

تحالف مكافحة الأمراض غير السارية معاً لوضع الأمراض غير السارية على الأجندة العالمية



التبغ : يشكل عائقاً أمام التنمية

بسبب المرض، والعمل بعدد سنوات أقل بسبب قصر عمرهم. فقدان الفرص الاقتصادية الناتجة عن ارتفاع معدلات تعاطي التبغ يمكن أن تكون شديدة خاصة لأن معظم الوفيات المرتبطة بالتبغ تحدث خلال السنوات الإنتاجية الرئيسية 10 في روسيا، على سبيل المثال، قدرت الخسائر بـ 24.7 مليار دولار في 2006 بسبب الفوارة المبكرة بسبب تعاطي التبغ. الأسر الفقيرة الأكثر عرضة بوجه خاص عندما يصبح معيل الأسرة مريضاً أو يموت في سن الشباب. التكاليف الطبية المرتبطة بعلاج الأمراض ذات الصلة بالتبغ، مثل أمراض القلب والسرطان يمكن أن يزيد من فقر الأسر. ما لم يتم كبح جماح وباء التبغ، و رد المجتمعات على مواجهة العبء المزدوج وعلى تزايد معدلات الأمراض غير المعدية ذات الصلة بالتبغ بينما تكافح من أجل الحفاظ على تطورها في علاج الأمراض المعدية.

الأهداف الإنمائية للألفية

في مؤتمر قمة الألفية في سبتمبر 2000، اعتمد قادة العالم في الأمم المتحدة بشأن الألفية، و تبني قادة العالم لشراكة عالمية جديدة للحد من الفقر المدقع. الأهداف الإنمائية للألفية للألفية، التي صيغت بعد ذلك بوقت قصير، هي مجموعة من الأهداف لمعالجة الفقر المدقع بحلول عام 2015. فإننا نشير إلى أن تعاطي التبغ يشكل عائقاً أمام التنمية في كل هدف :

الهدف 1 :

القضاء على الفقر المدقع والجوع والحرمان من استخدام التبغ يُزود الأسر بالمزيد من الاموال للانفاق على السلع الأساسية مثل الغذاء والتعليم. الأمراض ذات الصلة بالتبغ تؤدي إلى ارتفاع في تكاليف الرعاية الصحية التي يتحملها كل من الفرد والحكومة.

من المسلم به و على نطاق واسع ظاهرة تعاطي التبغ بأنها مشكلة صحية عامة. إلا أن تأثيرها على الفقر، ولا سيما في البلدان النامية، هو أقل من المعروف بشكل جيد. ولهذا الأمر أهمية كبيرة كما أن التسويق في صناعة التبغ يقود إلى الزيادات في معدلات التدخين في العديد من البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل، ولا سيما تلك التي يكون فيها تنفيذ تدابير مكافحة التبغ ضعيفة. ويعد استخدام التبغ أعلى بين الفقراء. التدخين هو أكبر سبب يؤدي للوفاة بين المدخنين وكثير من هذه الوفيات تحدث خلال السنوات الإنتاجية من الحياة (30 - 69)، وتضائل إيرادات الأسر و قدرة الأسرة على توفير أسباب العيش وتعليم الأطفال. إنفاق الأسر على التبغ يؤدي لخفض الإنفاق على المعيشة في مكان آخر، و في كثير من الأحيان على الضروريات. ففي الأسر التي تعيش على دخل منخفض جداً، ولو كانت صغيرة فإن تحويل الموارد اللازمة لشراء التبغ يمكن أن يكون لها تأثير كبير على الصحة والتغذية.

- في عام 2005، أنفقت الأسر الإندونيسية التي تحوي مدخنين 11.5 % من دخلها على منتجات التبغ مقارنة مع 11 % بالتالي تنفق على الأسماك واللحوم والبيض والحليب معاً.
- متوسط الإنفاق على السجائر 6.5 % من النفقات المعيشية للأسر في المناطق الريفية في جنوب غرب الصين، وعلى 5.8 % عند الأسر الحضرية الفقيرة. في كل من الأسر الحضرية والريفية تنفق الأسر التي فيها مدخنين ما يقرب من 4 % أقل على الغذاء.
- في المكسيك، 20 % من العائلات الأفقر تنفق ما يقرب من 11 % من دخلها على التبغ.
- أمراض لها علاقة بالتبغ والوفيات المبكرة تفرض تكاليف إنتاجية عالية على المدخنين وأسرتهم والاقتصاد- المدخنين هم الأكثر في عدم القدرة على العمل

الهدف 2 :

• تحقيق تعميم التعليم الابتدائي في البلدان التي لديها قطاعات كبيرة للتبغ، الفقر و عمالة الأطفال في صناعة التبغ تحرم الأطفال من الذهاب إلى المدرسة.

الهدف 3 :

• تعزيز المساواة بين الجنسين وتمكين المراضع وباء التبغ بين النساء في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط هو المفتاح لتعليمهم، و صحتهم و تقدمهم.

الأهداف 4 و 5 :

• تخفيض معدل وفيات الأطفال وتحسين صحة الأمهات المال على التبغ يحرم الأمهات والأطفال الرضع من التغذية السليمة والرعاية الصحية. التعرض لدخان السجائر هي المسؤولة عن ما لا يقل عن 600000 حالة وفاة سنويا بين غير المدخنين. ما يقرب من نصف هذه الوفيات تحدث بين النساء وبين أكثر من ربع الأطفال دون سن الخامسة.

الهدف 6 :

• مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز والملاريا وأمراض أخرى بالتدخين، بسبب مضاعفات لأولئك الذين يعيشون مع فيروس نقص المناعة البشرية والسل، والإيدز، وأمراض أخرى.

الهدف 7 :

• كفاءة الاستدامة البيئية استخدام مبيدات الآفات وإزالة الغابات الناجمة عن زراعة و علاج التبغ تضر بالبيئة.

الهدف 8 :

• إقامة شراكة عالمية من أجل التنمية العديد من وكالات التنمية الدولية مثل البنك الدولي ومنظمة التعاون الاقتصادي والتنمية تدرك أن الأمراض الناجمة عن استخدام التبغ تشكل عبئا على الفقراء وتؤيد مكافحة التبغ العالمي كوسيلة لتخفيف هذا العبء.

استخدام التبغ هو عامل خطر و مشترك لمجموعة رئيسية من الأمراض غير المعدية. الإسراع في تنفيذ الاتفاقية هو الوسيلة الأساسية لمعالجة الأمراض غير المعدية وإنقاذ الأرواح.

الوعود الزائفة لزراعة التبغ

على مدى عقود، عززت شركات التبغ زراعة التبغ على أساس أنها استثمار، وتقديم الحوافز والقروض للمزارعين لبدء الزراعة، و غالبا ما تقوم على تنبؤات متفائلة بشكل غير واقعي للأسعار والعائدات. فعندما تنخفض الأسعار، غالبا ما يجدون المزارعين أنفسهم في دوامة من الديون لشركات التبغ. وبالإضافة إلى ذلك، زراعة التبغ تحمل في طياتها مخاطر صحية. يمكن لزراعة ومعالجة التبغ أن تسبب أمراض خطيرة، مما يهدد قدرة المزارعين على إعاشة أسرهم. زراعة التبغ ذات عمالة كثيفة، وغالبا ما تأخذ قطع صغيرة من الأرض.

في أغلب الأحيان، على أفراد العائلة جميعاً العمل على إنتاج المحاصيل، والتي تنطوي على عمالة الأطفال. عندما يكون الأطفال في حقول التبغ، فإنها تقوت على نفسها التعليم، مما يجعل إلى تدني مستوى التعليم، والفقر أكثر قسوة. ويشترك الأطفال أيضا في إنتاج السجائر الملقوفة جنوب آسيا، البيدي. في الهند، على الرغم من الحظر المفروض على عمالة الأطفال، ما يقدر ب 10 ٪ من الإناث و 5 ٪ من العمال البيدي الذكور تحت 14 سنة من العمر. العديد من هؤلاء الأطفال لا يذهبون إلى المدارس 16. في بنغلاديش، والأطفال في سن 5 - 15 الذين يعملون في صناعة لف التبغ يدوياً غير قادرين على حضور المدرسة : 53 ٪ لا يذهبون إلى أي نوع من المدارس، و 40 ٪ لم يذهبوا قط إلى المدرسة في حياتهم.

1 Ciapponi A, Bardach A, Glujovsky D et al. (2011) Systematic review of the link between tobacco and poverty. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria. Argentine Cochrane Centre IECs Iberoamerican Cochrane Network for WHO. Geneva: World Health Organization.

2 Peto R. (1994) Smoking and death: the past 40 years and the next 40. British Medical Journal 309 (6959) 937-9.

3 Ciapponi A et al. (2011) op. cit.

4 Barber S, Adioetomo S, Ahsan A, et al. (2008) Tobacco economics in Indonesia. Paris: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease.

5 Wang H. (2006) The impact of tobacco expenditure on household consumption patterns in rural China. Social Science Medicine 62:1414-1426.

6 Hu TW, Mao Z, Liu Y, de Beyer J et al. (2005) Smoking, standard of living and poverty in China. Tobacco Control. 14:247-250.

7, 8 ibid.

9 Sesma-Vázquez S et al. Tobacco demand in México: 1992-1998. Salud Publica de Mexico 2002; 44 Suppl 1:s82-s92.

10 World Health Organization (2009) WHO report on the global tobacco epidemic 2008, The MPOWER package. Geneva: World Health Organization.

11 Ross H et al. (2008) Economics of tobacco taxation in Russia. Paris: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease.

12 Liu Y, Rao K, Hu T, et al. (2006) Cigarette smoking and poverty in China. Social Science & Medicine. 63(11):2784-2790.

13 Thankappan K, Thresia (2007) Tobacco use & social status in Kerala. Indian Journal Med Res. 126:300-308.

14 Ahsan A, Widodo P, Wilyppn N, Fadlri P, Nuzul B. (2008) Socio-economic conditions of tobacco framers and laborers in Indonesia: A case study of three provinces of tobacco main producers.

15 NIOSH Agricultural Health & Safety Center (1996) Southeast Center Studies Ways To Prevent Green Tobacco Sickness. News. 4 August 1996.

16 Brands A and Prakash R, Bidis and bidi workers. Observations in India. Geneva, World Health Organization Report, 2002 (unpublished).

17 Eftoymsom D, ed. Tobacco and Poverty; observations from India and Bangladesh. PATH Canada, October 2002.

18 Oberg M, Maritta J, Woodward A, et al.(2010) Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: A retrospective analysis of data from 192 countries. The Lancet. Published Online November 26, 2010 DOI:10.1016/S0140-6736(10)61388-8.

