-the-vicious-cycle-of-tobacco-use-and-mental-illness-a-double-burden-on-health>.
- ^{iv} *RightCare physical health and severe mental illness scenario*. (2023, 25 أكتوبر). [Mental health, NHS RightCare]. NHS England.
- ^v Winterer, G. (2010). Why do patients with schizophrenia smoke? *Current Opinion in Psychiatry*, 23(2), 112–119. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283366643>.
- ^{vi} Morgan, B. W., Leifheit, K. M., Romero, K. M., Gilman, R. H., Bernabe-Ortiz, A., Miranda, J. J., Feldman, H. I., Lima, J. J., Checkley, W., & Study, C. C. (2017). Low cigarette smoking prevalence in peri-urban Peru: Results from a population-based study of tobacco use by self-report and urine cotinine. *Tobacco Induced Diseases*, 15. <https://doi.org/10.1186/s12971-017-0137-8>.
- ^{vii} Callaghan, R. C., Gatley, J. M., Sykes, J., & Taylor, L. (2018). The prominence of smoking-related mortality among individuals with alcohol- or drug-use disorders. *Drug and Alcohol Review*, 37(1), 97–105. <https://doi.org/10.1111/dar.12475>.
- ^{viii} Huang, M. Z., Liu, T. Y., Zhang, Z. M., Song, F., & Chen, T. (2023). Trends in the distribution of socioeconomic inequalities in smoking and cessation: Evidence among adults aged 18~59 from China Family Panel Studies data. *International Journal for Equity in Health*, 22(1), 86. <https://doi.org/10.1186/s12939-023-01898-3>.
- ^{ix} Kim, J. E. (2016). Cigarette Smoking Among Socioeconomically Disadvantaged Young Adults in Association With Food Insecurity and Other Factors. *Preventing Chronic Disease*, 13. <https://doi.org/10.5888/pcd13.150458>.
- ^x Hitchman, S. C., Fong, G. T., Zanna, M. P., Thrasher, J. F., Chung-Hall, J., & Siahpush, M. (2014). Socioeconomic status and smokers' number of smoking friends: Findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 143, 158–166. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.07.019>.
- ^{xi} Reid, J. L., Hammond, D., Boudreau, C., Fong, G. T., Siahpush, M., & ITC Collaboration. (2010). Socioeconomic disparities in quit intentions, quit attempts, and smoking abstinence among smokers in four western countries: Findings from the International Tobacco Control Four Country Survey. *Nicotine & Tobacco Research: Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 12 Suppl(Suppl 1), S20-33. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntq051>.
- ^{xii} Gagné, T., Lapalme, J., Ghenadenik, A. E., O'Loughlin, J. L., & Frohlich, K. (2021). Socioeconomic inequalities in secondhand smoke exposure before, during and after implementation of Quebec's 2015 'An Act to Bolster Tobacco Control'. *Tobacco Control*, 30(e2), e128–e137. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2020-056010>.
- ^{xiii} *Children whose parents smoke are 4 times as likely to take up smoking themselves*. (2021, 28 ديسمبر). [Press release]. GOV.UK, Department of Health and Social Care. <https://www.gov.uk/government/news/children-whose-parents-smoke-are-four-times-as-likely-to-take-up-smoking-themselves>.
- ^{xiv} Belvin, C., Britton, J., Holmes, J., & Langley, T. (2015). Parental smoking and child poverty in the UK: An analysis of national survey data. *BMC Public Health*, 15(1), 507. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1797-z>.
- ^{xv} *The cost of smoking to the social care system*. (2021 مارس). Action on Smoking and Health (ASH). <https://ash.org.uk/uploads/SocialCare.pdf?v=1647953369>.
- ^{xvi} Royal Society of Public Health. (2015, 13 أغسطس). *Nicotine “no more harmful to health than caffeine”*. <https://www.rsph.org.uk/about-us/news/nicotine--no-more-harmful-to-health-than-caffeine-.html?s=03>.
- ^{xvii} Winterer, G. (2010). Why do patients with schizophrenia smoke? *Current Opinion in Psychiatry*, 23(2), 112–119. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283366643>.
- ^{xviii} Marmot, M., Goldblatt, P., & Allen, J. (2010). *Fair Society Healthy Lives (The Marmot Review)* [Strategic review of health inequalities in England post-2010]. Institute of Health Equity. <https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>.
- ^{xix} *Quit tobacco to be a winner*. (2021, مايو). [Commentaries]. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/quit-tobacco-to-be-a-winner>.
- ^{xx} *Very brief advice on smoking (VBA)+. 30 seconds to save a life*. (2021). National Centre for Smoking Cessation and Training. https://www.ncsct.co.uk/publications/VBA_2021.
- ^{xxi} Stead, L. F., Buitrago, D., Preciado, N., Sanchez, G., Hartmann-Boyce, J., & Lancaster, T. (2013). Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000165.pub4>.