

التدخين و عوامله في المجتمع المغربي

دراسة مارطا MARTA

ذ. أمين بنرحو، ذ. كريمة الغازي، ذ. شكيب نجاري

فريق الإبيدميولوجيا بكلية الطب بفاس



تعتبر منظمة الصحة العالمية (OMS) أن التدخين «استهلاك التبغ» يشكل وباء على الصعيد العالمي [1] و أن عشرة بالمائة من وفيات البالغين تعد بسببه. وهذا يمثل وفاة خمسة ملايين شخص كل سنة على المستوى العالمي [1] مما يجعلنا نعتبر أن المعطيات الإحصائية و الوبائية حول التدخين أمر ضروري لتحسين التدابير الوقائية من هذه الآفة وضمانا لمكافحة فعالة لها. ففي دراسة حول أمراض القلب و الشرايين -أجريت سنة 2000 في المغرب - وجدنا أن نسبة المدخنين ناهزت 31,5 % بين الذكور و 0,6 % بين الإناث [2] إلا أنه يجب تناول هذا المعطى بحذر حيث أن الدراسة لم تشمل كافة مناطق المغرب زيادة على أنها تبقى مفتقرة لبعض التفاصيل حول التدخين عند العينة التي أجريت عليها الدراسة (عادات التدخين و المعرفة حول التدخين و المواقف من التدخين) . لهذا قمنا بدراسة وطنية شملت سبع مناطق من المغرب. استقيننا من خلالها المعلومات الخاصة بكل الجوانب المرتبطة بالتدخين من عادات و معرفة و مواقف.

منهجية العمل و الإمكانيات المستعملة

و لأخذ المعلومات استعملنا استبياننا يضم أسئلة حول الحالة «السوسيو ديموغرافية» الاجتماعية و البشرية، و حول الوضعية الشخصية للمستجوب بالنسبة للتدخين.

و قد عرفنا الشخص المدخن (حسب تعريف الاتحاد الدولي لمكافحة السل و التدخين) «هو كل شخص يدخن حاليا و دخن أكثر من 100 سيجارة في حياته».

أما الشخص «المدخن سابقا» هو كل شخص دخن أكثر من 100 سيجارة في حياته و أقلع عن التدخين في الثلاثة أشهر السابقة، أو هو كل شخص دخن أقل من 100 سيجارة في حياته [3]، و قد أدخلت البيانات إلى الحاسوب و تمت معالجتها إحصائيا باستخدام برنامج Epi-info V3.4، و كذا طرق الإحصائيات (التقليدية) الكلاسيكية (2Chi, Fisher, Student).

لقد شملت دراستنا عينة حرصنا أن تكون كبيرة العدد لضمان تمثيلية أنسب للمجتمع المغربي. و هكذا تم اختيار الأشخاص بطريقة عشوائية باستعمال الطريقة العنقودية، مع الأخذ في الاعتبار :

- السن بين 15 و 90 سنة .
- المستوى المعيشي (الدراسي و الاجتماعي).
- الجنس.
- توزيع السكان بين المناطق الحضرية و القروية.
- و بناء على هذا وقع الاختيار على فاس (كمنطقة وسطى شمالية)، و الدار البيضاء (كمنطقة غربية)، و طنجة (كمنطقة شمالية غربية) و وجدة (كمنطقة شرقية) و مراكش (كمنطقة وسطى جنوبية) و أكادير (كمنطقة غربية جنوبية) ثم العيون (كمنطقة جنوبية).

نتائج و معطيات

شملت الدراسة 9195 شخصا تراوحت أعمارهم ما بين 15 و 90 سنة 31,08 سنة \pm 13,7 كمتوسط للسنة وجدنا أن 18 % من المستجوبين مدخنون بينهم 31,5 % ذكور و 3,3 % إناث، و قد بلغت نسبة الاستهلاك اليومي من السجائر عندهم 14,5 سيجارة \pm 9,5 و متوسط سن البدء بالتدخين هو 18 سنة.

الجدول الأول حسب السن و الجنس يبين أن نسبة المدخنين بين الذكور أكبر منها عند الإناث، و أن أعلى نسبة من المدخنين بين الذكور 42,0 % توجد عند الفئة العمرية ما بين 30 و 39 سنة. وعند الإناث (4,7 %) توجد عند الفئة العمرية ما بين 20 و 29 سنة، و يختلف هنا التوزيع عند المدخنين السابقين حيث نسجل 41,1 % عند الذكور مافوق 60 سنة، و 3,3 % عند الإناث ما بين 40 و 49 سنة.

الجدول الثاني يبين لنا مدى انتشار التدخين حسب الجنس و التمدد و المستوى الاقتصادي و كذا حسب الوسط (قروي/ حضري) الذي ينتمي إليه المدخن.

فنجد أن أقوى نسبة للمدخنين الذكور عند غير المتمدرسين عكسها عند الإناث حيث توجد عند صاحبات المستوى الجامعي – كما أن أعداد المدخنين هي أعلى في الوسط الحضري مقارنة مع الوسط القروي.

كما يبين هذا الجدول أن نسب المدخنين مرتفعة عند ذوي الدخل المرتفع مقارنة مع ذوي الدخل المتوسط أو المحدود عند كلا الجنسين. أما عند المدخنين السابقين فالإناث ذوات الدخل المرتفع يسجلن أكبر نسبة مقارنة مع الأخريات، بينما عند الذكور فلم يكن هناك فارق ملحوظ بين فئات المدخنين السابقين.

نقاش و تحليل

تعتبر هذه الدراسة الأولى من نوعها و قد أجريت في المغرب على عينة مهمة احترم فيها تمثيل شرائح المجتمع المغربي كما أنها شملت الفئات العمرية فوق 15 سنة. و لقد بينت الدراسة أن التدخين ينتشر بصفة أكبر و أقوى عند الذكور مقارنة بالإناث نظرا لطبيعة المجتمع المغربي المحافظ، حيث إن التدخين عند الرجال لا يثير تحفظات كبرى و لا يعطيه نظرة سلبية عكس المدخنات.

أما بالنسبة للإناث فالتطور النسبي الحاصل في المجتمع المغربي من ناحية تغير القيم و تغلغل نمط الحياة الغربي خاصة السلوكيات و نظام العيش، يمكن أن يشرح نسبة التدخين بين ذوات الدخل المرتفع و ذوات المستوى الدراسي العالي إلى الارتفاع .

هذا الاختلاف في التدخين بين الجنسين نجده في بلدان عربية و إسلامية مشابهة للمغرب، و كذلك في بعض البلدان النامية [4]. و مع ذلك يبدو أن معدلات التدخين في المغرب تقع في الوسط بالنسبة لجيرانها. في مصر بينت دراسة مستعرضة على عينة من 2000 شخص تتراوح أعمارهم بين 15 و 86 سنة وجدت معدل التدخين أعلى عند الذكور (48,5 %) من الإناث (1,5 %) [5]. و في تونس أجريت دراسة على عينة وطنية تمثيلية سنة 1996 بأعمار 25 سنة فما فوق، و وجدت معدلا يقارب 55,6 % عند الذكور و 5,2 % عند الإناث [6]. وفي الجزائر يقدر معدل التدخين عند الذكور ب 48,6 % و عند الإناث ب 6,9 % [7].

بينت دراستنا أن متوسط سن البدء بالتدخين كان 18,7 سنة عند الذكور و 24,3 سنة عند الإناث. وقد بينت الدراسات أن السن المبكر للشروع في التدخين يعد عاملا مهما في مواصلة التدخين [8]. و قد بينت هذه الدراسة أن البدء بالتدخين قبل 16 سنة يعرض للاستمرار في التدخين مقارنة بالبدء في سن أكبر من 16 سنة (نسبة الأرجحية 2,1 % مجال الثقة [1,4 – 3,0]). و أكدت دراسة (global youth Tobacco Survey) أجريت في المغرب سنة 2006 لدى المراهقين بين 13 و 15 سنة أن سن البدء بالتدخين مبكرة (مركز مكافحة الأمراض والوقاية منها 2006) [9].

أظهرت دراسة أجريت في 14 بلدا (The European Community Respiratory Health Survey) أن الإقلاع عن التدخين أقل عند الأشخاص ذوي المستوى التعليمي المنخفض [10]. وأكدت دراسة أخرى أجريت في أوروبا أن المستوى التعليمي كان مؤثرا قويا مرتبطا بالتدخين و خلصت هذه الدراسة إلى أن التدخلات يجب أن تهدف إلى منع الإدمان على التدخين بين الأشخاص الأقل تعليما [11].

و يعتبر سرطان الرئة السرطان الأول عند الرجال في المغرب بنسبة 19,8 % من مجموع السرطانات المسجلة عند الرجال. من خلال سجل السرطانات بجهة الدار البيضاء يقدر عدد حالات سرطان الرئة ب 23,8 % من مجموع السرطانات عند الرجال (سجل السرطانات لجهة الدار البيضاء 2004) [12].

جدول 1 : معطيات حول التدخين في المغرب شاملة حسب الجنس و السن

عند النساء			عند الرجال			العينة كاملة			جدول 1			
p	مدخنين سابقين	مدخنين حاليين	تعداد	p	مدخنين سابقين	مدخنين حاليين	تعداد	p		مدخنين سابقين	مدخنين حاليين	تعداد
<10 ⁻³	2,8	3,1	1076	<10 ³	8,5	17,4	1194	<0,0006	5,8	10,6	2270	أقل من 15 سنة
	2,5	4,7	1678		16,1	35,2	1338		9,3	20,1	2641	29 – 30 سنة
	2,0	3,0	1828		20,2	42,0	971		11,3	22,9	1908	39 – 30 سنة
	3,0	2,4	1828		30,6	38,2	634		16,9	20,4	1260	49 – 40 سنة
	1,7	1,7	1915		33,3	33,1	369		19,4	19,2	660	59 – 50 سنة
	0,7	1,4	2053		41,1	20,1	263		26,6	13,7	410	≥ 60

جدول 2: معطيات التدخين حسب المستوى الدراسي و الإقامة

نساء			رجال			كافة العينة			مستوى التعليم: بدون تعليم			
p	مدخنين سابقين	مدخنين حاليين	عدد	p	مدخنين سابقين	مدخنين حاليين	عدد	p		مدخنين سابقين	مدخنين حاليين	عدد
<10 ⁻³	0,7	1,5	1072	<10 ⁻³	25,6	38,8	547	<10 ⁻³	9,1	14,1	1619	كتاب
	0,0	0,0	116		27,8	29,6	338		20,7	22,0	454	ابتدائي
	0,7	2,0	968		20,1	33,2	1146		11,2	18,9	2114	ثانوي
	3,3	4,1	1423		15,0	29,2	1694		9,7	17,8	3117	عالي
<10 ⁻⁴	5,8	6,1	765	<10 ⁻⁴	20,9	29,7	997	<10 ⁻⁴	14,3	19,5	1762	مكان الإقامة: المدينة
	3,4	4,5	2795		18,4	31,8	2962		11,1	18,6	5757	دخول منخفض
	2,1	3,0	952		17,9	34,8	1011		10,2	19,4	1963	دخول متوسط
	3,0	2,5	1110		17,7	26,8	1148		10,5	15,1	2258	دخول عالي
	5,9	9,0	733		19,9	35,1	803		13,1	22,7	1536	القرية
0,7	1,1	1619	21,7	31,5	1819	11,8	16,9	3438				

في المغرب وعلى الرغم من منع الإشهار المتعلق بالتدخين في وسائل الإعلام المحلية و منع التدخين في الأماكن العمومية ووسائل النقل، يعد المغرب من الدول التي وقعت على اتفاقية منظمة الصحة العالمية (CCLAT)، فإنه لم يصادق عليها بعد.

لهذا كله و باعتبار المغرب حاليا لا يتوفر على الآليات اللازمة لمحاربة هذه الآفة المتنامية في المجتمع، فإنه من المهم و المستعجل كذلك وضع نظام للرصد مع بلورة مقاربة ملائمة ثقافيا و اجتماعيا للحد من التدخين، ووضع استراتيجيات تعليمية، اقتصادية، طبية و تنظيمية بما يتماشى مع توصيات منظمة الصحة العالمية كما يمكن للحكومة في هذا الإطار إظهار رغبتها في حماية السكان من خلال التصديق على الاتفاقية ووضعها موضع التنفيذ في إطار برنامج وطني لمكافحة التدخين.

و من المهم الإشارة إلى أننا لا نتوفر في المغرب على إحصائيات دقيقة حول الأمراض الصدرية المزمنة و باقي أمراض القلب و الشرايين المرتبطة كثيرا بالتدخين.

لقد قامت منظمة الصحة العالمية (OMS) بوضع خطة توجيهية لمساعدة البلدان على بلورة برامج وطنية شاملة لمكافحة التدخين [13]، تشمل هذه المبادئ أنشطة تهم تعزيز الصحة بالدعوة إلى استعمال وسائل الإعلام في التشجيع على الإقلاع عن التدخين، و اتخاذ تدابير تشريعية و اقتصادية للرفع من الضرائب على التبغ، و اتخاذ تدابير وقائية ضد التدخين السلبي [13]. و في سنة 2003 اعتمدت الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية (OMS) معاهدة تاريخية لمكافحة التدخين (CCLAT).

مراجع

- tobacco prevalence in Algeria . the 13th world conference on tobacco or health . Washington DC, 12 -15 july 2006. <http://2006.confex.com/uice/wetoh/techprogram/P4494.HTM>. Accessed 15 jan 2008.
8. Khuder SA, DAYAL HH, MuTGI AB (1999) AGE at smoking onset and its effect on smoking cessation , addiet Behav 24(5):673 – 677.
 9. Centre for disease control and prevention (2006) Global Youth tobacco survey (GYTS). http://www.cdc.gov/global/gyts/factsheets/emr/2006/marocco_factsheet.htm. cessed 28 sept 2009.
 10. Janson C, kunzli N, de marco R, Chinn S, Jarvis D, Svanes C et al (2006) changes in active and passive smoking in the European community respiratory Health survey Eur respire J 27 :517 -524.
 11. Huisman M, kunst AE, machenbach JP (2005) inequalities in the prevalence of smoking in the European Union: comparing education and income. Prev mec 40(6):756-776.
 12. Registre de cancers de la region du grand Casablanca (2004) Casablanca (maroc).
 13. World Health organization (2003) WHO Framework convention on tobacco control Geneva (switzerland) , [http // who.int/fete/en](http://who.int/fete/en). Accessed 15 sept 2008.
 1. World health organization (2008) who report on global TABACCO epidemic 2008. The MPOWER package. WHO , Geneva.
 2. Tazi MA , abir-khalil S, chaouki N, cherqaoui S, lahmouze F, srairi JE, Mahjour j (2003) Prevalence of the Main cardiovascular risk factors in Morocco : results of a national survey. J Hypertens 21(5) : 897 -903 .
 3. Slama K (1998) Tobacco control and prevention . international union against tuberculosis and lung disease: a guide for low income countries, Paris.
 4. Tessier JF. NEJJERI C .Bennani M (1999) smoking in Mediterranean countries: Europe. North Africa and the middle – East. Results from a co-operative study. Int J Tubere lung Dis 3:927-937.
 5. Youssef RM, abou- khatwa SA, foudad HM (2002) Prevalence of smoking and age of initialization in Alexandria. Egypt. East . mediterr Health J 8:626 – 637.
 6. Fakhafakh R. Hsairi M, Maalej M (2002) Tobacco use in Tunisia : behaviour and awareness . bull world health organ 80(5):350 -356.
 7. Hamdi chrif M, Bouaoud S, Mahanane A (2006) Evolution of

www.nosmoke.20m.com : موقع التغذية و صحة الإنسان

www.nosmoke.20m.com

موقع التغذية وصحة الانسان

منهج مكافحة التدخين

نهج عالمي خال من الأمراض

عن الموقع | اتصل بنا | مواقع أخرى | برامج التدريب | محاضرات

صداقة مع نفسك..... الطعام المتوازن كما ونوعا يجنبك السممة بعد الإقلاع..... التأثير الشديد للعلامات الانسحابية عند الإقلاع لا يزيد عن خمسة أيام

مكتشف التبغ

مكونات التبغ

الأضرار الصحية

الأضرار البيئية

المشاكل الاقتصادية

الحكم الشرعي

مجتمع خال من التدخين

عناصر نجاح المكافحة

التخلص من التدخين

تجنب العودة للتدخين

عبادة مكافحة التدخين

من الضروري أن تتوفر بيئة مناسبة لمكافحة التدخين ويلزم لذلك توفير العديد من عوامل النجاح وفي وجود هذه البيئة يظهر أهمية وضع منهج ثابت لمساعدة الجميع .

فقد لا يكفي الحديث فقط عن إيمان النيكوتين في التبغ بأنه سبب العديد من المشاكل في المجتمع وأنه يضر بصحة متعاطيه ومرافقيهم ويحدث تلوثا ملموسا للبيئة وأنه سبب رئيس للعديد من الحرائق ويمثل مشكلة اقتصادية للفرد والمجتمع وأنه لهذه الأسباب وغيرها يعتبر حراما في كل الشرائع السماوية. ولكن يكون الحديث مكتملا وأهدافه واضحة إذا تعرفنا على هذه الأضرار والمشاكل ثم تعرضنا لكيفية مكافحته وأوضحنا طرق التخلص منه ووسائل تجنبه والوقاية منه، ثم استعرضنا برامج حقيقية نموذجية مسخنة وعالمية ناجحة في مجال الحد من انتشاره، فنتمكن من تحديد حجم المشكلة واختار المناسبات المناسبة لهذا المجتمع الذي نعش