Masterproef Huisartsgeneeskunde

Master Family Medicine

Het rookgedrag van de Marokkaanse mannen in de opleidingspraktijk in Borgerhout

ICHO vzw

Interuniversitair Centrum voor Huisartsenopleiding vzw

Academiejaar 2011-2012

Al-Neama Ashraf

Huisarts in opleiding (HAIO)

Vrije Universiteit Brussel

Promotor: Professor Avonts Dirk

Copromotor: Dr. Yildiz Guven

Praktijkopleider: Dr. Elarbi Zouhair

Abstract

Titel: Het rookgedrag bij de Marokkaanse mannen in de opleidingspraktijk te Borgerhout

HAIO: Al-Neama Ashraf
Vrij Universiteir Brussel
Promotor: Prof. Dr. Avonts Dirk
Copromotor: Dr. Yildiz Guven
Praktijkopleider: Dr. Elarbi Zouhair

Inleiding (context en doelstelling): Het roken van tabak is een zeer belangrijke vermijdbare oorzaak van mortaliteit en morbiditeit. In Vlaanderen is roken bij mensen van allochtone origine slechts sporadisch onderzocht. Aangezien in de opleidingspraktijk in Borgerhout meer dan 60% van de patiënten van Marokkaanse origine is, is er geopteerd om het rookgedrag bij Marokkaanse patiënten te bestuderen, met speciale aandacht voor de omstandigheden waarin ze roken om te weten of hun rookgedrag rekening houdt met de hen omringende personen. Daarnaast polst dit onderzoek naar hun kennis van de schadelijke effecten van zowel actief roken als passief roken op de gezondheid en naar hun bereidheid om te stoppen met roken omwille van de gezondheid van de hen omringende personen.

Methode: In het kader van een routineraadpleging, werden Marokkaanse mannen gevraagd naar hun rookgedrag. Verder werden de rokende mannen uitgenodigd voor deelname aan het project. Na akkoord van de rokers werd een vragenlijst (enquête) ingevuld tijdens een interview van de onderzoekende arts met de deelnemer.

Resultaten: In totaal werden 245 Marokkaanse mannen (18 jaar of ouder) gevraagd of ze tabak gebruikten. De huidige prevalentie van roken bij de onderzoekspopulatie is 20.41%. Het gebruik van waterpijp is terug te vinden bij (3/245) 1.2% van de onderzochte populatie. Ondanks het algemene rookverbod op openbare plaatsen, rookt 53% van de rokers op restaurant en andere openbare plaatsen; 40.8% op de werkplaats (in de pauzes) in aanwezigheid van rokende collega's. 36% van de rokers rookt binnenshuis.

Besluit: Hoewel bijna alle rokers kennis hebben over de schadelijke effecten van zowel actief als passief roken, houden ze meestal geen rekening met de omgeving en de hen omringende personen. De meeste van de rokers zijn echter bereid gevonden te stoppen met roken of eventueel niet te roken in ruimtes waar niet-rokers aanwezig zijn. De gezondheid van hun omgeving kan dus zonder twijfel gebruikt worden als extra argument om die rokers te motiveren te stoppen met roken of hun rookgedrag aan te passen.

Trefwoorden: rookgedrag, passief roken, Marokkaanse patiënten.
ICPC-code: P17

contact: ashraf.al-neama@vub.ac.be

Inhoudstafel

1. Inleiding……4
2. Doelstelling en onderzoekvragen……. 6
3. Methode
   - Doelpopulatie……... 7
   - Registratie…… 7
4. Resultaten……. 9
5. Discussie……..14
6. Besluit……..20
7. Dankwoord…… 21
8. Bronnen ……..22
9. Bijlage- Nederlandse versie…….25
10. Bijlage- Arabische versie……27

Inleiding

Voorkomen is beter dan genezen. Preventie van gezondheidsproblemen speelt dan ook een heel belangrijke rol binnen de huisartsgeneeskunde, zoals: bepaling van het risico op hart- en vaatziekten, rookstopbegeleiding, vaccinatie, screening op baarmoederhalskanker, peiling naar het gebruik van alcohol, opsporen van diabetes en nierfalen enzovoort.

Van alle risicofactoren voor de gezondheid is het roken van tabak ongetwijfeld de belangrijkste wat betreft de gevolgen voor de morbiditeit en de mortaliteit [1].

De allochtone populatie vormt in grootstedelijke huisartspraktijken een niet onbelangrijk deel van het patiëntenbestand. Personen van Marokkaanse afkomst vormen bijvoorbeeld meer dan 60% van de patiëntenpopulatie in de opleidingspraktijk te Borgerhout waar dit onderzoek gedaan wordt. Het rookgedrag en de prevalentie van roken bij Marokkanen in de huisartspraktijk in België is echter niet gekend. De ervaring bij artsen is dat allochtone patiënten een gebrek aan inzicht vertonen in de gezondheidsproblemen die op hen betrekking hebben, waarschijnlijk te wijten aan de culturele achtergrond enerzijds en de taalbarrière anderzijds. Onderzoek in Nederland bracht aan het licht dat 29.1% van de Marokkaanse mannen en slechts 0.7% van Marokkaanse vrouwen in Nederland rokers zijn [2].

Recent epidemiologisch onderzoek in Marokko bij 9195 burgers toont de huidige prevalentie van roken bij Marokkanen: 31.5% bij mannen en 3.1% bij vrouwen. Een gemiddelde roker steekt 15.3 sigaretten per dag op. De hoogste rookfrequentie (42%) bij deze Marokkaanse mannen is gevonden in de leeftijdsgroep 30-39 jaar [3].

Tabak, volgens het soort tabaksproduct dat gebruikt wordt, wordt gerookt, gekauwd (gepruimd) en gesnoven. Rookbare vormen van tabak zijn vooral sigaretten, sigaren, pijpen en waterpijpen. De waterpijp stamt uit het Oosten, maar is ook in Europa steeds vaker terug te vinden. Het is een pijp met een lange flexibele darm waarbij rook passeert langs een reservoir gevuld met water, waardoor slechts een zeer klein gedeelte van de schadelijke stoffen in de tabaksrook gefilterd wordt. Dit soort roken is populair bij jongeren. Ze denken dat deze vorm van roken minder schadelijk is. Ze onderschatten bovendien de gezondheidsrisico's ervan[4]. Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) inhaleren rokers van een waterpijp dieper (om "hun dosis te hebben") door het feit dat water een deel van de nicotine weerhoudt. Dit stelt hen bloot aan grotere hoeveelheden kankerverwekkende stoffen en koolstofmonoxide. Het roken van waterpijp

gedurende 1 sessie van 1uur zou ongeveer overeenkomen met het inhaleren van 100 sigaretten[5, 6] . Uit een enquête, die in april 2009 werd uitgevoerd in Brussel en Duitstalig België bij 1.049 scholieren van 17 à 18 jaar, bleek dat 43 % van de jongeren die thuis Turks of Arabisch spreken, al geëxperimenteerd hebben met de waterpijp[4] . Akl EA et al. hebben een literatuurstudie gedaan rond de prevalentie van waterpijproken. Volgens hun studie bedraagt de prevalentie van het regelmatige waterpijproken bij volwassenen 15% in Libanon, 12% in Syrië, 11% bij de Arabische immigranten in Australië en 4 à 12% in de landen van het Arabisch Schiereiland[7] .
Bij de Vlamingen daarentegen bedraagt het percentage van regelmatige waterpijprokers (15 jaar en ouder) nul procent bij mannen en vrouwen[1]. In België is het roken van waterpijp bij volwassen Marokkanen slechts sporadisch onderzocht.
Het ligt voor de hand dat zowel actief roken als passief roken ongezond is. Passief roken komt neer op het onvrijwillig inhaleren van tabaksrook in de omgeving, afkomstig van de verbranding van sigaretten, sigaren, pijpen of waterpijpen, en waarbij de rook wordt uitgeblazen door de actieve rokers. Door de blootstelling aan omgevingstabaksrook (passief roken) neemt het risico op longkanker met circa 20% toe ten opzichte van mensen die niet aan tabaksrook worden blootgesteld. De kans op coronaire hartziekten ligt voor niet-rokers die samenleven met een roker ongeveer 20-30% hoger dan voor niet rokers die samenleven met een niet-roker. Ook is bewezen dat meeroken de kans verhoogt op verminderde longfunctie, astma en luchtweginfecties bij kinderen. Naar het schijnt zouden personen die maatregelen opleggen tegen passief roken thuis, meer van plan zijn om in de toekomst te stoppen met roken dan diegenen bij wie geen enkele dergelijke maatregel wordt ingevoerd [8,9] .

In België geldt er sinds 1 januari 2007 een rookverbod op de werkplaats, openbare plaatsen en restaurants (met als uitzondering plaatsen waar men alleen maar drank serveert), cafés, casino's en frituren. Er kwam echter een einde aan deze uitzondering door het invoeren van algemene rookverbod in de horeca sinds 30 juni 2011 [10] . Het is niet duidelijk of het algemene rookverbod in horeca wordt nageleefd door de rokers. Bovendien is het ook niet gekend hoe hun rookgedrag thuis is, d.w.z. of ze al dan niet roken binnenshuis of in de buurt van de kinderen en andere familieleden.

Doelstelling en onderzoeksvragen:

Het is de bedoeling van dit project om een idee te krijgen van het rookgedrag bij de Marokkaanse patiënten, die de meerderheid vormen in de opleidingspraktijk te Borgerhout, met speciale aandacht voor de omstandigheden waarin ze roken om te weten of hun rookgedrag rekening houdt met hun directe omgeving en omringende personen. Daarnaast polst dit onderzoek naar hun kennis over de schadelijke effecten van zowel actief roken als passief roken op de gezondheid en naar hun bereidheid om te stoppen met roken omwille van de gezondheid van de hen omringende personen. Een advies geven aan alle rokers om te stoppen met roken of eventueel niet te roken in ruimtes waar niet rokers aanwezig zijn, is tevens een van de doelstellingen. Meer concreet beantwoordt dit onderzoek de volgende vragen:

- Wat is de prevalentie van het roken bij de Marokkanen die in de opleidingspraktijk op consultatie komen ?
- Wat is het rookgedrag van de rokende Marokkaanse patiënten in de opleidingspraktijk waar het onderzoek verricht wordt? Welke tabakvormen gebruiken ze? Wordt het gebruik van de waterpijp als zorgwekkend gezondheidprobleem geïdentificeerd?
- In welke omstandigheden roken ze? Is hun rookgedrag schadelijk voor hun omgeving? Met andere woorden houden ze rekening met de hen omringende personen (omgeving) ?
- Wat is hun kennis omtrent de effecten van zowel actief roken als passief roken op de gezondheid ?
- Tot hoever zijn die rokers, na sensibiliseren over de schadelijke effecten van passief roken, bereid om te stoppen met roken of eventueel niet te roken in aanwezigheid van kinderen en mensen die leven in hun directe omgeving ?

Methode

Doelpopulatie:

Er is bewust gekozen voor Marokkaanse patiënten omdat meer dan 60% van de patiëntenpopulatie in de opleidingspraktijk waarin het onderzoek wordt verricht, Marokkanen zijn.

Inclusiecriteria:

De patiënt moet voldoen aan de volgende criteria:

1. Man zijn.
2. 18 jaar of ouder zijn.
3. Tabaksgebruiker zijn.
4. Geboren zijn in Marokko of beide ouders zijn Marokkanen.
5. Arabischtalig of Nederlandstalig zijn.

Exclusiecriteria:

1. Vrouwen.
2. Jongeren minder dan 18 jaar oud.
3. Marokkanen die enkel Berbers kunnen spreken.

Registratie:

Het praktijkproject loopt van 1 oktober 2011 tot en met 31 december 2011.

De patiënt biedt zich aan op de consultatie bij de huisarts in opleiding (HAIO) en er wordt gevraagd of hij tabak gebruikt. Indien de patiënt geen tabaksgebruiker is, wordt dat genoteerd. Indien hij aan de inclusiecriteria voldoet, wordt hem gevraagd om mee te werken aan het onderzoekproject en krijgt hij de informatiefiche overhandigd. Na akkoord van de patiënt, ondertekent hij een goedkeuring tot medewerking (toestemmingsformulier) en wordt dat genoteerd in zijn elektronisch medisch dossier.

Deze studie is opgebouwd uit een interview en een vragenlijst(enquête) die de roker moet beantwoorden in aanwezigheid van de onderzoekende HAIO. Deze vindt plaats in de praktijk zelf. De vragenlijst wordt opgesteld in het Nederlands na overleg met de promotor en de copromotor. De vertaling naar het Arabisch wordt gedaan door de onderzoekende HAIO zelf . Deze vragenlijst bevraagt in eenvoudige taal het rookgedrag, kennis van de rokers over

schadelijke effecten van zowel actief als passief roken en bereidheid om een wijziging in zijn rookgedrag aan te brengen of eventueel te stoppen met roken. Met rookgedrag bedoelt de onderzoeker de leeftijd waarop begonnen wordt met roken, het aantal rookjaren, het aantal sigaretten per dag, de gebruikte vormen van tabak en de omstandigheden waarin gerookt wordt.
De patiënten worden aangemoedigd om vragen te stellen over de deelname aan het project en de vragenlijst. De vragen van de patiënt worden op hetzelfde moment door de HAIO beantwoord. Iedereen krijgt bij het afronden van het interview een kort advies van de HAIO om te stoppen met roken en eventueel niet te roken in aanwezigheid van personen die leven in hun directe omgeving. De duurtijd van het interview bedraagt ongeveer 15 minuten. Indien de patiënt of de situatie dat vraagt, kan er meer tijd aan besteed worden om dieper in te gaan op de verdere rookstopbegeleiding volgens de motivatie van de patiënt. Indien dit niet past op het moment dat het zich aandient, wordt er een nieuwe consultatie aangaande het onderwerp afgesproken.
Voor de analyse en de statistische verwerking van de data wordt gebruik gemaakt van SPSS en Microsoft office. De vragenlijst, zowel de Nederlandse- als de Arabische versie, zijn in bijlage weergegeven.

Resultaten

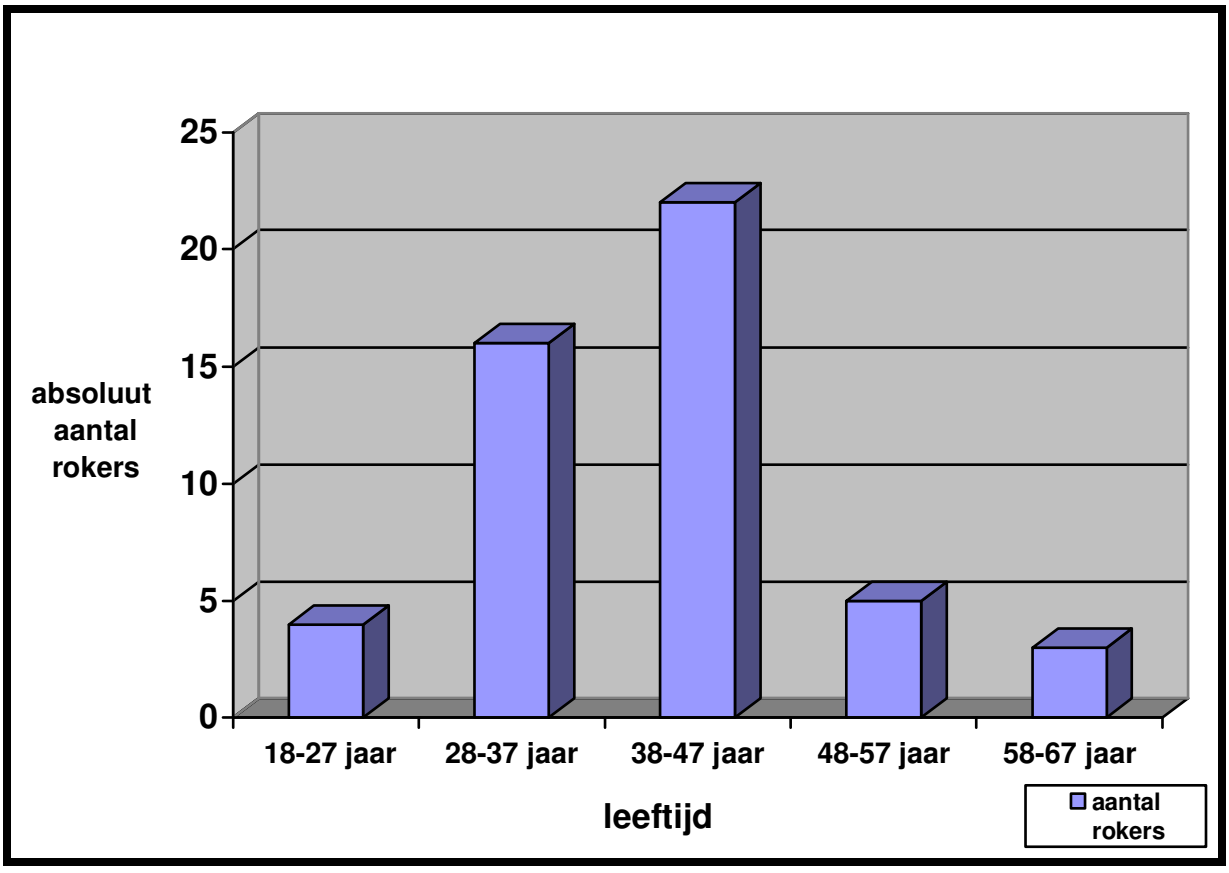
Analyse van de gegevens geeft volgende resultaten. Er zijn in totaal 245 Marokkaanse mannen geïncludeerd in deze studie waarvan 50 patiënten op het moment van het onderzoek tabaksgebruikers waren en 195 patiënten niet-rokers of ex-rokers waren. In onderstaande tabel (tabel 1) is de prevalentie en het percentage van het tabakgebruik in de opleidingspraktijk in Borgerhout weergegeven.

Tabel 1: Prevalentie van het roken bij 245 Marokkaanse mannen in de opleidingspraktijk.

	aantal	percentage
Huidige Tabakgebruikers	50	20.41%
Geen tabaksgebruiker	195	79.59%
Totaal	245	100%

Opleidingspraktijk te Borgerhout.

Onderstaande figuur (figuur 1) toont het aantal rokers uitgesplitst naar leeftijd. Men ziet duidelijk dat ongeveer 44% van de huidige tabakgebruikers in de leeftijdgroep 38-47 jaar vallen.

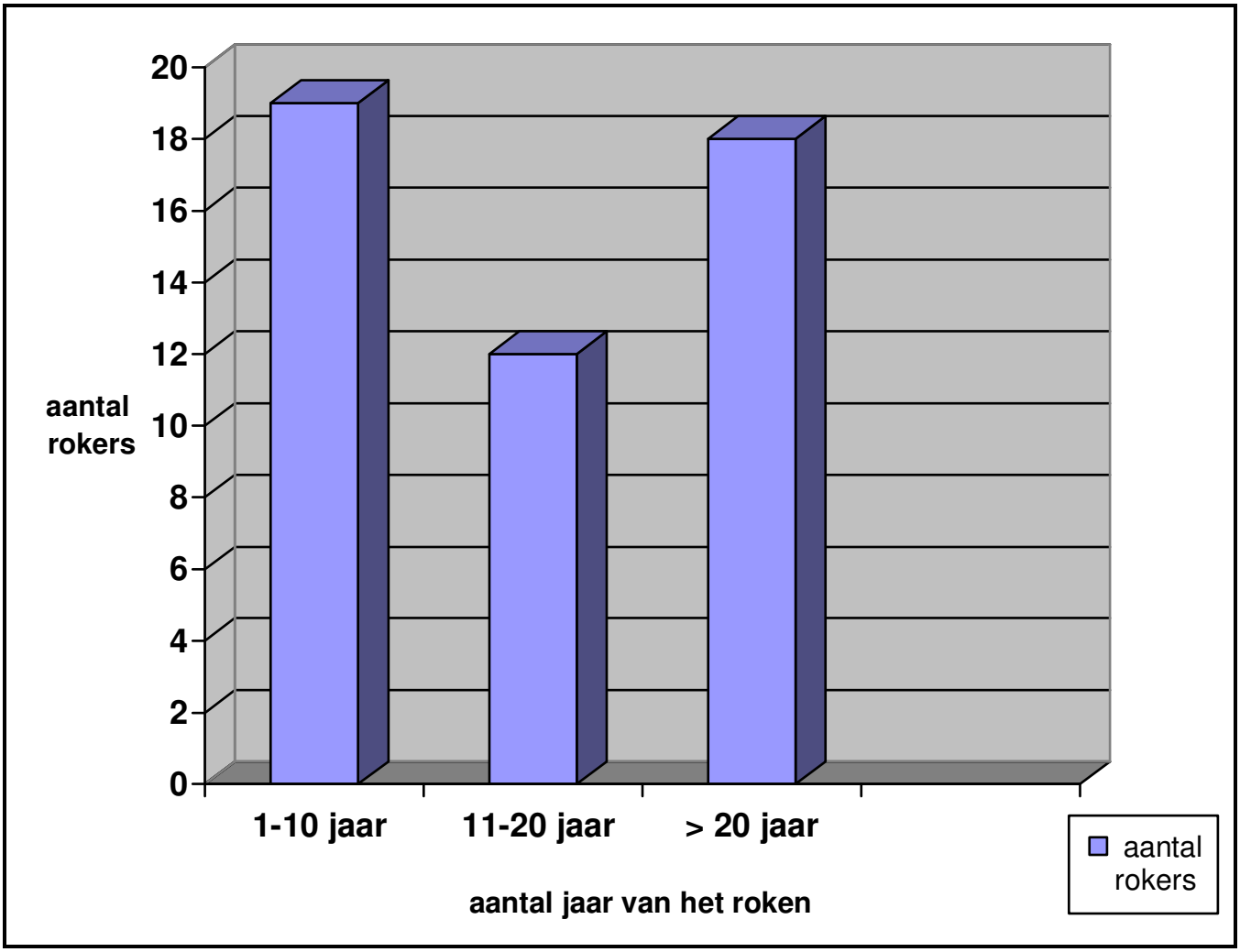


Figuur1: Absoluut aantal rokers uitgesplitst naar leeftijd.

Het gemiddelde aantal sigaretten dat dagelijks wordt gerookt is 14,6 met SD van 6.66 en maximale en minimale aantal sigaretten per dag bedraagt respectievelijk 30 en 1. Het percentage zware rokers (≥ 20 sigaretten per dag) in de onderzochte Marokkaanse populatie (N245) van 18 jaar en ouder bedraagt ongeveer 6.12 % (15/245)

De gemiddelde leeftijd waarop de rokers regelmatig beginnen te roken is 24 jaar en 3 maanden met SD van 8.92. Het gaat hier niet over de leeftijd waarop men de eerste sigaret gerookt heeft, wel over de leeftijd waarop men regelmatig is begonnen te roken.

Het gemiddelde aantal rookjaren is 15.84 met SD van 8.8 en maximum en minimum van respectievelijk 40 en 1 jaar. Onderstaande figuur(figuur 2) toont het aantal rokers uitgesplitst naar rookjaren.



Figuur 2 : Aantal rokers uitgesplitst naar rookjaren

Tabak, volgens het soort tabaksproduct dat gebruikt wordt, wordt gerookt, gekauwd (gepruimd) en gesnoven. Bij die onderzochte 50 rokers zijn er 49 sigarettenrokers en slechts 1 gebruiker van enkel pruimtabak. Van die 49 rokers van sigaretten zijn er 3 patiënten die ook waterpijp roken en nog 3 andere patiënten die ook sigaren roken.

De onderstaande tabellen (2,3,4 en 5) tonen percentages van de Marokkaanse mannen die roken binnenshuis, op de werkplaats(tijdens de pauzes), op café of restaurant, of op andere openbare plaatsen.

Tabel 2: Percentage van patiënten die roken op de werkplaats(in de pauzes)

	Aantal	**percentage**
Roken tijdens de werkuren in aanwezigheid van rokende collega's	20	40.82%
Roken tijdens het werk maar niet in aanwezigheid van rokende collega's (alleen roken)	11	22.45%
Helemaal niet roken tijdens de werkuren	18	36.73%
Totaal	49	100%

Tabel 3: percentage van het roken op openbare plaatsen zoals restaurants, cafés, winkelcentra,…(ondanks het algemene rookverbod in de horeca)

	aantal	**percentage**
Roken op openbare plaatsen zoals restaurant, café…	26	53%
Niet roken op openbare plaatsen	23	47%
Totaal	49	100

Tabel 4: percentage van rokers die binnenshuis roken.

	Aantal	**percentage**
Roken binnenshuis	18	36.7 %
Niet roken binnenshuis	31	63.3 %
Totaal	49	100 %

Tabel 5: percentage van rokers die binnenshuis roken in aanwezigheid van familieleden(ouder dan 15 jaar).

Binnenshuis roken	**aantal**	**percentage**
In aanwezigheid van familieleden	6	33.3%
Niet in aanwezigheid van familieleden	12	66.7%
Totaal	18	100 %

Bij de groep van 49 rokers zijn er 4 rokers die thuis tevens rokende familieleden hebben en 19 rokers die kinderen van minder dan 15 jaar hebben. Van die 19 zijn er slechts 3 die roken in aanwezigheid van hun kinderen thuis, in de auto of op andere plaatsen. Deze 3 rokers hadden allemaal de intentie om te stoppen met roken binnen de volgende 6 maanden.

Ook de kennis van de rokers over het effect van zowel actief als passief roken werd bevraagd. Opvallend is dat 98% van de rokers vindt dat actief roken ongezond is en 100 % van hen vindt dat passief roken ongezond is.

Onderstaande tabel (tabel 6) toont hoe de rokers hebben geantwoord op meerkeuzevraag 10 aangaande de effecten van passief roken.

Tabel 6: Kennis van de rokers over effecten van het passief roken

Antwoorden van de rokers omtrent de effecten van passief roken	aantal	Percentage
Rokers die vinden dat passief roken niet ongezond is	0	0%
Rokers die vinden dat passief roken de kans op longkanker doet stijgen	5	10.2%
Rokers die vinden dat passief roken de kans op hartziekte doet stijgen	1	2.04%
Rokers die vinden dat passief roken de kans op astma doet stijgen	2	4.08%
Rokers die vinden dat passief roken de kans op longkanker en hartziekte doet stijgen	2	4.08%
Rokers die vinden dat passief roken de kans op longkanker en astma doet stijgen	11	22.44%
Rokers die vinden dat passief roken de kans op hartziekte en astma doet stijgen	2	4.08%
Rokers die vinden dat passief roken de kans op hartziekte en longkanker en astma doet stijgen	26	53.06%
Totaal	49	100

Op vraag 12 hebben er 20 rokers geantwoord. Van die 20 rokers zijn er 16 die binnen de volgende 6 maanden van plan zijn helemaal te stoppen met roken voor de gezondheid van hun familieleden en hun collega's op het werk.

In vraag 13 is de 49 rokers allemaal gevraagd of ze bereid zijn om niet te roken in de aanwezigheid van de kinderen en de directe omgeving(familieleden en medewerkers). Van die 49 rokers zijn er 37 die daartoe bereid zijn .

Discussie

Het is de eerste studie die verricht is rond het rookgedrag bij Marokkanen in Vlaanderen. Het is de bedoeling het rookgedrag te beschrijven en te evalueren. De onderzoekende HAIO spreekt dezelfde taal en heeft dezelfde culturele achtergrond als de onderzoekspopulatie. Factoren als taalbarrière of communicatieproblemen zijn dus geëlimineerd in deze studie.

Het eerste probleem dat zich stelde was de beperkte consultatietijd doordat de geschikte populatie gezocht moest worden tussen de patiënten. De normale consultatietijd bedraagt ongeveer 15 minuten. Bij deelname aan het project kwam hun huidige consultatietijd in het gedrang en werd die al gauw een 30-tal minuten.

Een aantal belangrijke elementen van het rookgedrag worden helaas niet opgenomen in deze registratiemethode: Zo is er geen onderscheid gemaakt tussen ex-rokers (d.w.z. zij die in hun leven minstens 100 sigaretten hebben gerookt maar momenteel niet roken) en de personen die nooit hebben gerookt (of minder dan 100 sigaretten in hun leven). Iedereen die momenteel niet rookt, wordt in deze studie beschouwd als niet-roker.

Een opmerking die men tevens kan maken is dat de onderverdeling tussen dagelijkse rokers en occasionele rokers niet altijd correct gebeurt. Iemand die bijvoorbeeld 70 sigaretten per week rookt, maar niet alle dagen rookt, wordt beschouwd als regelmatige roker van 10 sigaretten per dag.

Pogingen om te stoppen met roken zijn tevens niet bevraagd noch aan de huidige rokers noch aan de ex-rokers. Een verklaring daarvoor is dat tijdens de literatuurstudie slechts beperkte informatie over dit onderwerp wordt opgezocht.

Wegens gebrek aan tijd zijn de patiënten die bezocht zijn tijdens huisbezoeken, niet betrokken bij de studie.

De onderzoeker heeft in deze studie enkel de patiënten vanaf 18 jaar en ouder geïncludeerd.

Het is misschien aanbevolen om de leeftijdslimiet te verlagen tot 15 om een nog duidelijker beeld te krijgen van hun rookgedrag.

De HAIO spreekt helemaal geen Marokkaans-Berbers, wel Marokkaans-Arabisch. Patiënten die enkel Berbers spreken, konden helaas niet geholpen worden door de HAIO en daarom zijn ze ook niet geïncludeerd in deze studie. De meeste Marokkanen in België kunnen echter vrij goed Arabisch spreken.

In dit project wordt enkel het rookgedrag bij mannen bestudeerd en wel om twee redenen. Ten eerste is de prevalentie van het roken bij Marokkaanse vrouwen in de vorige studies opvallend laag; het bedroeg 0.5% bij de geïmmigreerde Marokkaanse vrouwen in Nederland en 3.3% van de Marokkaanse vrouwen in hun vaderland [2,3]. Ten tweede weet de onderzoekende arts uit ondervinding dat het bespreken van het rookgedrag bij Marokkaanse vrouwen heel gevoelig ligt zodat zelfs het aansnijden van zo'n onderwerp de relatie arts-patiënte negatief kan beïnvloeden omdat in hun cultuur roken bij vrouwen niet aanvaard wordt en soms als taboe beschouwd wordt. Dat is nog meer uitgesproken wanneer deze vrouwen een strenge islamitische cultuur belijden en hun arts zich in hetzelfde milieu bevindt. Het zou kunnen dat de terughoudendheid verschilt bij Marokkaanse vrouwen die een Belgische arts consulteren. Het kleine percentage van Marokkaanse vrouwen die toch roken, zou hun rookgedrag ongetwijfeld niet willen bekendmaken. Rekening houdend met het feit dat de onderzoekende arts in deze studie tevens Arabier is, opteert hij ervoor deze studie enkel bij mannen te verrichten. Bij de Marokkaanse vrouwen in de opleidingspraktijk waarvan de arts vermoedt dat hun klachten beïnvloed worden door hun rookgedrag wordt hierover zeker gesproken.

Hieronder wordt in tabel 7 het rookgedrag van de onderzochte Marokkaanse mannen in de opleidingspraktijk te Borgerhout, waar deze studie gedaan is, vergeleken met het rookgedrag van andere groepen namelijk:

- De algemene Belgische bevolking door het kijken naar de gegevens uit de gezondheidsenquête van 2008, die gedaan is door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) in 159 gemeenten bij 11250 Belgen [1].
- De Marokkaanse burgers in Marokko door middel van de national survey in 2009 [2] .
- De cijfers uit de huisartsenpraktijk van een collega Belgische huisarts[11] .

Men kan concluderen dat er in dit onderzoek bij de opleidingspraktijk te Borgerhout 8% minder rokers zijn dan bij de mannen(van 15 jaar en ouder) in de algemene bevolking in België(28%), 3% minder rokers dan bij de collega Belgische huisarts(23%) en 11% minder dan de algemene Marokkaanse mannelijke bevolking in Marokko. Daarnaast zijn er bij de onderzoekspopulatie minder zware rokers (6%) dan bij mannen (15 jaar en ouder) in de algemene bevolking in België (9.5%)[1] .

Marokkaanse mannen in de onderzoekspopulatie beginnen op latere leeftijd (gemiddeld 24 jaar en 3 maanden met SD 8.4) regelmatig te roken vergeleken met de Marokkaanse mannen in hun vaderland en de Belgen. Op zich is dat een positief teken want het is gebleken dat hoe later wordt begonnen met roken hoe hoger de kans is dat men zijn rookgedrag kan opgegeven[12] .

Tabel(7): Het rookgedrag van deze onderzoekspopulatie vergeleken met andere populaties.

	De in deze studie onderzochte Marokkaanse mannen	Marokkaanse mannen in Marokko	Algemene bevolking in België	Belgisch patiënten die een collega Belgische huisarts consulteren
Percentage van huidige rokende mannen	20.41%	31%	28%	23%
Percentage zware rokers	6%	----	9%	----
Gemiddelde leeftijd waarop men begint te roken	24	18.7	17	----
Leeftijdgroep met hoogste frequentie	38-47 (44%)	30-39 (42%)	45-54 (33%)	----

Een progressieve daling van het aantal rokers wordt gezien vanaf 58 jaar en er is geen enkele roker gevonden die ouder is dan 63 jaar; Dit stemt vrij goed overeen met cijfers uit de gezondheidenquête van 2008 in België en kan verklaard worden door het feit dat stoppen met roken toeneemt naarmate men ouder wordt. Een andere hypothese is dat rokers eerder overlijden dan niet-rokers [1].

Het gebruik van de waterpijp is terug te vinden bij (3/245) 1.2% van de onderzochte populatie in mijn opleidingspraktijk. Hoewel dit als een relatief hoog percentage wordt beschouwd ten opzichte van dat in Vlaanderen (0%), ligt het(1.2%) opvallend lager dan in Arabische landen, zoals Libanon(15%), Syrië(12%) en de landen van het Arabisch Schiereiland (4 à 12%).

Men kan daaruit afleiden dat waterpijproken bij Marokkaanse mannen in België niet zorgwekkend is.

In België geldt er sinds 1 januari 2007 een rookverbod op de werkplaats, op openbare plaatsen en restaurants met als uitzondering plaatsen waar men alleen maar drank serveert in cafés, casino's en frituren. Er kwam echter een einde aan deze uitzondering door het invoeren van het algemene rookverbod in de horeca sinds 30 juni 2011. Heel verrassend is dat in deze studie 53% van de rokers nog steeds in de horeca en in openbare centra rookt ondanks het algemene rookverbod en ondanks het feit dat de enquête is afgenomen ongeveer 3 maanden na het invoeren van de wet.
Bij nachtelijke controle in september 2011 (2 maanden na het invoeren van het algemene rookverbod) hebben inspecteurs van de FOD volksgezondheid overtredingen vastgesteld in 20% van de gecontroleerde cafés [13].

36% van de onderzochte Marokkaanse rokers rookt thuis. Aan de niet-rokende Marokkaanse mannen werd helaas niet gevraagd of er bij hen thuis wordt gerookt. In het Vlaamse Gewest wordt er 25% binnenshuis gerookt [14] . We kunnen hieromtrent niet vergelijken omdat in deze studie de vraag anders gesteld werd: aan de rokers bij de onderzoekspopulatie in deze studie en aan de passieve rokers(huishoudens) bij het Vlaamse Gewest.
Het staat vast dat 99% van de Marokkanen moslim zijn[16] . Ramadan, de negende maand van de islamitische maankalender, markeert de periode waarin moslims bij daglicht vasten om geduld, nederigheid, opoffering, zelfbeheersing te leren en vooral godbewustzijn. Het is voor moslims een tijd van meer toewijding aan God en geestelijke vernieuwing. Gedurende deze maand mogen moslims niet eten, drinken (een vloeistof) of roken van zonsopgang tot zonsondergang. Veel openbare gezondheidsautoriteiten hebben het begin van de Ramadan gebruikt als een aansporing om het stoppen met roken aan te moedigen[15,16] , om verschillende redeneren.

Het rookverbod tijdens de dag en de afwezigheid van andere rokers zouden kunnen helpen bij het stoppen met roken[17]. Bovendien zou het element van geestelijke en spirituele vernieuwing in de Ramadan kunnen leiden tot veranderingen in de zin van de roker op een manier dat het succes op de stopzetting van roken zou kunnen versterken [18,19]. Een abrupte rookstop bij de start van de Ramadan is echter niet ideaal. Vermindering van het roken wordt eerder beschouwd als een meer haalbaar target in de Ramadan dan een abrupte rookstop[20] . Het is eigenlijk niet gekend of de pogingen tot stoppen met roken tijdens Ramadan voorkomen en of deze pogingen succesvol zijn [21,22].

De onderzoekende HAIO startte zijn studie pas na het einde van de Ramadan zodat er hier verder geen onderzoek kon op gebeuren. Een onderzoek naar de rookgewoonten en rookstoppogingen en hun gevolgen tijdens de Ramadan zou evenwel uiterst zinvol en boeiend kunnen zijn.

Men zou een speciale studie moeten doen rond stoppen met roken tijdens de Ramadan en/of de haalbaarheid van het target en de meeste effectieve manieren (medicijnen of gedragsmatige aanpak) om de rookreductie en eventueel rookstop te begeleiden tijdens de Ramadan. Het zou in elk geval nuttig zijn om het rookgedrag en de motivatie van de rokers voor de start van de Ramadan te bespreken.

De religieuze status van het roken is afgelopen jaren in veel delen van de Arabische wereld veranderd door tal van religieuze islamitische uitvoeringsdecreten met inbegrip van belangrijke instanties zoals aan de Al-Azhar Universiteit in Egypte, verbonden aan de Al-Azhar-moskee, de belangrijkste religieuze autoriteiten binnen de islam, die het roken verbieden. De redenen van verbod gaan terug op de Islamitische wet aangaande het algemene verbod op alle handelingen die schadelijke gevolgen voor de gezondheid kunnen bewerkstelligen. Zo zegt de Koran: "En besteedt uw bezit voor de zaak van God, en lever niet met je eigen handen bijdrage aan uw eigen vernietiging " (2; 195). Juristen vertrouwen bovendien op de aansporingen in de Koran om geen geld te verspillen. Meer waardering voor de risico's van passief roken, heeft er ook toe geleid dat recente juristen de verplichting voelden om te vernoemen en te voorkomen dat roken en passief roken opzettelijke ergernis, ongemak en/of schade kan veroorzaken aan derden[16].

In deze studie vinden we dat de mensen heel bezorgd en betrokken zijn bij het schadelijke effect dat ze kunnen veroorzaken voor hun omgeving. Van de 49 rokers zijn er 37 rokers die bereid zijn om niet te roken in aanwezigheid van derden.

Rosen et al. hebben in 2011 een meta-analyse afgerond met interventie waaruit gebleken is dat het stimuleren van rokende ouders om te stoppen met roken ter bescherming van de gezondheid van hun kinderen, een effectief motiverend argument is dat gebruikt kan worden bij de rookstopbegeleiding.

De strategie van het stoppen met roken in het belang van de kinderen heeft ook andere voordelen:

- ouders die stoppen met roken verbeteren hun eigen gezondheid en levensverwachting,
- hun kinderen worden niet meer blootgesteld aan de schadelijke effecten van het ouderlijk rookgedrag en tabaksrook,

- ouders zijn bevrijd van de zorg dat ze schade aan de gezondheid van hun kinderen berokkenen door te roken in hun aanwezigheid
- de kans dat kinderen van niet-rokers zullen beginnen met roken in de toekomst wordt kleiner[23].

In deze studie zijn er 3 rokers die roken in aanwezigheid van hun kinderen; ze zijn allemaal bereid gevonden om te stoppen met roken voor de gezondheid van hun kinderen.

Hoewel sommige rokers het project niet serieus namen, vindt de onderzoekende HAIO dat de reactie van de patiënten in het algemeen positief en enthousiast was. Een bewijs daarvoor is dat er geen enkele patiënt geweigerd heeft om deel te nemen aan het project. De aandacht van de onderzoekende arts voor het rookgedrag van zijn patiënten sprak de meeste patiënten aan. Als de patiënt voelt dat de arts zich interesseert in het project, is hij soms sneller gemotiveerd om over zijn gedrag te spreken.

Besluit

De prevalentie van roken bij Marokkaanse mannen (20.4%) in de opleidingspraktijk te Borgerhout ligt lager dan het gemiddelde in België en is ook lager dan bij de Marokkaanse burgers in hun vaderland. Het waterpijproken ligt bij Marokkaanse patiënten in Borgerhout (1.2%) laag ten opzichte van andere Arabische landen.

Ondanks het feit dat bijna alle rokers kennis hebben van de schadelijke effecten van zowel actief als passief roken, houden ze meestal geen rekening met de omgeving en de hen omringende mensen. Meer dan 50% van de rokers rookt op restaurant,in andere horecagelegenheden en op openbare plaatsen ondanks het algemene rookverbod. Meer dan 40% van de rokers zegt te roken op het werk in de aanwezigheid van hun collega's, en 36% van de rokers rookt binnenshuis en neemt geen maatregelen om passief roken in huis tegen te gaan. De meeste rokers zijn echter bereid gevonden te stoppen met roken of eventueel niet te roken in ruimtes waar niet rokers aanwezig zijn. De gezondheid van hun omgeving kan dus zonder twijfel gebruikt worden als extra argument om die rokers te motiveren te stoppen met roken of hun rookgedrag aan te passen.

De rokers hebben allemaal het advies gekregen om te stoppen met roken en voor velen van hen werd er een aparte afspraak gemaakt voor verdere begeleiding.

Dankwoord

Deze masterthesis kwam tot stand met hulp van Professor Avonts Dirk, als promotor, die steeds enthousiast en bereid was om feedback en verbetering en aanvulling te geven. Ik wil hem danken voor de tijd, de raad, de ondersteuning en de bemoediging.
Ook wens ik mijn copromotor dr. Yildiz Guven en mijn praktijkopleider Dr. Elarbi Zouhair en mijn stagemeester Dr. Van Balen Bart te bedanken voor de ondersteuning en de medewerking.
Verder wil ik mevrouw Leen Claessens,vertegenwoordiger van het labo(AML), bedanken voor de tijd en het advies bij het nalezen van de thesis.

Bronnen-Referenties

1.Gezondheidsenquête, België 2008. Het gebruik van tabak. Elektronisch beschikbaar via https://www.wiv-isp.be/epidemio/epinl/CROSPNL/HISNL/TABLE08.HTM.

2. Nierkens V. , Stronks K. & Clarine J. Beliefs of Turkish and Moroccan immigrants in the Netherlands about smoking cessation: implications for prevention. Health education research 2005;20, 622-634

3. Nejjari C. et al. Prevalence and demographic factors of smoking in Morocco. International Journal of public health 2009;54:447-451

4. Waterpijp roken is nieuwe trend bij jongeren, Persbericht 25 mei 2009. Electronisch beschikbaar via (http://www.kanker.be/index.php/waterpijp-roken-is-nieuwe-trend-bijjongeren/ waterpijp-roken-is-nieuwe-trend-bij-jongeren/menu-id-5708.html)

5. VRGT(Vlaamse vereniging voor respiratoire gezondheidszorg en tuberculosebestrijding). Waterpijpfolder. Elektronisch beschikbaar via http://www.vrgt.be/tabakspreventie/rookstopbegeleiding/informatie_voor_professionelen/waterpijp

6. WHO(World Health Organisation) study group on tobacco product regulation. Water pipe tobacco smoking,2005. Elektronisch beschikbaar via http://www.who.int/tobacco/global_interaction/tobreg/waterpipe/en/index.html

7. Akl EA, Gunukula SK, Aleem S, Obeid R., Jaoude PA, Honeine R. & Irani J. The prevalence of waterpipe tobacco smoking among the general and specific populations: a systemic review. BMC Public Health 2011; 11: 244.

8. World Health Organisation (WHO) Report on the Global Tobacco Epidemics, 2008The MPOWER package. Geneva.

9. Chavannes NH et al. NHG-standaard Stoppen met roken. Huisartswet 2007:50(7): 306-14

10. Het laatste nieuws. Beschikbaar via http://www.hln.be/hln/nl/942/Economie/article/detail/1236181/2011/03/15/Algemeen-rookverbod-in-horeca-vanaf-30-juni.dhtml

11. Leys P. Manama-Scriptie 2008-2010: Implementatie van rookstopadvies bij verschillende stadia van motivatie.

12.Khuder SA, Dayal HH, Mutgi AB. Age at smoking onset and its effect on smoking cessation, 1999, Addict behaivior 24(5): 673-677

13. Het Laatste nieuws. Op 07/10/2011 beschikbaar via http://www.hln.be/hln/nl/942/Economie/article/detail/1330165/2011/10/07/Een-op-de-vijf-cafes-overtreden-rookverbod-s-nachts.dhtml

14. Gezondheidsenquête, België 2008. Het passief roken. Elektronisch beschikbaar via https://www.wiv-isp.be/epidemio/epinl/CROSPNL/HISNL/TABLE08.HTM.

15. Mahroof R., Syed R., El-Sharkawy A., Hasan T., Ahmed S., Hussain F. Ramadan Health Guide. London: The Stationery Office; 2007, p. 1–30.

16.Ghouri N., Atcha M., Sheikh A. Influence of Islam on smoking among Muslims. BMJ 2006; 332: 291

17. Hughes J. R. Effects of abstinence from tobacco: valid symptoms and time course. Nicotine Tob Res 2007; 9: 315–27.

18. Chandola T., Head J., Bartley M. Socio-demographic predictors of quitting smoking: how important are household factors? Addiction 2004; 99: 770–7.

19.Gonzales D., Redtomahawk D., Pizacani B., Bjornson W. G., Spradley J., Allen E. et al. Support for spirituality in smokingcessation: results of pilot survey. Nicotine Tob Res 2007; 9: 299–303.

20. Beard E., McNeill A., Aveyard P., Fidler J., Michie S.,West R.Use of nicotine replacement therapy for smoking reduction and during enforced temporary abstinence: a national survey of English smokers. Addiction 2011; 106: 197–204.

21. Lincoln T., Tuthill R. W., Roberts C. A., Kennedy S., Hammett T. M., Langmore-Avilla E. et al. Resumption of smoking after release from a tobacco-free correctional facility. J Correctional Health Care 2009; 15: 190–6.

22. Woodruff S. I., Conway T. L., Edwards C. C. Effect of an eight week smoking ban on women at US Navy recruit training command. Tob Control 2000; 9: 40–6.

23. Rosen L, Ben Noach M, Winickoff J, Hovell M. Parental smoking cessation to protect young children: a systematic review and meta-analysis. Pediatrics. 2012;129(1):141–152

Bijlage
Vragenlijst rond het roken

Deze vragenlijst wordt vertrouwelijk behandeld.
* : Vink wat van toepassing aan.
** : meer dan één juiste keuze is mogelijk in vraag 3 en 10

1.Wat is uw leeftijd ? ……jaar

2.Hoeveel jaar rookt u al (aantal jaren waarin u regelmatig gerookt hebt)? ……jaar

3.Welke tabakvorm gebruikt u ? en hoeveel ?

Sigaretten …aantal(gemiddelde)/dag

Sigaren ….. aantal(gemiddelde)/dag

Waterpijp ……. Aantal(gemiddelde)/ dag - week – maand (schrijf het getal op en omcirkel wat van toepassing)

Andere vormen. welke? .....

4. Rookt u op het werk(in de pauze bijvoorbeeld) ?
Neen
Ja
zo ja, waar rookt u op het werk?
☐ op ruimtes waar u alleen staat.
☐in openbare ruimtes in gezelschap van collega's .

5. Rookt u soms op restaurant,café en andere openbare plaatsen(ondanks het algemene rookverbod in horeca) ?

Ja
Neen

6.Rookt u soms binnenshuis?
Neen.
Ja. Zo ja, is dat:
☐ enkel wanneer u alleen thuis bent?
☐In de aanwezigheid van de andere familieleden.

7.Zijn er kinderen thuis?
Neen.
Ja.
Indien ja , rookt u in de nabijheid van de kinderen?
Neen.
ja
8. Zijn er nog anderen van uw familie die ook binnenshuis met u roken ?
Ja
Neen

9. Vindt u uw roken schadelijk voor de gezondheid?

Ja
Nee

10. Passief roken(meeroken**)** is onwillekeurige inademen van , verdunde tabaksrook door niet- rokende die zich in de nabijheid van wel- rokenden bevinden. Is passief meeroken volgens u schadelijk voor de gezondheid?

Neen
Ja. Zo ja, Wat zijn de schadelijke effecten op de gezondheid van de passieve rokers? (Kruis aan wat past, meer dan één juiste antwoord is mogelijk)
☐ kan longkanker veroorzaken
☐kan hartziekte veroorzaken
☐doet de kans op astma stijgen bij de kinderen.

11. Bent u binnen de volgende 6 maanden van plan om helemaal te stoppen met roken voor de gezondheid van uw kinderen? (Indien u niet rookt in de nabijheid van uw kinderen sla deze vraag over en ga naar vraag 12).

Ja
Neen

12. Bent u binnen de volgende 6 maanden van plan helemaal te stoppen met roken voor de gezondheid van uw medewerkers en uw familieleden? (indien u niet rookt nabij uw medewerkers en uw familieleden sla deze vraag dan over en ga naar vraag 13)

Ja.
Neen.

13. Bent u bereid om niet te roken op openbare plaatsen en in de aanwezigheid van uw onmiddellijke omgeving(kinderen en de omringende mensen) ?

Ja.
Neen.
Ik twijfel.

أستبيان بخصوص التدخين و التدخين السلبي و الاقلاع عن التدخين

١.كم سنه يبلغ عمرك ؟ .....سنة.
٢. منذ كم سنة و انت تمارس التدخين ؟ ..... سنة.
٣. اي نوع تمارس من طرق التدخين ؟ وما هي الكمية ؟
- ○ السكائر. العدد ..... في اليوم
- ○ السيكار. العدد ..... في اليوم
- ○ النرجيله. العدد ..... في اليوم / الاسبوع / الشهر
- ○ انواع اخرى.....

٤.هل تدخن اثناء العمل في اوقات الدوام الرسمي ؟
- ○ نعمَ
- ○ لا

اذا اجبت بنعم , ففي اي مكان تدخن اثناء العمل ؟
- ○في اماكن تتواجد بها بمفردك.
- ○في اماكن تكون مصحوبا بزملائك.

٥. هل تدخن احيانا في المطعم,المقهى او في الاماكن العامة الاخرى ؟
- ○ نعم.
- ○ لا.

٦ .هل تدخن في البيت ؟
- ○ لا.
- ○ نعم. اذا اجبت بنعم فهل تدخن
  - ○عندما تكون بمفرك.
  - ○بحضور افراد اسرتك.

٧. هل هناك اطفال في البيت؟
- ○ لا.
- ○ نعم.

اذا اجبت بنعم فهل تدخن بوجود الاطفال او بالقرب منهم ؟
- ○نعم
- ○لا

٨ . هل هناك اشخاص اخرون يدخنون معك من عائلتك داخل المنزل ؟

○ نعم.

○ لا.

٩ . هل برأيك ان التدخين مضر بالصحة ؟

○ نعم.

○ لا.

١. التدخين السلبي هو استنشاق الدخان المنبعث من تدخين الاخرين للسكائر او النرجيله هل تجد ذلك مضرا بالصحة

○ لا

○نعم

اذا اجبت بنعم فما هي الاضرار الصحية للتدخين السلبي؟

○تزيد من احتمالية الاصابة بسرطان الرئتين

○تزيد من احتمالية الاصابة بالربو عند الاطفال.

○تزيد من احتمالية الاصابة بامراض القلب.

١١. هل تفكر بالاقلاع عن التدخين خلال الاشهر الستة القادمة للحفاظ على صحة الاطفال اذا كان لديك اطفال ؟

○ نعم.

○ لا.

١٢. هل تفكر بالاقلاع عن التدخين خلال الاشهر الستة القادمة للحفاظ على صحة زملائك في العمل او افراد اسرتك ؟

○ نعم

○ لا.

١٣. هل انت مستعد للامتناع عن التدخين في الاماكن التي تتواجد و تتلاقى فيها مع الاشخاص المحيطين بك ؟ اي بمعنى انك لا تدخن الا عندما تكون بمفردك بالحديقه او في الشارع على سبيل المثال

○ نعم

○ لا.

○ غير متاكد