



גמילה מעישון סיגריות – גם בבני נוער?

דר' עמית רותם

עישון סיגריות בקרב בני נוער מעורר עניין ודאגה בקרב הקהילה המדעית והרפואית. בשנים האחרונות שיעור בני הנוער המעשנים והמתמכרים לניקוטין הולך ועולה, עד לכדי צורך בהתייחסות אל התופעה כאל "מחלת ילדים" ו"אפידמיה" לעיתים. כן, גיל תחילת העישון יורד במדינות שונות בעולם המערבי. מחקרים רבים מצביעים על כך שרובם של מעשני הסיגריות החלו לעשן בגיל הנעורים; בארה"ב, תשעה מכל עשרה מעשנים בוגרים מדווחים שהחלו לרכוש את הרגלי העישון לפני גיל 19 והפכו למכורים, מה שמעלה את הסיכון לנזקי העישון אצל המבוגר המעשן¹⁻⁶.

בדוח משרד הבריאות לשנת 2006⁷, שכלל מדגם מייצג של כ-7000 תלמידים מרחבי הארץ, בכיתות ז'-י"ב, דווח על כ-8% מכלל הבנים שמעשנים סיגריות וכ-5% מהבנות מעשנות. גיל תחילת העישון הוא 13.8 שנים בממוצע בקרב בנים ו-14.5 שנים בקרב הבנות. 37% מהבנים המעשנים ו-14% מהבנות המעשנות החלו לעשן לפני גיל 14. אחוז המעשנים עלה עם הגיל בשני המינים.

להפסקת עישון יתרונות ברורים⁵. למרות זאת, אנו חסרים במידע מבוקר היטב והמלצות ברורות הנוגעות להתערבויות בבני הנוער המעשנים. מן המידע שקיים ניתן בכל זאת להסיק על מספר עקרונות ומגמות בגישה אל קבוצת הגיל המיוחדת הזו.

מספר מחקרי מיקוד, הראו שבני נוער מעשנים מעוניינים להפסיק לעשן; כ-74% מהמעשנים באופן מקרי וכ-65% מהמעשנים מדי יום הביעו מוטיבציה גבוהה להפסיק^{4,8}. למרות שבני נוער רבים מנסים להפסיק לעשן, **שיעור ההישגות בקרבם גבוה במיוחד**⁹.

בתהליך הגמילה עלולים לחוות בני הנוער **תסמונת גמילה**- הדומה לזו אצל המבוגר שמרמזת על תהליך התמכרות, בנוסף לקשיים התנהגותיים-חברתיים המלווים את התהליך¹⁰⁻¹¹. תהליך העישון והגמילה אצל בני הנוער יכול להיות שונה מזה אצל המבוגרים. בני נוער עשויים להיות מושפעים יותר מ¹¹⁻¹³:

- א. לחץ חברתי-פסיכולוגי הקיים סביב העישון.
- ב. פרסומת גלויה וסמויה המעודדת לדבוק בהתנהגות זו.
- ג. דימוי עצמי ואי-הצלחה בהקשר לגמילה.
- ד. גישת "לי זה לא יקרה" לגבי נזקי העישון.
- ה. הצמדות ליתרונות העישון ולתירוצים להמשך התנהגות מזיקה זו, במיוחד הקשורים להתמודדות עם דחק והקלה במצבים קשים.
- ו. חוסר מודעות ליתרונות הגמילה מעישון.

רב בני הנוער המעשנים אינם מעוניינים בסיוע ממסדי להפסקת עישון ומעדיפים תמיכה להתמודדות עם נושאים סבוכים יותר לתפיסתם, כגון: דיכאון, אובדנות, אונס והפרעות אכילה¹⁴⁻¹⁵. יחד עם זאת, כאשר מתקיים גיוס להפסקת עישון, כמו במסגרת מחקר או תוכנית חינוכית, הרי שבני הנוער עשויים לשתף פעולה היטב¹⁶.

התערבות קצרת מועד לגמילה מעישון

כמו במבוגרים, גם בבני הנוער, קיימת המלצה לאתר את המעשנים ולסייע בידם להפסיק לעשן. עקרונות "חמשת ה-A" להתערבות קצרת מועד להפסקת עישון יכולים להיות בסיס יעיל לכך¹⁷. נראה שאנשי צוות רפואה – רופאים, אחיות, ומקצועות פארא-רפואיים וכן העוסקים בחינוך ובכל מקצוע הבא במגע עם בני הנוער, יכולים לעשות שימוש בעקרונות אלה, תוך התאמתם לרמת הידע ולסביבה של המדריך. להלן מצורף נספח ובו הצעה להתערבות קצרת מועד.



תוכניות ממוסדות לגמילה מעישון

מערכת החינוך יכולה ומשתדלת לפעול לשינוי הרגלי העישון בקבוצת גיל זו. נראה שרוב התוכניות שנעשו בבתי ספר, התבססו על תוכניות **מניעה** כיתתיות, במטרה לצמצם את שיעורי העישון. למרות שחלק מתוכניות ההתערבות עמדו במטרתן, בעקב בדחיית התחלת העישון, הרי שהתוצאות בדרך כלל גבוליות, וקיים קושי בהתערבות באוכלוסיות המיעוטים ובני נוער שבסיכון גבוה¹⁸⁻¹⁹. כמו-כן, התוכניות נכשלו בהפחתת העישון או הפסקתו בקרב בני נוער שכבר מעשנים²⁰.

התערבויות לגמילה מעישון המבוססות על תיאוריות קוגניטיביות-התנהגותיות שהוכחו כיעילות אצל מבוגרים, נתקלו בקשיים בקרב בני נוער במסגרת בתי ספר ומרפאות⁵. קיים קושי לגייס בני נוער להתערבויות מסוג זה וכן לשמר את המשתתפים לאורך ההתערבות²¹. לתמיכה החברתית עשויה להיות השפעה חיובית ומחזקת בתהליכי הגמילה מעישון בקרב בני נוער שאף רואים בקבוצת בני גילם כמקור לתמיכה רגשית ומאמינים שיכולים לספק את העזרה הדרושה ברגעי משבר²²⁻²⁴.

יועץ מיומן לגמילה מעישון או גורם מתווך אישי הוכחו כתורמים לגמילה ושיפור אחוזי הצלחה לאורך זמן ועשויים להיות יעילים יותר מתוכניות לשימוש עצמי²⁵⁻²⁶. למרות השימוש הנפוץ במחשב ורשת האינטרנט בפרט, טרם הובהרה יעילותן של תוכניות לגמילה מעישון המבוססות על תוכנות מחשב ומידע אינטראקטיבי לבני נוער, בעקב בשל מידע מחקרי סותר²⁷.

לסיכום, עישון סיגריות בקרב בני נוער מהווה בעיה רפואית שהולכת ותופסת מימדים חדשים בשנים האחרונות. בני נוער רבים מעוניינים להפסיק לעשן אך טרם נמצאו המסגרות היעילות לכך. תוכניות גמילה לבני נוער, צריכות לקחת בחשבון גורמי סביבה המשפיעים על קבוצת גיל זו באופן מיוחד וכן ביצוע של הערכה מדויקת טרם ההתערבות. מעבר לתכני ההתמודדות עם הגמילה המוכרים מעולם המבוגרים, יש להרחיב את התכנים לעולם הרלוונטי של בני הנוער, בהתאם לצרכים המובעים והסמויים ולאורח החיים הספציפי לקבוצה המתארגנת, כגון: התמודדות עם דימוי עצמי נמוך, פגיעות עצמיות ואובדנות בבני נוער, שימוש לרעה בחומרים ממכרים, אבטלה ומצוקה משפחתית. תפיסת הבריאות בתוכניות כאלה יכולה להיות שונה ורחבה יותר, ולכלול גם בני נוער תומכים ועמיתים וכן לגייס את תמיכת הקהילה^{14, 27}. תהליך גמילה מעישון יכול להיכלל בתוך מערכת של קשר מורכב בין נער/ה לבין איש צוות רפואי, איש חינוך והורה. תהליך זה יוכל להתבצע ובהצלחה כאשר בבסיסו של הקשר יתקיים אמון הדדי, שחשוב תמיד, ובפרט בגיל הנעורים. תוכנית כוללת יותר תוכל לאפשר למתבגר תחושת עצמאות ושליטה מחד, עם מסגרת והכלה נאותה מאידך, עלייה יוכל לבסס את תהליך הגמילה מעישון, להתייעץ ולחוות הצלחה.



הצעה להתערבות קצרת מועד לגמילה מעישון לבני נוער.

התערבות קצרת מועד מומלצת גם לגמילה בבני נוער. מבין מספר מחקרים לא רבים שקיימים, פיברט וחב' הציעו דגם להתערבות כזו, שהוכחה כיעילה אצל 571 תלמידי בבתי ספר אל מול קבוצה דומה של ביקורת, במחקר מבוקר היטב¹⁴.

כללי: עקרונות "5A" מחולקים לארבעה מפגשים במשך כחודש. מפגש 1, 2 – 30 דק', מפגש 3, 4 – 15 דק'.

יכול להיעשות ע"י צוות המרפאה, רופאים בבי"ח וקהילה, אחות בי"ס, צוות חינוכי, עמיתים שעברו הכשרה.

השלבים כוללים:

- א. שאל את הנער/ה האם הוא/היא מעשנת/ת
- ב. המליץ לנער/ה להפסיק לעשן בהצהירך שהפסקת עישון הוא הדבר הטוב ביותר שיכול/ה לעשות כעת לבריאותו/ה.
- ג. הערך מוטיבציה להפסקת עישון – שאל האם את/ה מוכן להפסיק לעשן? אמור/י שתוכל לסייע בידו/ה במספר עצות וטיפים ראשוניים בתהליך.
- ד. עזור לנער/ה להפסיק לעשן תוך הבעת התעניינות בנושאים להלן, בגישה המכוונת אל המטופל

במפגש 1:

- 1. בעד ונגד עישון, 2. סיבות אישיות להפסקה, 3. בעיות צפויות בגמילה, 4. ניסיונות גמילה קודמים, 5. התמכרות לניקוטין, 6. שיטות גמילה, 7. קביעת תאריך הפסקה, 8. גירויים, מכשולים והתמודדות עמם

במפגש 2:

- 1. התמודדות עם גירויים וקשיים, 2. פתרונות למצבים חברתיים, 3. תסמיני גמילה והטיפול בהם, 4. התמודדות עם רצון עז לעישון (דחייה, נשימה עמוקה, שתיית מים, פעילות אחרת – 4Ds), 5. התמודדות עם דחק, 6. הפחתת עלייה במשקל, 7. השגת תמיכה מהסביבה, 8. השגת שליטה בסביבת הנגמל, 9. תגמול אישי

במפגש 3 ו-4:

- אם הנער/ה הפסיק/ה ולא מעשנת/ת-1. לברך על ההצלחה, 2. חזרה על מצבים קשים והפתרונות שנמצאו להם, 3. יתרונות הפסקת העישון עד כה, 4. בעיות הצפויות בהמשך החיים ללא עישון והצעות לפתרונות
- אם הנער/ה הפסיק/ה אך חזר/ה לעשן – 1. לברך על הניסיון, 2. ברר את משך ההפסקה ומה היה מוצלח בתהליך, 3. בדוק מה הביא לחזרה לעישון וכיצד הנער/ה יתמודד עם זאת בניסיון הפסקה נוסף, 4. צרף את הנער/ה לתהליך הפסקת עישון נוסף וקבל את התחייבותו/ה בשנית לגבי תאריך הפסקה חדש, 5. ערוך תוכנית גמילה מותאמת חדשה עבורו/ה
- אם הנער/ה לא הפסיק לעשן – 1. בדוק מהם המכשולים להפסקת עישון, 2. הזכר שמדובר בתהליך מורכב, קשה אך אפשרי, 3. צרף את הנער/ה לתהליך הפסקת עישון נוסף וקבל את התחייבותו/ה בשנית לגבי תאריך הפסקה חדש, 4. ערוך תוכנית גמילה מותאמת חדשה עבורו/ה

ה. ערוך מעקב. בכל מפגש יש להעריך ולרשום מצב עישון, שלב השינוי, כל שינוי מאז המפגש הקודם (הפסקה, הפחתת סגירות וכיו"ב). מומלץ להתאים את המפגש העתידי בהתאם לדווח המפגש הקודם, גם אם לא יבוצע ע"י אותו איש צוות (למשל, נער שדווח שהפסיק לעשן, יוזמן למפגש של מניעת חזרה לעישון).

מומלץ לברר האם קיימות מסגרות ארוכות טווח לגמילה מעישון (קבוצה, למשל), בקרבת מקום, אליהם ניתן להפנות את הנער/ה להמשך התערבות.



רשימת מקורות

1. US Department of Health and Human Services. Preventing tobacco use among young people .A report of the Surgeon General, 1994. Atlanta, Georgia: Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, Office on Smoking and Health,1994.(US Government Printing Office Publication No S/N 017-001-00491-0.)
2. Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG. National survey results on drug use from the Monitoring the Future Study,1975-1997. Volume I: secondary school students. Rockville, Maryland: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, 1998. (NIH Publication No 98-4345.)
3. Centers for Disease Control and Prevention. Selected cigarette smoking initiation and quitting behaviors among high school students—United States, 1997. MMWR 1998; 47:386-9.
4. Stone SL, Kristeller JL. Attitudes of adolescents toward smoking cessation. Am J Prev Med 1992;14:405-7.
5. US Department of Health and Human Services-USDHHS. (2000a). Reducing Tobacco Use: A Report of the Surgeon General. Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2000
6. Rutishauser, C. and Sawyer, S. Smoking prevention and cessation in adolescents.. Aust Fam Phys 1998: 27, 1110-1113.
7. Israel center for disease control. The minister of health's report on smoking in Israel 2005-2006 . (301) 17-20.
8. Lamkin L, Davis B,Kamen A.Rational for tobacco cessation interventions in youth. Prev Med 1998;27:A3-8.
9. Prokhorov, A. V., Hudmon, K. S., & Stancic, M. Adolescent smoking: Epidemiology and approaches for achieving cessation. Paediatric Drugs 2003: 5(1), 1-10.
10. O'Loughlin, J., DiFranza, J., Tyndale, R. F., Meshefedjian, G., McMillan-Davey, E., Clarke, P. B. S., et al. Nicotine- dependence symptoms are associated with smoking frequency in adolescents. Am J Prev Med, 2003:25(3), 219-225.
11. Vuckovic, N., Polen, M.R., & Hollis, J. F. The problem is getting us to stop: What teens say about smoking cessation. Prev Med ,2003: 37, 209-218.
12. Pallonen, U., Murray, D., Schmid, L., et al. Patterns of self-initiated smoking cessation among young adults. Health Psy,1990: 9, 418-426.
13. Turner,L., Mermelstein,R.,& Flay,B. Individual and contextual influences on adolescent smoking. Ann NY Acad Sci, 2004:1021, 175-197.
14. Pbert L, Osganian K , Gorak D, Druker S, Reed G, O'Neill KM , Sheetz A. A school nurse-delivered adolescent smoking cessation intervention: A randomized controlled trial. Prev Med 2006: 43 312-320



15. Balch, G.I., Tworek, C., Barker, D.C., Sasso, B., Mermelstein, R.J., Giovino, G.A., Opportunities for youth smoking cessation: findings from a national focus group study. *Nic. Tob. Res.* 2004: 6, 9–17.
16. Leatherdale, S.T., McDonald, P.W. What smoking cessation approaches will young smokers use? *Addict. Behav.* 2005: 30, 1614–1618.
17. Liu, J., et al. Addressing challenges in adolescent smoking cessation: Design and baseline characteristics of the HS Group-Randomized trial, *Prev. Med.* 2007. In press.
18. Spruijt-Metz, D., Gallaher, P.E., Unger, J.B., Anderson-Johnson, C. Meanings of smoking and adolescent smoking across ethnicities. *J Adol Health*, 2004: 35(3), 197-205.
19. Unger, J.B., Palmer, P.H., Dent, C.W., Rohrbach, L.A., Johnson, C.A. Ethnic differences in adolescent smoking prevalence in California: Are multi-ethnic youth at higher risk? *Tobacco Control*, 2000: 9(Supp II), ii9-ii14
20. Backinger, C. L., Fagan, P., Matthews, E., & Grana, R. Adolescent and young adult tobacco prevention and cessation: Current status and future directions. *Tobacco Control*, 2003:12(Supp I), iv46-iv53
21. Mermelstein, R. Teen smoking cessation. *Tobacco Control*, 2003: 12(Supp I), i25-i34.
22. Whiist, W. H. Social networks and peer education. *Am J Pub Health*, 2004:94(8), 1293.
23. Matthey, E.A. Knights Against Tobacco: teens lead the charge to prevent tobacco use among adolescents. *Ped Nurs*, 2003: 29 (5), 390, 393–396.
24. Valente, T. W., Hoffman, B. R., Ritt-Olsen, A., Lichtman, K., Johnson, A. Effects of a social-network method for group assignment strategies on peer-Led tobacco prevention programs in school. *Am J Pub Health*, 2003:93(11), 1837-1843.
25. Fisher, E. B., Lichtenstein, E., Haire-Joshu, D., Morgan, G. D., Rehberg, H. R. Methods, successes, and failures of smoking cessation programs. *Ann Rev Med*, 1993: 44, 481-513.
26. Viswesvaran, C., Schmidt, F. L. A meta-analytic comparison of the effectiveness of smoking cessation methods. *J Appl Psych*, 1992:77(4), 554-561.
27. Woodruff S , Terry L. Conway T, Christine C. Edwards P. Elliott S, Crittenden J. Evaluation of an Internet virtual world chat room for adolescent smoking cessation. *Addict Behav* 2007: 32 1769–1786.