



Israel Medical Association  
for Smoking Cessation and Prevention

### נייר עמדה

החברה הרפואית למניעה ולגמילה מעישון ואיגוד רופאי בריאות הציבור תומכים בהצעת החוק לאיסור עישון במכוניות פרטיות בהן נוסעים ילדים מגיל 16 ומטה. כמפורט בנייר העמדה, התמיכה מבוססת על שיקולים בריאותיים וראיות מדעיות שהובילו לחקיקה דומה בעולם, ואף זוכה לתמיכה נרחבת של הציבור בישראל, לרבות ציבור ההורים המעשנים.

נזקי העישון הכפוי לילדים הוכחו זה מכבר, ביניהם תחלואה מוגברת של דלקות בדרכי הנשימה, דלקות חריפות של האוזן התיכונה, אסתמה, "מוות בעריסה" ועוד. חשוב להדגיש כי כל רמה של חשיפה לעשן הסיגריות גורמת נזק. דו"ח הרופא הכללי בארה"ב על נזקי העישון הכפוי משנת 2006 סיכם כי "אין רמה בטוחה של חשיפה לעשן סיגריות, וכל רמה מזיקה" [1]. עוד יש לציין, שבילדים הפוטנציאל לנזק מחשיפה לעשן כפוי גבוה מאשר במבוגרים, מכיוון שריאותיהם קטנות יותר, נשימתם מהירה יותר, ולכן הם שואפים לריאות יותר רעלנים לכל ק"ג משקל באותו פרק זמן בו הם נחשפים לעישון כפוי [1,2]. מחקרים מראים שלאחר חשיפה לרמות דומות של עשן סיגריות, רמות הקוטינין (סמן בלעדי לחשיפה לעשן סיגריות) בילדים גבוהות בכ- 70% יותר לעומת מבוגרים [3,4]. גם המערכת החיסונית של הילדים פחות מפותחת, דבר שמגביר את הפגיעות שלהם.

מחקרים שנעשו על אנשים שנחשפו לטווחי זמן קצרים לעישון כפוי הראו שינויים ונזקים לגוף כבר לאחר חשיפה של דקות, לדוגמה פגיעה במנגנון הקרישה של הדם, וירידה בגמישות ויכולת ההרחבה של כלי הדם [5-7].

כתוצאה מעישון הסיגריות, נוצרים חלקיקים זעירים (רמות חלקיקים בגודל 2.5 מיקרון – PM 2.5). חלקיקים אלו נשאפים לריאות ומגיעים גם לזרם הדם וגורמים בטווח הקצר לשיעול, לגירוי הריאות, העיניים והאף, קוצר נשימה, מחמירים מצב של אסתמה; בטווח הארוך הם גורמים למחלות ריאה כרוניות, ירידה בתפקודי הריאות, וכן לתמותה מוגברת מסרטן ריאות ומחלות לב. הסיכון הוא לכולם, אולם ילדים רגישים במיוחד.

עישון במכונית, שהיא אזור קטן ותחום, גורם להצטברות הרעלנים שבעשן הטבק באופן מרוכז יותר, כך שהילדים נחשפים לרמות גבוהות במיוחד של עשן מזיק. יש לציין, שהערכת הנזק מחשיפה לעישון כפוי במכונית היא נמוכה מהמצב האמיתי, מכיוון שמדידת החלקיקים בלבד אינה נותנת מידע מפורט על מידת הרעילות והרעלנים האחרים שבעשן הטבק (2).

מדידות שנעשו בזמן אמת בתוך מכוניות שעישנו בהן הראו שהרמה הממוצעת של החלקיקים הנוצרים כתוצאה מעישון סיגריות היא יותר מפי 10 מהרמה שנמדדה במכוניות בהן לא עישנו. ארגון הבריאות העולמי ממליץ שהחשיפה לחלקיקים אלו לא תעבור סף של  $25\mu\text{g} / \text{m}^3$  (מיקרוגרם למ"ק) בממוצע ל-24 שעות, בעוד שבמכוניות בהן עישנו נמדדו בממוצע  $85\mu\text{g} / \text{m}^3$ , כשרמת השיא הגיעה ל-  $885\mu\text{g} / \text{m}^3$  (8).

גם אוורור המכוניות בשיטות שונות ופתיחת חלונות במכוניות לא הועילו וריכוז החלקיקים היה גבוה מהמומלץ. מחקר קנדי מצא שעישון סיגריה אחת, כשחלון הנהג פתוח והסיגריה מוחזקת בפתח, בשעה שהנהג אינו מעשן, יצרה עשן בכמות של כ-2/3 מהכמות המיוצרת בבר ממוצע בו מעשנים (9).

יש לציין בנוסף, שגם בטיחות הנסיעה נפגעת. מחקרים מצאו שלנהגים מעשנים סיכון מוגבר להיות מעורבים בתאונות דרכים עקב הסחת הדעת ואיבוד השליטה ברכב כתוצאה מהעסוק בהדלקת וכיבוי הסיגריה (9).

לאור העובדות שצויינו לעיל, הדרך היעילה היחידה למנוע את חשיפתם הכפויה של ילדים ובני-נוער לעשן הסיגריות בעת נסיעה במכוניות היא שלא יעישו במכוניות בה הם נוסעים (2).

כדי להשיג מטרה זו יש לחוקק את החוק המוצע, כפי שנעשה כבר בכמה מדינות, כמו לדוגמא, חלק ממדינות ארה"ב, קנדה ואוסטרליה, דרום-אפריקה, קפריסין, בחריין, איחוד האמירויות, כוויט, מאוריציוס, והחל מ-1.10.15 יכנס החוק לתוקף גם באנגליה, כשבעקבותיה גם וולס וסקוטלנד, ומדינות נוספות בעולם שוקלות לאמץ חוק כזה.

במחקר שנערך בישראל על תפיסת המסוכנות על-ידי הורים לחשיפה לעישון כפוי של ילדים, נמצא שבקרב 84.6% מהמעשנים הקבועים קיים עישון בבית, במכוניות, או בשניהם יחד. כמו-כן, נמצא שאצל 50% מהמעשנים הקבועים – בני משפחה עישנו במכוניותיהם (10), נתונים המצביאים על רמת חשיפה גבוהה של ילדים לעישון כפוי במכוניות.

כבר ב-2012, העלה מחקר שנערך בישראל שישנה תמיכה ציבורית רחבה ביותר במכוניות נקיות מעישון כשנמצאים בהן ילדים - 94.4% תמכו בכך. הקונצנזוס היה נרחב בקרב מעשנים, מעשנים לשעבר וכאלה שלא עישנו מעולם (11). במחקר עדכני בקרב 150 הורים לילדים בישראל, 92.3% מההורים שילדם חשוף לעישון ברכב פרטי ו-92.4% מההורים שילדם אינו חשוף לעישון ברכב פרטי תמכו ברכבים נקיים לחלוטין מעישון, בזמן שנוסעים בהם ילדים (12).

מכל הסיבות שנמנו לעיל, אנו קוראים לח"כים לאמץ את הצעת החוק ולאשר אותה.

בברכה,

ד"ר רחל דהן,

יו"ר החברה הרפואית למניעה ולגמילה מעישון

1. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke : a report of the Surgeon General. – [Atlanta, Ga.] : U.S. Dept. 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]
2. Secondhand Smoke: the impact on children ASH (Action on Smoking and Health) research report, March 2014  
[http://www.ash.org.uk/files/documents/ASH\\_596.pdf](http://www.ash.org.uk/files/documents/ASH_596.pdf)
3. Royal College of Physicians. Passive Smoking and Children. A report by the Tobacco Advisory Group. London: RCP, March 2010.  
<https://www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/documents/passive-smoking-and-children.pdf>
4. Willers S, Skarping G, Dalene M, Skerfving S. Urinary cotinine in children and adults during and after semiexperimental exposure to environmental tobacco smoke. Archives of Environmental Health. 1995. 50(2): 130-138.
5. Burghuber OC, Punzengruber C, Sinzinger H, Haber P, Silberbauer K. Platelet sensitivity to prostacyclin in smokers and non-smokers. Chest 1986;90(1):34-8.
6. Stefanadis C, Vlachopoulos C, Tsiamis E, Diamantopoulos L, Toutouzas K, Giatrakos N, Vaina S, Tsekoura D, Toutouzas P. Unfavorable effects of passive smoking on aortic function in men. Annals of Internal Medicine 1998;128(6):426-34.
7. Otsuka R, Watanabe H, Hirata K, Tokai K, Muro T, Yoshiyama M, Takeuchi K, Yoshikawa J. Acute effects of passive smoking on the coronary circulation in healthy young adults. Journal of the American Medical Association 2001;286(4):436-41.
8. Semple S, Apsley A, Galea KS, MacCalman L, Friel B, Snelgrove V. Secondhand smoke in cars: assessing children's potential exposure during typical journey conditions. Tobacco Control 2012;21:578-83
9. Smoking in cars – ASH fact sheet,. Feb. 2015

10. Rosen L., Kostjukovsk I. Parental risk perceptions of child exposure to tobacco smoke. BMC Public Health 2015; DOI 10.1186/s 12889-015-1434-x
11. Rosen L. et al., Public support for smoke-free areas in Israel: A case for action. ; Health Policy 106 (2012) 161– 168

**12.** ד"ר חגי לוי, נתונים שטרם פורסמו.