

Przewodnik
po rozległych obszarach
HIGIENY I EPIDEMIOLOGII
Kompendium



Redakcja Jerzy T. Marciniakowski, Zofia Kozłowska

Wydawnictwo Zdravograd

**Przewodnik
po rozległych obszarach
higieny i epidemiologii**

Autorzy

prof. zw. dr hab. med. Jerzy T. Marcinkowski

Katedra Higieny i Epidemiologii, Collegium Medicum, Uniwersytet Zielonogórski

dr n. med. Zofia Konopielko

em. Kierownik Poradni Nefrologii i Nadciśnienia Tętniczego,
Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, Warszawa

dr n. społecznych Paulina Rosińska

Zakład Psychologii Wspomagania Rozwoju, Instytut Psychologii,
Wydział Filozofii Chrześcijańskiej
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

dr socjologii Marek A. Motyka

Instytut Socjologii, Wydział Socjologiczno-Historyczny, Uniwersytet Rzeszowski

dr n. biol. Aneta Klimberg

Katedra Higieny i Epidemiologii, Collegium Medicum, Uniwersytet Zielonogórski

Przewodnik po rozległych obszarach higieny i epidemiologii

KOMPENDIUM

Redakcja

**Jerzy T. Marcinkowski
i Zofia Konopielko**

Zielona Góra 2021

RADA WYDAWNICZA

Andrzej Pieczyński (przewodniczący), Andrzej Bisztyga, Bogumiła Burda,
Eugene Feldshtein, Beata Gabryś, Magdalena Gibas-Dorna, Jacek Korentz,
Tatiana Rongińska, Franciszek Runiec (sekretarz)

**RECENZJE**

Małgorzata Kowalska
Elżbieta Krajewska-Kuślak
Eugeniusz Moczuk

REDAKCJA JĘZYKOWA

Izabela Bohdanow

KOREKTA

Agnieszka Gruszka

PROJEKT OKŁADKI

Marta Surudo

OPRACOWANIE TYPOGRAFICZNE

Anna Strzyżewska

© Copyright by Uniwersytet Zielonogórski
Zielona Góra 2021

ISBN 978-83-7842-446

OFICyna WYDAWNICZA UNIwersYTETU ZIELONOGÓRSKIEGO

65-246 Zielona Góra, ul. Podgórna 50, tel. (68) 328 78 64
www.ow.uz.zgora.pl, sekretariat@ow.uz.zgora.pl

Spis treści

Wstęp	11
Aktywność fizyczna (Jerzy T. Marcinkowski, Zofia Konopielko)	13
Korzyści, zalecenia, zagrożenia zdrowia i życia	13
Cielesne zaburzenia dysmorficzne (BDD) – dysmorfofobia (Jerzy T. Marcinkowski, Zofia Konopielko)	18
Klasyfikacja, objawy	18
Tanoreksja, bigoreksja	20
Długość życia i przyczyny zgonów przed pandemią COVID-19 (Jerzy T. Marcinkowski, Zofia Konopielko)	24
Dzieci matek korzystających w ciąży (nawet okazjonalnie) z alkoholu (Jerzy T. Marcinkowski, Zofia Konopielko, Marek A. Motyka)	25
Spożywanie alkoholu w ciąży, raport z 2017 r.	26
Alkoholowe zespoły płodowe (<i>fetal alcohol syndrome</i> – FAS) i (<i>fetal alcohol spectrum disorder</i> – FASD)	26
FASD a ADHD	30
Picie alkoholu w ciąży możliwą przyczyną narkomanii dziecka	30
Profilaktyka FAS/FASD	31
Nowy profil socjomedyczny ciężarnych używających alkoholu	32
Dzieci matek palących w ciąży (Jerzy T. Marcinkowski, Zofia Konopielko)	32
Nikotynizm – kobiety ciężarne, raport z 2017 r.	32
Zespół u dziecka – matka paląca podczas ciąży (MSDP) – dawna nazwa: płodowy zespół tytoniowy (<i>fetal tobacco syndrome</i> , FTS)	33
MSDP a ADHD u dziecka	34
Dzieci matek używających w ciąży innych niż alkohol i nikotyna substancji psychoaktywnych (także niektórych leków bez recepty) (Jerzy T. Marcinkowski, Zofia Konopielko)	34
Ogólne działanie substancji psychoaktywnych na ciężarną i jej dziecko	34
Najczęstsze negatywne zjawiska społeczne i medyczne obserwowane u ciężarnych uzależnionych od narkotyków	35
Epidemiologia (Jerzy T. Marcinkowski, Zofia Konopielko, Aneta Klimberg)	36
Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD)	36
Medycyna oparta na faktach (EBM)	37
Mierniki stanu zdrowia	37
Rodzaje badań epidemiologicznych, dochodzenie epidemiologiczne	40
Higiena (Jerzy T. Marcinkowski, Aneta Klimberg)	45
Podziały	46

Hipochondria (Jerzy T. Marcinkowski, Zofia Konopielko)	46
„Dr Google” a cyberchondria	48
Zespół Münchhausena	49
Medycyna Katastrof (Jerzy T. Marcinkowski, Zofia Konopielko)	51
Katastrofy	51
Bioterroryzm (wojna biologiczna)	52
Medycyna katastrof	53
Medycyna estetyczna (Jerzy T. Marcinkowski, Zofia Konopielko)	55
Dbałość o wygląd zewnętrzny	55
Estetologia	55
Typowe zabiegi chirurgii plastycznej. Botoks, lipotransfer (zagrożenia)	56
Estetoreksja	58
Medycyna pracy – służba medycyny pracy (SMP) (Jerzy T. Marcinkowski)	59
Zadania służby medycyny pracy. Ryzyko zawodowe. Substancje toksyczne	60
Wypadek przy pracy, choroba zawodowa i parazawodowa	62
Medycyna profilaktyczna. Instytucje (Jerzy T. Marcinkowski, Aneta Klimberg, Paulina Rosińska)	64
Profilaktyka zdrowotna	64
Instytucje zajmujące się medycyną profilaktyczną	65
Molestowanie (Jerzy T. Marcinkowski, Zofia Konopielko)	73
Mobbing	73
Molestowanie seksualne	74
Mowa nienawiści (<i>hate speech</i>)	75
Nagła utrata zdrowia (i nie tylko) – problemy psychologiczne (Paulina Rosińska)	80
Przyczyny i fazy przystosowywania się	80
Orzekanie o zakażeniach szpitalnych i innego rodzaju błędach medycznych (Aneta Klimberg)	83
Zdarzenie medyczne	84
Otyłość (Jerzy T. Marcinkowski, Zofia Konopielko, Paulina Rosińska, Marek A. Motyka)	84
Epidemiologia dorosłych i dzieci	85
Przyczyny	86
Rozpoznanie otyłości i nadciśnienia tętniczego u dzieci	87
Rozpoznanie otyłości u dorosłych (BMI, otyłość trzewna)	88
Rola adipocytów (leptyna, adipokiny)	89
Otyłość brzuszna (trzewna) – zagrożenie dla zdrowia	90
Cukrzyca typu 2	92
Nadciśnienie tętnicze – epidemiologia	94
Psychologiczne aspekty otyłości	95
Otyłość a dieta	97
Uzależnienie od słodkiego smaku i żywności	97
Bariatria	99

Piercing (kolczykowanie) (Jerzy T. Marcinkowski, Zofia Konopielko)	101
Przeciwwskazania i zagrożenia zdrowotne	103
Problemowe spożywanie alkoholu (Marek A. Motyka)	105
Nieprawidłowe wzorce spożywania alkoholu	108
Fazy rozwoju uzależnienia	112
Problemy zdrowotne u osób nadużywających alkoholu	113
Leczenie – podstawa prawna	114
Promocja zdrowia (Jerzy T. Marcinkowski)	116
Raport opublikowany w listopadzie 2019 r.	
(Jerzy T. Marcinkowski, Zofia Konopielko)	117
Stan zdrowia Polaków i zachowania antyzdrowotne	118
Ocena systemów ochrony zdrowia w Polsce	118
Niedobory pracowników medycznych w placówkach publicznych w Polsce (szczególnie lekarzy i pielęgniarów) są jednymi z najdotkliwszych w Europie	119
Samobójstwa (Jerzy T. Marcinkowski, Zofia Konopielko)	120
Samobójstwa nieletnich i okoliczności towarzyszące	121
Starość (Jerzy T. Marcinkowski, Zofia Konopielko)	123
Starzenie się populacji – problem ogólnosiątkowy. Podstawowe cechy starości	124
Geriatrya i gerontologia	126
Stres a zdrowie psychofizyczne człowieka	
(Jerzy T. Marcinkowski, Paulina Rosińska, Zofia Konopielko)	127
Potencjały (zasoby) człowieka	127
Choroby somatyczne i psychosomatyczne	128
Zespół stresu pourazowego (PTSD)	129
Styl życia (Jerzy T. Marcinkowski, Zofia Konopielko)	131
10 zasad zdrowego stylu życia	132
Szczepienia ochronne (Jerzy T. Marcinkowski, Zofia Konopielko)	134
Kalendarz szczepień i szczepienia dla wyjeżdżających poza Polskę	134
Odporność grupowa	135
Niepożądany odczyn poszczepienny (NOP)	135
Ruchy antyszczepionkowe	137
Tatuaże (Jerzy T. Marcinkowski, Zofia Konopielko)	138
Toksyczność tuszów do tatuaży i powikłania medyczne	140
Telemedycyna (Jerzy T. Marcinkowski)	142
Uzależnienia behawioralne (czynnościowe)	
(Jerzy T. Marcinkowski, Zofia Konopielko), Paulina Rosińska, Marek A. Motyka	142
Rozpoznanie. Klasyfikacja	143
Uzależnienie od nikotyny (Jerzy T. Marcinkowski, Zofia Konopielko)	145
Szkodliwe i potencjalnie rakotwórcze związki chemiczne.	
Ryzyko zdrowotne (czynnego i biernego) narażenia na dym tytoniowy	146
Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP)	148

Jak rzucić palenie? _____	149
E-papierosy i elektroniczne podgrzewacze tytoniu IQOS – substancje toksyczne, szkodliwości zdrowotne _____	150
Uzależnienie od substancji psychoaktywnych (innych niż alkohol i nikotyna)	
(Marek A. Motyka) _____	152
Etapy uzależnienia _____	158
Podział substancji odurzających i psychoaktywnych. _____	159
Leki OTC – leki bez recepty _____	160
Dopalacze – nowe substancje psychoaktywne (NSP) _____	161
Profilaktyka, terapia _____	161
Wypalenie zawodowe – narastający problem XXI wieku	
(Jerzy T. Marcinkowski, Paulina Rosińska, Zofia Konopielko) _____	162
Objawy, przyczyny, czynniki ryzyka _____	163
Elementy (etapy) wypalenia zawodowego a sposób traktowania podopiecznych/pacjentów _____	164
Zapobieganie i terapia _____	166
Zaburzenia snu i czuwania (Paulina Rosińska) _____	167
Funkcje snu, zaburzenia, przyczyny _____	167
Proste porady przy zaburzeniach snu _____	169
Zaburzenia żywienia i odżywiania	
(Jerzy T. Marcinkowski, Paulina Rosińska, Zofia Konopielko, Marek A. Motyka) _____	171
Ortoreksja _____	172
Anoreksja i bulimia _____	174
Pregoreksja (<i>pregnancy</i> , czyli ciąża + <i>anorexia</i>) _____	177
Drunkoreksja (alkoreksja) _____	178
Zakażenia zakładowe/szpitalne	
(Jerzy T. Marcinkowski, Zofia Konopielko, Aneta Klimberg) _____	180
Definicja, sytuacja w Polsce i na świecie _____	181
Antybiotykooporność bakterii poważnym współczesnym zagrożeniem _____	182
Patogeny alarmowe _____	183
Profilaktyka zakażeń szpitalnych – izolacja, higiena rąk, zdejmowanie odzieży ochronnej _____	189
Zamierzone samouszkodzenie/zatrucie (inaczej: samookaleczenie się, autodestrukcja, autoagresja) (Jerzy T. Marcinkowski, Zofia Konopielko) _____	194
Czynniki ryzyka, klasyfikacja _____	195
Funkcje samookaleczenia się _____	196
Postrzeganie zaburzeń przez społeczeństwo – znaczenie Internetu, terapia _____	198
Zdrowie psychiczne (Jerzy T. Marcinkowski, Paulina Rosińska, Zofia Konopielko) _____	199
Medycyna holistyczna – jedność ciała, umysłu, duszy i emocji _____	201
Poszukiwanie źródeł zdrowia, a nie choroby – salutogeneza wg Antonovsky'ego _____	202
Troska o zdrowie _____	202
Edukacja prozdrowotna, psychoprofilaktyka (higiena psychiczna) _____	203
Elementy ważne dla rozwoju człowieka i jego zdrowia psychicznego _____	204
Zaburzenia zdrowia psychicznego _____	206

Zdrowie publiczne – wiedza ogólna (Jerzy T. Marcinkowski)	208
Zadania	208
Zdrowie środowiskowe (Jerzy T. Marcinkowski)	209
Środowiskowe i społeczne uwarunkowania zdrowia	211
Bezpieczeństwo powietrza, wody, gleby, budynków, żywności, gospodarka odpadami	212
Promieniowanie elektromagnetyczne	218
Zespół dziecka maltretowanego (Jerzy T. Marcinkowski, Zofia Konopielko)	220
Klasyfikacja wg ICD-10, historia zauważania problemu	221
Rodzinne czynniki ryzyka	221
Objawy u dziecka, które mogą wskazywać na maltretowanie	222
Zaniedbanie (przemoc pasywna) i odrzucenie	223
Maltretowanie fizyczne	224
Zespół dziecka potrząsanego (<i>shaken baby syndrome</i> , SBS)	227
Psychiczne krzywdzenie dziecka	227
Wykorzystywanie seksualne dziecka	228
Zastępczy (przeniesiony) zespół Münchhausena (<i>Münchhausen syndrome by proxy</i> – MSBP)	230
Następstwa zespołu dziecka maltretowanego. Zasady postępowania w przypadku podejrzenia/stwierdzenia, że dziecko jest ofiarą	232
Zgwałcenie (Jerzy T. Marcinkowski, Zofia Konopielko, Paulina Rosińska)	234
Następstwa psychiczne zgwałcenia, pomoc ofiarom	234
PTSD po zgwałceniu	236
Pigułka gwałtu	237
Żywnienie (Jerzy T. Marcinkowski, Zofia Konopielko)	238
Piramidy żywienia	238
Indeks glikemiczny (IG) i indeks sytości (IS)	240
Diety	241
Nieprawidłowe odżywianie się	242
Spis rzeczowy	245

Wstęp

W pierwotnym zamierzeniu autorów książka miała mieć charakter skrótowy jak w dawnych papierowych wydaniach encyklopedii – już z pewnością nieznanym młodym osobom. Ale zmieniliśmy plan, tworząc rodzaj przewodnika – podobnego do przewodników geograficznych z dokładnymi opisami miejscowości czy regionów. Po „terenie” poruszamy się zgodnie z układem liter alfabetu. W spisie rzeczowym zawartym na końcu przewodnika niektóre hasła znajdują się jedynie w podanych na tej stronie pozycjach piśmiennictwa (w przypisach), z których można skorzystać.

W tym miejscu się uśmiechamy, my, autorzy – starzy lekarze z pokolenia baby boomers, gdyż się zachwycamy możliwościami dostępu do wiedzy za pomocą Internetu. W czasach naszej młodości było to przeglądanie annałów w bibliotekach czy wysyłanie próśb do autorów publikacji, by przysłali swój artykuł. I o dziwo tak było – zwykłą drogą pocztową dostawaliśmy z całego świata setki artykułów, nawet opatrzonych dedykacją autora.

W czasie naszych studiów (1965-1971), kiedy higiena była mało atrakcyjnym, zda się – martwym przedmiotem, szczególnie na tle zajęć klinicznych. Od tamtych czasów pięknie się rozrosła, dotykając wielu dziedzin życia i nauk klinicznych, przyjmując różne nazwy, jak choćby „zdrowie publiczne”. Dzięki rozwojowi medycyny opartej na faktach (evidence-based medicine – EBM), która jednoczy obserwacje kliniczne z badaniami eksperymentalnymi, wykorzystując epidemiologię, można było np. ustalić związki powstania choroby ze stylem życia ludzi czy warunkami higieny środowiska.

Zapraszamy więc do wędrówki razem z nami i naszym podręcznikiem po wielkiej, fascynującej krainie higieny i epidemiologii.

Może ta „podróż” kogoś zachwyci, może uzyskamy nowych młodych zaangażowanych higienistów, albo jeśli ktoś wybierze specjalność kliniczną, pozostanie mu w pamięci, że warto znać zagrożenia, wcześniej je rozpoznawać, czy to u siebie, czy u innych, lepiej bowiem zapobiegać, niż patrzeć na cierpienia i leczyć.

I jeszcze jedna uwaga. Nazwy głównych problemów staraliśmy się podawać zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD*) albo poszerzając pojęcie jak np. „problemowe spożywanie alkoholu”, które pozostaje w tym rozdziale otwarte, gdyż obejmuje nie tylko uzależnienie od alkoholu, ale np. także skutki zdrowotne dla dziecka picia alkoholu przez ciężarną, co sygnalizujemy w odrębnym rozdziale „Dzieci matek korzystających w ciąży (nawet okazjonalnie) z alkoholu”.

Chcieliśmy w ten sposób podkreślić, że w tym momencie – już od życia płodowego – zaczyna się jakże trudne życie tych dzieci, z którym muszą sobie same radzić przy znacznym udziale społeczeństwa. Wiążącą się z alkoholizmem drunkoreksję, zgodnie z opinią licznych autorów, zamieszczamy pod ogólnym tytułem „Zaburzenia odżywiania”.

Problemy z jednoznaczną klasyfikacją zaburzeń – przypisaniem do ogólnej nazwy – są znaczne – świadczą o tym zmiany wprowadzane do oficjalnych list (DSM, ICD) przez największe światowe gremia naukowców, ponieważ zaburzenia się przenikają i dotyczą różnych, niejako spiętrzonych w jednym tylko człowieku sfer emocji, motywacji i rodzajów zachowań.

Dlatego układ alfabetyczny wydawał się nam najtrafniejszy.

A

Adipocyty → Otyłość

Aktywność fizyczna

Według amerykańskich ekspertów nawet 10% zgonów rocznie w USA jest konsekwencją zbyt małej aktywności fizycznej¹.

Korzyści, zalecenia, zagrożenia zdrowia i życia

Aktywność fizyczna zapewnia prawidłowy rozwój zarówno fizyczny, jak i umysłowy już od dzieciństwa, umożliwia kontrolowanie masy ciała, koordynacji i kontroli ruchów, zapobiega chorobom cywilizacyjnym i ma znaczenie w terapii choroby niedokrwiennej serca, nadciśnienia tętniczego, udaru mózgu, zaburzeń lipidowych, cukrzycy, osteoporozy, otyłości, poprawia sprawność układu oddechowego, narządu ruchu, podnosi odporność.

Korzyści dla zdrowia psychicznego to: „*feel good factor*”, „*the fun factor*” – warunkujące lepszą jakość życia, prawidłowy rozwój dzieci i młodzieży, korzystny wpływ na proces starzenia się – kształtowanie pozytywnego obrazu osób starszych i ich niezależności.

Aktywność fizyczna obniża poziom lęku, zapobiega depresji, umożliwia budowanie i utrwalanie pewności siebie i właściwych relacji społecznych.

Kolejne udowodnione zdrowotne zalety ćwiczeń:

- lepsze funkcjonowanie układu kostno-stawowego u dzieci w przedziale wiekowym 3-5 lat,
- poprawa funkcji poznawczych u dzieci i młodzieży wieku 6-13 lat,
- znaczące zmniejszenie ryzyka występowania chorób nowotworowych,
- poprawa funkcjonowania mózgu w kontekście funkcji poznawczych, rytmu dobowego i zaburzeń nastroju,
- w przypadku ciężarnych zmniejszenie ryzyka cukrzycy ciążowej i depresji poporodowej,

¹ Piercy K.L., Troiano R.P., Ballard R.M. i wsp. *The Physical Activity Guidelines for Americans*. JAMA. 2018 Nov 20; 320 (19): 2020-2028. Doi: 10.1001/jama.2018.14854.

- zmniejszenie ryzyka upadków i związanych z nimi chorób oraz urazów u osób w podeszłym wieku².

Korzyści społeczne są też wymierne – np. mniejsze wydatki na ochronę zdrowia i pomoc społeczną³.

ZALECENIA

Zgodnie z zaleceniami WHO osoby zdrowe, dorosłe (od 18. do 64. r.ż.) powinny podejmować wysiłki: • umiarkowane (≥ 150 min/tydz.) lub • intensywne (≥ 75 min/tydz.), lub • ekwiwalent kombinacji wysiłków umiarkowanych i intensywnych. Niezbędna dawka aktywności fizycznej może być kumulowana w przynajmniej 10-minutowych seriach oraz może składać się z kombinacji wysiłków umiarkowanych i intensywnych.

Już 150 minut umiarkowanej aktywności tygodniowo wystarczy, żeby poczuć się lepiej we własnym ciele, obniżyć masę ciała i ciśnienie krwi⁴.

USA – rekomendacje poziomu aktywności fizycznej dla dzieci i dorosłych (czasopismo „JAMA” – 2018 r.)⁵. Obecne zalecenia z 2018 r. nie narzucają już długości jednorazowego treningu.

Zalecenia dla dzieci i młodzieży wg WHO są podane na stronie internetowej NCZŻ IŻŻ⁶. Wytyczne WHO pokrywają się z rekomendacjami innych ekspertów, którzy zalecają, aby minimalna aktywność fizyczna dzieci i młodzieży wynosiła 6000 kroków dziennie wykonywanych z co najmniej umiarkowaną intensywnością⁷. Zalecenia WHO dla dzieci młodszych znajdują się w publikacji z 2019 r.⁸

2 Piercy K.L., Troiano R.P., Ballard R.M. i wsp. *The Physical Activity Guidelines for Americans*. JAMA. 2018 Nov 20; 320 (19): 2020-2028. Doi: 10.1001/jama.2018.14854.

3 Drygas W., Jegier A. *Zalecenia dotyczące aktywności ruchowej w profilaktyce chorób układu, krążenia*, http://a.umed.pl/geriatria/pdf/Zalecenia_dotyczace_aktywnosci_ruchowej_w_profilaktyce_chorob_ukladu_krazenia.pdf [dostęp: 17.05.2020].

4 NFZ. *Otyłość – choroba wagi ciężkiej*, <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/otylosc-choroba-wagi-ciezkiej,7355.html> [dostęp: 18.04.2020].

5 Piercy K.L., Troiano R.P., Ballard R.M. i wsp. *The Physical Activity Guidelines for Americans*. JAMA. 2018 Nov 20; 320 (19): 2020-2028. Doi: 10.1001/jama.2018.14854.

6 Łopuszańska-Dawid M. *Jaki powinien być poziom aktywności fizycznej dzieci i młodzieży szkolnej?*, <https://ncez.pl/aktywnosc-fizyczna/dzieci-i-mlodziez/jaki-powinien-byc-poziom-aktywnosci-fizycznej-dzieci-i-mlodziezy-szkolnej-> [dostęp: 14.08.2020].

7 *Nowe amerykańskie zalecenie dotyczące aktywności fizycznej*. Puls Medycyny. 23.11.2018, <https://pulsmedycyny.pl/nowe-amerykanskie-zalecenie-dotyczace-aktywnosci-fizycznej-946425> [dostęp: 28.04.2020].

8 WHO: *więcej ruchu, mniej ekranów. Nowe wytyczne dla dzieci poniżej 5 r.ż.*, <https://www.polityka-zdrowotna.com/44207,who-wiecej-ruchu-mniej-ekranow-nowe-wytyczne-dla-dzieci-ponizej-5-rz> [dostęp: 14.08.2020].

PRZYCZYNY ZAGROŻENIA ZDROWIA

1. Nadmierna aktywność fizyczna, niedopasowana do wieku i stanu zdrowia.
2. Brak rozgrzewki.
3. Nieodpowiednie miejsce.
4. Źle przygotowany sprzęt.
5. Brak zabezpieczeń.
6. Złe warunki atmosferyczne.
7. Duszne pomieszczenie.
8. Wydarzenia losowe, np. wzajemne przypadkowe uszkodzenie ciała w czasie zajęć sportowych.

USZKODZENIA TKANEK (URAZY/MIKROURAZY)

Zagrożenia zdrowia związane z aktywnością fizyczną to **urazy** tkanek miękkich, które zdarzają się najczęściej, ale też są to powikłania ze strony układu krążenia, a nawet nagła śmierć.

Niekorzystne efekty wysiłku fizycznego to skutek m.in. wzrostu produkcji wolnych rodników, hipertermii, hipotermii.

Urazy dotyczą skóry, mięśni, ścięgien, więzadeł, torebek stawowych, ale zdarza się, że i kości. Najczęstszymi mechanizmami są stłuczenia, naciągnięcia, skręcenia, zespoły przeciążeniowe tkanek. **Uszkodzenia tkanek mogą mieć postać ostrą lub przewlekłą.** Rozpoznanie w przypadku urazu ostrego jest stosunkowo łatwe.

Pozytywny efekt aktywności fizycznej stwierdzany w badaniach epidemiologicznych nie zawsze koresponduje z wtórnymi zmianami w tkankach powstającymi w wyniku **powtarzających się i często nakładających na siebie mikrourazów**, które zwykle nie przechodzą bez śladu, mają charakter przewlekły, często skryty (postępujące zwłóknienie tkanek, upośledzenie kurczliwości mięśni, elastyczności więzadeł) i prowadzą w dalszej perspektywie czasowej do wielu zaburzeń zdrowotnych⁹.

Ważną formą zapobiegania wszystkim urazom jest wykonywanie ćwiczeń rozciągających, aktywujących mięśnie, stabilizujących równowagę i poprawiających koordynację ruchów.

Uszkodzenia tkanek, zwłaszcza przewlekłe na skutek mikrourazów, są często lekceważone, nie zawsze właściwie diagnozowane i leczone¹⁰.

9 Jethon Z. *Aktywność ruchowa jako dystres*. Hygeia Public Health. 2013; 48 (2): 156-161, <http://www.h-ph.pl/pdf/hyg-2013/hyg-2013-2-156.pdf> [dostęp: 19.11.2020].

10 Mazurek K. *Zagrożenia zdrowia związane z aktywnością fizyczną*. NCEŻ IŻŻ, <https://ncez.pl/aktywnosc-fizyczna/osoby-dorosle/zagrozenia-zdrowia-zwiazane-z-aktywnoscia-fizyczna> [dostęp: 19.11.2020].

ZGONY ZWIĄZANE Z AKTYWNOŚCIĄ FIZYCZNĄ

W krajach zbliżonych wielkością do Polski notuje się rocznie od kilkunastu do kilkadziesiątu zgonów związanych z aktywnością fizyczną. Część z nich to urazy w trudnych do przewidzenia wypadkach, np. w sportach samochodowych, motocyklowych, jeździectwie, narciarstwie zjazdowym, w sportach walki, spadochroniarstwie.

Pośród przyczyn zgonów niezwiązanych z urazem dominują zgony z przyczyn kardiologicznych – kardiomiopatia przerostowa, dysplazja prawej komory serca, wada zastawkowa serca, np. zwężenie lewego ujścia tętniczego, lub anomalie układu krążenia w zespole Marfana.

Nagła śmierć, która występuje w czasie wysiłku fizycznego lub bezpośrednio po nim, zdarza się rzadko – średnio dotyczy 2 osób na 100 tys. uprawiających sport (najczęściej jest to następstwo niewykrytych wcześniej wad lub chorób układu krążenia, jak dysplazja prawej komory serca, wada zastawkowa serca, np. zwężenie lewego ujścia tętniczego, lub anomalie układu krążenia w zespole Marfana). U młodych sportowców najczęściej jest to patologiczny przerost lewej komory serca – kardiomiopatii przerostowej. U osób w wieku powyżej 30. roku życia najczęściej jest to choroba wieńcowa i jej powikłania (ostra niewydolność wieńcowa, zawał serca) z prowadzącą do zgonu arytmia.

Ludzie uprawiający intensywne ćwiczenia fizyczne, nawet uważane za rekreacyjne, a szczególnie sportowcy, powinni być wstępnie, a potem okresowo badani przez lekarza. Jeśli ćwiczenia nie są zbyt intensywne, są właściwie rekreacyjne i uprawiają je dzieci, młodzież, zdrowi mężczyźni przed 45 rokiem życia, kobiety przed menopauzą, kwalifikacja lekarza nie jest konieczna.

Amerykańskie Towarzystwo Kardiologiczne (*American Heart Association* – AHA) oraz Polskie Towarzystwo Kardiologiczne (PTK) opracowało zasady kwalifikacji do ćwiczeń fizycznych, uwzględniając wiek i występowanie czynników ryzyka chorób układu krążenia.

Kobiety po menopauzie i mężczyźni po 45. roku życia, którzy nie mają objawów choroby układu krążenia, ale są obciążeni ryzykiem ich wystąpienia (np. nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zaburzenia gospodarki lipidowej, czy też nikotynizm), powinni przed przystąpieniem do programu ćwiczeń fizycznych być kwalifikowani przez lekarza.

Osoby, u których rozpoznawano już choroby układu krążenia czy epizod niedokrwienia mózgu lub zaburzenia rytmu serca, powinny być przed przystąpieniem do ćwiczeń, ale też w ich trakcie, indywidualnie oceniane przez kardiologa¹¹.

Nagła śmierć osób z rozpoznaną wcześniej chorobą bywa wynikiem podejmowania znacznej aktywności fizycznej wbrew zaleceniom lekarzy.

11 Mazurek K. *Zagrożenia zdrowia związane z aktywnością fizyczną*. NCEŻ IŻŻ, <https://ncez.pl/aktywnosc-fizyczna/osoby-dorosle/zagrozenia-zdrowia-zwiazane-z-aktywnoscia-fizyczna> [dostęp: 19.11.2020].

Powikłania kardiologiczne zdarzają się także przy aktywności niewielkiej – np. doniesienia z Japonii podają, że wiele nagłych tego typu powikłań zdarzyło się w czasie gry w golfa – w czasie sekcji zwłok 33 takich przypadków ustalono, że ponad połowa zgonów (55%) była spowodowana zawałem serca, a przyczyną co trzeciego zgonu (36%) był udar mózgu (Yoshihara i wsp. 1991)¹².

Alkohol → Problemowe używanie alkoholu

Alkoreksja (drunkoreksja) → Zaburzenia żywienia i odżywiania się

Anoreksja → Zaburzenia żywienia i odżywiania się

Antyszczepionkowcy → Szczepienia

Architektura → Zdrowie środowiskowe

Autoagresja → Zamierzone samouszkodzenie

B

Badania epidemiologiczne → Epidemiologia

Bariatria → Otyłość

BBD → Cieleśne zaburzenia dysmorficzne

Bezpieczeństwo zdrowotne wody, powietrza, gleby, żywności, otoczenia, budynków → Zdrowie środowiskowe

Bigoreksja → Cieleśne zaburzenia dysmorficzne

Bioterroryzm (wojna biologiczna) → Medycyna katastrof

BMI → Otyłość

Botoks → Medycyna estetyczna

Bulimia → Zaburzenia żywienia i odżywiania się

¹² Drygas W., Jegier A. *Zalecenia dotyczące aktywności ruchowej w profilaktyce chorób układu, krążenia*, http://a.umed.pl/geriatria/pdf/Zalecenia_dotyczace_aktywnosci_ruchowej_w_profilaktyce_chorob_ukladu_krazenia.pdf [dostęp: 17.05.2020].

C

Center for Disease Control and Prevention (CDC) → Medycyna profilaktyczna. Instytucje

Centra Medycyny Profilaktycznej → Medycyna profilaktyczna. Instytucje

Centralny Instytut Ochrony Pracy (CIOP) → Medycyna profilaktyczna. Instytucje

Chirurgia bariatryczna → Otyłość

Choroba zawodowa, parazawodowa → Medycyna pracy

Cielesne zaburzenia dysmorficzne (BDD) – dysmorfofobia

Termin „dysmorfofobia” pochodzi od greckiego słowa *dysmorfia*, które oznacza brzydotę.

Dysmorfofobia (*body dysmorphic disorder* – BDD) jest to subiektywne uczucie brzydoty lub poczucie fizycznego defektu, o których dana osoba myśli, że są zauważane również przez inne osoby. Przekonanie o wadach cielesnych bywa tak dotkliwie, że może popychać do samobójstwa. W badaniach amerykańskich stwierdzono, że myśli samobójcze występują u 78% chorych, a 24-28% podejmuje próbę odebrania sobie życia. Niewykluczone, że samobójstwa chorych z tym zaburzeniem zdarzają się częściej niż wśród chorych na zaburzenia depresyjne, zaburzenia afektywne dwubiegunowe i zaburzenia odżywiania.

Występowanie BDD w populacji ogólnej szacuje się w granicach od 0,7% do 2,3%, jednak w niektórych grupach zaburzeń psychiatrycznych (m.in. lękowych, afektywnych czy psychotycznych) sięga 22,6%. W rodzinach chorych na BDD częściej występują zaburzenia psychiczne (dotyczące nastroju, choroby obsesyjno-kompulsywne, schizofrenia).

Klasyfikacja, objawy

W klasyfikacji ICD-10 dysmorfofobia należy do zaburzeń hipochondrycznych. Według ICD-11 (wejście w życie od 1 stycznia 2022 r.) włączono ją do kategorii „Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne i inne współwystępujące zaburzenia” – grupa ta obejmuje osiem następujących zaburzeń psychicznych:

1. Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne.
2. Dysmorfofobia.
3. Węchowy zespół odnoszący.
4. Hipochondria.
5. Syllogomania.
6. Nawykowe czynności dotyczące ciała.
7. Zespół Tourette'a.
8. Wtórne zaburzenia obsesyjno-kompulsywne i inne współwystępujące zaburzenia, m.in. „Nawykowe czynności dotyczące ciała” (obejmujące trichotillomanię i dermatillomanię, tj. patologiczne skubanie skóry).

W opisie podkreśla się takie **cechy tej choroby**, jak:

1. zaabsorbowanie wyimaginowanym defektem w wyglądzie lub
2. nadmierna koncentracja na rzeczywistej, niewielkiej anomalii fizycznej, co stanowi powód cierpienia i wpływa na istotne pogorszenie funkcjonowania w życiu codziennym.

Ponadto istnienie tego zaburzenia nie wynika z obecności innych zaburzeń psychicznych.

Zaburzenie BDD najczęściej ujawnia się w okresie pokwitania (przed 20. r.ż.). Istotnie zaburza ono relacje osoby chorej z innymi, jednym z dowodów może być to, że aż 85% osób z BDD jest samotnych podczas swojego dorosłego życia.

Na podstawie badań dotyczących **etiologii** można wyodrębnić czynniki:

1. biologiczne,
2. kulturowe,
3. psychologiczne.

Dysmorfofobia wyraża się także – co czasami jest pomocne w różnicowaniu z innymi zaburzeniami – zmianami w badaniach biochemicznych (rola układu serotoniny, układ dopaminergiczny), a także neuroobrazowych, jak np. fMRI – zmiany czynnościowe w obrębie płatów skroniowych i potylicznych, odgrywających znaczącą rolę w kształtowaniu się wyobrażeń o własnym wyglądzie, u niektórych pacjentów z BDD można stwierdzać cechy dysfunkcji okolic czołowych oraz zaburzenia poznawcze podobne do tych, które obserwuje się w przebiegu zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych (*obsessive-compulsive disorder* – OCD).

OBJAWY

Osoby z BDD postrzegają, że jakaś cecha ich wyglądu jest szczególnie nieatrakcyjna i nieakceptowalna.

1. Obawy są intruzywne, niechciane, absorbujące czasowo (średnio 3-8 godzin dziennie) i zwykle trudne do kontrolowania.

2. W odpowiedzi na obawy pojawiają się powtarzające się zachowania lub myśli, którym towarzyszy lęk lub dysforia.
3. Zachowania mają na celu poprawę, ukrycie wad, a także upewnienie się co do wyglądu (np. częste przeglądanie się w lustrzanych odbiciach).
4. Osoba z BDD w myślach może bezustannie porównywać swój wygląd z innymi.
5. Zaabsorbowanie swoim wyglądem powoduje cierpienie i negatywnie wpływa na ważne sfery życia (np. utrudnia wchodzenie w związki czy podjęcie pracy), może prowadzić do samobójstwa.

W badaniach przeprowadzonych pod kierownictwem dr Katharine Philips (ponad 500 chorych) wskazano, na jakich częściach ciała koncentruje się uwaga pacjentów – najczęściej jest to skóra (73%), włosy (56%), nos (37%), wargi (22%), brzuch (22%), piersi/brodawki (21%), oczy (20%), uda (20%), zęby (20%), nogi (ogólnie) (18) itd.¹³

Tanoreksja, bigoreksja

Do grupy cielesnych zaburzeń dysmorficznych, ale też uzależnień behawioralnych badacze zaliczają estetoreksję, która jest powodem zgłaszania się na liczne operacje plastyczne, powtarzania zabiegów upiększających, co stanowi rodzaj przymusu, a ponadto ci pacjenci nigdy nie znajdują zadowolenia z efektów. Problem opisano w rozdziale „Medycyna estetyczna”.

Tanoreksja

Przez wieki modna była porcelanowa skóra – zwłaszcza wśród kobiet z tzw. wyższych sfer. Stąd na obrazach z wcześniejszych epok widok kobiet z parasolkami przeciwsłonecznymi nie był rzadkością.

W latach 20. XX w. znana francuska kreatorka mody Coco Chanel (1883-1971) powiedziała: „Złota opalenizna jest oznaką szyku” (*A golden tan is the index of chic*). Pięćdziesiąt lat później powstało pierwsze solarium, kiedy – wyraźnie wraz ze wzrostem kultu ciała – opalenizna stała się symbolem wysportowania, zdrowia i radości życia¹⁴.

Przełomem w myśleniu stał się rok 2000, kiedy to zauważono uzależnienie od korzystania z solarium, a właściwie od wyglądu własnego ciała po opalaniu¹⁵. Uzależnienie to nazwano tanoreksją od połączenia angielskiego *to tan* – ‘opalać się’, ang. *tanning*

¹³ *Dysmorfobia (body dysmorphic disorder, BDD)*, <http://www.ctzo.org/artykul/65> [dostęp: 11.07.2020]; Phillips K.A. *The broken mirror: understanding and treating body dysmorphic disorder*. Oxford University Press, Oxford 2005: 56. ISBN 978-0-19-516718-4.

¹⁴ *Solaria – odpowiedź na modną opaleniznę*, <https://jasnejakslonce.pzh.gov.pl/artykuly/2-solaria-odpowiedz-na-modna-opalenizne> [dostęp: 3.06.2020].

¹⁵ Harrison P. *The Adonis Complex: The Secret Crisis of Male Body Obsession*. Simon & Shuster, New York 2000.

dependence oraz anoreksji – należącej do zaburzeń odżywiania związanych z patologicznym postrzeganiem własnej osoby, które występuje zwykle u dziewcząt i młodych kobiet.

Tanoreksja zaliczana jest do zaburzeń osobowości powodowanych nadmiernym skupianiem się na wyglądzie zewnętrznym i kulcie własnego ciała, polegającym na ciągłej chęci opalania się¹⁶. Tanoreksja przez wielu określana jest jako uzależnienie, i choć nie została wpisana do klasyfikacji ICD-10, to mieści się w zaburzeniach o cechach uzależnienia psychicznego i behawioralnego¹⁷.

Choć najczęściej tanoreksja występowała u młodych kobiet, to od opalania się coraz częściej uzależniają się także młodzi mężczyźni. W ich przypadku tanoreksja (częściej niż u kobiet) łączy się z uzależnieniem od ćwiczeń na siłowni i stosowaniem środków anabolicznych, powodujących przyrost masy mięśniowej¹⁸.

Do tej grupy należą też osoby niepełnoletnie, które korzystają z solariów czy opalania na słońcu w celu ukrycia niedoskonałości skóry (trądzik, przebarwienia, blizny) i w niektórych przypadkach, pomimo iż doświadczają wyraźnych szkód zdrowotnych (zniszczenie naskórka, znamiona, plamki i przebarwienia, przesuszenie i zapalenia skóry, poparzenia itp.), nie potrafią zrezygnować z czynności opalania się¹⁹.

Na początku XXI w. WHO uznała, że opalanie w solarium stanowi ogromny problem z zakresu zdrowia publicznego, gdyż odpowiada niemal za pół miliona nowo powstałych nowotworów skóry na świecie.

Komitet Naukowy ds. Zagrożeń dla Zdrowia i Środowiska określił, że promieniowanie, które emitowane jest przez **urządzenia do opalania, stanowi ogromne zagrożenie o działaniu rakotwórczym**. U osób korzystających z solariów ryzyko zachorowania na raka skóry jest większe o 20% niż u osób nieopalających się, u osób zaś po 30. roku życia ryzyko to wzrasta aż do 75%. Co więcej, u osób korzystających z solarium częściej niż raz w miesiącu ryzyko to wzrasta o 55%.

Jednak jeszcze przed kilku laty widywano często sytuację, że matki fundowały swoim córkom seanse w solarium przed Pierwszą Komunią Świętą, a także powszechnie widywano dzieci w solarium. Na skutek apeli lekarzy i Rzecznika Praw Dziecka po 3 latach monitów w 2018 r. weszły w życie przepisy o zakazie przebywania nieletnich

16 Heckman C.J. i wsp. *Measurement of Tanning Dependence*. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology: JEADV, 2014; 28 (9), <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jdv.12243> [dostęp: 19.11.2020].

17 Harth W. *Superbrowen beauty: The surface of tanorexia and tanning dependence*. Der Hautarzt; Zeitschrift Fur Dermatologie, Venerologie, Und Verwandte Gebiete, 2017. Doi: 10.1007/s00105-017-4052-y, PMID: 28921044, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28921044/> [dostęp: 19.11.2020]

18 Heckman C.J. i wsp. *Contextual Factors, Indoor Tanning, and Tanning Dependence in Young Women*. American Journal of Health Behavior, 2015; 39 (3): 372-379. Doi: 10.5993/AJHB.39.3.10, PMID: 25741682, PMCID: PMC4467877, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4467877/> [dostęp: 19.11.2020].

19 Hoerster K.D. i wsp. *Density of Indoor Tanning Facilities in 116 Large U.S. Cities*. American Journal of Preventive Medicine, 2009; 36 (3): 243-246. Doi: 10.1016/j.amepre.2008.10.020, PMID: 19215849, PMCID: PMC2656357, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2656357/> [dostęp: 19.11.2020].

w solariach. Za złamanie zakazu właściciel solarium będzie musiał zapłacić karę w wysokości nawet 50 tys. zł. Oprócz tego w solariach miały pojawić się ostrzeżenia dotyczące zachorowania na raka skóry. Podobny zakaz opalania w solarium dla nieletnich obowiązywał już od dawna m.in. w USA²⁰.

Bigoreksja

Bigoreksję traktuje się jako odmianę dysmorfobii. Osoby z tym zaburzeniem, podobnie jak tanorektycy, anorektycy i bulimicy, nie akceptują swojego wyglądu, przesadnie się na nim skupiają, co zwykle prowadzi do zaniedbania obowiązków rodzinnych i zawodowych. Bigoreksję definiuje się też jako niespecyficzne zaburzenie odżywiania. Dotyczy ona głównie młodych mężczyzn, choć coraz częściej też młodych kobiet.

Obecnie nie ma dokładnych danych na temat częstości występowania bigoreksji, ale szacuje się, że z powodu tej choroby cierpi ok. 10% kulturystów, głównie młodych mężczyzn.

We współczesnym świecie, a szczególnie wśród kulturystów, panuje swoisty kult wysportowanej sylwetki. Dlatego m.in. bigoreksja jest bardzo trudna do rozpoznania, bo często objawy zaburzenia nie wzbudzają niepokoju u samego chorego, ale też jego otoczenia, gdyż są postrzegane jako dbałość o zdrowy styl życia²¹.

Problem pojawia się zwykle w okresie dojrzewania i zwykle dotyczy chłopców niezadowolonych ze swojego aktualnego wyglądu. Chłopcy ci zwykle wcześniej byli szczupli (ale też czasem otyli) czy mieli inne kompleksy, np. z powodu niskiego wzrostu, wykazywali tendencję do obniżonego nastroju, mieli problemy z funkcjonowaniem w grupie rówieśniczej lub zaburzone relacje z bliskimi (np. z rodzicami).

Kryteria rozpoznania bigoreksji według H. Pope'a i wsp.:

1. zaabsorbowanie uporczywą myślą, że ciało nie jest wystarczająco umięśnione;
2. spędzanie wielu godzin na siłowni, uporczywe uprawianie biegów;
3. stosowanie suplementów i restrykcyjnych diet, samodzielne przygotowywanie posiłków w domu, gdyż tylko wtedy osoba z zaburzeniem może w pełni kontrolować dietę;
4. nadmierne zaabsorbowanie budową własnego ciała, prowadzące do pogorszenia funkcjonowania na innych polach życia rodzinnego, społecznego i zawodowego;
5. częsta ocena wizualna własnych mięśni w lustrze; sprawdzanie obwodów mięśni wszystkich partii ciała, porównywanie ich z wymiarami mistrzów kulturystyki;
6. stałe niezadowolenie z własnego wyglądu;

20 Komorowska-Szczepeńska W., Tryk L., Nowicka-Sauer K., Hansdorfer-Korzon R. *Poziom wiedzy uczniów szkół ponadgimnazjalnych na temat tanoreksji*. Family Medicine & Primary Care Review 2013; 15 (2): 121-123.

21 Pawełczyk-Jabłońska P. *Bigoreksja – męskie zaburzenie odżywiania*, <https://ncez.pl/abc-zywienia-/psychodietetyka/bigoreksja> [dostęp: 3.06.2020].

7. brak wyznaczania granicy umięśnienia, którą chcą osiągnąć;
8. podporządkowywanie rozkładu zajęć treningom i rezygnacja z zajęć mogących skrócić trening, kontynuowanie treningów i diety nawet w sytuacji, gdy pogarszają one samopoczucie bądź stanowią zagrożenie dla zdrowia;
9. unikanie sytuacji mogących prowadzić do pokazania własnego ciała (basen, plaża) – niezależnie jak silnie jest już ono umięśnione, ponieważ wygląd pozostaje wciąż niesatysfakcjonujący²².

Bigorektycy często stosują sterydy anaboliczne, których skutki zdrowotne są znane (cukrzyca posterydowa, nadciśnienie tętnicze, osteoporoza itd.), a nagłe odstawienie może prowadzić m.in. do depresji, a czasem samobójstwa²³.

Ponad 60% młodych uczęszczających na siłownię korzysta z licznych suplementów diety²⁴.

Chirurgia bariatryczna → Otyłość

Ciężarna używająca alkohol → Dzieci matek używających alkohol

Ciężarna używająca nikotynę → Dzieci matek palących papierosy

Ciężarna używająca inne substancje psychoaktywne → Dzieci matek używających inne substancje psychoaktywne

COVID-19 → Epidemiologia

Cukrzyca typu 2 → Otyłość

Cyberchondria → Hipochondria

22 Mędraś M., Szczepny M. *Dysmorfobia (dysmorfia) mięśniowa a sport*. W: Mędraś M. (red.). *Medycyna sportowa*. Medsportpress 2004, ISBN 83-908701-0-X, s. 109-110; Pope H.G. jr., Olivardia R. *Evolving ideals of male body image as seen through action toys*. *International Journal of Eat Disorders*, 1999; 26 (1): 165-172; Harrison P. *The Adonis Complex: The Secret Crisis of Male Body Obsession*. Simon & Shuster, New York 2000.

23 Węgrzecka-Gilun J. *Uzależnienia behawioralne rodzaje oraz skala zjawiska sygnały ostrzegawcze i skutki. Kompendium wiedzy dla Rodziców*. ETOH Fundacja Rozwoju Profilaktyki, Edukacji i Terapii Problemów Alkoholowych, 2013; Kluczyńska U. *Bigoreksja, czyli kłopoty mężczyzn z ciałem*, <http://czasopisma.bg.ug.edu.pl/index.php/arseducandi/article/view/1882/1378> [dostęp: 3.06.2020]; Maciąg M., Maciąg K. *Zagrożenia i problemy cywilizacyjne XXI w. – przegląd badania*, <http://bc.wydawnictwo-tygiel.pl/public/assets/213/Zagro%C5%BCenia%20i%20problemy%20cywilizacyjne%20XXI%20w.%20%E2%80%93%20prze%C4%85d%20i%20badania.pdf#page=7> [dostęp: 3.06.2020]; Michalska A., Szejko N., Jakubczyk A., Wojnar M. *Niespecyficzne zaburzenia odżywiania się – subiektywny przegląd*, http://www.psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_3_2016/497Michalska_PsychiatrPo-12016v5013.pdf [dostęp: 3.06.2020].

24 Wilczek W., Kolarzyk E., Kwiatkowski J. *Dysmorfia mięśniowa (bigoreksja) – czy rzeczywiście stanowi realne zagrożenie dla młodych mężczyzn?* *Hygeia Public Health* 2013, 48 (4): 537-544, <http://www.h-ph.pl/pdf/hyg-2013-4-537.pdf> [dostęp: 19.11.2020].

D

Dbalność o wygląd zewnętrzny → Medycyna estetyczna

DDA (dorosłe dzieci alkoholików) → Problemowe spożywanie alkoholu

Determinanty Zdrowia → Zdrowie psychiczne

Dieta → Otyłość

Diety → Żywnienie

Długość życia i przyczyny zgonów przed pandemią COVID-19

Oczekiwana długość życia ludności świata wynosi aktualnie: ogółem – 73,2 roku; kobiety – 75,6 roku; mężczyźni – 70,8 roku. Jednak zróżnicowanie pomiędzy poszczególnymi państwami jest bardzo duże – najdłuższa oczekiwana długość życia dotyczy mieszkańców Hong Kongu (ogółem – 85,29 roku; kobiety – 88,17 roku; mężczyźni – 82,38 roku), a najkrótsza Republiki Środkowoafrykańskiej (ogółem – 54,36 roku; kobiety – 56,58 roku; mężczyźni – 52,16 roku); w **Polsce** (która jest na 44 pozycji): ogółem – 79,27 roku, kobiety – 82,98 roku; mężczyźni – 77,51 roku²⁵.

W **Polsce** od okresu zapoczątkowania transformacji ustrojowej w 1989 r. długość życia rosła – w porównaniu z 1990 r. trwanie życia wydłużyło się o 7,6 roku u mężczyzn, a 6,5 roku u kobiet, jednak w 2014 r. (a nawet wcześniej) zaobserwowano **skracanie się długości trwania życia** – co wymaga pogłębionych badań dla poznania przyczyn tego niekorzystnego trendu.

Na tle innych krajów Europy, gdzie też obserwuje się dysproporcję w umieralności kobiet i mężczyzn (**nadumieralność mężczyzn** głównie z powodu chorób układu krążenia), skala tego zjawiska w Polsce jest znacznie wyższa, choć różnica obu płci nieco maleje. W 2018 r. kobiety w Polsce żyły 7,9 roku dłużej niż mężczyźni. Zjawisko nadumieralności mężczyzn obserwowane jest we wszystkich grupach wieku, a różnica między mężczyznami i kobietami zwiększa się wraz z wiekiem.

Większe jednak znaczenie przywiązuje się do długości życia w zdrowiu od urodzenia (*healthy life years at birth*); dla polskich kobiet długość ta wynosi 63,5 roku, a dla mężczyzn 60,6 roku.

²⁵ *Life Expectancy of the World Population*, <https://www.worldometers.info/demographics/life-expectancy/> [dostęp: 15.03.2020].

Na długowieczność – długość życia wyższą od oczekiwanej – mają wpływ uwarunkowania genetyczne (odpowiadają w 20-30% za długowieczność), a poza tym styl życia, a także klimat danego kraju. Przypadkami skrajnej długowieczności są tzw. super-stulatkowie, czyli osoby, które przekroczyły 110 lat.

Obserwuje się bardzo dużą dynamikę zmian przyczyn zgonów:

1. W porównaniu z 2000 r. w krajach o wyższym poziomie gospodarczym wyraźnie narasta odsetek zgonów z powodu chorób układu krążenia (głównie choroba niedokrwienna serca i udary mózgu), a maleje odsetek zgonów z powodu chorób zakaźnych.
2. Obserwuje się bardzo dużą różnicę pomiędzy przyczynami zgonów w krajach o niskich dochodach – wyraźnie częściej przyczynami zgonów są choroby zakaźne.
3. W Polsce:
 - wzrasta z roku na rok liczba zachorowań i zgonów w wyniku chorób nowotworowych (na początku lat 90. XX w. były przyczyną niespełna 20% wszystkich zgonów, a w 2017 r. już blisko 25%);
 - maleje udział zgonów spowodowanych chorobami układu krążenia (z 52% w 1990 r. do ok. 41% w 2017 r.);
 - kolejnymi istotnymi przyczynami zgonów są choroby układu oddechowego, których udział wzrasta;
 - istotną przyczyną są urazy i zatrucia (odpowiedzialne za 5-6% zgonów).

Dopalacze → Używanie innych niż alkohol substancji psychoaktywnych

Dotyk → Zdrowie psychiczne

Dr Clown → Zdrowie psychiczne

Dr Google → Hipocondria

Drunkoreksja (alkoreksja) → Zaburzenia odżywiania + alkoholizm

Dysmorfofobia → Cieleśne zaburzenia dysmorficzne (BDD)

Dzieci matek korzystających w ciąży (nawet okazjonalnie) z alkoholu

Problem zagrożenia dziecka wynikający nawet ze sporadycznego lub stałego, ale w niewielkiej ilości konsumowania różnych substancji psychoaktywnych (alkohol – nawet niskoprocetowy, papierosy, narkotyki, ale też niektóre leki) nie zawsze jest uświadamiany przez ciężarne i ich otoczenie.

Spżywanie alkoholu w ciąży, raport z 2017 r.

W 2018 r. Ministerstwo Zdrowia w Polsce opublikowało wyniki badań przeprowadzonych we wspólnym Projekcie „Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży 2017”.

- Na trzy miesiące przed ciążą nie piło 62,82% badanych, co jest porównywalne z latami ubiegłymi.
- 4,84% badanych podało, że w czasie ciąży piło alkohol, choć większość podawała, że raz w miesiącu lub rzadziej i zwykle były to alkohole lżejsze, jak piwo, białe i czerwone wino (43,9%).
- W porównaniu z latami ubiegłymi o 5,26% wzrósł odsetek kobiet, które nie piły w czasie ciąży, co wydaje się optymistyczne.

Choć dyskutując w tym miejscu z autorami badania, można wyrazić wątpliwość, czy kobiety te podawały prawdziwe dane. Temat picia alkoholu, a szczególnie w ciąży, jest tematem wstydlwym²⁶.

Alkoholowe zespoły płodowe (*fetal alcohol syndrome* – FAS i *fetal alcohol spectrum disorder* – FASD)

W literaturze przedmiotu można jeszcze spotkać inne skróty określające ten sam problem, jak: „wady wrodzone spowodowane alkoholem” (*alcohol – related birth defects* – ARDB)²⁷ lub „możliwe skutki oddziaływania alkoholu na płód” (*possible fetal alcohol effect(s)* – FAE).

Obecnie pełnoobjawowy zespół FAS stwierdza się w Polsce u czworga na tysiąc dzieci, co jest porównywalne z innymi krajami Europy. Prawdopodobnie częstość jest znacznie wyższa, ale część dzieci pozostaje bez diagnozy.

Kryteria FAS według *Research Society on Alcoholism*, zmodyfikowane w 1989 r. przez Sokol i Clarren są następujące:

1. zahamowanie wzrostu w okresie przed- lub/i poporodowym (wzrost lub/i waga poniżej 10 percentyla);
2. występowanie objawów świadczących o nieprawidłowym rozwoju ośrodkowego układu nerwowego, takich jak zaburzenia neurologiczne, opóźnienie rozwoju, dysfunkcyjne zachowania, upośledzenie umysłowe oraz wady rozwojowe czaszki lub mózgu;

²⁶ Raport z badania Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży. MZ, Swiss Contribution, PIS, <https://gis.gov.pl/wp-content/uploads/2018/04/Zachowania-zdrowotne-kobiet-w-ci%C4%85%C5%BCy-alkohol-i-papierosy.-Raport-2017-1.pdf> [dostęp: 31.05.2020].

²⁷ Sokol R.J., Clarren S.K. *Guidelines for use of terminology describing the impact of prenatal alcohol on the offspring*. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 1989; 13 (4): 597-598.

3. charakterystyczne cechy twarzy dziecka, tj. krótkie szpary powiekowe (otwarte oczy), cienka górna warga, wydłużona i spłaszczona środkowa część twarzy ze spłyconą rynienką nosową (rowek nad środkową częścią górnej wargi).

Bardzo swoiste dla płodowej ekspozycji na alkohol jest występowanie 3 cech dysmorficznych twarzy, tj. skrócenia szpar powiekowych (< 3 cc; ≥ 2 SD poniżej średniej), wygładzenia rynienki podnosowej, odpowiadającego stopniowi 4 lub 5 w skali *University of Washington Lip – Philtrum Guide*, oraz płaskiej, cienkiej górnej wargi, odpowiadającej stopniowi 4 lub 5 w tej samej skali.

W przypadku odnotowania opisanych cech dymorficznych, ze względu na ich wysoką swoistość, nie jest wymagane potwierdzenie spożywania alkoholu przez matkę pacjenta w trakcie ciąży.

Niedorozwój umysłowy i nadpobudliwość to najbardziej upośledzające funkcjonowanie objawy FAS²⁸.

Ocena częstości występowania FAS na podstawie danych ze szpitali na ogół jest zaniżona, gdyż rozpoznanie tego upośledzenia u noworodków jest trudne. Przez pierwsze kilka dni po urodzeniu zarówno cechy twarzy charakterystyczne dla FAS, jak dysfunkcje ośrodkowego układu nerwowego, w tym niedorozwój umysłowy, mogą być niezauważone. Natomiast u dzieci po okresie dojrzewania objawy dysmorfii twarzy bywają mniej charakterystyczne.

Cechy anomalii anatomicznych pojawiały się także u dzieci tych matek, które przyznawały się do picia bardzo niewielkich ilości alkoholu – tak więc nie można było jednoznacznie wyznaczyć progu ryzyka (tj. najmniejszej ilości alkoholu, która już może spowodować zaburzenie rozwoju dziecka)²⁹.

Jak podano w 1986 r., **przedurodzeniowa ekspozycja na działanie alkoholu jest główną znaną przyczyną występowania opóźnienia umysłowego w świecie zachodnim³⁰.**

Skutkiem tego opóźnienia są trudności z uczeniem się, koncentracją uwagi, pamięcią i zdolnością do rozwiązywania problemów, a także brak koordynacji, impulsywność oraz osłabiony słuch i zaburzenia mowy. FAS upośledza zdolność do nabywania sprawności także w wieku dorastania i po osiągnięciu dorosłości.

28 Streissgut P., Sampson P.D., Barr H.M. *Neurobehavioral dose – response effects of prenatal alcohol exposure in humans from infancy to adulthood*. Annals of the New York Academy of Sciences 1989; 562: 145-158.

29 Ernhart C.B., Sokol R.J., Martier S. i wsp. *Alcohol teratogenicity in the human: A detailed assessment of specificity, critical period, and threshold*. American Journal of Obstetrics and Gynecology 1987; 156 (1): 33-39.

30 Abel E.L., Sokol R.J. *Fetal alcohol syndrome is now leading cause of mental retardation*. Lancet 1986; 2: 1222.

Oddziaływanie alkoholu na płód może wyrazić się pełnoobjawowym zespołem FAS, mogą też występować różne jego stopnie, ale też formy poronne, np. ograniczone niekiedy do subtelnych deficytów w sferze poznawczo-behawioralnej.

W 2015 r. podano termin „spektrum alkoholowych uszkodzeń płodu” (*fetal alcohol spectrum disorder* – FASD). W jego skład wchodzi:

1. alkoholowy zespół płodowy (*fetal alcohol syndrome* – FAS) – najcięższa forma wad wrodzonych, którego pełnoobjawową postać stwierdza się w przypadku występowania zaburzeń rozwoju fizycznego, specyficznych anomalii twarzy oraz upośledzenia intelektualnego,
2. częściowy FAS (*partial fetal alcohol syndrom* – pFAS),
3. zaburzenia neurorozwojowe zależne od alkoholu (*alcohol-related neurodevelopmental disorder* – ARND),
4. poalkoholowe defekty urodzeniowe (*alcohol-related birth defects* – ARBD).

Dzieci, u których występują tylko niewielkie odchylenia od optymalnej reaktywności neurobehawioralnej, w późniejszym okresie życia mogą ujawniać deficyty (czasem tylko dyskretne) w zakresie zdolności dokonywania ocen, rozwiązywania problemów czy zapamiętywania.

W diagnostyce FASD:

1. istotne jest stwierdzenie ekspozycji na alkohol w czasie życia prenatalnego, którą mogą potwierdzać informacje:
 - zebrane podczas rozmowy z biologiczną matką pacjenta,
 - dokumentacja medyczna,
 - dodatnie wyniki badania krwi na obecność alkoholu w trakcie ciąży,
 - leczenie matki od uzależnienia od alkoholu,
 - silne podejrzenia na podstawie obserwacji klinicznych,
 - informacje od wiarygodnych osób,
 - występowanie problemów zdrowotnych lub prawnych specyficznych dla osób spożywających alkohol.

Kryteria diagnostyczne FASD

1. Typowe objawy dysmorficzne twarzy (FAS), 3 lub więcej objawów wskazujących na zaburzenia neurorozwojowe oraz potwierdzona lub niepewna ekspozycja na alkohol w trakcie życia płodowego.
2. Dysmorfia twarzy (FAS) oraz mikrocefalia (dzieci wysokiego ryzyka wystąpienia zaburzeń funkcjonowania układu nerwowego w przyszłości).
3. Dysmorfia twarzy (FAS) bez mikrocefalii – konsultowana przez genetyka klinicznego.

4. Dziecko kobiety z potwierdzeniem spożywania alkoholu w ciąży – bez swoistych cech dysmorficznych twarzy (FAS), ale z obecnością ≥ 3 objawów neurologicznych, a także bez silnie wyrażonych objawów neurologicznych.

Dzieci tylko z dysmorfia twarzy (FAS) są również obarczone ryzykiem FASD. Wprawdzie abstynencja dopiero od drugiego trymestru ciąży nie eliminuje ryzyka wad płodu, można się jednak spodziewać, że złagodzi niektóre negatywne objawy ujawniające się w zachowaniu dziecka wkrótce po urodzeniu i dużo później³¹.

Poza typowymi rodzinami z problemem alkoholowym należy rozpatrywać także matki wykształcone, dobrze zarabiające, które często spożywają alkohol albo zwyczajowo w celach relaksacyjnych, albo zalecane niestety nadal przez coraz wprawdzie nielicznych już ginekologów czerwone wino dla poprawienia stanu zdrowia. Odrębnym tematem jest samotne spożywanie wysokoprocentowego alkoholu w niewielkich, mieszczących się w torebce butelkach, tzw. małpkach, co już jest sygnałem uzależnienia. Problem pijących kobiet o wysokim statusie materialnym jest coraz większy, a spożywanie nawet niskoprocentowego alkoholu w niewielkich dawkach może skutkować ciężkimi zaburzeniami u dziecka, z których wiele jest niewłaściwie rozpoznanych. Mogą być to tylko trudności w nauce, nadpobudliwość, zachowania ryzykowne czy zaburzone relacje społeczne.

W rozpoznaniu FASD, które może nie być łatwe, ale jest szczególnie ważne dla zapewnienia odpowiednio wczesnej opieki nad pacjentem i dla zapobiegania występowaniu FASD u kolejnych dzieci z tej rodziny, w której może istnieć problem alkoholizmu (np. współuzależnione też pijące żony/partnerki/przyszłe matki) lub picia alkoholu uważanego za rekreacyjny, uczestniczy zespół składający się z neurologa dziecięcego, pediatry, badającego również dysmorfie u dzieci, psychologa bądź neuropsychologa, psychiatry dziecięcego, a często również neurologopedy³². Dzieci często wymagają stałej opieki psychologa, psychiatry, stałego pediatry, ale też czasem gastrologa czy endokrynologa oraz rehabilitanta i logopedy³³.

31 Coles C.D., Smith I.E., Lancaster J.S., Falek A. *Persistence over the first month of neurobehavioral differences in infants exposed to alcohol prenatally*. *Infant Behavior and Development* 1987; 10: 23-37; Coles C.D., Smith I.E., Fernhoff P.M., Falek A. *Neonatal neurobehavioral characteristics as correlates of maternal alcohol use during gestation*. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 1985; 9 (5): 454-460.

32 Cook J.C., Green C.R., Lilley C.M. i wsp. *Fetal Alcohol Spectrum Disorder: A Guideline for Diagnosis Across the Lifespan*. CMAJ, 2016 Feb 16; 188 (3): 191-197. Doi: 10.1503/cmaj.141593. Epub 2015 Dec 14.

33 *O warunkach leczenia FAS i FASD w Polsce*. 2017, <https://www.mp.pl/pacjent/pediatrica/wywiady/175745,0-warunkach-leczenia-fas-i-fasd-w-polsce> [dostęp: 3.06.2020]; Ślósarska M. *Alkoholowy zespół płodowy*, <http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/51-alkohol-i-nauka/256-alkoholowy-zespol-plodowy.html> [dostęp: 3.06.2020].

FASD a ADHD

ADHD (*attention deficit hyperactivity disorder*) jest zespołem nadpobudliwości psychoruchowej z brakiem koncentracji uwagi, klasyfikowanym w ICD-10 jako zaburzenia hiperkinetyczne – zespół neurorozwojowych zaburzeń psychicznych.

Objawy FASD i ADHD mogą być podobne. U niektórych dzieci z rozpoznaniem ADHD mogą być powiązane ze spożywaniem alkoholu przez matkę w czasie ciąży i mogą współwystępować z wieloma innymi nieprawidłowościami, dotyczącymi zarówno rozwoju psychicznego, jak i somatycznego³⁴.

Picie alkoholu w ciąży możliwą przyczyną narkomanii dziecka

Obserwację tę potwierdzono na razie badaniami na szczurach, które mogą wskazywać na zmieniony pod wpływem alkoholu „układ nagrody” (mniej wrażliwe receptory endokannabinoidowe) zarówno u ciężarnej, jak i u jej dziecka, co stanowi ryzyko uzależnienia dziecka³⁵.

Wykazano, że połowa pacjentów z FAS ma za sobą przykre doświadczenia związane z przymusową izolacją (w areszcie, zakładzie karnym lub szpitalu psychiatrycznym) w związku z nadużywaniem alkoholu i używaniem narkotyków, a także częściej te osoby były hospitalizowane z powodu nadużywania alkoholu, zaburzeń psychicznych i częściej używały substancji psychotropowych niż grupa kontrolna³⁶.

34 Burd L. *FASD and ADHD: Are they related and How?*. BMC Psychiatry 2016; 16: 325. Published online 2016 Sep 22. Doi: 10.1186/s12888-016-1028-x. PMID: 27655173 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5032242/> [dostęp: 14.08.2020].

35 Hausknecht K., Shen Y.L., Wang R.X. i wsp. *Prenatal Ethanol Exposure Persistently Alters Endocannabinoid Signaling and Endocannabinoid – Mediated Excitatory Synaptic Plasticity in Ventral Tegmental Area Dopamine Neurons*, Journal of Neuroscience 5 May 2017; 38(9): 16; <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.3894-16.2017>, Doi: 10.1523/JNEUROSCI.3894-16.2017. Epub 2017 May 5, 2017 Jun 14; 37 (24): 5798-5808. Doi: 10.1523/JNEUROSCI.3894-16.2017. Epub 2017 May 5. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28476947/> [dostęp: 19.11.2020].

36 Streissguth A.P., Bookstein F.L., Barr H.M., Sampson P.D., O'Malley K., Young J.K. *Risk factors for adverse life outcomes in fetal alcohol syndrome and fetal alcohol effects*. Journal of Developmental & Behavioural Pediatrics, 2004; 25 (4): 228-238; Streissguth A.P., Bookstein F.L., Barr H.M. i wsp. *Risk factors for adverse life outcomes in fetal alcohol syndrome and fetal alcohol effects*. Journal of Developmental & Behavioural Pediatrics, 2004; 25 (4): 228-238; Rangmar J., Hjern A., Vinnerljung B. i wsp. *Psychosocial outcomes of fetal alcohol syndrome in adulthood*. Pediatrics 2015; 135 (1): e52-e58; Rangmar J., Dahlgren Sandberg A., Aronson M., Fahlke C. *Self – reported health, use of alcohol and illicit drugs, and criminality among adults with foetal alcohol syndrome*. Nordic Studies on Alcohol and Drugs, 2017; 34 (3): 255-266.

Profilaktyka FAS/FASD

1. Nikt z badaczy już nie ma wątpliwości, że nawet jeden kieliszek alkoholu w ciąży może mieć negatywny wpływ na płód, prowadząc do uszkodzenia układu nerwowego z zaburzeniem rozwoju poznawczego, zachowania, a także możliwego rozwoju narkomanii w dalszym życiu dziecka.
2. Rekomenduje się, aby wszystkim pacjentkom w ciąży zalecać całkowitą abstynencję od alkoholu oraz, w uzasadnionych przypadkach, umożliwiać łatwy dostęp do programów wsparcia i poradnictwa.
3. W ramach screeningu należy przeprowadzać dokładny wywiad dotyczący spożycia alkoholu (nawet niewielkich dawek) u wszystkich kobiet w ciąży oraz po porodzie.
4. Do potwierdzenia używania alkoholu, ale też innych substancji psychoaktywnych przez ciężarne, rekomenduje się i rozpowszechnienia wśród lekarzy testy: T-ACE (lub jego modyfikację T-ACER-3), TWEAK oraz SURP-P³⁷.
5. W przypadku możliwego występowania FASD, przy udowodnionej lub podejrzanej ekspozycji na alkohol w trakcie życia płodowego, należy kierować dzieci matek pijących w ciąży do poradni specjalistycznych³⁸.

Koszty ekonomiczne związane z FASD

Ze względu na wiele problemów zdrowotnych i społecznych dzieci, a później osób dorosłych z FASD (spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych) w 2018 r. dokonano analizy kosztów ekonomicznych związanych z pomocą udzielaną tym osobom, ocenianych na podstawie 32 badań przeprowadzonych w Kanadzie, Nowej Zelandii, Szwecji oraz USA³⁹. Wykazano, że średnioroczne koszty związane z opieką nad dzieckiem z FASD wynoszą 23 tys. dolarów, a nad osobą dorosłą z FASD 24 tys. dolarów i przekraczają koszty związane w większości schorzeń czy wad wrodzonych⁴⁰.

Przykładowo, roczne koszty związane z opieką nad osobą z autyzmem to 17 tys. dolarów, a z cukrzycą 21 tys. dolarów.

37 *Alkohol a ciąża*, <https://podyplomie.pl/medycyna/23788,alkohol-a-ciaza?page=2> [dostęp: 11.07.2020].

38 Hausknecht K., Shen Y.L., Wang R.X. i wsp. *Prenatal Ethanol Exposure Persistently Alters Endocannabinoid Signaling and Endocannabinoid – Mediated Excitatory Synaptic Plasticity in Ventral Tegmental Area Dopamine Neurons*, *Journal of Neuroscience* 5 May 2017; 3894: 16. Doi: <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.3894-16.2017>. Doi: 10.1523/JNEUROSCI.3894-16.2017. Epub 2017 May 5, 2017 Jun 14; 37 (24): 5798-5808. Doi: 10.1523/JNEUROSCI.3894-16.2017. Epub 2017 May 5. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28476947/> [dostęp: 19.11.2020].

39 PARPA. *Koszty ekonomiczne związane z FASD (Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych)*, <http://www.parpa.pl/index.php/wiadomosci-ze-swiate/rok-2018> [dostęp: 27.07.2020].

40 Preidt R. *Fetal Alcohol Costs: \$23,000 A Year Per Case*, <https://www.webmd.com/baby/news/20181204/fetal-alcohol-costs-23000-a-year-per-case> [dostęp: 27.07.2020].

Warto ponownie podkreślić, że na całym świecie faktyczna liczba dzieci z FASD nie jest znana; według niektórych badaczy także wymieniony w powyższym raporcie autyzm może w jakimś stopniu być zależny od spożywania przez ciężarną nawet niewielkich dawek alkoholu!

Nowy profil socjomedyczny ciężarnych używających alkoholu

Współczesne kobiety spożywające alkohol w ciąży (odrębne zjawisko społeczne – poza dotychczas obserwowanym – matki-alkoholiczki):

1. coraz częściej dobrze zarabiają,
2. korzystają regularnie z porad ginekologa,
3. zdrowo się odżywiają,
4. często palą papierosy, czasem używają substancji psychoaktywnych,
5. często decydują się na samotne macierzyństwo, czasem z partnerem,
6. wykonują stresującą pracę⁴¹.

Dzieci matek palących w ciąży

Nikotynizm – kobiety ciężarne, raport z 2017 r.

W 2018 r. polskie Ministerstwo Zdrowia opublikowało wyniki badań przeprowadzonych we wspólnym projekcie „Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży 2017” współfinansowanym przez Szwajcarię w ramach szwajcarskiego programu współpracy z nowymi krajami członkowskimi UE. Uzyskane dane porównano z wynikami badań przeprowadzonych w tym samym programie w latach ubiegłych.

1. Większość badanych kobiet będących w ciąży (66,17%) nigdy nie paliło.
2. Jeszcze przed zajściem w ciążę z nałogiem zerwało 11,87% respondentek.
3. W trakcie ciąży skutecznie rzuciło palenie 16,10% kobiet.

⁴¹ Stempniewicz K. *Oddział Noworodkowy, Krapkowieckie Centrum Zdrowia Sp. z o.o., Konsekwencje zdrowotne używania substancji psychoaktywnych przez kobiety w ciąży*, [https://wsseopole.pis.gov.pl/plikjednostki/wsseopole/userfiles/Konsekwencje%20zdrowotne%20u%C5%BCywania%20substancji%20psychoaktywnych%20przez%20kobiety%20w\(1\).pdf](https://wsseopole.pis.gov.pl/plikjednostki/wsseopole/userfiles/Konsekwencje%20zdrowotne%20u%C5%BCywania%20substancji%20psychoaktywnych%20przez%20kobiety%20w(1).pdf) [dostęp: 11.07.2020].

4. Niestety, mimo że większość pań albo nie paliła nigdy, albo udało się im rzucić palenie przed zajściem w ciążę lub w jej trakcie, to **5,86% badanych paliło także w tym okresie**⁴².

Zespół u dziecka – matka paląca podczas ciąży (MSDP) – dawna nazwa: płodowy zespół tytoniowy (*fetal tobacco syndrome* – FTS)

W artykułach naukowych z ostatnich lat używana jest nazwa *maternal smoking during pregnancy* lub tylko skrót – MSDP⁴³. Termin proponowany przed laty – płodowy zespół tytoniowy (*fetal tobacco syndrome* – FTS)⁴⁴ właściwie pozostaje zapomniany.

U palących matek częściej występują: ciąża pozamaciczna, krwawienia z dróg rodnych, odklejenie łożyska czy łożysko przodujące (nie mówiąc już o zagrażających w dłuższej perspektywie nowotworach, udarze, chorobach serca, chorobach dziąseł czy oczu), częściej występował przedwczesny poród, obumieranie płodu w łonie matki.

Na podstawie przeglądu badań z 2009 r., które dotyczyły łącznie 11,7 mln ciężarnych, zauważono, że z matek, które paliły w czasie ciąży, urodziło się 173 687 dzieci z wadami wrodzonymi. Były to m.in. wady serca, brak lub deformacje kończyn, wady przewodu pokarmowego oraz zniekształcenia twarzy (np. rozszczep podniebienia czy wargi). Sytuację zdrowotną dziecka pogarszały zazwyczaj niska masa urodzeniowa i wcześniactwo.

MSDP wiązano także z wyższym odsetkiem różnych słabych wyników poznawczych i behawioralnych u tych dzieci w późniejszym wieku, jak: ADHD, zaburzenia zachowania, upośledzenia uczenia się i pamięci oraz zaburzenia poznawcze⁴⁵.

42 Swiss Contribution, MZ, PIS. Raport z badania Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży 2017, <https://gis.gov.pl/wp-content/uploads/2018/04/Zachowania-zdrowotne-kobiet-w-ci%C4%85%C5%BCy-alkohol> [dostęp: 3.06.2020].

43 Habek D., Habek J.C., Ivanisević M., Djelmis J. *Fetal Tobacco Syndrome and Perinatal Outcome*. *Fetal Diagn Ther.* Nov-Dec 2002; 17 (6): 367-71. Doi: 10.1159/000065387, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12393968/> [dostęp: 19.11.2020].

44 *Fetal tobacco syndrome*, <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/fetal+tobacco+syndrome> [dostęp: 3.06.2020].

45 Knopik V.S. *Maternal smoking during pregnancy and child outcomes: Real or spurious effect?*. *Dev. Neuropsychol.* 2009; 34 (1): 1-36. Doi: 10.1080/87565640802564366. PMID: 19142764, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3581055/> [dostęp: 3.06.2020]; Sochaczewska D., Czeszyńska M., Konefał M.B. i wsp. *Palenie czynne lub bierne w okresie ciąży a wybrane parametry morfologiczne i powikłania okresu noworodkowego*. *Ginekol Pol.* 2010; 81: 687-692.

MSDP a ADHD u dziecka

W 2017 r. dokonano przeglądu badań u dzieci MSDP z zaburzeniami koncentracji uwagi/nadpobudliwością (ADHD). Większość analizowanych prac potwierdzała istotne zależności ADHD u dziecka z:

1. prenatalną (bliską w czasie przed ciążą) ekspozycją na MSDP,
2. paleniem w pierwszym trymestrze ciąży, a następnie zaprzestaniem palenia,
3. paleniem przez cały okres ciąży⁴⁶.

Dzieci matek używających w ciąży innych niż alkohol i nikotyna substancji psychoaktywnych (także niektórych leków bez recepty)

1. Matka zażywająca narkotyki może uzależnić dziecko, zanim się urodzi.
2. Nawet okazjonalne zażycie narkotyku czy leku psychoaktywnego w ciąży może być niebezpieczne dla płodu.
3. Substancje psychoaktywne zmniejszają przepływ krwi przez łożysko, co zwykle powoduje niedotlenienie płodu z objawami u dziecka – zaburzenia snu, obniżone napięcie mięśniowe, nadpobudliwość, zaburzenia koncentracji, uwagi, drżenia.

Wobec niedojrzałości u dziecka układów enzymatycznych, które umożliwiają szybki metabolizm substancji psychoaktywnej, która dostała się z krwi matki do płodu, objawy są znacznie poważniejsze niż u osoby dorosłej.

Ogólne działanie substancji psychoaktywnych na ciężarną i jej dziecko

Stosowanie środków psychoaktywnych przez ciężarną może powodować:

1. poronienie,
2. działanie teratogenne,
3. działanie toksyczne,

⁴⁶ Dong T., Hu W., Zhou X. i wsp. *Prenatal Exposure to Maternal Smoking During Pregnancy and Attention - Deficit/Hyperactivity Disorder in Offspring: A Meta - Analysis*, *Reprod. Toxicol.* 2018 Mar; 76: 63-70. Doi: 10.1016/j.reprotox.2017.12.010. Epub 2017 Dec 30, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29294364/?from_term=Maternal+smoking+during+pregnancy+-+MSDP [dostęp: 3.06.2020].

4. uzależnienie,
5. zespół odstawienia po urodzeniu.

Należy pamiętać, że każde, choćby jednorazowe, użycie podczas ciąży substancji psychoaktywnej (także jakiegokolwiek leku), powinno być zgłoszone ginekologowi, który prowadzi ciążę kobiety. Szczególnie niebezpieczne jest działanie narkotyków w pierwszym trymestrze ciąży, gdyż wówczas kształtują się wszystkie narządy wewnętrzne płodu, które mogą zostać uszkodzone⁴⁷.

Najczęstsze negatywne zjawiska społeczne i medyczne obserwowane u ciężarnych uzależnionych od narkotyków

Do najczęstszych zjawisk społecznych i medycznych odnotowanych wśród ciężarnych uzależnionych od narkotyków zalicza się:

1. niechcianą ciążę,
2. niski status społeczno-ekonomiczny,
3. nieprawidłowe odżywianie się,
4. nieodpowiednią opiekę medyczną nad ciężarną,
5. przemoc wobec ciężarnej,
6. ciążę u nastolatek,
7. samotne macierzyństwo,
8. ciążę po 40. roku życia,
9. częste zakażenia przenoszone drogą płciową,
10. często wirusowe zapalenia wątroby, HIV,
11. choroby ciężarnej wynikające z przyjmowanej substancji psychoaktywnej (m.in. marskość wątroby, nowotwory)⁴⁸.

⁴⁷ Dla pacjentek – Narkotyki w ciąży i w czasie karmienia piersią. Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, http://www.gpsk.am.poznan.pl/upload/files/informator/F8o_U_narkotyki.pdf [dostęp: 11.07.2020].

⁴⁸ Stempniewicz K. Oddział Noworodkowy, Krapkowickie Centrum Zdrowia Sp. z o.o., *Konsekwencje zdrowotne używania substancji psychoaktywnych przez kobiety w ciąży*, [https://wsseopole.pis.gov.pl/plikijednostki/wsseopole/userfiles/Konsekwencje%20zdrowotne%20u%C5%BCywanian%20substancji%20psychoaktywnych%20przez%20kobiety%20w\(1\).pdf](https://wsseopole.pis.gov.pl/plikijednostki/wsseopole/userfiles/Konsekwencje%20zdrowotne%20u%C5%BCywanian%20substancji%20psychoaktywnych%20przez%20kobiety%20w(1).pdf) [dostęp: 11.07.2020].

E

EBM (medycyna oparta na faktach) → Epidemiologia

Epidemia → Epidemiologia

Epidemiologia

Epidemiologia (gr. *epi* – ‘na’, *demos* – ‘lud’, *logos* – ‘słowo, nauka’) – jest nauką zajmującą się badaniami nad

występowaniem, rozmieszczeniem i zmianami stanów lub zdarzeń związanych ze zdrowiem w określonych populacjach oraz wpływem czynników wpływających na stan zdrowia a także zastosowaniem tej wiedzy do kontrolowania problemów zdrowotnych. Epidemiologia bada wpływ czynników środowiskowych oraz warunków występowania epidemii spowodowanych chorobami w określonej populacji, wpływających na stan zdrowia populacji. Może dotyczyć chorób ludzi, zwierząt i roślin⁴⁹.

Wyniki tych badań służą opracowywaniu zasad postępowania profilaktycznego nie tylko wobec chorób zakaźnych ale też innych, np. związanych ze stylem życia, a także zapobiegającego rozszerzaniu się zakażeń lub nasilania zachorowań w populacji.

Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD)

Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* – ICD) opracowana przez WHO jest systemem międzynarodowym klasyfikującym ogół chorób, zaburzeń, urazów i innych powiązanych schorzeń, wymienionych w kompleksowy sposób, który pozwala na:

- łatwe przechowywanie, wyszukiwanie i analizę informacji zdrowotnych w celu podejmowania decyzji opartych na dowodach;

49 Porta M. *A Dictionary of Epidemiology*. International Epidemiological Association – Oxford University Press, Oxford 2008. ISBN 978-0-19-531449-6, <https://www.oxfordreference.com/view/10.1093/acref/9780195314496.001.0001/acref-9780195314496>; Bonita R., Beaglehole R., Kjellstrom K. *Basic Epidemiology: a textbook for students*. Tłumaczenie: *Podstawy epidemiologii*. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1996. ISBN 83-86052-71-6. <https://medbook.com.pl/ksiazka/pokaz/id/2311/titul/podstawy-epidemiologii-beaglehole-bonita-kjellstrom-szeszenia-dabrowska-instytut-medycyny-pracy>.

- dzielenie się i porównywanie informacji zdrowotnych między szpitalami, placówkami regionami i krajami;
- porównanie danych w tej samej lokalizacji w różnych przedziałach czasowych⁵⁰.
Od 1996 r. obowiązuje rewizja dziesiąta tej klasyfikacji, tzw. ICD-10, ICD-11 zatwierdzona w maju 2020 r. zacznie obowiązywać od 1 stycznia 2022 r.⁵¹

Medycyna oparta na faktach (EBM)

Medycyna oparta na faktach (*evidence-based medicine* – EBM) to korzystanie w postępowaniu klinicznym z wiarygodnych dowodów naukowych uzyskanych na podstawie obserwacji klinicznych i badań eksperymentalnych z wykorzystaniem epidemiologii klinicznej⁵². Szeroko znanymi wiarygodnymi bazami doniesień naukowych są *Cochrane Library*, bezpłatne bazy artykułów naukowych ze streszczeniami i niektórych artykułów dostępnych w całości bezpłatnych lub płatnych (*Medline*⁵³, *PubMed*⁵⁴).

Mierniki stanu zdrowia

Badania epidemiologiczne są oparte na danych z tzw. **Mierników stanu zdrowia**, które są kwalifikowane jako:

- pozytywne: rozwój fizyczny, sprawność fizyczna, wskaźnik wydolności,
- negatywne – dotyczące: **chorób** (ustalenie chorobowości i zapadalności) i **zgonów** (ustalenie umieralności i śmiertelności).

50 WHO. *ICD purpose and uses*, <https://www.who.int/classifications/icd/en/> [dostęp: 28.05.2020].

51 WHO przyjęła nową klasyfikację chorób i przyczyn zgonów, <http://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news%2C77313%2Cwho-przyjela-nowa-klasyfikacje-chorob-i-przyczyn-zgonow.html> [dostęp: 28.05.2020].

52 Mapa serwisu. *Polski Instytut Evidence Based Medicine (PI-EBM)* [dostęp: 22.07.2020]; Sackett D.L., Rosenberg W.M.C., Gray J.A.M., Haynes R.B. i wsp. *Evidence based medicine: what it is and what it isn't*. BMJ. 1996; 312 (7023): 71-72. Doi: 10.1136/bmj.312.7023.71. ISSN 0959-8138; *Cochrane Collaboration*, https://pl.wikipedia.org/wiki/Cochrane_Collaboration [dostęp: 22.07.2020]; *Trusted evidence. Informed decisions. Better health*. Cochrane, <https://www.cochrane.org/> [dostęp: 22.07.2020]; *Wiarygodne dane naukowe. Świadome decyzje. Lepsze zdrowie*. Cochrane, <https://www.cochrane.org/pl/evidence> [dostęp: 22.07.2020]; University of Oxford. *MSc in Evidence – Based Health Care*, <https://www.conted.ox.ac.uk/about/msc-in-evidence-based-health-care> [dostęp: 22.07.2020]; Europejskie Centrum Kształcenia Podyplomowego. *Evidence Based Nursing – co to jest?*, <https://eckp.wroclaw.pl/> [dostęp: 22.07.2020].

53 Medline. *Medycyna Praktyczna*, <https://www.mp.pl/medline/> [dostęp: 22.07.2020].

54 PubMed, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/> [dostęp: 19.11.2020]

Tabela 1. Negatywne mierniki stanu zdrowia populacji

Miernik	Licznik	Mianownik
Chorobowość	liczba chorych	populacja narażona
Zachorowalność	liczba nowych chorych	populacja narażona
Umieralność	liczba zgonów	populacja narażona
Śmiertelność	liczba zgonów z powodu określonej choroby	liczba chorych

Źródło: opracowanie własne.

Wszystkie mierniki stosuje się dla określonego przedziału czasowego. Zwykle jest to jeden rok.

Zachorowalność (zapadalność) – liczba nowych zachorowań na daną chorobę zarejestrowanych w określonym czasie (zwykle w ciągu roku) przypadająca na 100 000 (lub 10 000) mieszkańców.

$$\text{Współczynnik zapadalności na chorobę A} = \frac{\text{Liczba nowych zachorowań na chorobę A w okresie n}}{\text{Liczba ludności w okresie n}} \times k$$

(k = 100 000 lub 10 000)

k – przelicznik pozwalający na wyrażenie współczynnika zapadalności w postaci liczby nowych zachorowań przypadających na przyjętą standardowo liczbę osób w populacji narażonej, np. 100 000 osób, 10 000 osób

A – przykładowa choroba, której współczynnik zapadalności chcemy obliczyć

n – okres czasowy, np. w okresie roku, pół roku na danym obszarze

Zachorowalność jest bardzo wartościowym miernikiem potrzeb zdrowotnych. Monitorowanie zapadalności umożliwia obserwację zmian w czasie i reagowanie z wyprzedzeniem na rosnące potrzeby w określonych specjalnościach medycznych czy sposobach leczenia oraz zapobiegania chorobom.

Monitorowanie zachorowalności może się odbywać w systemie obserwacji:

- dziennej (epidemia, pandemia),
- kilkutygodniowej,
- miesięcznej (rutynowe statystyki chorób zakaźnych),
- wieloletniej (np. statystyki zapadalności na nowotwory).

Chorobowość (*prevalence*), a dokładniej **współczynnik chorobowości** (*prevalence rate*) – liczba chorych w danej chwili na konkretną chorobę w określonej grupie mieszkańców (np. na 100 tys. mieszkańców). Współczynnik ten obejmuje zarówno osoby chorujące już wcześniej, jak i nowo stwierdzone przypadki (zapadalność).

Typy według okresu analizy:

- chorobowość punktowa (w danym dniu),
- chorobowość okresowa (roczna, 5-letnia),
- chorobowość życiowa (w ciągu całego życia).

Według innych cech:

- chorobowość hospitalizowana (szpitalna): dane o pobytach w szpitalu⁵⁵.

Informacje o wszystkich chorych, którzy chorowali kiedykolwiek w swoim życiu do czasu badania, nazywamy **chorobowością skumulowaną** lub zbiorczą.

$$\text{Współczynnik chorobowości choroby A} = \frac{\text{Ogólna liczba chorych na chorobę A w roku n}}{\text{Liczba osób w danym okresie n}} \times k$$

(k = 100 000 lub 10 000)

k – przelicznik pozwalający na wyrażenie współczynnika chorobowości w postaci liczby osób chorych przypadających na przyjętą standardowo liczbę osób w populacji narażonej, np. 10 000 lub 100 000 osób

A – przykładowa choroba, której współczynnik chorobowości chcemy obliczyć

n – okres czasowy, np. w okresie roku, pół roku na danym obszarze

Czas trwania choroby

Zależność pomiędzy chorobowością a zapadalnością jest wyznaczona przez długość trwania choroby oraz okresem, w jakim dokonujemy analiz. W przypadku chorób trwających krócej niż przyjęte do analiz okresy czasowe liczba chorych = liczba nowych przypadków, dla chorób przewlekłych zaś (trwających dłużej niż okres sprawozdawczy) mamy związek:

$$\text{chorobowość} = \text{zapadalność} \times \text{czas trwania choroby}$$

Umieralność – liczba zgonów z powodu danej choroby w określonym przedziale czasu przypadająca na 100 000 lub 10 000 mieszkańców.

$$\text{Współczynnik umieralności z powodu choroby A} = \frac{\text{Liczba zgonów z powodu choroby A w okresie n}}{\text{Liczba ludności w okresie n}} \times k$$

(k = 100 000 lub 10 000)

k – przelicznik pozwalający na wyrażenie współczynnika umieralności w postaci liczby zgonów przypadających na przyjętą standardowo liczbę osób w populacji narażonej, np. 10 000 osób, 100 000 osób

A – przykładowa choroba, której współczynnik umieralności chcemy obliczyć

n – okres czasowy, np. w okresie roku, pół roku na danym obszarze

⁵⁵ Porta M. *A Dictionary of Epidemiology*, Oxford University Press, Oxford 2008, ISBN 978-0-19-531449-6, http://www.academia.dk/BiologiskAntropologi/Epidemiologi/PDF/Dictionary_of_Epidemiology__5th_Ed.pdf [dostęp: 17.06.2020]; Wojtyniak B., Goryński P. (red.). *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2016, <http://www.sdgs.pl/wp-content/uploads/2017/06/sytuacja-zdrowotna-ludnosci-w-polsce-2016-s.pdf> [dostęp: 17.06.2020].

Umieralność niemowląt

Istotnym wskaźnikiem stanu zdrowia także ważnym dla demografii każdego kraju jest współczynnik umieralności niemowląt. Określany jest liczbą zgonów niemowląt w stosunku do 1000 żywo urodzonych. Wyodrębnia się umieralność niemowląt wczesną – do 27. dnia życia oraz późną – między 28. dniem a 11. miesiącem życia.

Śmiertelność – odsetek zgonów z powodu danej choroby wśród chorych na tę chorobę w określonym przedziale czasu.

$$\text{Współczynnik śmiertelności z powodu choroby A} = \frac{\text{Liczba zgonów z powodu choroby A w okresie n}}{\text{Liczba zdiagnozowanych przypadków choroby A w okresie n}} \times 100\%$$

A – przykładowa choroba, której współczynnik śmiertelności chcemy obliczyć

n – okres czasowy, np. w okresie roku, pół roku na danym obszarze

Rodzaje badań epidemiologicznych, dochodzenie epidemiologiczne

- Badania przeglądowe (opisowe)** służą dla określenia stanu zdrowia danej populacji (współczynnik chorobowości lub nieobecność określonej choroby), podają informacje dotyczące warunków zewnętrznych sprzyjających powstawaniu i szerzeniu się choroby.
- Badania obserwacyjne:**
 - kliniczno-kontrolne (retrospektywne) polegające na wybraniu odpowiedniej grupy przypadków dotyczących określonej choroby. Badanych dzieli się na: a) osoby, które chorują (ich choroba jest jednorodna pod względem nozologicznym) oraz b) grupę kontrolną, w której choroba nie występuje. Następnie ustala się potencjalne ekspozycje, które mogły wystąpić w przeszłości zarówno w grupie badanej, jak i u kontroli;
 - kohortowe (zazwyczaj prospektywne), w których selekcjonuje się obiekty badań w zależności od stanu ich ekspozycji na określone uwarunkowania środowiska i zazwyczaj osoby są zdrowe na początku badań. W długofalowej obserwacji tych osób poszukuje się odpowiednich skutków zdrowotnych;
 - **przekrojowe** – opisujące pewien stan lub zjawisko w określonym czasie (w medycynie – to badanie częstości i rozpowszechnienia choroby). W tych badaniach ocenia się jednocześnie zarówno stan chorobowy, jak i narażenie określonej grupy populacji na ryzyko zachorowania, co daje obraz stanu zdrowia populacji w określonym

czasie. W badaniach wykorzystuje się dane z wywiadów z pacjentami, rodzinami chorych, a także informacje z historii chorób i wyniki badań.

3. **Badania eksperymentalne:** polegające na celowym i kontrolowanym sterowaniu przyczyną wywołującą zjawiska zdrowotne⁵⁶.

DOCHODZENIE EPIDEMIOLOGICZNE

Dochodzenie epidemiologiczne umożliwia: wykrywanie zachorowań, identyfikację czynnika etiologicznego oraz określanie przyczyn, źródeł, rezerwarów i mechanizmów zakażenia i szerzenia się choroby zakaźnej.

Dochodzeniem epidemiologicznym zajmują się powołane do tego celu służby sanitarne podległe Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Państwowej Inspekcji Sanitarnej MSWiA, Wojskowej Inspekcji Sanitarnej, Inspekcji Weterynaryjnej, Inspekcji Ochrony Środowiska.

W ramach Państwowej Inspekcji Sanitarnej oddziały epidemiologii w wojewódzkich i powiatowych stacjach sanitarno-epidemiologicznych realizują zadania w dziedzinie zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych, a w szczególności:

- weryfikują rejestrowane zachorowania na choroby zakaźne, opierając się na ICD-10 (do stycznia 2022 r., kiedy wejdzie w życie ICD-11),
- analizują i oceniają sytuację epidemiologiczną w zakresie chorób zakaźnych,
- prowadzą nadzór merytoryczny nad dochodzeniami w ogniskach chorób zakaźnych,
- prowadzą nadzór epidemiologiczny i wirusologiczny nad grypą w systemie SENTINEL⁵⁷,
- rejestrują, opracowują i analizują ogniska zbiorowych zatruc pokarmowych,
- opracowują informacje na temat chorób szerzących się epidemicznie, dokonują analiz i ocen epidemiologicznych,
- tworzą procedury postępowania na wypadek wystąpienia szczególnie niebezpiecznych chorób zakaźnych,
- sprawują bieżący nadzór, oceniają działania mające na celu wczesne wykrycie i likwidację ognisk szczególnie niebezpiecznych chorób zakaźnych,
- sprawują ciągły nadzór mający na celu wczesne wykrycie i likwidację skutków użycia broni biologicznej,

⁵⁶ Beaglehole R., Bonita R., Kjellstrom T. *Basic epidemiology*. World Health Organization, Geneva 1993; *Podstawy epidemiologii*. Tłum. pod red. N. Szeszeni-Dąbrowskiej. 1996, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43541/8386052716_pol.pdf?sequence=8&isAllowed=y [dostęp: 19.11.2020].

⁵⁷ SENTINEL – zintegrowany system nadzoru epidemiologicznego i wirusologicznego nad grypą, gdzie nadzór epidemiologiczny i nadzór wirusologiczny są prowadzone w tej samej populacji (Krajowy Ośrodek ds. Grypy), <https://www.pzh.gov.pl/grypa> [dostęp: 8.04.2020].

- podejmują działania związane z systemem wczesnego ostrzegania przed zagrożeniami oraz atakami biologicznymi (RAS-BICHAT⁵⁸),
- opracowują i oceniają stan sanitarny zakładów opieki zdrowotnej,
- sprawują nadzór nad zakażeniami zakładowymi (szpitalnymi) i drobnoustrojami alarmowymi,
- sporządzają miesięczne raporty o zgonach i podejrzeniach zgonów z powodu chorób zakaźnych,
- sporządzają raporty (miesięczne, kwartalne, roczne) o zachorowaniach i podejrzeniach zachorowań na wybrane choroby zakaźne,
- sprawują nadzór nad wykonywaniem szczepień ochronnych i przeprowadzają analizy w tym zakresie.

Art. 32a.1 Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 1239, 1495, z 2020 r. poz. 284, 322, 374:

Państwowy inspektor sanitarny lub Główny Inspektor Sanitarny, w związku z prowadzonym dochodzeniem epidemiologicznym, może żądać udzielenia informacji o:

- 1) osobach zakażonych lub podejrzanych o zakażenie, chorych lub podejrzanych o chorobę zakaźną, osobach zmarłych z powodu choroby zakaźnej lub osobach, wobec których istnieje takie podejrzenie,
 - 2) osobach, które mogły mieć styczność z osobami, o których mowa w pkt 1,
 - 3) posiadaczach zwierząt, które mogły stanowić źródło narażenia na zakażenie lub chorobę zakaźną – od każdego, kto takie dane posiada, lub jednostek administracji publicznej, które dane takie mogą ustalić.
2. Dane osób, o których mowa w ust. 1, obejmują:
- 1) imię i nazwisko; 2) datę urodzenia [. . .]; 8) rozpoznanie kliniczne zakażenia lub choroby zakaźnej oraz charakterystykę podstawowych objawów klinicznych i biologicznego czynnika chorobotwórczego; 9) okoliczności narażenia na zakażenie, ze szczególnym uwzględnieniem czynników ryzyka; 10) trasę podróży krajowej lub międzynarodowej oraz wykorzystywane podczas niej przez osobę chorą lub zakażoną środki transportu;
 - 11) miejsca pobytu osoby zakażonej w okresie wylęgania choroby. [. . .]

Art. 33.2.2. W celu zapobieżenia szerzeniu się zakażeń lub chorób zakaźnych państwowy powiatowy inspektor sanitarny lub państwowy graniczny inspektor sanitarny może, w drodze decyzji: 1) wprowadzić zakaz wstępu do pomieszczeń skażonych; 2) nakazać przeprowadzenie dekontaminacji, dezynsekcji lub deratyzacji nieruchomości lub pomieszczeń; 3) nakazać przeprowadzenie dekontaminacji przedmiotów, a jeżeli nie jest to możliwe – ich zniszczenie; 4) wprowadzić zakaz korzystania z wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi i na potrzeby gospodarcze, pochodzącej z ujęć, co do których istnieje podejrzenie skażenia biologicznymi czynnikami chorobotwórczymi; 5) wprowadzić zakaz spożywania żywności podejrzanego skażenia, a w razie potrzeby, zarządzić jej zbadanie, odkażenie, zniszczenie lub przeznaczenie

58 RAS-BICHAT – w UE system szybkiego ostrzegania wykorzystywany do wymiany informacji o zagrożeniach dla zdrowia spowodowanych celowym uwalnianiem czynników biologicznych, substancji chemicznych i promieniotwórczych. *The Commission Health Emergency Operations Facility: for a coordinated management of public health emergency at EU level*, https://ec.europa.eu/health/ph_threats/com/preparedness/docs/HEOF_en.pdf [dostęp: 8.04.2020].

do innych celów; 6) nakazać sekcję zwłok osoby zmarłej, u której rozpoznano lub podejrzewano zakażenie lub chorobę zakaźną; 7) zakazać wykonywania sekcji zwłok ludzi i zwierząt, gdy sekcja zwłok mogłaby prowadzić do zakażenia osób lub skażenia środowiska, z wyjątkiem przypadku, gdy zachodzi podejrzenie popełnienia przestępstwa⁵⁹.

Dochodzenie epidemiologiczne stanowi moduł coraz nowocześniejszych systemów informatycznych aktywnej analizy zakażeń zakładowych (szpitalnych) pozwalających generować raporty, czyli wykonywać analizy umożliwiające ocenę lokalnej sytuacji epidemiologicznej w szpitalu, ale również pozwalających na czynne monitorowanie zakażeń szpitalnych i opracowywanie sposobów zapobiegania.

Okres pandemii COVID-19 był przyczyną unowocześnienia tradycyjnych metod dochodzenia epidemiologicznego – opracowano liczne **aplikacje smartfonowe** ostrzegające przed chorymi⁶⁰ i umożliwiające śledzenie dróg zakażenia, **technologie rozpoznawania twarzy**⁶¹, obrazowanie termiczne twarzy⁶². Pojawił się temat **chipowania ludzi** uważany za *fake-news*, choć już używany do znakowania produktów i w weterynarii – jednak niewątpliwie umożliwiłby identyfikację ofiar czy nieprzytomnych chorych, ale też zakażonych⁶³.

Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington dzięki tym technikom łatwiej gromadzi z obszaru całego Świata informacje o tych przypadkach w czasie rzeczywistym⁶⁴.

Z różnymi metodami dochodzenia epidemiologicznego wiążą się problemy przetwarzania danych osobowych, powszechnej inwigilacji i zgody na oddanie części prywatności w celu zabezpieczenia swojego i publicznego zdrowia czy bezpieczeństwa⁶⁵.

59 Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20082341570> [dostęp: 6.08.2020].

60 Aplikacja Kwarantanna domowa, <https://www.gov.pl/web/koronawirus/kwarantanna-domowa> [dostęp: 9.04.2020].

61 *Technologia rozpoznawania twarzy*, <https://business.panasonic.pl/systemy-zabezpieczenia-technologie-zabezpiecze/technologie-rozpoznawania-twarzy> [dostęp: 9.04.2020]; *Moduł rozpoznawania twarzy*, https://www.axxonsoft.com/pl/integrated_security_solutions/face_recognition_recognition.php [dostęp: 9.04.2020]; *Systemy wykrywania i rozpoznawania twarzy*, <https://polgard.com/pl/produkty/systemy-wykrywania-i-rozpoznawania-twarzy.html> [dostęp: 9.04.2020]; *Facial recognition: top 7 trends (tech, vendors, markets, use cases and latest news)*, <https://www.gemalto.com/govt/biometrics/facial-recognition> [dostęp: 9.04.2020].

62 *Kamery termowizyjne i termometry laserowe (pirometry) – czy tymi urządzeniami możemy dokładnie zmierzyć temperaturę ciała ludzkiego?*, <https://www.rynekelektryczny.pl/kamery-termowizyjne-i-pirometry-mierza-temperature-ciala-ludzkiego/> [dostęp: 9.04.2020].

63 *Palczewski S. Chipowanie ludzi – nowe wyzwanie dla bezpieczeństwa*, <https://www.cyberdefence24.pl/chipowanie-ludzinowe-wyzwanie-dla-bezpieczenstwa-komentarz> [dostęp: 2.05.2020].

64 *Institute for Health Metrics and Evaluation*, <http://www.healthdata.org/> [dostęp: 8.04.2020].

65 *Smartfony i kamery – sposobem na wirusa?*, <http://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news%2C81547%2Csmartfony-i-kamery-sposobem-na-wirusa.html> [dostęp: 19.11.2020]

DYNAMICZNE OBRAZOWANIE SYTUACJI EPIDEMIOLOGICZNEJ (I NIE TYLKO)

Worldometer podaje bieżące (zmieniające się w ułamku sekundy) informacje liczbowe dotyczące bardzo licznych różnorodnych zdarzeń/zjawisk na świecie.

Aktualnie uznany jest za jedną z najlepszych bezpłatnych stron referencyjnych przez najstarsze i największe stowarzyszenie biblioteczne na świecie – *American Library Association* (ALA); cytowany jako źródło w ponad 10 000 opublikowanych książek i w ponad 6000 profesjonalnych artykułów w czasopiśmie. W czasie pandemii COVID-19 utworzono *Worldometer Covid-19 Coronavirus Pandemic*⁶⁶.

Sytuacja epidemiologiczna głównych chorób zakaźnych jest podawana na mapach, w wykazach i tabelach⁶⁷, a **modele matematyczne** pomagają w prognozowaniu rozprzestrzeniania się zakażeń/zdarzeń (czasem zaburzone **efektem motyla**, tj. minimalną niezauważalną, a przede wszystkim nieprzewidywalną zmianą warunków początkowych). **Mapy interaktywne** – w odróżnieniu od tradycyjnych map obrazujących obszar geograficzny, polityczny, demografię, występowanie chorób itd. – stanowią wizualizację stanu określonego zjawiska/chorób/zgonów etc. w danym momencie; dają możliwość śledzenia zmian w czasie i przewidywania zdarzeń; umożliwiają tworzenie i zarządzanie własnymi mapami interaktywnymi poprzez aplikacje internetowe jak np. *HERE Map Creator*⁶⁸.

WHO prowadzi: 1) *Global Atlas of Infectious Diseases*, 2) *International travel and health*.

Podczas pandemii COVID-19 w *Johns Hopkins University of Medicine* (USA) stworzono interaktywną mapę świata ukazującą aktualne liczby zachorowań, ozdrowieńców i zgonów z powodu tej choroby zakaźnej⁶⁹.

66 *Worldometer*, <https://www.worldometers.info/about/> [dostęp: 3.04.2020].

67 WHO. *International Travel and health*, <https://www.who.int/ith/en/> [dostęp: 24.03.2020].

68 *HERE Map Creator*, <https://mapcreator.here.com/> [dostęp: 19.11.2020].

69 *Coronavirus COVID-19 Global Cases by the Center for Systems Science*, <https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html?fbclid=IwAR0oKIKJlc-zeNZGFBVENo-O-58daoCDaKicXwC1ocjFWgCZqTPgavseTfl#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6> [dostęp: 20.03.2020]; *Bodzioch M. Matematyka kontra koronawirus*. Uniwersytet Warmińsko-Mazurski, <http://www.uwm.edu.pl/egazeta/matematyka-kontra-koronawirus> [dostęp: 1.05.2020]; *MIT News* [on-line]. *Edward Lorenz, father of chaos theory and butterfly effect, dies at 90*. Massachusetts Institute of Technology, <http://news.mit.edu/2008/obit-lorenz-0416> [dostęp: 1.05.2020].

Elektroniczne papierosy → Uzależnienie od nikotyny

Elektroniczne podgrzewacze tytoniu (IQOS) → Uzależnienie od nikotyny

E-papierosy → Uzależnienie od nikotyny

Estetologia → Medycyna estetyczna

Estetoreksja → Medycyna estetyczna

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) → Medycyna profilaktyczna. Instytucje

F

FAS/FASD → Dziecko matki spożywającej (nawet okazjonalnie) alkohol w ciąży

FOMO → Uzależnienia behawioralne

Fonoholizm → Uzależnienia behawioralne

G

Gelontologia → Zdrowie psychiczne

Geriatrya → Starość

Gwałt → Zgwałcenie

H

Hejt (mowa nienawiści) → Molestowanie

Higiena

Higiena (grec. *hygieinós* – ‘leczący, przynoszący zdrowie’) – według WHO oznacza warunki i praktyki, które pomagają utrzymać zdrowie i zapobiegają rozprzestrzenianiu się chorób⁷⁰.

⁷⁰ WHO. *Hygiene*, <https://www.afro.who.int/health-topics/hygiene> [dostęp: 23.03.2020].

Podziały

Higiena w szerokim ujęciu jest nauką interdyscyplinarną, a nie tylko dziedziną medycyny zajmującą się badaniem wpływu różnych czynników (środowiska naturalnego, sztucznego, społecznego) na zdrowie i życie człowieka, który często sam kształtuje środowisko i wywiera wpływ na społeczeństwo.

Wyodrębnia się higienę osobistą (nie tylko dotyczącą czystości ciała, ale także utrzymania zdrowia fizycznego, psychicznego). W takim ujęciu higiena osobista wiąże się z higieną środowiskową, np. z czystością wód, powietrza i gleby, usuwaniem odpadów i ścieków, zaopatrywaniem w wodę zdatną do picia, ale też planowaniem zabudowy (architektura przyjazna dla człowieka), tras komunikacyjnych, np. uwzględnianie wpływu hałasu na mieszkańców, odpowiednie projektowanie i realizacja oraz dbałość o tereny zielone. Można wyróżnić też higienę komunalną, szkolną, pracy, społeczną, żywności i żywienia, weterynaryjną, cyfrową, a niektórzy wymieniają też higienę werbalną, mówiąc o zagrożeniach w sferze werbalnej i pozawerbalnej (mobbing, molestowanie, mowa nienawiści, maltretowanie dziecka etc.).

Higiena psychiczna → Zdrowie psychiczne

Higiena środowiska → Zdrowie środowiskowe

Hipochondria

Nazwa hipochondria (łac. *hypochondrium*) wywodzi się z greckiego słowa *hypochondriakós*, które – jak podają znawcy tego języka – jest złożone z *ὑπόχονδριον* ‘brzuch’ od *ὑπο* ‘pod’ i *χονδρός* ‘chrząstka’.

Autorytatywnym źródłem rozwoju wiedzy w tym obszarze są kolejne wydania podręcznika diagnostycznego i statystycznego zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (*American Psychiatric Association* – APA) – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – aktualnie DSM-5 – który definiuje i klasyfikuje zaburzenia psychiczne, ukazując m.in., jak problemy z obszaru hipochondrii są złożone, wielokrotnie nierozpoznawane właściwie, co dobitnie świadczy, że w postępowaniu lekarza ważne jest myślenie o pacjencie w kategoriach medycyny holistycznej, gdzie powiązane jest i wzajemnie zależne zdrowie psychiczne, somatyczne i społeczne.

Według DSM-5 pierwszą grupę stanowią pacjenci, którzy oprócz silnie wyrażanego lęku o swoje zdrowie mają dolegliwości somatyczne i są kwalifikowani do: „zespołu objawów somatycznych (*Somatic Symptom Disorder – SSD*)”. Są to pacjenci, u których dolegliwości somatyczne występują dłużej niż 6 miesięcy, a nieprawidłowe i nadmiernie wyrażane myśli, uczucia i zachowania przybierają postać nieproporcjonalnej katastrofizacji i lęk jest na wysokim poziomie.

Natomiast druga grupa to osoby, które charakteryzują się wysokim nasileniem lęku o zdrowie, ale bez występujących dolegliwości fizycznych i wówczas otrzymają diagnozę zaburzeń chorobowo-lękowych (*Illness Anxiety Disorder – IAD*).

Wyjątek stanowią sytuacje, w których lęk o zdrowie należy do zespołu różnych zaburzeń lękowych obserwowanych u tego samego pacjenta – i w tym wypadku kwalifikowani są do „uogólnionych zaburzeń lękowych” (*Generalized Anxiety Disorder – GAD*).

Aktualnie nie używa się terminu hipocondria, gdyż pejoratywne jej powszechne rozumienie stygmatyzuje człowieka i utrudnia terapię.

Zgodnie z obecnie obowiązującą **ICD-10**, istotą zaburzeń hipocondrycznych jest uporczywe i trwałe zaabsorbowanie możliwością posiadania jednego lub więcej poważnych i postępujących zaburzeń somatycznych, trwające przez okres co najmniej 6 miesięcy. Pacjenci notorycznie zgłaszają skargi somatyczne lub wykazują uporczywe zaabsorbowanie swoim wyglądem. Normalne i powszechne odczucia (np. ból głowy, szybsze bicie serca) interpretowane są przez nich jako niepokojące i świadczące o ciężkiej chorobie, a cała uwaga skupia się zwykle na jednym bądź dwóch narządach lub układach organizmu. Często występuje wyraźna depresja lub lęk, co może uzasadniać dodatkowe rozpoznanie⁷¹.

W **klasyfikacji ICD-11**, która będzie obowiązywała od 1 stycznia 2022 r., hipocondria została przeniesiona z grupy ICD-10 „zaburzenia występujące pod postacią somatyczną” do grupy ICD-11 „zaburzenia obsesyjno-kompulsywne i inne współwystępujące zaburzenia”⁷², gdzie znajdzie się wspólnie z cielesnymi zaburzeniami dysmorficznymi (BBD).

Według nestora polskiej psychiatrii, profesora Antoniego Kępińskiego, osoby z egocentryczną lub narcystyczną orientacją łatwiej popadają w hipocondrię. Zauważył też, że takie osoby w dzieciństwie częściej doświadczały urazów psychicznych, np. przemocy czy nadużyć seksualnych.

71 Kocjan J. *Hipocondria (lęk o zdrowie): obecna konceptualizacja, klasyfikacja oraz podobieństwo do zaburzeń lękowych*. Journal of Education, Health and Sport. 2015; 5 (5): 193-204. ISSN 2391-8306, <http://www.ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/2677> [dostęp: 19.11.2020].

72 Gaebel W., Zielasek J., Reed G.M. *Zaburzenia psychiczne i behawioralne w ICD-11: koncepcje, metodologie oraz obecny status*. Psychiatr. Pol. 2017; 51 (2): 169-195. PL ISSN 0033-2674 (PRINT), ISSN 2391-5854 [on-line], www.psychiatriapolska.pl. Doi: <https://doi.org/10.12740/PP/6966>; American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Arlington, VA: 2013; 235-264, ISBN 978-0-89042-554-1, OCLC 830807378.

„Dr Google” a cyberchondria

Na bazie hipochondrii znanej od około 2000 lat, w czasach współczesnej rewolucji cyfrowej powstał problem nazywany obecnie cyberchondrią. Zaburzenie polega na skłonności do nieustannego zamartwiania się swoim stanem zdrowia i związanego z tym nadmiernego poszukiwania w Internecie informacji medycznych o objawach, które mogą być zbliżone do własnych – faktycznie odczuwanych lub wymagowanych. Związane jest to z lękiem, obsesyjnym przeżywaniem wątpliwości i działaniami nazywanymi przez wielu psychologów jako kompulsywne.

Zauważono, że **około 75% światowej populacji internautów korzysta z sieci, by zdiagnozować swoje dolegliwości**, a zjawisko ma charakter nasilający się w znacznym tempie. Do jego zbadania i pomiaru McElroy i Shevlin opracowali skalę CSS (*Cyberchondria Severity Scale*).

Choć zdarza się, że wiadomości czerpane z Internetu pochodzą z wiarygodnych źródeł i wówczas służą zdrowiu jednostki, to większość badań udowadnia, że dominują negatywne wpływy takich działań. Zbyt częste korzystanie z autodiagnozy ustalonej na podstawie informacji zawartych w Internecie wynika z lęku, że się jest poważnie chorym (*health anxiety*). Podkreśla się związek z zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi⁷³.

Współcześnie osoby o tendencjach hipochondrycznych, ale też bez nich, surfując w Sieci, nieustannie napotykać informacje i porady, wielokrotnie sprzeczne, ale zawsze bardzo liczne i stale nowe dotyczące chorób i leczenia. Szczegółowo omawiane objawy, także na forach internetowych, są łatwo przyswajane przez innych, zwłaszcza skoncentrowanych na własnym zdrowiu, nie wspominając o cierpiących somatycznie, którym lekarze nie potrafią postawić diagnozy⁷⁴.

Cyberchondria a osobowość

Według dra Thomasa Fergususa z Baylor University, który zajmuje się tym problemem od lat, szczególnie narażone na cyberchondrię są osoby pełne wątpliwości, niepewne swoich racji, nieumiejące radzić sobie w sytuacjach niejasnych. One to najczęściej poszukują diagnozy w Internecie, co powoduje u nich niepokój, nasilenie niepewności

73 Bajcar B., Babiak J., Olchowska-Kotala A. *Cyberchondria i jej pomiar. Polska adaptacja i właściwości psychometryczne Skali Cyberchondrii CSS-PL*. Psychiatr. Pol. 2019; 53 (1): 49-60, https://www.researchgate.net/publication/323144209_Cyberchondria_i_jej_pomiar_Polska_adaptacja_i_wlasciwosci_psychometryczne_Skali_Cyberchondrii_CSS-PL [dostęp: 19.11.2020].

74 White R.W., Horvitz E. *Experiences With Web Search on Medical Concerns and Self-Diagnosis*, AMIA Annu Symp Proc. 2009 Nov; 14: 696-700, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20351943/> [dostęp: 19.11.2020]; Anderson J. *Paging Dr. Google. A Patient's Cyberchondriasis Causes a Physician to Rethink Her Relationship With the Web*, Minn Med, 2017 Mar; 100 (2): 18-19, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30428177/> [dostęp: 19.11.2020].

i dalsze gorączkowe poszukiwanie. Ponadto to właśnie tacy pacjenci coraz bardziej wsłuchują się w swoje ciało, coraz częściej chodzą do lekarza i ostatecznie popadają w obsesję. Wydatki na wizyty lekarskie czy dodatkowe badania, a także leki kupowane bez recepty wielokrotnie przekraczają ich możliwości finansowe, zdarzają się zatrucia tymi lekami, zaniedbywanie codziennych obowiązków, a czasem z tego powodu utrata pracy⁷⁵.

Zespół Münchhausena

Zamierzone wytwarzanie lub naśladowanie objawów czy niewydolności fizycznych lub psychicznych (zaburzenie pozorowane) – tak definiowane w ICD-10 F.68.1 – to tzw. zespół Münchhausena.

Od lat pojawia się wiele doniesień o pacjentach, którzy przesiadują w przychodniach, domagają się hospitalizacji, a nawet zabiegów operacyjnych. Osoby te gromadzą dokumentację, wyniki badań, starannie zapisują rozpoznania lekarskie, wędrują po różnych szpitalach, a gdy są hospitalizowani, często opuszczają szpital, nie zgłaszając tego lekarzowi. Problem można w jakimś stopniu porównywać z autogresją, gdyż osoba cierpiąca na ten zespół używa różnych metod, np. szczypie skórę, by wywołać objawy alergii, lub ją nacina, polewa kwasem, może też podawać sobie insulinę lub inne leki wpływające na metabolizm czy wywołujące halucynacje. Dotyczy to osób z zaburzeniami osobowości, z tendencjami masochistycznymi lub obsesyjnymi. Poza nieprzeparłą chęcią wejścia w rolę chorego osoby te mają zwykle znaczne problemy w kontaktach czy związkach z innymi ludźmi⁷⁶.

Zastępczy (przeniesiony) zespół Münchhausena (ang. *Münchhausen syndrome by proxy* – MSBP) został opisany w rozdziale „Zespół dziecka maltretowanego”.

75 Fergus A.T., Dolan S.L. *Problematic Internet Use and Internet Searches for Medical Information: The Role of Health Anxiety, Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 2014; 17, 12, <https://doi.org/10.1089/cyber.2014.0169>, <https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/cyber.2014.0169> [dostęp: 19.11.2020]; Fergus T.A., Spada M.M. *Cyberchondria: Examining relations with problematic internet use and metacognitive beliefs*. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 2017; 24: 1322-1330.

76 *Zespół Münchhausena*, https://pl.wikipedia.org/wiki/Zesp%C3%B3%C5%82_M%C3%BCnchhausena [dostęp: 19.11.2020].

I

Inspekcja Weterynaryjna → Medycyna profilaktyczna. Instytucje
Instytucje zajmujące się medycyną profilaktyczną → Medycyna profilaktyczna. Instytucje
Internet → Uzależnienia behawioralne
IQOS (elektroniczne podgrzewacze tytoniu) → Uzależnienie od nikotyny
Izolacja → Epidemiologia

J

Jadłowstręt psychiczny → Zaburzenia żywienia i odżywiania się

K

Kangurowanie → Zdrowie psychiczne
Katastrofy → Medycyna katastrof
Klasyfikacja chorób i urazów (ICD – Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych)
→ Epidemiologia
Kolczykowanie → Piercing
Kontaminacja → Epidemiologia
Kordon sanitarny → Epidemiologia
Kwarantanna → Epidemiologia

L

Lipolifting → Medycyna estetyczna
Leki wydawane bez recepty (OTC) → Uzależnienie od innych niż alkohol substancji psychoaktywnych
Liposukcja/lipotransfer/lipolifting → Medycyna estetyczna

M

Maltretowanie (zaniedbanie, opuszczenie, maltretowanie fizyczne, psychiczne, seksualne) → Zespół dziecka maltretowanego

Matka paląca podczas ciąży (MSDP) → Dzieci matek palących w ciąży

Medline → Medycyna oparta na faktach (EBM) → Epidemiologia

Medycyna katastrof

Jeszcze w latach 90. XX w. z powodu urazów i wypadków komunikacyjnych każdego roku umierało ponad 8 tys. Polaków. Utworzenie medycyny ratunkowej (*emergency medicine*)⁷⁷ wiązało się z istotnym zmniejszeniem liczby zgonów z powodu urazów, zatruc, wypadków:

Postęp jest ogromny i bezdyskusyjny, ale ten wskaźnik wciąż jest za wysoki – o ok. 50% w stosunku do niektórych krajów, które mogą pochwalić się najlepszymi wynikami. Tylko w kwietniu 2020 r., gdy z powodu pandemii COVID-19 ograniczono przemieszczanie się ludności, zginęło na drogach 168 osób. Trzeba jednak zaznaczyć, że nie zależy to tylko od ratownictwa medycznego⁷⁸ – ale w dużej mierze od struktury dróg, bezpieczeństwa ruchu drogowego⁷⁹.

Katastrofy

Katastrofy są to nagłe wydarzenia niosące za sobą poważne negatywne skutki, takie jak: straty materialne, ciężkie urazy, śmierć ludzi, a czasem wpływające na zdrowie społeczeństwa. Ogólny podział:

- 1) Katastrofy naturalne (ang. *natural disaster*), w większym stopniu niezależne od działalności człowieka, związane z działaniem sił natury:

wylądowania atmosferyczne, wstrząsy sejsmiczne, silne wiatry, intensywne opady atmosferyczne, długotrwałe występowanie ekstremalnych temperatur, osuwiska ziemi, pożary, susze, powodzie, zjawiska lodowe na rzekach i morzu

⁷⁷ *European Society For Emergency Medicine*, EUSEM, <https://eusem.org/> [dostęp: 27.04.2020]; *Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej*, <https://rejestr.io/krs/215749/polskie-towarzystwo-medycyny-ratunkowej> [dostęp: 27.04.2020]; Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Dz.U. 2006 Nr 191, poz. 1410.

⁷⁸ *Za mało lekarzy w Polsce specjalizuje się w medycynie ratunkowej*, <https://pulsmedycyny.pl/za-malo-lekarzy-w-polsce-specjalizuje-sie-w-medycynie-ratunkowej-955053> [dostęp: 27.04.2020].

⁷⁹ *Krajowa Rada Bezpieczeństwa Drogowego*, <https://www.krbrd.gov.pl/tag/wypadki-w-polsce/> [dostęp: 17.05.2020].

oraz jeziorach i zbiornikach wodnych, masowe występowanie szkodników, chorób roślin lub zwierząt albo chorób zakaźnych ludzi albo też działanie innego żywołu. Katastrofą naturalną może być również zdarzenie wywołane działaniem terrorystycznym.

Katastrofa naturalna nosząca znamiona klęski żywiołowej może być powodem ogłoszenia stanu klęski żywiołowej⁸⁰.

Do tej grupy należą też katastrofy kosmiczne, których źródła znajdują się poza Ziemią (upadki komet bądź planetoidów na powierzchnię Ziemi, bliski Ziemi wybuch supernowej czy burze magnetyczne zakłócające działalność sztucznych satelitów).

Dodać jeszcze należy katastrofę klimatyczną⁸¹. Pandemia COVID-19 (jej niespodziewane nadejście, rozmiar, zakres, poziom bezpośredniego i odległego zagrożenia społeczeństwa) może być kwalifikowana jako katastrofa⁸².

2) Katastrofy związane z działalnością człowieka (cywilizacyjne, antropogeniczne) to: katastrofy komunikacyjne (kolejowe, drogowe, lotnicze, związane z transportem wodnym), górnicze, chemiczne, budowlane, awarie techniczne, pożary oraz zdarzenia nadzwyczajne (akty terroru, działania wojenne i klęski humanitarne).

Warto zauważyć, że ten podział katastrof jest tylko ogólny – umowny, gdyż przyczyny bywają różne, np. katastrofy komunikacyjne, susze, pożary, trzęsienia ziemi, mogą zależeć od działalności człowieka, ale też od czynników naturalnych.

Bioterroryzm (wojna biologiczna)

Bioterroryzm (wojna biologiczna) – to rodzaj terroryzmu definiowany jako bezprawne, nielegalne użycie czynników biologicznych wobec ludzi z zamiarem wymuszenia jakiegoś działania lub zastraszenia rządu, ludności cywilnej lub jakiegokolwiek jej części, by osiągnąć cele osobiste, polityczne, społeczne lub inne⁸³.

Czynnikami rażenia mogą być: mikroorganizmy (wirusy, bakterie), toksyny produkowane przez niektóre mikroorganizmy, a także trucizny roślinne. W celu zwiększenia zagrożenia dla zdrowia i życia ludzi, zwierząt, a także roślin środki te mogą być dodatkowo modyfikowane.

Czynniki rażenia mogą być **przenoszone za pomocą** pocisków raketowych, bomb lotniczych, pojemników czy przesyłek listowych.

⁸⁰ Słownik terminów z zakresu bezpieczeństwa narodowego. Akademia Obrony Narodowej, Warszawa 2008: 60.

⁸¹ *Katastrofa już nadeszła. Jest procesem, nie zdarzeniem*, <https://ziemianarozdrozu.pl/arttykul/4001/katastrofa-juz-nadeszla-jest-procesem-nie-zdarzeniem> [dostęp: 27.04.2020].

⁸² *Czy medycyna katastrof będzie przeżywała swój renesans?*, <https://www.radiokrakow.pl/rozmowy/czy-medycyna-katastrof-bedzie-przezywala-swoj-renesans> [dostęp: 27.04.2020].

⁸³ „Wprawdzie w prawie międzynarodowym istnieje zakaz stosowania broni biologicznej, jednak specjaliści zajmujący się tematyką broni biologicznej są zgodni, że prędzej czy później terroryści po nią sięgną”, <http://biuletynfarmacji.wum.edu.pl/1102Czuba/Czuba.html> [dostęp: 19.11.2020].

Działania bioterrorystyczne mogą obejmować **skażenie wody, żywności, gleby i powietrza przez bakteryjne i wirusowe czynniki etiologiczne lub toksyny pochodzenia biologicznego**, czego skutkiem mogą być: • zachorowania ludności na choroby wywołane przez patogeny chorób wysoko zakaźnych (np. ospa prawdziwa, dżuma płucna, wąglik płucny), drobnoustroje mogą być genetycznie zmodyfikowane; • zachorowania ludności na choroby wywołane przez toksyny bakteryjne roślinne lub zwierzęce; • zatrucia i zakażenia pokarmowe ludności wywołane przez inne bakteryjne czy wirusowe czynniki etiologiczne (np. cholera, czerwonka bakteryjna, dur brzuszny, krwotoczne zapalenie jelit)⁸⁴.

Medycyna katastrof

Medycyna katastrof jest nauką stosunkowo nową, gdyż jej nadany i obecnie realizowany kształt zaplanowano przed dwudziestu kilku laty. Wywodzi się z medycyny wojskowej, w której funkcjonowała od wielu lat, a nawet wieków, gdyż dotyczyła następstw działań militarnych.

Medycyna ratunkowa stanowi tylko 20% zakresu działań wchodzących w skład medycyny katastrof, a pozostała część to opracowywanie strategii postępowania na podstawie badań epidemiologicznych podobnych zdarzeń z przeszłości lub modeli matematycznych umożliwiających przewidywanie następujących po niej zdarzeń, skutków, zaleceń sanitarnych, koordynacji służb czy przygotowanie odpowiednich oddziałów i taka ich organizacja, by możliwe było leczenie konkretnych zakażeń, zatruc czy urazów – także na skalę masową. Medycyna katastrof wchodzi w skład kilku współdziałających ze sobą służb⁸⁵. W 1992 r. wprowadzono medycynę katastrof jako przedmiot nauczania do uniwersytetów medycznych. W 2000 r. doszło do zintegrowania programów nauczania medycyny katastrof i medycyny ratunkowej. W Systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne (SPRM)⁸⁶ funkcjonuje medycyna ratunkowa i medycyna katastrof, część jej działań jest objętych klauzulą poufności, ponieważ dotyczy policji, wojska i różnych innych służb⁸⁷. Na przykład na portalu www.strazak.pl (Ratowniczym Banku Wiedzy) można znaleźć zasady przygotowywania akcji tej służby.

84 Binczycka-Anholcer M., Imiołek A. *Bioterroryzm jako jedna z form współczesnego terroryzmu*. *Hygeia Public Health* 2011, 46 (3): 326-333, <http://www.h-ph.pl/pdf/hyg-2011/hyg-2011-3-326.pdf>; Leszkowska A. *Bioterroryzm – czy powinniśmy się bać?*, <http://www.sprawynauki.edu.pl/archiwum/dzialy-wyd-elektron/343-biologia/4194-bioterroryzm-czy-powinnismy-sie-bac> [dostęp: 14.08.2020].

85 *Polskie Towarzystwo Medycyny Stanów Nagłych i Katastrof*, <https://spis.ngo.pl/198351-polskie-towarzystwo-medycyny-stanow-naglych-i-katastrof> [dostęp: 27.04.2020].

86 MZ. *System Państwowe Ratownictwo Medyczne*, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/system-panstwowe-ratownictwo-medyczne> [dostęp: 27.04.2020].

87 *Medycyna katastrof*, <https://www.bankier.pl/wiadomosc/Medycyna-katastrof-2159307.html> [dostęp: 27.04.2020].

Wzmianki o katastrofach i innych poważnych zagrożeniach można znaleźć w wielu dokumentach, jak np. Sprawozdanie Komisji dla Parlamentu Europejskiego i Rady – Sprawozdanie roczne z 2019 r. w sprawie wdrażania instrumentów Unii Europejskiej na rzecz finansowania działań zewnętrznych w 2018 r.:

W kontekście przedłużających się konfliktów na całym Świecie, strategicznych sporów między światowymi potęgami, zmiany klimatyczne i transformacji cyfrowej w naszych społeczeństwach, UE poszukiwała wielostronnych rozwiązań dla wspólnych problemów⁸⁸.

Centers for Disease Control and Prevention – agencja rządu federalnego USA (CDC) akcentuje warunki skuteczności medycyny katastrof: 1) właściwa wiadomość od właściwej osoby we właściwym czasie może uratować życie, 2) każda kłęska żywiolowa jest wyjątkowa, 3) osoby udzielające pomocy muszą szybko dostosować się do ciągle zmieniającej się natury kryzysu.

Schematy postępowania można opracować dużo wcześniej – w fazie gotowości – i na taką okoliczność CDC opracowało dokument referencyjny zawierający kluczowe informacje na temat zagrożeń zdrowotnych związanych z huraganami, powodzią i innego rodzaju katastrofami⁸⁹.

Medycyna estetyczna

Dbłość o wygląd zewnętrzny

Ważną częścią globalnej kultury i historii jest dbłość ludzi o swój wizerunek fizyczny. Niezależnie od epoki, położenia geograficznego, zaawansowania technicznego czy typu społeczeństwa było to zwykle komunikatem o statusie społecznym, osobowości czy stanie zdrowia, ale też podkreśleniem atrakcyjności seksualnej zwanej też seksapilem (*sex appeal*). Ta forma atrakcyjności to zdolność jednostki do wzbudzania zainteresowania seksualnego lub erotycznego u innych ludzi, jest także czynnikiem selekcji seksualnej, wyboru partnera w biologicznym ujęciu najlepszego dla prokreacji.

Atrakcyjność może być wzmacniana przez ozdoby (patrz: tatuaże, piercing), ubrania, perfumy lub styl danej osoby, a także poprzez poprawianie urody, której model ulega szybkim przemianom.

⁸⁸ Ustawa z dnia 18 kwietnia 2002 r. o stanie kłęski żywiolowej. Tj. Dz.U. 2017, poz. 1897.

⁸⁹ CDC. *Preparedness and Safety Messaging for Hurricanes, Flooding, and Similar Disasters*, https://www.cdc.gov/cpr/readiness/hurricane_messages.htm [dostęp: 27.04.2020].

Dla kobiet podstawowe powody dbałości o dobry wygląd to:

1. potrzeba osobistego dobrego samopoczucia i własnego przekonania o dobrym wyglądzie (65%),
2. chęć wywarcia dobrego wrażenia na osobie spotkanej po raz pierwszy (50%),
3. sposób zmanifestowania własnej osobowości (48%).

Z kolei dla mężczyzn dbałość o dobry wygląd wynika przede wszystkim z:

1. chęci podobaania się bliskiej osobie (46%),
2. chęci wywarcia wrażenia na kobietach lub osobach, które są atrakcyjne (43%),
3. bycia dobrym przykładem dla potomstwa (42%).

Salony kosmetyczne, urody czy spa odwiedza 69% kobiet (najczęściej są to zabiegi oczyszczające twarz, henna, manicure, masaż) i 39% mężczyzn (najczęściej masaż, zabiegi poprawiające skórę twarzy)⁹⁰.

Estetologia

Medycyna estetyczna, będąc działem estetologii medycznej jest przedmiotem zainteresowania badaczy z różnych dyscyplin naukowych. Choć w zakresie interwencyjnym jej specjaliści korzystają z metod typowych bądź zastrzeżonych dla medycyny (leków, procedur, zabiegów o różnym stopniu inwazyjności) oraz dziedzin pokrewnych (dietetyki, rehabilitacji, fizykoterapii), to w zakresie poznawczo-opisowym jest to dziedzina transdyscyplinarna, ponieważ jej cele przekraczają znacznie kompetencje samej medycyny. **Estetologia medyczna** opiera się zatem zarówno na metodologii nauk przyrodniczych, jak i humanistycznych – antropologii, socjologii, psychologii i filozofii (w tym etyce i estetyce)⁹¹.

Naukowcy analizują też kwestię przynależności tej stosunkowo młodej, niesformalizowanej i nieutrwalonej przez tradycję nauki gałęzi medycyny, jaką jest estetologia, do humanizmu (łac. *humanus* – ‘ludzki’). Uważa się też, że zawarta jest w niej przestroga na temat zbyt dużego zainteresowania własnym ciałem, często, choć nie zawsze, związanego z karierą, popularnością, np. nieustannym zauważanym istnieniem (zdobywaniem lajków) w portalach społecznościowych (np. Instagram), które może stać się przyczyną zaniedbania innych sfer życia, będących istotną wartością⁹². Istnieje wykaz znanych i popularnych osób z całego świata, które popełniły samobójstwo, i okoliczności towarzyszących podjęciu tej decyzji⁹³.

⁹⁰ *Dbanie o wygląd istotne dla Polaków (infografika)*, <https://www.wirtualnemedial.pl/arttykul/dbanie-o-wyglad-uroda-zwyczajje-polakow> [dostęp: 6.06.2020].

⁹¹ Napiwodzka-Bulek K. *Medycyna estetyczna – humanistyczne dążenie czy „enhancement”?*. Filozofia Publiczna i Edukacja Demokratyczna, 2017; 6, 1: 151-166. Doi: 10.14746/fped.2017.6.1.9 www.filozofiapubliczna.amu.edu.pl. ISSN 2299-1875 Creative Commons BY-NC-ND 4.0.

⁹² *Syndrom beznadziejności. Dlaczego ludzie, którzy „mają wszystko”, popełniają samobójstwo?*, <https://portal.abczdrowie.pl/syndrom-beznadziejnosci-a-samobojstwo> [dostęp: 22.07.2020].

⁹³ *Lista samobójstw*, https://pl.qwe.wiki/wiki/List_of_suicides [dostęp: 22.07.2020].

Typowe zabiegi chirurgii plastycznej. Botoks, lipotransfer (zagrożenia)

Kobiety decydują się na poprawę piersi dla własnego lepszego samopoczucia (raczej nie dla partnera). Zdecydowana większość (ponad 90%) przyznaje, że operacja odmieniła ich życie i pozwoliła poczuć się atrakcyjnie oraz dodała pewności siebie, co w większości przypadków, wyłączając osoby mające cielesne zaburzenia dysmorficzne (BBD), mogło korzystnie wpływać na ich życie i funkcjonowanie w społeczeństwie⁹⁴.

Zabiegi z zakresu ginekologii plastycznej i „męskiej ginekologii estetycznej”, po części również wykonywane ze wskazań medycznych (np. nietrzymanie moczu u kobiet czy stulejka lub pourazowe skrzywienie penisa u mężczyzn), zapewne odgrywają podobną rolę, jaką wskazały kobiety decydujące się na zmianę wyglądu piersi⁹⁵.

Polskie Towarzystwo Medycyny Estetycznej i Anti-Aging w 2017 r. przeprowadziło badania, które dały obraz osób korzystających z mniej inwazyjnych zabiegów medycyny estetycznej. Ponad 50% ankietowanych stanowiły osoby w wieku 41-50 lat, jedynie 5% osoby starsze i 2% w wieku 21-30 lat. 79% badanych korzystało z zabiegów nawet kilka razy/rok. Najczęściej wybierane były toksyna botulinowa (29%) i wypełniacze (28%). Głównym motywem korzystania z zabiegów medycyny estetycznej była chęć poprawienia wyglądu (64%) i pozbycia się kompleksów lub podniesienia samooceny (33%). Ponad 70% Polek nie przyznawało się do korzystania z zabiegów medycyny estetycznej, co może być dowodem stereotypów panujących w naszym społeczeństwie⁹⁶.

Typowymi we współczesnym świecie zabiegami są interwencje powiększania ust, wielokrotnie do rozmiarów wręcz karykaturalnych⁹⁷.

Popularne jest podawanie **botoksu**, czyli toksyny botulinowej. Botulina, czyli jad kiełbasiany (łac. *botulus* – ‘kiełbasa’, BTX), wytwarzana przez bakterie beztlenowe (laseczki *Clostridium botulinum* i nieliczne inne bakterie rodzaju *Clostridium*) jest egzotoksyną – substancją białkową należącą do neurotoksyn. Jak wiadomo, w zależności od dawki może być silnie trująca dla człowieka. Stosowana jest w leczeniu zaburzeń, takich jak przewlekła migrena, szczykościsk, bruksizm, stany chorobowe mięśni twarzy, nadmierna potliwość, a także w medycynie estetycznej.

94 *Dlaczego kobiety powiększają piersi?*, <https://www.kobieta.pl/arttykul/dlaczego-kobiety-powiekszaja-piersi> [dostęp: 29.05.2020].

95 *Chirurgia męskich narządów płciowych*, <https://www.tourmedica.pl/arttykuly-medyczne/chirurgia-meskich-narzadow-plciowych/> [dostęp: 2.06.2020].

96 Kozaczyńska J. *Uzależnienia od zabiegów medycyny estetycznej*. Studia Gdańskie. Wizje i rzeczywistość, 2017, t. XIV. ISSN 1731-8440, e-ISSN 2544-1426.

97 *Kylie Jenner*, <https://www.instagram.com/kyliejenner/?hl=en> 6,359 posts, 168m followers, 138 following [dostęp: 4.04.2020]; *The horrifying science behind the Kylie Jenner challenge*, <https://splinternews.com/the-horrifying-science-behind-the-kylie-jenner-challeng-1793847303> [dostęp: 4.04.2020].

Od ponad 25 lat metoda ta stała się jednym z podstawowych i najpopularniejszych zabiegów medycyny estetycznej⁹⁸.

Do najczęściej występujących **skutków ubocznych** zaliczane są: • bóle głowy, • problemy z mimiką twarzy, • bóle twarzy, • osłabienie mięśni (obserwowany w 3% efekt opadającej powieki lub brwi) i rozprzestrzenienie się toksyny botulinowej na sąsiadujące mięśnie, • podwójne widzenie, • nudności, • objawy grypowe, • problemy z układem oddechowym.

Zdarza się, że nieumiejętne wykonanie zabiegu (np. podanie zbyt dużej dawki toksyny botulinowej lub wkłucie się w nieodpowiednie miejsce) może prowadzić do poważniejszych uszkodzeń mięśni twarzy – problemy z mimiką, a nawet z podstawowymi czynnościami, takimi jak jedzenie, mówienie oraz problemy ze wzrokiem, jeśli sparaliżowane zostaną mięśnie wokół ust lub oczu. Często przy zbyt dużych dawkach botoksu dochodzi do tzw. efektu maski, co sprawia, że osoby wyglądają jak porcelanowe lalki i są niezdolne do głębszej mimiki i ekspresji. Opisane efekty niepożądane w postaci opadającej powieki, „ciężkiego” czoła czy zaniku mimiki ustępują w ciągu 2-3 miesięcy.

Przeciwwskazania do wykonania zabiegu z botoksem: • choroba nowotworowa, • choroby przewodnictwa nerwowo-mięśniowego, • ciąża, okres laktacji, • czynna opryszczka, • miejscowe infekcje skóry, • nadwrażliwość na składniki preparatu, • niektóre schorzenia o podłożu autoimmunologicznym, • przyjmowanie leków zmniejszających krzepliwość krwi, • schorzenia neurologiczne i autoimmunologiczne, • stosowanie leków (aminoglikozydy, aminochinolony, D-penicylaminy, cyklosporyny, tubokuraryny, sukcyńlocholino, linkomycyny), • zaburzenia przewodnictwa nerwowo-mięśniowego, • zakażenia i nowotwory skóry.

Pacjenci leczeni z powodu: chorób immunologicznych (reumatoidalne zapalenie stawów, wrzodziejące zapalenie jelita grubego, łuszczycowe zapalenie stawów, choroba Leśniowskiego-Crohna, choroba Gravesa-Basedowa, zeszytniające zapalenie stawów itp.) powinni być kwalifikowani do zabiegu z użyciem botoksu przez lekarza leczącego ww. schorzenia⁹⁹.

Liposukcja i lipotransfer (przeszczep własnego tłuszczu – *lipolifting*)

Inwazyjne zabiegi odsysania tłuszczu z różnych miejsc ciała, jak brzuch, uda, pośladki, rzadziej szyja, plecy, ramiona, już ma znaczenie historyczne, gdyż od 2008 r. wprowadzono metodę kriolipolizy.

⁹⁸ 25 lat botoksu, czyli krótka historia cudownej trucizny, <https://zdrowie.wprost.pl/uroda/10120298/25-lat-botoksu> [dostęp: 2.06.2020]; Przyłipiak A. (red.). *Podstawy medycyny estetycznej. Podręcznik dla studentów kosmetologii*, https://www.umb.edu.pl/photo/pliki/WF_jednostki/samodzielna-pracownia-medycyny-estetycznej/podrecznik-podstawy_medycyny_estetycznej_ap_ver3.pdf [dostęp: 2.06.2020].

⁹⁹ *Jak uniknąć powikłań po toksynie botulinowej*, <https://dermaesthetic.pl/medycyna-estetyczna/uniknac-powiklan-toksynie-botulinowej/> [dostęp: 14.08.2020].

W celu modelowania lub korygowania niedoskonałości ciała stosuje się przeszczep własny tłuszczu (lipotransfer – lipolifting). Pierwsze koncepcje dotyczące tej techniki pojawiły się już pod koniec XIX w.

Pierwszym etapem zabiegu jest liposukcja, a następnie, po odpowiednim opracowaniu tłuszczu, podawanie go w miejsca wymagające wypełnienia. Powikłania po przeszczepie własnej tkanki tłuszczowej występują bardzo rzadko, choć są możliwe. Po zabiegu występuje niewielki obrzęk i zaczerwienienie skóry. Dolegliwości te znikają samoistnie w ciągu kilku dni. Sporadycznie skutkami ubocznymi bywają: nasilone krwawienia, zakażenie, uszkodzenie nerwów i naczyń krwionośnych, bliznowacenie skóry, krwiak, zaropienie rany, przejściowa nierówność operowanych obszarów, zatory naczyńniowe i tłuszczowe oraz zanik tkanki tłuszczowej w miejscu biorczym.

W odróżnieniu od sztucznych wypełniaczy przeszczep własnej tkanki zmniejsza ryzyko odrzucenia, a także rzadziej występują reakcje alergiczne. We wstępnej fazie po przeszczepie część tkanki tłuszczowej ulega wchłanianiu, ale już po 6 miesiącach efekt się utrwała¹⁰⁰.

Mimo że lipolifting uważany jest za bezpieczny zabieg, to istnieją pewne przeciwwskazania, m.in.: choroby autoimmunologiczne i nowotworowe, choroby wątroby, nerek i czynności tarczycy, przewlekłe infekcje, zaburzenia krzepliwości krwi (wynikające z zażywania leków o działaniu przeciwkrzepliwym czy hemofilii), schorzenia przewlekłe niewyrównane, jak choroba wieńcowa, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, stosowanie leków immunosupresyjnych i cytotoksycznych¹⁰¹. Zabieg nie może być przeprowadzony u kobiet w ciąży i podczas karmienia piersią¹⁰².

Estetoreksja

Jak podano w 2010 i 2014 r., wyraźne rozpoznanie dysmorfofobii można ustalić u 6-15% pacjentów chirurgów plastycznych, a 64% dermatologów polskich w całej swojej praktyce spotkało się z co najmniej 1 przypadkiem BDD.

Doświadczony chirurg plastyczny ostrzega: „Jeżeli koledzy nie wychwycą takich pacjentów, to zaczną iść w kierunku zabiegów inwazyjnych, co i tak nigdy nie kończy

100 Czytaj więcej na: *Co to jest lipofilling? Jakie są efekty i skutki uboczne przeszczepu tłuszczu*, https://zdrowie.tvn.pl/a/co-to-jest-lipofilling-jakie-sa-efekty-i-skutki-uboczne-przeszczepu-tluszczu?utm_source=paste&utm_medium=paste&utm_campaign=paste [dostęp: 14.08.2020]; *Przeszczep tłuszczu*, <http://www.healthpoland.pl/text/71/przeszczep-tluszczu.htm> [dostęp: 14.08.2020].

101 Kasem A., Wazir U., Headon H., Mokbel K. *Breast Lipofilling: a review of current practice*. Archives of Plastic Surgery 2015; 42 (2): 126-130.

102 Debald M., Pech T., Kaiser C. i wsp. *Lipofilling effects after breast cancer surgery in post-radiation patients: an analysis of results and algorithm proposal*. European Journal of Plastic Surgery 2017; 40 (5): 447-454.

się zadowoleniem pacjenta, wręcz odwrotnie. Pacjent zaczyna być roszczeniowy, wiele spraw łąduje w sądzie¹⁰³.

Przed kilku laty zauważono, że są osoby wykazujące uzależnienie od zabiegów medycyny estetycznej i dotyczy to nie tylko – już rzadziej niż przed 10 laty – operacji plastycznych, ale też całej gamy mniej inwazyjnych zabiegów poprawiających urodę. Zjawisko to zostało nazwane **estetoreksją** i dotyczy to coraz liczniejszej grupy młodych kobiet i mężczyzn¹⁰⁴.

W powszechnej opinii nie tylko ludzi starszych powtarzane przez nich zabiegi upiększające wielokrotnie prowadzą do deformacji ciała.

Już w 2005 r. stwierdzono, że wśród osób poddających się zabiegom medycyny estetycznej (dotyczyło to botoksu w populacji amerykańskiej):

1. ponad połowa miała poczucie braku kontroli nad procesem starzenia się;
2. ponad połowa wyrażała złość wobec ludzi, którzy krytykowali je za używanie botoksu;
3. ponad 40% przejawiało kompulsywne pragnienie powtarzania zabiegów z botoksu;
4. ponad połowa uważała, że czuje się młodziej, a nie, że tak wygląda¹⁰⁵.

Od lat powtarzane są doświadczenia chirurgów plastycznych dotyczących pacjentów zgłaszających się wielokrotnie z prośbami o kolejne zabiegi, a uzyskiwany efekt nigdy nie daje im satysfakcji, co często się kończy na sali sądowej.

W świetle tych obserwacji można uważać, że zaburzenie zwane estetoreksją dotyczy cielesnych zaburzeń dysmorficznych, ale też zachowań kompulsywnych lub wręcz uzależnienia.

Medycyna pracy – służba medycyny pracy (SMP)

W celu ochrony zdrowia i życia pracujących przed negatywnymi skutkami zagrożeń związanych z pracą i jej środowiskiem powołano w Polsce – Ustawą z dnia 27 czerwca 1997 r. (t.j. Dz.U. z 2019 r., poz. 1175 z późn. zm.) – **służbę medycyny pracy (SMP)**.

103 Zalewska-Janowska A. *Dysmorfofobia – „uzależnienie” od zabiegów estetycznych*. Medycyna i Pasje 2010; 3, <https://www.dermatologia-praktyczna.pl/a2043/Dysmorfofobia-----uzależnienie---od-zabiegow-estetycznych.html/> [dostęp: 11.07.2020].

104 Rowicka M. *Uzależnienia behawioralne. Profilaktyka i terapia*. Krajowe Biuro do spraw Przeciwdziałania Narkomanii Fundacja Praesterno by Minister Zdrowia, Krajowe Biuro do spraw Przeciwdziałania Narkomanii. Warszawa 2015, ISBN 978-83-940806-1-7, Egzemplarz bezpłatny: <https://www.kbpn.gov.pl/portal/>; Pikura A. „Estetoreksja” – nowy rodzaj uzależnienia. *Kosmetologia Estetyczna* 2015; 4 (2): 141-143.

105 BBC News. *Botox therapy ‘may be addictive’*, <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/5355282.stm> [dostęp: 2.06.2020].

Przejęła ona obowiązki profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi oraz przemysłowej służby zdrowia, działających pod różnymi formami organizacyjnymi od lat 20. ubiegłego wieku.

Systematyczna kontrola zdrowia pracujących, prowadzona także w celu aktywnego oddziaływania na poprawę warunków pracy przez pracodawcę i ograniczania w ten sposób ryzyka zawodowego, obejmuje procedury i badania służące ocenie zdrowia pracujących ukierunkowanej na identyfikowanie tych elementów stanu zdrowia, które pozostają w związku przyczynowym z warunkami pracy.

Zadania służby medycyny pracy. Ryzyko zawodowe. Substancje toksyczne

Zadania służby medycyny pracy wykonują: lekarze, pielęgniarki, psychologzy i inne osoby o kwalifikacjach zawodowych niezbędnych do wykonywania wielodyscyplinarnych zadań tej służby.

Jednostkami organizacyjnymi służby medycyny pracy są: 1) podmioty wykonujące działalność leczniczą w celu sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi, oraz 2) wojewódzkie ośrodki medycyny pracy (WOMP).

Ryzyko zawodowe oznacza możliwość wystąpienia niepożądanych, związanych z wykonywaną pracą zdarzeń powodujących straty, w szczególności niekorzystnych skutków zdrowotnych będących wynikiem zagrożeń zawodowych występujących w środowisku pracy lub związanych ze sposobem jej wykonywania.

W ramach **profilaktycznej ochrony zdrowia** pracownika na każdym pracodawcy spoczywa obowiązek zapewnienia bezpiecznych i higienicznych warunków pracy. Jednym z kluczowych elementów są badania lekarskie, których celem jest ustalenie zdolności do pracy w warunkach występujących na danym stanowisku.

Według Kodeksu pracy¹⁰⁶ badania profilaktyczne pracowników dzieli się na: 1) wstępne, 2) okresowe i 3) kontrolne.

Wstępnym badaniom lekarskim podlegają: 1) osoby przyjmowane do pracy; 2) pracownicy młodociani przenoszeni na inne stanowiska pracy i inni pracownicy przeniesieni na stanowiska pracy, na których występują czynniki szkodliwe dla zdrowia lub warunki uciążliwe.

Wszyscy pracownicy podlegają **okresowym** badaniom lekarskim. Częstotliwość tych badań ustala każdorazowo lekarz specjalista medycyny pracy – w zależności od stanu zdrowia pracownika oraz warunków charakterystycznych dla zajmowanego stanowiska pracy.

106 Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy. T.j. Dz.U. z 2019 r., poz. 1040, 1043, 1495.

W przypadku niezdolności do pracy trwającej dłużej niż 30 dni, spowodowanej chorobą, pracownik podlega **kontrolnym** badaniom lekarskim w celu ustalenia zdolności do wykonywania pracy na dotychczasowym stanowisku.

Ponadto pracodawca zatrudniający pracowników w warunkach narażenia na działanie substancji i czynników rakotwórczych lub też pyłów zwłókniających jest obowiązany zapewnić tym pracownikom okresowe badania lekarskie także: • po zaprzestaniu pracy w kontakcie z tymi substancjami, czynnikami lub pyłami, • po rozwiązaniu stosunku pracy, jeżeli zainteresowana osoba zgłosi wniosek o objęcie takimi badaniami.

Badania **końcowe**, jako jedyne badania profilaktyczne, przeprowadzane są na wniosek pracownika. Badanie to wykonuje się, gdy stosunek pracy uległ rozwiązaniu. Pracownik ma prawo żądać takich badań, jeśli pracował w warunkach narażenia na działanie substancji i czynników rakotwórczych lub pyłów zwłókniających. Badania te mogą być pomocne przy ustaleniu, czy pracownik cierpi na chorobę zawodową.

SUBSTANCJE TOKSYCZNE W ŚRODOWISKU PRACY

Najwyższe dopuszczalne stężenie (NDS) substancji toksycznych to wartość średnia ważona stężenia, którego oddziaływanie na pracownika w ciągu 8-godzinnego dobowego i przeciętnego tygodniowego wymiaru czasu pracy (określonego w Ustawie z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy) przez okres jego aktywności zawodowej nie powinno spowodować ujemnych zmian w jego stanie zdrowia oraz w stanie zdrowia jego przyszłych pokoleń.

Najwyższe dopuszczalne stężenie chwilowe (NDSCh) – wartość średnia stężenia, które nie powinno spowodować ujemnych zmian w stanie zdrowia pracownika, jeżeli występuje w środowisku pracy nie dłużej niż 15 minut i nie częściej niż 2 razy w czasie zmiany roboczej, w odstępie czasu nie krótszym niż 1 godzina.

Najwyższe dopuszczalne stężenie pułapowe (NDSP) – wartość stężenia, która ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia pracownika nie może być w środowisku pracy przekroczona w żadnym momencie.

Wykaz wartości najwyższych dopuszczalnych stężeń chemicznych i pyłowych czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy obejmuje 556 pozycji¹⁰⁷.

¹⁰⁷ Wykaz wartości najwyższych dopuszczalnych stężeń chemicznych i pyłowych czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy. Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 12 czerwca 2018 r. w sprawie najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy. Dz.U. 2018 r., poz. 1286.

NAJWYŻSZE DOPUSZCZALNE NATĘŻENIA FIZYCZNYCH CZYNNIKÓW SZKODLIWYCH DLA ZDROWIA W ŚRODOWISKU PRACY

Ustalane są prawnie obowiązujące wartości najwyższych dopuszczalnych natężeń fizycznych czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku, tak aby ich oddziaływanie na pracownika w okresie jego aktywności zawodowej nie spowodowało ujemnych zmian w jego stanie zdrowia oraz w stanie zdrowia jego przyszyłych pokoleń. Obowiązuje: Wykaz wartości najwyższych dopuszczalnych natężeń fizycznych czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy: A. Hałas i hałas ultradźwiękowy, B. Drgania działające na organizm człowieka przez kończyny górne i drgania o ogólnym działaniu na organizm człowieka, C. Mikroklimat (1. Mikroklimat gorący, 2. Mikroklimat zimny), D. Promieniowanie optyczne (1. Promieniowanie nielaserowe, 2. Promieniowanie laserowe, E. Pole elektromagnetyczne)¹⁰⁸.

Wypadek przy pracy, choroba zawodowa i parazawodowa

Wypadek przy pracy, choroba zawodowa, choroba parazawodowa związana z pracą. Za **wypadek przy pracy** uważa się nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powodujące uraz lub śmierć, które nastąpiło w związku z pracą:

- 1) podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika zwykłych czynności lub poleceń przełożonych;
- 2) podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika czynności na rzecz pracodawcy, nawet bez polecenia;
- 3) w czasie pozostawania pracownika w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy¹⁰⁹.

Za **chorobę zawodową** uważa się chorobę wymienioną w wykazie chorób zawodowych, jeżeli w wyniku oceny warunków pracy można stwierdzić bezspornie lub z wysokim prawdopodobieństwem, że została ona spowodowana działaniem czynników szkodliwych dla zdrowia występujących w środowisku pracy albo w związku ze sposobem wykonywania pracy, zwanych „narażeniem zawodowym”¹¹⁰.

108 Wykaz wartości najwyższych dopuszczalnych natężeń fizycznych czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy. Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 12 czerwca 2018 r. w sprawie najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy. Dz.U. 2018 r., poz. 1286.

109 Art. 3.1. Ustawa z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych. T.j. Dz.U. 2019 r., poz. 1205.

110 Art. 235. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy. T.j. Dz.U. z 2019 r., poz. 1040, 1043, 1495.

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych (Dz.U. 2009 r., poz. 869) w załączniku zawiera: Wykaz chorób zawodowych wraz z okresem, w którym wystąpienie udokumentowanych objawów chorobowych upoważnia do rozpoznania choroby zawodowej pomimo wcześniejszego zakończenia pracy w narażeniu zawodowym. W tym wykazie znajdują się m.in. choroby, które spotyka się w zawodach medycznych, jak np.: choroby wywołane działaniem promieniowania jonizującego, alergiczne kontaktowe zapalenie skóry, przewlekłe choroby układu ruchu wywołane sposobem wykonywania pracy, przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego wywołane sposobem wykonywania pracy, w tym zespół cieśni w obrębie nadgarstka, zespół wibracyjny, choroby układu wzrokowego wywołane czynnikami fizycznymi, chemicznymi lub biologicznymi, a także najczęściej występujące choroby zakaźne lub pasożytnicze albo ich następstwa.

Choroba parazawodowa (niezawodowa) związana z pracą

Problemy zdrowotne związane z pracą obejmują nie tylko choroby zawodowe, ale również dużą grupę chorób o wieloczynnikowym pochodzeniu, na których rozwój, przebieg lub rokowanie może wpływać środowisko pracy lub sposób jej wykonywania. Określa się je zwykle mianem chorób parazawodowych, pośrednio związanych z pracą lub zaostrzających się pod wpływem pracy. Ta ostatnia nazwa jest odzwierciedleniem nomenklatury anglojęzycznej, gdzie w piśmiennictwie obok chorób zawodowych (*occupational diseases*) występują choroby związane z pracą (*work-related diseases*) i zaostrzające się pod wpływem pracy (*work-exacerbated*). Schorzenia te nie mogą być uznane za choroby zawodowe, ponieważ nie spełniają warunków ich definicji ujętej w art. 235 Kodeksu pracy, zgodnie z którą muszą być wymienione w wykazie chorób zawodowych oraz można w wyniku oceny warunków pracy stwierdzić bezspornie lub z wysokim prawdopodobieństwem, że zostały spowodowane „narażeniem zawodowym”, czyli działaniem czynników szkodliwych dla zdrowia występujących w środowisku pracy albo w związku ze sposobem wykonywania pracy. W wielu przypadkach to właśnie czynniki środowiska pracy odgrywają istotną rolę w ujawnieniu się schorzenia czy nasilenia jego przebiegu.

Do chorób parazawodowych (niezawodowych) związanych z pracą zalicza się schorzenia o wieloczynnikowym pochodzeniu, które w świetle obowiązujących przepisów nie mogą być uznane za choroby zawodowe, ale na których rozwój, przebieg lub rokowanie może mieć wpływ środowisko pracy lub sposób jej wykonywania¹¹¹.

111 Marcinkiewicz A., Tomczak P., Wiszniewska M. i wsp. *Choroby niezawodowe związane z pracą – uregulowania prawne, orzecznictwo oraz potencjalne konsekwencje dla pracodawców i pracowników w Polsce*. Medycyna Pracy, 2018; 69 (5): 539-546.

Przykładem takich nieujętych w wykazie chorób zawodowych schorzeń są choroby narządu ruchu (np. zespoły bólowe kręgosłupa w przebiegu zmian zwyrodnieniowo-dyskopatycznych kręgosłupa), choroby układu krążenia (np. nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca) oraz zaburzenia psychiczne i zachowania.

Przypadki takich chorób muszą być oczywiście oceniane indywidualnie, aby rozstrzygnięcie związku pomiędzy wykonywaną pracą w określonych warunkach a stwierdzonymi dolegliwościami stało się możliwe.

Medycyna profilaktyczna. Instytucje

Medycyna profilaktyczna, zwana też hipokratejską, od początku XX w. jest jednoznacznie określana jako medycyna przyszłości, gdyż od niej zależy nie tylko zdrowie jednostki, ale też dobrostan społeczeństw, co ma niewątpliwy wpływ na gospodarkę i rozwój¹¹². Medycyna profilaktyczna korzysta z coraz bardziej rozwijającej się epidemiologii, która przy użyciu dynamicznie doskonalonej cyfryzacji¹¹³ dostarcza informacji o częstotliwości danych chorób, tempie ich szerzenia się i zależności od różnorodnych czynników.

Pierwszym nurtem medycyny profilaktycznej jest zapobieganie chorobom i unikanie ich¹¹⁴, czasem przy użyciu technik medycznych¹¹⁵ poprzez m.in. edukację prozdrowotną.

Profilaktyka zdrowotna

Profilaktyka zdrowotna to zespół działań, które mają na celu zapobieganie chorobom, wczesne ich wykrycie i związane z tym odpowiednio wczesne leczenie, a także zahamowanie postępu choroby. Wyodrębnia się: profilaktykę wczesną, tj. poznawanie, realizowanie i utrwalanie zasad zdrowego stylu życia; profilaktykę pierwotną (zwaną też I fazy), tj. zapobieganie chorobom poprzez kontrolowanie czynników ryzyka; profilaktykę wtórną (II fazy), tj. zapobieganie rozwojowi choroby poprzez wczesne jej wykrywanie, jeszcze w fazie przedklinicznej (badania przesiewowe) i leczenie już na tym etapie;

112 Moody H.A. *The future of preventive medicine*. JAMA. 1903; XLI (20): 1199-1201. Doi: 10.1001/jama.1903.92490390023001f.

113 *Digitization of preventive health care – The future of Medicine*, https://www.dr-hempel-network.com/digital_preventive_healthcare/redefining-preventive-health-care/ [dostęp: 23.04.2020].

114 *Medical Definition of Preventive Medicine*, <https://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=5039> [dostęp: 23.04.2020]; *Encyclopaedia Britannica – Preventive medicine*, <https://www.britannica.com/science/preventive-medicine> [dostęp: 23.04.2020].

115 *Collins Dictionary – Britannica – Preventive medicine*, <https://www.collinsdictionary.com/dictionary/english/preventive-medicine> [dostęp: 23.04.2020].

profilaktykę III fazy mającą na celu zahamowanie postępu choroby i ograniczenie jej powikłań, co przynosi wymierne korzyści zdrowotne, ale też ekonomiczne i społeczne.

Drugi nurt medycyny – **kliniczna (naprawcza)** – obejmuje diagnostykę, terapię i rehabilitację – rozpoczyna aktywność dopiero w chwili zgłoszenia się pacjenta z problemem zdrowotnym (często dopiero wtedy, gdy proces chorobowy doprowadził już do nieodwracalnych zmian w organizmie); terapia i rehabilitacja w takich przypadkach najczęściej nie gwarantują pełnego odtworzenia poprzedniego stanu zdrowia; poprzez leczenie naprawcze nie jest możliwe istotne polepszenie stanu zdrowia populacji.

Na leczenie naprawcze należy patrzeć jak na ostateczne, drogie rozwiązanie oraz działanie mniej skuteczne dla zdrowia człowieka niż profilaktyka.

Instytucje zajmujące się medycyną profilaktyczną

Centralny Instytut Ochrony Pracy (CIOP)

Centralny Instytut Ochrony Pracy (CIOP)¹¹⁶ zajmuje się tematyką kształtowania warunków pracy, zgodnie z psychofizycznymi możliwościami człowieka, ochroną pracy (bezpieczeństwo i higiena pracy oraz ergonomia), eliminacją lub ograniczeniem przyczyn powodujących wypadki przy pracy i choroby zawodowe.

Przykład: Ocena zgodności środków ochrony dróg oddechowych, odzieży ochronnej oraz środków ochrony oczu i twarzy w kontekście działań prewencyjnych związanych z pandemią COVID-19 (półmaski filtrujące, półmaski z filtrami wymiennymi, maski medyczne, odzież ochronna, środki ochrony oczu i twarzy, środki ochrony rąk)¹¹⁷.

Państwowa Inspekcja Sanitarna

Państwowa Inspekcja Sanitarna (PIS, zwyczajowa nazwa: sanepid) – wyspecjalizowana instytucja wykonująca zadania z zakresu zdrowia publicznego, poprzez sprawowanie kontroli i nadzoru nad warunkami higieny w różnych dziedzinach życia. Inspekcja gromadzi również m.in. dane epidemiologiczne dotyczące niektórych chorób oraz wydaje decyzje m.in. w zakresie chorób zawodowych.

PIS, zgodnie z Ustawą z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz.U. z 1985 r. Nr 12, poz. 49) jest powołana do realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego, w szczególności poprzez sprawowanie nadzoru nad warunkami:

¹¹⁶ Centralny Instytut Ochrony Pracy, <https://m.ciop.pl/en> [dostęp: 29.03.2020].

¹¹⁷ Komunikat nr 1 w sprawie badania i oceny zgodności środków ochrony dróg oddechowych, odzieży ochronnej oraz środków ochrony oczu i twarzy w kontekście działań prewencyjnych związanych z pandemią COVID-19, <https://www.ciop.pl/CIOPortalWAR/file/89576/2020032052417&COVID-badania-srodkow-ochrony-ind-w-CIOP-PIB-Komunikat-1.pdf> [dostęp: 29.03.2020].

- higieny środowiska,
- higieny pracy w zakładach pracy,
- higieny radiacyjnej,
- higieny procesów nauczania i wychowania,
- higieny wypoczynku i rekreacji,
- zdrowotnymi żywności, żywienia i przedmiotów użytku,
- higieniczno-sanitarnymi, jakie powinien spełniać **personel medyczny, sprzęt oraz pomieszczenia, w których są udzielane świadczenia zdrowotne** w celu ochrony zdrowia ludzkiego przed niekorzystnym wpływem szkodliwości i uciążliwości środowiskowych, zapobiegania powstawaniu chorób, w tym chorób zakaźnych i chorób zawodowych.

Inspekcja Weterynaryjna

Inspekcja Weterynaryjna¹¹⁸ – „wysocy wyspecjalizowana instytucja rządowa powołana na mocy Ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. o Inspekcji Weterynaryjnej w celu kontrolno-nadzorczym w dziedzinie zdrowia publicznego, epidemiologii oraz higieny”, w której strukturze mieszczą się zakłady higieny weterynaryjnej. Poza zajmowaniem się problemami zwierząt inspekcja w działaniach uwzględnia np. choroby przenoszone na człowieka czy wpływ produktów spożywczych pochodzących od zwierząt na zdrowie ludzi¹¹⁹.

Światowa Organizacja Zdrowia – World Health Organization (WHO)

Światowa Organizacja Zdrowia (*World Health Organization*, WHO) z siedzibą w Genewie jest organizacją działającą w ramach ONZ, zajmującą się ochroną zdrowia; należą do niej obecnie 194 kraje.

Zadaniem WHO jest działanie na rzecz zwiększenia współpracy między państwami w dziedzinie ochrony zdrowia i zwalczania epidemii chorób zakaźnych, a także ustalanie norm dotyczących składu lekarstw i jakości żywności. Organizacja dąży również do zapewnienia opieki medycznej ludności świata oraz zmniejszenia umieralności niemowląt. Największe sukcesy odnosiła w zwalczaniu epidemii takich chorób, jak: ospa prawdziwa, gruźlica, malaria, cholera, dżuma.

WHO łączy świat w walce z pandemią COVID-19, gromadzi szeroką gamę partnerów angażujących się w inicjatywy mające na celu zmotywowanie i zmobilizowanie ludzi do przygotowania się do pokonania tej pandemii oraz do wsparcia Funduszu Solidarnościowego COVID-19. W ramach tejsze działalności muzycy, piłkarze, sportowcy i artyści pomagają zachować łączność i zdrowie poprzez pokazy solidarności, ratujące życie komunikaty zdrowotne i rozrywkę podczas blokady.

118 Inspekcja Weterynaryjna, <https://www.wetgiw.gov.pl/> [dostęp: 23.03.2020].

119 Singer P., Cavalieri P. *Źródłem COVID-19 jest przemoc wobec zwierząt*, <https://krytykapolityczna.pl/swiat/covid-19-jest-skutkiem-przemocy/> [dostęp: 23.05.2020].

WHO w okresie pandemii COVID-19 prowadziła interaktywną mapę dostarczającą codziennych informacji o globalnych liczbach zachorowań i zgonów według krajów¹²⁰. Ponadto uruchomiła przesyłanie wiadomości w języku arabskim, angielskim, francuskim i hiszpańskim przez WhatsApp i Facebook w łatwej obsłudze, z możliwością docierania do 2 mld ludzi z wiadomościami na temat koronawirusa, w tym szczegółowymi informacjami na temat objawów i tego, jak można chronić siebie i innych¹²¹. WHO proklamowała rok 2020 jako Rok Pielęgniarki i Położnej, a ponadto:

Światowy Dzień Gruźlicy – 24 marca

Światowy Dzień Zdrowia – 7 kwietnia

Światowy Dzień Choroby Chagasa – 14 kwietnia

Światowy Dzień Malarii – 25 kwietnia

Światowy Tydzień Szczepień – 24-30 kwietnia

Światowy Dzień bez Tytoniu – 31 maja

Światowy Dzień Krwiodawcy – 14 czerwca

Światowy Dzień Wirusowego Zapalenia Wątroby – 28 lipca

Światowy Dzień Bezpieczeństwa Pacjentów – 17 września

Światowy Tydzień Wiedzy o Antybiotykach – 18-24 listopada

Światowy Dzień AIDS – 1 grudnia.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC)

*Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*¹²² jest wiodącym krajowym instytucją zdrowia publicznego w USA. CDC to amerykańska agencja federalna podlegająca Departamentowi Zdrowia i Opieki Społecznej z siedzibą w Atlancie w stanie Georgia.

Jego głównym celem jest ochrona zdrowia publicznego i bezpieczeństwa poprzez kontrolę i zapobieganie chorobom, obrażeniom i niepełnosprawności w USA i na świecie. CDC koncentruje uwagę kraju na rozwijaniu i stosowaniu kontroli i zapobieganiu chorobom. Skupia się w szczególności na chorobach zakaźnych, patogenach przenoszonych przez żywność, zdrowiu środowiskowym, bezpieczeństwie i higienie pracy, promocji zdrowia, zapobieganiu urazom i działaniom edukacyjnym mającym na celu poprawę zdrowia obywateli Stanów Zjednoczonych. Ponadto CDC bada i dostarcza informacji na temat chorób niezakaźnych, takich jak otyłość i cukrzyca, i jest członkiem-założycielem Międzynarodowego Stowarzyszenia Krajowych Instytutów Zdrowia Publicznego (*International Association of National Public Health Institutes – IANPHI*).

120 Interaktywna mapa COVID-19. *Coronavirus disease (COVID-19) Situation dashboard*, <https://experience.arcgis.com/experience/685doace521648f8a5beeee1b9125cd> [dostęp: 29.03.2020].

121 WHO. *Health Alert brings COVID-19 facts to billions via WhatsApp*, <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/who-health-alert-brings-covid-19-facts-to-billions-via-whatsapp> [dostęp: 29.03.2020].

122 *Centers for Disease Control and Prevention*, <https://www.cdc.gov/> [dostęp: 29.03.2020].

Jej agenda w postaci ATSDR (*Agency for Toxic Substances and Disease Registry*) dostarcza bezcennych informacji na temat toksyczności środowiskowych czynników ryzyka, a jednocześnie jest bogatym źródłem wiedzy na temat biomonitoringu w odniesieniu do wielu czynników środowiskowa życia i pracy, oznaczając poziomy bezpieczne dla ludzi.

One Health = Jedno Zdrowie (WHO, CDC)

„One Health”¹²³ = „Jedno zdrowie” to podejście do projektowania i wdrażania programów, polityk, ustawodawstwa i badań, w których wiele sektorów komunikuje się i współpracuje w celu osiągnięcia lepszych wyników w zakresie zdrowia publicznego.

Obszary pracy, w których podejście „Jedno Zdrowie” jest szczególnie istotne, obejmują bezpieczeństwo żywności, kontrolę chorób odzwierzęcych (chorób, które mogą rozprzestrzenić się między zwierzętami i ludźmi, takich jak grypa, wścieklizna i gorączka doliny Rift), a także przeciwdziałanie oporności na antybiotyki.

Dlaczego potrzebujemy podejścia *One Health*?

Wiele tych samych drobnoustrojów zaraża zwierzęta i ludzi, dzieląc ekosystemy, w których żyją. Wysiłki tylko jednego sektora nie są w stanie zapobiec lub wyeliminować problem. Na przykład skuteczne zapobieganie wścieklizny u ludzi wymaga skoordynowanych działań (np. przez szczepienie psów).

Informacje na temat wirusów grypy krążących u zwierząt mają kluczowe znaczenie przy wyborze wirusów do wykonywania odpowiednich szczepionek dla ludzi, które mogłyby być najbardziej skuteczne w przypadku pandemii grypy. Innym przykładem jest przenoszenie drobnoustrojów opornych na leki poprzez bezpośredni kontakt ludzi i zwierząt lub poprzez skażoną żywność, więc i w tym wypadku konieczne jest dobrze skoordynowane podejście zarówno do ludzi, zwierząt, jak i do żywności.

The Institute For Health Metrics And Evaluation (IHME)

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)¹²⁴ jest niezależnym ośrodkiem badań zdrowia populacji w *UW Medicine*¹²⁵, będącym częścią *University of Washington*, który zapewnia rygorystyczny i porównywalny pomiar najważniejszych problemów zdrowotnych na świecie oraz ocenia strategię zastosowane w celu ich rozwiązania. IHME udostępnia te informacje bezpłatnie, aby decydenci mieli dowody potrzebne

123 WHO. *One Health*, <https://www.who.int/features/qa/one-health/en/> [dostęp: 29.03.2020].

124 *Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)*. *Measuring what matters*, <http://www.healthdata.org/> [dostęp: 8.04.2020].

125 *UW Medicine*, <https://www.uwmedicine.org/> [dostęp: 8.04.2020].

do podejmowania świadomych decyzji dotyczących sposobu alokacji zasobów w celu jak najlepszej poprawy zdrowia populacji.

Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC)

*European Centre for Disease Prevention and Control*¹²⁶ = Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) jest niezależną agencją Unii Europejskiej (UE), której misją jest wzmocnienie obrony Europy przed chorobami zakaźnymi. Centrum zostało założone w 2004 roku i znajduje się w Solnej w Szwecji.

ECDC koncentruje się na następujących programach:

- odporność na środki przeciwdrobnoustrojowe i zakażenia związane z opieką zdrowotną,
- nowe choroby i choroby przenoszone przez wektory,
- choroby przenoszone przez żywność i wodę oraz choroby odzwierzęce,
- zakażenia przenoszone drogą płciową, w tym HIV i wirusy przenoszone przez krew,
- grypa,
- gruźlica,
- choroby, którym można zapobiec poprzez szczepienia.

ECDC organizuje 18 listopada: *European Antibiotic Awareness Day* = Europejski Dzień Świadomości Antybiotykowej.

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (NISP-PZH)

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, NIZP-PZH, którego tradycja sięga 1918 r. (do 2007 r. Państwowy Zakład Higieny, PZH) – państwowy instytut naukowo-badawczy zajmujący się zagadnieniami higieny, epidemiologii, bakteriologii, immunologii, parazytologii. Prowadzi zarówno prace naukowe, jak i usługowo-badawcze.

Obecnie najważniejszą misją NIZP-PZH jest ochrona zdrowia ludności poprzez działania podejmowane w obszarze zdrowia publicznego, które mają kluczowe znaczenie w walce z chorobami przewlekłymi i zakaźnymi¹²⁷.

¹²⁶ *European Centre for Disease Prevention and Control*, <https://www.ecdc.europa.eu/en> [dostęp: 29.03.2020].

¹²⁷ *Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny*, <http://bip.pzh.gov.pl/public/?id=135929> [dostęp: 6.08.2020].

„ProfiBaza”

Głównym celem projektu „ProfiBaza”¹²⁸ NIZP-PZH jest udostępnienie zasobów informacji dotyczących profilaktyki chorób i promocji zdrowia, a także sytuacji zdrowotnej ludności w Polsce gromadzonych przez NIZP-PZH oraz inne podmioty sektora publicznego. Możliwe będzie ponowne ich wykorzystanie w celach poznawczych, naukowych, administracyjnych i komercyjnych.

Planowana jest digitalizacja posiadanych danych analogowych, integracja zbiorów cyfrowych oraz zbudowanie nowoczesnego repozytorium dla informacji z zakresu:

- wybranych aspektów profilaktyki chorób i promocji zdrowia realizowanych przez Państwową Inspekcję Sanitarną,
- programów zdrowotnych/programów polityki zdrowotnej Jednostek Samorządu Terytorialnego,
- Narodowego Programu Zdrowia,
- sytuacji zdrowotnej ludności Polski.

Raporty: Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania

NIZP-PZH publikuje systematyczne raporty o sytuacji zdrowotnej ludności Polski i jej uwarunkowaniach¹²⁹ zawierające wiele bardzo istotnych faktów dla higieny, epidemiologii, zdrowia publicznego i planowania działań profilaktycznych, jak: 1) wybrane aspekty sytuacji demograficzno-społecznej, 2) długość życia i umieralność ludności Polski, 3) chorobowość hospitalizowana, 4) wyleczalność chorych na nowotwory złośliwe w Polsce, 5) zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, 6) zachorowania na choroby zakaźne i pasożytnicze, 7) choroby alergiczne, astma i inne stany zapalne dróg oddechowych, 8) wypadki i wypadkowe zatrucia jako zagrożenie zdrowia, 9) przyczyny chorobowe niezdolności do pracy w badaniach Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, 10) samoocena stanu zdrowia dorosłych Polaków – wyniki badania terenowego, 11) wybrane czynniki ryzyka zdrowotnego związane ze stylem życia, 12) zagrożenia środowiskowe – skutki zdrowotne krótkookresowego narażenia na pył zawieszony PM_{2,5}, 13) promocja zdrowia, zapobieganie chorobom oraz ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu w projektach programów polityki zdrowotnej zgłoszonych przez jednostki samorządu terytorialnego do oceny Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT), 14) główne problemy dotyczące zdrowia Polaków w świetle najnowszych wyników badania „Global Burden of Disease Study (GBD)”¹³⁰ i inne.

128 NIZP-PZH. *ProfiBaza*, <https://www.pzh.gov.pl/profibaza-dla-mediow/> [dostęp: 29.03.2020].

129 NIZP-PZH. *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*. Pod red. B. Wojtyniaka i P. Goryńskiego, <http://www.sdgs.pl/wp-content/uploads/2017/06/sytuacja-zdrowotna-ludnosci-w-polsce-2016-s.pdf> [dostęp: 4.01.2021].

130 *Global Burden of Disease Study*, <http://www.healthdata.org/gbd> [dostęp: 5.04.2020].

Narodowy Program Zdrowia

Narodowy Program Zdrowia (NPZ) to podstawowy dokument polityki zdrowia publicznego, który wyznacza: cele strategiczne, cele operacyjne oraz najważniejsze zadania do realizacji na rzecz poprawy zdrowia i związanej z nim jakości życia społeczeństwa¹³¹. NPZ powstaje na co najmniej 5 lat. Zgodnie z Ustawą o zdrowiu publicznym jest ustanawiany w drodze rozporządzenia Rady Ministrów.

Cel strategiczny NPZ na lata 2016-2020 przedstawia się następująco¹³²:

- wydłużenie życia Polaków w zdrowiu,
- poprawa jakości życia związanej ze zdrowiem,
- ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu.

Cel strategiczny można osiągnąć dzięki realizacji celów operacyjnych. Mają one zmniejszyć narażenie społeczeństwa na największe zagrożenia dla zdrowia.

NPZ łączy różne programy profilaktyczne realizowane dotychczas na podstawie przepisów kilku ustaw, o różnych terminach realizacji oraz różnych źródłach i poziomach finansowania (m.in. z zakresu przeciwdziałania narkomanii lub alkoholizmowi).

Ministerstwo Zdrowia – wykaz programów „Zdrowie i Profilaktyka”

Ministerstwo Zdrowia (MZ) prowadzi programy polityki zdrowotnej z konkretnymi celami i określeniem terminów, w jakim mają one zostać osiągnięte. Programy te poruszają ważne problemy zdrowotne dotyczące całej lub określonej grupy docelowej chorych – przy istniejących możliwościach eliminowania bądź ograniczania tych problemów oraz wdrażania nowych procedur medycznych i profilaktyki. Aktualnie są to następujące programy:

- Zdrowie matki i dziecka (<https://www.gov.pl/web/zdrowie/zdrowie-matki-i-dziecka>),
- Krwiodawstwo (<https://www.gov.pl/web/zdrowie/krwiodawstwo>),
- HIV i AIDS (<https://www.gov.pl/web/zdrowie/hiv-i-aids>),
- Grypa (<https://www.gov.pl/web/zdrowie/grypa>),
- Zdrowie osób starszych (<https://www.gov.pl/web/zdrowie/zdrowie-osob-starszych>),
- Zdrowie psychiczne i uzależnienia (<https://www.gov.pl/web/zdrowie/zdrowie-psychiczne-i-uzaleznienia>),
- Medycyna pracy (<https://www.gov.pl/web/zdrowie/medycyna-pracy>),
- Profilaktyka onkologiczna (<https://www.gov.pl/web/zdrowie/profilaktyka-onkologiczna>),

¹³¹ Ministerstwo Zdrowia. NPZ 2016-2020, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/npz-2016-2020> [dostęp: 29.03.2020].

¹³² Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020. Dz.U. 2016, poz. 1492.

- Profilaktyka RZS (<https://www.gov.pl/web/zdrowie/profilaktyka-rzs>),
- Profilaktyka chorób naczyń mózgowych (<https://www.gov.pl/web/zdrowie/profilaktyka-chorob-naczyn-mozgowych>),
- Demencja (<https://www.gov.pl/web/zdrowie/demencja>).

Centra medycyny profilaktycznej

Warto przeto zająć się w przyszłej pracy lekarza medycyną profilaktyczną – czego dowodzą np. już istniejące centra medycyny profilaktycznej.

Przykład:

Centrum Medycyny Profilaktycznej Sp. z o.o. realizuje „Program opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe – Moduł I – wczesne wykrywanie nowotworów złośliwych w rodzinach wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi i raka jajnika”¹³³.

Do programu mogą przystąpić:

1. kobiety zdrowe, u których w rodzinie występowały zachorowania na raka piersi i/lub jajnika,
2. wszystkie pacjentki, które chorowały lub chorują na raka piersi lub jajnika.

Program obejmuje: konsultacje lekarza onkologa/genetyka, badania przesiewowe w kierunku mutacji w genie *BRCA1* i/lub *BRCA2*, *PALB2/CHEK2*, USG piersi i/lub mammografię, BAC, USG przezpochwowe, badanie CA125, USG tarczycy – o wyborze badań decyduje lekarz prowadzący.

Polskie Towarzystwo Higieniczne (PTH)

W czasie zaborów, w 1898 r. powstało Warszawskie Towarzystwo Higieniczne (WTH)¹³⁴, oparte na tradycjach społecznego ruchu higienicznego. W 1932 r. WTH przekształcono w Polskie Towarzystwo Higieniczne (PTH), które kontynuowało jego piękną ideę.

Misją Towarzystwa od początku jego istnienia jest doskonalenie i ochrona zdrowia społeczeństwa poprzez: działalność naukową; publicystyczną i szkoleniową oraz rozwijanie współpracy wielodyscyplinarnej i wielosektorowej, inicjowanie wspólnych działań na rzecz ochrony zdrowia i poprawy jakości życia obywateli.

Realizując swoją misję, Towarzystwo współpracuje z władzami państwowymi i samorządowymi, uczelniami polskimi i zagranicznymi, pokrewnymi towarzystwami

¹³³ Program opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe, <https://cmp.krakow.pl/aktualnosci/bezplatny-program-onkologiczno-genetyczny/> [dostęp: 29.03.2020].

¹³⁴ Polskie Towarzystwo Higieniczne, <https://www.pth.pl/> [dostęp: 4.01.2020].

i organizacjami fachowymi oraz naukowymi w Polsce i na świecie, związanymi z działalnością ochrony zdrowia, szeroko pojętą profilaktyką i higieną¹³⁵.

Mierniki stanu zdrowia populacji → Epidemiologia

Mikrourazy → Aktywność fizyczna

Ministerstwo Zdrowia (wykaz programów) → Medycyna profilaktyczna. Instytucje

Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD) → Epidemiologia

Mobbing → Molestowanie

Molestowanie

Zachowanie naruszające godność osobistą danej osoby, sprzeczne z normami społecznymi to molestowanie (łac. *molestare*, fr. *molester* – ‘drażnić, naprzykrzać się’).

Termin „molestowanie” obejmuje mobbing, molestowanie seksualne i mowę nienawiści.

Molestowanie może się wyrażać w sposób fizyczny, werbalny lub niewerbalny, który jest nieakceptowalny przez osobę molestowaną. Dotyczy to nie tylko zachowań dorosłych w pracy, ale też dzieci w szkole, w domu czy w innym miejscu. Dotyczy obu płci i różnych układów zależności.

Mobbing

Mobbing (ang. czasownik *to mob* – ‘nagabywać, napadać, zaczepiać’ i rzeczownik *mob* – ‘tłum, motłoch’).

Międzynarodowa Organizacja Pracy (*International Labour Organization* – ILO) definiuje pojęcie mobbingu jako obraźliwe zachowanie poprzez mściwe, okrutne, złośliwe lub upokarzające uświadczanie zaszkodzenia jednostce lub grupie pracowników¹³⁶.

¹³⁵ Misja Polskiego Towarzystwa Higienicznego, https://www.pth.pl/?id_menu_left=2&id_info=2&str_glowna=2&id_typ_obsługi=3&sub_id_info_d=&id_info_o=0&id_oddz=23 [dostęp: 23.05.2020].

¹³⁶ ILO. R206 – *Violence and Harassment Recommendation*, 2019 (No. 206), https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:4000085 [dostęp: 17.05.2020].

Na stronie Państwowej Inspekcji Pracy (PIP) podano dość wyczerpujące informacje na temat mobbingu, skróconą listę kontrolną pt. *Sprawdź, czy to mobbing* i zasady, jak się w takiej sytuacji zachowywać¹³⁷.

Taktyki mobbingu to: taktyka upokorzenia, nieuzasadniona krytyka, zniesławienie, wyśmiewanie, nieodpowiednie żarty, obraźliwe gesty, sarkazm, publiczne krytykowanie wyglądu, taktyka zastraszenia, zakaz robienia przerw pod groźbą utraty pracy, groźby ustne, używanie wulgaryzmów, stosowanie przemocy fizycznej, przymusowe zostawanie po godzinach pracy, zastraszanie zwolnieniem z pracy, taktyka pomniejszenia kompetencji, taktyka izolacji, taktyka poniżania, taktyka utrudniania wykonywania pracy.

Molestowany – w każdym z wymienionych obszarów – może domagać się na drodze prawnej: zaniechania bezprawnego naruszania dóbr osobistych, zadośćuczynienia pieniężnego lub zapłaty odpowiedniej sumy pieniężnej na wskazany cel społeczny oraz naprawienia szkody¹³⁸.

Molestowanie seksualne

Molestowanie seksualne mogą stanowić takie zachowania, jak: natarczywe spojrzenia, „żarty” o podtekście erotycznym, komentarze na temat wyglądu i ubioru, dwuznaczne gesty, propozycje seksualne, erotyczne aluzje, odnoszące się do płci komentarze na temat uzdolnień lub ich braku, wywieszanie we wspólnych miejscach pracy (w pokojach biurowych, halach produkcyjnych) zdjęć czy też plakatów przedstawiających akty kobiece lub męskie.

W przypadku wątpliwości, czy dane zachowanie jest molestowaniem seksualnym, należy zastanowić się nad tym:

- 1) czy zachowanie to odnosi się do płci lub seksualności?
- 2) czy może być odebrane jako upokarzające, obraźliwe lub naruszające godność?
- 3) czy dochodzi do niego wbrew woli odbiorcy?

Jeśli osoba molestowana doświadcza tego nawet subiektywnie, sąd wnikliwie analizuje sprawę. Niektóre przejawy molestowania seksualnego mogą być ścigane karnie, wypełniając znamiona przestępstwa zgwałcenia (art. 197 k.k.) lub przestępstwa nadużycia stosunku zależności (art. 199 k.k.).

O molestowaniu w miejscu pracy mówi się, gdy sprawcą jest przełożony, ale też koleżanka czy kolega. Jeżeli molestujący pomimo uwag o zaprzestanie nie przerywa

¹³⁷ PIP. *Czym jest mobbing?*, <https://www.pip.gov.pl/pl/f/v/146533/mobbing.pdf> [dostęp: 17.05.2020].

¹³⁸ Chakowski M. *Mobbing. Aspekty prawne*. Oficyna Wydawnicza BRANTA, Bydgoszcz-Warszawa 2005.

działania, można poinformować przełożonego, Państwową Inspekcję Pracy, a w przypadku braku reakcji sąd¹³⁹.

W czerwcu 2020 r. weszła w życie ważna nowelizacja Kodeksu karnego¹⁴⁰ (k.k.) oraz innych aktów prawnych regulująca przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności, których ofiarami mogą być tylko i wyłącznie dzieci.

Wprowadzono do k.k.:

Art. 191a. [Naruszenie intymności seksualnej]

§ 1. Kto utrwała wizerunek nagiej osoby lub osoby w trakcie czynności seksualnej, używając w tym celu wobec niej przemocy, groźby bezprawnej lub podstępny, albo wizerunek nagiej osoby lub osoby w trakcie czynności seksualnej bez jej zgody rozpowszechnia,

podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 2. Ściganie następuje na wniosek pokrzywdzonego.

W k.k. pojawia się zupełnie nowy rodzaj przestępstwa w art. 200a k.k. – tzw. grooming, czyli uwodzenie przez Internet.

Kto składa małoletniemu poniżej 15 lat za pośrednictwem systemu teleinformatycznego lub sieci telekomunikacyjnej już samą propozycję obcowania płciowego, poddania się lub wykonywania innej czynności seksualnej lub udziału w produkowaniu lub utrwalaniu treści pornograficznych i zmierza do jej realizacji podlega wówczas grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

W k.k. pojawia się jeszcze jeden nowy rodzaj przestępstwa w art. 200b, który uregulował publiczne nawoływanie do pedofilii.

Kto publicznie propaguje lub pochwała zachowania o charakterze pedofilskim, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

Mowa nienawiści (*hate speech*)

Mowa nienawiści (*hate speech*) jest zjawiskiem, które polega na używaniu języka w celu rozbudzenia, rozpowszechniania czy usprawiedliwiania nienawiści i dyskryminacji, jak również przemocy wobec konkretnych osób, grup osób, przedstawicieli mniejszości czy jakiegokolwiek innego podmiotu będącego 'na celowniku' danej wypowiedzi.

¹³⁹ Art. 183a Kodeksu pracy – Zakaz dyskryminacji pracowników, <https://sip.lex.pl/akty-prawne/dzu-dziennik-ustaw/kodeks-pracy-16789274/art-18-3-a> [dostęp: 20.11.2020]; Art. 3 ust. 4 Ustawy o wdrażaniu niektórych przepisów Unii Europejskiej w zakresie równego traktowania, <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/ustawa-o-wdro%C5%BCeniu-niekt%C3%B3rych-przepis%C3%B3w-unii-europejskiej-w-zakresie-r%C3%B3wnego-tractowania> [dostęp: 20.11.2020].

¹⁴⁰ Kodeks karny – t.j. Dz.U. 2019, poz. 1950.

Akceptacja mowy nienawiści w wymiarze społecznym prowadzi do utrwalania się stereotypów, uprzedzeń i powodując mniejszą akceptację przedstawicieli grup 'hejtowanych' może także prowadzić do tzw. przestępstw z nienawiści (*hate crimes*).

Definicja oficjalna mowy nienawiści niestety nie została zawarta w żadnym z obowiązujących w Polsce przepisów¹⁴¹.

Mowa nienawiści (*hate speech*) to negatywne emocjonalnie wypowiedzi, powstałe ze względu na domniemaną lub faktyczną przynależność do grupy, tworzone na podstawie uprzedzeń, stereotypów i dyskryminacji ze względu na rozmaite cechy, takie jak: rasa (rasizm), pochodzenie etniczne (ksenofobia), narodowość (szowinizm), płeć (seksizm), tożsamość płciowa (transfobia), orientacja psychoseksualna (homofobia, heterofobia), wiek (ageizm, adultyzm), światopogląd (antysemityzm, chrystianofobia, islamofobia)¹⁴².

Mowa nienawiści przyjmuje różne formy i dlatego istnieje trudność w jednoznacznym określeniu, czym ona dokładnie jest. Mimo iż żadna z wielu powstałych dotychczas definicji tego zjawiska nie jest powszechnie akceptowana i używana, to dosyć często mowę nienawiści rozumie się zgodnie z definicją Rady Europy: „[to] wypowiedzi, które szerzą, propagują i usprawiedliwiają nienawiść rasową, ksenofobię, antysemityzm oraz inne formy nietolerancji, podważające bezpieczeństwo demokratyczne, spójność kulturową i pluralizm”¹⁴³.

Przestępstwa z nienawiści: każde przestępstwo natury kryminalnej, wymierzone w ludzi i ich mienie, w wyniku którego ofiara lub inny cel przestępstwa, są dobierane ze względu na ich faktyczne bądź domniemane powiązanie, związek, przynależność, członkostwo lub udzielanie wsparcia grupie wyróżnianej na podstawie cech charakterystycznych wspólnych dla jej członków, takich jak faktyczna lub domniemana rasa, narodowość lub pochodzenie etniczne, język, kolor skóry, religia, płeć, wiek, niepełnosprawność fizyczna lub psychiczna, orientacja seksualna lub inne podobne cechy.

Mowa nienawiści – jak przeciwdziałać?

1. reagować na wszelkie przejawy mowy nienawiści i podejmować wczesną interwencję;
2. włączać się w budowanie społecznego zaplecza działań antidyskryminacyjnych (np. w sieci aktywistów) oraz wspierać takie inicjatywy;
3. (współ)tworzyć przestrzeń do budowania poczucia wspólnoty między członkami większości, a grupami mniejszościowymi;

¹⁴¹ *Mowa nienawiści*, <https://rownosc.info/dictionary/mowa-nienawisci-jezyk-nienawisci/> [dostęp: 27.05.2020].

¹⁴² *Słownik antydyskryminacyjny*, <http://www.bezuprzedzen.org/dyskryminacja/art.php?art=14&tekst=tekst> [dostęp: 27.05.2020]; Krukowska J. *Polska rzeczywistość: Ciemnogród, mohery i katole*. Kurier Poranny, 2009, <https://poranny.pl/polska-rzeczywistosc-ciemnogrod-mohery-i-katole-a-coty-o-tym-sadzisz/ar/5198720> [dostęp: 27.05.2020].

¹⁴³ *Czym jest mowa nienawiści? Mowa nienawiści – definicja Rady Europy. Humanity in Action*, <https://uprzeduprzedzenia.org/czym-mowa-nienawisci/> [dostęp: 27.05.2020].

4. odwoływać się do historycznej wielokulturowości Polski, by wspierać otwartość na różnorodność społeczno-kulturową¹⁴⁴.

Najczęściej hejtowane grupy w Polsce: mniejszości nieheteronormatywne, mniejszość romska, osoby czarnoskóre, mniejszość żydowska, muzułmanie, mniejszość ukraińska¹⁴⁵.

Osoby, do których adresowana jest mowa nienawiści, doświadczają różnorodnych uczuć, jak zawstydzenie, czują się poniżone, doznają tak silnego stresu, że według niektórych badań – a też można o tym usłyszeć w mass mediach – popełniają samobójstwo¹⁴⁶. W tych grupach liczba samobójstw jest znacznie większa niż w podobnych pod względem wieku, ale niedoświadczających mowy nienawiści¹⁴⁷.

Prawdopodobnie gdybyśmy żyli w kraju z bardzo ostro działającą cenzurą, mowa nienawiści byłaby rzadziej używana.

[...] Dyskusja w sieci, choć często nacechowana emocjonalnie i agresywna, jest niezbędna dla demokracji, zwłaszcza lokalnej. Fora internetowe czy blogi to często jedyne miejsca, które służą do monitorowania pracy polityków i urzędników – mówi *Dorota Głowacka*, koordynator programu Obserwatorium wolności mediów w Polsce Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka. Wszelkie nowe zakazy czy próby zaostrzenia prawa mogłyby więc nam zaszkodzić.

Nadmierne restrykcje wywołują tzw. efekt mrozący – skłaniają do milczenia „na zapas” i to nawet wtedy, gdy to milczenie bynajmniej nie jest pożądane. Bo osłabia i hamuje debatę w sprawach publicznych, bez której nie ma demokratycznego społeczeństwa – pisze prof. Ewa Łętowska, prawniczka z Instytutu Nauk Prawnych PAN. Hejt – choć tak nieprzyjemny, destruktywny i niedojrzały – jest niestety ceną, jaką musimy płacić za wolność słowa [...] ¹⁴⁸.

Jak reagować na hejt? Gdzie zgłaszać? Przepisy prawne w Polsce

Mowa nienawiści skierowana przeciwko komukolwiek w wielu budzi nie tylko odrazę czy smutek, ale też chęć odpowiedzenia w ten sam sposób hejterowi. Jest to jednak błąd.

144 Humanity in Action. *Przestępstwo z nienawiści – definicja Biura Instytucji Demokratycznych i Praw Człowieka Organizacji Bezpieczeństwa i Współpracy w Europie (ODIHR-OSCE)*, <https://uprzedzuprzedzenia.org/czym-mowa-nienawisci/> [dostęp: 27.05.2020].

145 Humanity in Action. *Najczęściej hejtowane grupy w Polsce*, <https://uprzedzuprzedzenia.org/czym-mowa-nienawisci/> [dostęp: 27.05.2020].

146 Hansen K., Świdorska A. *Mowa nienawiści jako zachowanie powiązane ze stereotypami i emocjami międzygrupowymi*, https://www.researchgate.net/publication/331314621_Mowa_nienawisci_jako_zachowanie_powiazane_ze_stereotypami_i_emocjami_miedzygrupowymi [dostęp: 27.05.2020].

147 Stefaniak A., Winiewski M. (red.). *Uprzedzenia w Polsce 2017: oblicza przemocy międzygrupowej*. Liberi Libri, Warszawa 2018. ISBN 978-83-63487-26-3, [http://cbu.psychologia.pl/uploads/f_bulska/Uprzedzenia_2018_final%20\(2\).pdf](http://cbu.psychologia.pl/uploads/f_bulska/Uprzedzenia_2018_final%20(2).pdf) [dostęp: 27.05.2020]; Bilewicz M., Marchlewska M., Soral W., Winiewski M. *Mowa nienawiści. Raport z badań sondażowych*. Fundacja im. Stefana Batorego, Warszawa 2014, http://www.mowanienawisci.info/wp-content/uploads/2014/06/raport_final_poj.pdf [dostęp: 27.05.2020].

148 Stradowski J. *Co się dzieje w głowie hejtera? Skąd się bierze mowa nienawiści*, <https://www.focus.pl/artykul/co-si-dzieje-w-gowie-hejtera> [dostęp: 3.06.2020].

Gniew jest jedną z głównych motywacji hejterów, ale dotyczy też osób, które czytają czy słyszą treści hejterskie – stają się one jakby ofiarami, a także niejednokrotnie czują potrzebę odpowiedzi w ten sam sposób¹⁴⁹.

Jednak tłumienie emocji najczęściej prowadzi do tego, że potem wybuchają ze zdwojoną siłą, a do tego szkodzą naszemu zdrowiu. **Gniew można jednak ujarzmić i konstruktywnie wykorzystać.** Jak?

Oto kilka rad:

1. Wyrażaj gniew słowami. Podobnie jak mówisz: „jestem głodny”, powiedz: „jestem zły”.
2. Spróbuj zapisać swój gniew, nie cenzurując tekstu.
3. Gdy ochłoniesz, możesz przeanalizować swe emocje i ich przyczynę.
4. Nie podejmuj ważnych decyzji pod wpływem gniewu.
5. Spróbuj odczekać np. godzinę i spojrzeć na przyczynę emocji z dystansu.
6. Bezpiecznie wyładowuj swój gniew, krzycząc w samotności, uprawiając sport (bieganie, jazda na rowerze itd.), uderzając w worek treningowy itd.

W Internecie znajduje się wiele stron mających na celu ograniczanie występowania i skutków hejtu¹⁵⁰.

Gdzie zgłaszać hejt?

Jeśli jesteśmy ofiarą – warto wiedzieć, że możemy zwrócić się do właściciela portalu, aby udostępnił nam dane hejtera – może udostępnić nam adres IP i inne informacje o użytkowniku, a my możemy przekazać te informacje Policji, celem ustalenia sprawy. Nie powinniśmy dać się „zwieść” ewentualnym twierdzeniom, że hejtera chroni RODO, które gwarantuje mu anonimowość.

Czy właściciel strony musi zareagować?

Oczywiście możemy też wymagać od właściciela serwisu, aby usunął krzywdzące nas treści.

Właściciel strony internetowej (np. forum) nie musi czytać wszystkich wpisów, które użytkownicy na nim umieszczają, ale jeśli już otrzyma informacje o jakiejś nielegalnej treści – musi na nią zareagować. Jest to tzw. procedura „notice and take down” (mówi o niej art. 14 ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną).

Jeżeli właściciel serwisu nie przychylił się do naszej prośby, a wpis rzeczywiście ma charakter naruszający prawo, to sam administrator serwisu zaczyna ponosić

149 Winnikow D. *Jak ujarzmić swój gniew?*, <https://www.focus.pl/artykul/ujarzmic-gniew> [dostęp: 26.07.2020].

150 Stradowski J. *Co się dzieje w głowie hejtera? Skąd się bierze mowa nienawiści*, <https://www.focus.pl/artykul/co-si-dzieje-w-gowie-hejtera> [dostęp: 27.05.2020]; #StopMowieNienawisci, <http://stopmowienienawisci.pl/> [dostęp: 3.06.2020]; #przystalhejtera, <http://www.przystalhejtera.pl/> [dostęp: 3.06.2020].

odpowiedzialność za naruszenie naszych dóbr osobistych. Uwolni się od tej odpowiedzialności, tylko jeśli udowodni, że nie wiedział o obraźliwym wpisie¹⁵¹.

Przepisy prawne w Polsce

Art. 54 **Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej** z dnia 2 kwietnia 1997 r.¹⁵² ochrania wolność słowa. W art. 13 Konstytucja RP zakazuje istnienia partii politycznych oraz innych organizacji, których program jest oparty na metodach totalitarnych, praktykach działania nazizmu, komunizmu i faszyzmu oraz tych, których program zakłada lub dopuszcza nienawiść rasową i narodowościową. Art. 35 Konstytucji RP zapewnia ochronę praw mniejszości narodowych i etnicznych.

Mimo że w polskim prawie nie stworzono osobnej regulacji dotyczącej mowy nienawiści i zbrodni nienawiści, to oba te zjawiska są uznawane za niezgodne z istniejącym polskim prawem (przepisy **Kodeksu karnego** oraz **Kodeksu cywilnego**). Dla przykładu znieważanie, pomawianie, grożenie czy nawoływanie do nienawiści na tle różnic narodowościowych, etnicznych, rasowych, wyznaniowych albo ze względu na bezwyznaniowość jest zabronione i podlega karze na podstawie kodeksu karnego (art. 212, 216, 256, 257)¹⁵³.

Na przykład w art. 256 k.k. ujęto znieważanie lub nawoływanie do nienawiści na tle narodowościowym, rasowym, etnicznym lub wyznaniowym. Ale nie ma w Polsce przepisu szczególnego prawa karnego chroniącego bezpośrednio osoby przed nienawiścią z powodu orientacji psychoseksualnej lub tożsamości płciowej.

Mowę nienawiści należy rozgraniczyć od podobnych przestępstw, takich jak pochwała napaści wojennej, znieważenie narodu, znieważenie Prezydenta RP, znieważenie flagi, obraza uczuć religijnych, pochwała pedofilii, pomówienie czy zaprzeczanie zbrodniom komunistycznym lub nazistowskim¹⁵⁴.

W **Ustawie o radiofonii i telewizji**¹⁵⁵ zawarty jest art. 18, który dotyczy zakazu propagowania w tych mediach programów, przedstawiania poglądów dyskryminujących z powodu płci, rasy lub narodowości. Jest tam też zapis nakazujący poszanowanie przekonań religijnych, szczególnie chrześcijańskich odbiorców¹⁵⁶.

151 Grzesiek-Kasperczyk A. *Konsekwencje prawne hejtu w sieci i social media*, <https://socialpress.pl/2019/01/konsekwencje-prawne-hejtu-w-sieci-i-social-media> [dostęp: 27.05.2020].

152 Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. Dz.U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483, z 2001 r. Nr 28, poz. 319, z 2006 r. Nr 200, poz. 1471, z 2009 r. Nr 114, poz. 946.

153 Humanity in Action, *Co na to polskie prawo?*, <https://uprzedzuprzedzenia.org/czym-mowa-nienawisci/> [dostęp: 27.05.2020].

154 Łętowska E. *Zwodnicze uroki pokusy karanja hate speech*. *Obserwator Konstytucyjny*, 4.10.2013, <http://www.obserwatorkonstytucyjny.pl/debaty/zwodnicze-uroki-pokusy-karanja-hate-speech/2/> [dostęp: 27.05.2020].

155 Ustawa z dnia 29 grudnia 1992 r. o radiofonii i telewizji, t.j. Dz.U. 2020, poz. 805.

156 Marcinkowski J.T., Konopielko Z., Rosińska P., Klimberg A. *Dotyk to „piesń bez słów” – znaczenie w rozwoju, zdrowiu i seksie. Część III. „Zły dotyk słowa” – czyli o mowie nienawiści*. W: Bejda G., Lewko J., Krajewska-Kułać E. (red.). *Zachowania prozdrowotne jako element aktywności życiowej człowieka*. ISBN 978-83-955921-9-5. Wydanie I, Białystok 2020: 949.

Mowa nienawiści (hejt) → Molestowanie

MSDP → Matka paląca podczas ciąży

Münchhausen syndrome → Hipochondria

N

Nadciśnienie tętnicze → Otyłość

Nadwrażliwość elektromagnetyczna → Zdrowie środowiskowe

Nagła utrata zdrowia (i nie tylko) – problemy psychologiczne

Przyczyny i fazy przystosowywania się

Doświadczenie nagłej utraty (zwykle niespodziewanej, gdy człowiek nie jest przygotowany) sprawności fizycznej lub rozpoznanie nieuleczalnej choroby jest porównywalne z każdą inną utratą – śmiercią osoby bliskiej, dorobku życia na skutek klęsk żywiołowych, a dla niektórych bankructwem¹⁵⁷.

Nagła utrata zdrowia/sprawności zawsze wiąże się z przeczuciem, przekonaniem, że jest to coś bardzo trudnego i że niepełnosprawność/choroba nie jest wpisana w życie osoby doświadczanej.

Fazy przystosowania się – od szoku, zaprzeczania, gniewu, żalu po stracie aż do akceptacji nowej sytuacji życiowej; z czasem pojawia się nadzieja na lepsze życie i dość często powraca chęć do działania. Ustąpienie wcześniejszych napięć umożliwia zorientowanie się, co tak naprawdę się stało, co o tym myślą inni, jakie podejmować kolejne racjonalne już kroki i w jakiej kolejności; pojawiają się nowe pomysły¹⁵⁸.

157 Pool L.R., Burgard S.A., Needham B.L. i wsp. *Association of a Negative Wealth Shock With All – Cause Mortality in Middle-aged and Older Adults in the United States*. Doi: 10.1001/jama.2018.2055. 2018 Apr 3; 319 (13): 1341-1350, PMID: 29614178, PMCID: PMC5933380, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29614178/> [dostęp: 20.11.2020].

158 Oruba E. *Moje ciało się zmieniło – kim teraz jestem? Człowiek w sytuacji utraty sprawności*. Instytut Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, <http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/135-zdrowie-i-choroba/1498-moje-cialo-sie-zmienilo-kim-teraz-jestem-czlowiek-w-sytuacji-utraty-sprawnosci-edyta-oruba.html> [dostęp: 20.11.2020].

Warunkiem pogodzenia się i rozpoczęcia życia niejako „w innym wymiarze” jest przejście wszystkich wymienionych faz. Niektórzy ludzie wciąż pozostają na etapach poprzednich i mogą nigdy nie dojść do prawdziwej akceptacji nowego położenia życiowego i przeformułowania celów rozwojowych.

Z doświadczaniem straty wiąże się pojęcie strefy utraconego rozwoju. Im jest ona większa, im choroba bądź niepełnosprawność bardziej dezorganizuje życie jednostki, tym osoba musi więcej włożyć energii (wykorzystać zgromadzone zasoby – nie tylko materialne) w przystosowanie się do nowej sytuacji (po wypadku trzeba przeprowadzić remont dopiero co wybudowanego domu). Zasoby, które były gromadzone na przyszły rozwój, muszą być użyte jako zabezpieczenie przed regresem rozwojowym.

Reakcje na nagłą utratę sprawności są indywidualnie różne. Zależą od wyznawanych wartości, celów życiowych, poprzednich doświadczeń z chorobami i medycyną, wieku, etapu życia, ale też cech osobowości i własnych zasobów (potencjałów – zob. hasło „Zdrowie psychiczne”) czy postaw innych ludzi.

Dla jednych to nowe doświadczenie życiowe, które dezorganizuje życie, ale można się z tego podnieść i rozpocząć funkcjonowanie w odmienionych warunkach lub nawet osiągnąć wyższy poziom dojrzałości osobowej (por. potraumatyczny wzrost). Dla innych może stanowić życiową klęskę. Postawy wobec sytuacji traumatycznych determinują dalsze życie i jego jakość z niepełnosprawnością/chorobą.

Ból po utracie sprawności wiąże się i często zależy od kolejnych, związanych z tą pierwszą, strat życiowych, jak np. niemożliwość kontynuowania pracy zawodowej, edukacji, zmiana planów, marzeń, dostępności do różnego rodzaju rozrywek, sportów, dotychczasowego życia kulturalnego, towarzyskiego. Istotne też są – najczęściej zmienione – role społeczne.

Pomoc

Niektórzy wobec nowej sytuacji życiowej nie są w stanie już niczego budować, zostają niejako „w próżni”. Na tym etapie – jak w pierwszych fazach po stracie osoby bliskiej – potrzebują opieki nie tylko osób bliskich, ale też profesjonalnej. Dzięki temu uzyskiwany jest czas na wzmocnienie wewnętrznych zasobów sił, które mają wielkie znaczenie ochronne przed możliwymi zachowaniami nieadaptacyjnymi, jak rozczulanie się nad sobą, roszczeniowość czy uzależnienia. Każda faza odznacza się własną specyfiką, stąd działania zarówno psychologa, jak i całego zespołu leczącego będą się różniły.

W kontekście adaptacji do sytuacji straty i akceptacji nowego położenia życiowego konieczna jest, podobnie jak w czasach młodości, zmiana obrazu własnej osoby wraz ze zmianą światopoglądu: „Kim jestem teraz – jakie są moje cechy, relacje z innymi, czego dotyczą moje obowiązki, marzenia, wyznawane wartości i plany?”. Odpowiedź na to pytanie zależy od osoby doświadczanej – pod warunkiem że będzie postrzegą

siebie jako aktywny podmiot, a nie tylko przedmiot oddziaływań specjalistów. Im bardziej osoba będzie autonomiczna w działaniu i odpowiedzialna za swoje życie, tym mniej będzie zależna od okoliczności zewnętrznych, które mogą być czasem bardzo niesprzyjające.

Zmiany w obrazie własnej osoby, realne spostrzeganie swojego funkcjonowania są powiązane ze stawianiem nowych celów (trwanie przy tych z przeszłości może spowodować pozorne przystosowanie się).

Pomocne może być ustalanie krótkoterminowych planów i zadań, jak np. wizyta u lekarza, zorientowanie się w przysługujących formach pomocy, także społecznej, czy zorganizowanie wyjazdu do miejsc, które umożliwią choć krótkotrwały wypoczynek. Ten ostatni punkt jest szczególnie ważny, gdyż zmiana miejsca pobytu wielokrotnie umożliwia spojrzenie na sytuację z innej perspektywy, a także rozpoznanie siebie dawnego pomimo utraty (swoich zainteresowań, poglądów, poczucia humoru), zintegrowanie w obrębie własnego „ja”.

W nowej życiowej sytuacji jest też możliwe odkrycie w sobie innych pożądanых cech, które nigdy nie były wykorzystywane, jak np. upór, cierpliwość, zdecydowanie w działaniu czy radzenie sobie w trudach życia.

Kryzys utraty sprawności jest związany z kryzysem tożsamości – dlatego ważne jest poszukiwanie i obecność ludzi (nie tylko specjalistów), którzy porozmawiają, podyskutują, pomogą, gdy trzeba pokonywać np. bariery architektoniczne czy zaproponują nowe pomysły na wyjście z sytuacji trudnej.

Istotą bycia, odnalezienia się w tej nowej rzeczywistości jest uświadomienie sobie siebie i odrzucenie własnych lęków i uprzedzeń przy jednoczesnym zaakceptowaniu przeszkód i blokad rozwojowych¹⁵⁹.

Nagły zgon → Aktywność fizyczna

Najwyższe dopuszczalne stężenie (NDS) → Medycyna pracy

Najwyższe dopuszczalne stężenie chwilowe (NDSCh) → Medycyna pracy

Najwyższe dopuszczalne stężenie pułapowe (NDSP) → Medycyna pracy

Narkotyki → Używanie innych niż alkohol substancji psychoaktywnych

Narodowe Centrum Edukacji Żywieniowej (NCEŻ) → Otyłość

159 Wolski P. *Utrata sprawności. Radzenie sobie z niepełnosprawnością nabytą a aktywizacja zawodowa*. Wyd. Naukowe SCHOLAR 2010; Barłóg K. *Trajektoria w analizach cierpienia osób z nagłą utratą sprawności*. Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin-Polonia 2015; XXVIII, 1 sectio J-10.17951/j.2015.28.1.83.

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny →
Medycyna profilaktyczna. Instytucje

Narodowy Program Zdrowia (NPZ) → Medycyna profilaktyczna. Instytucje

NCEŻ (Narodowe Centrum Edukacji Żywnościowej) → Otyłość

NDS (Najwyższe dopuszczalne stężenie) → Medycyna pracy

NDSCh (Najwyższe dopuszczalne stężenie chwilowe) → Medycyna pracy

NDSP (Najwyższe dopuszczalne stężenie pułapowe) → Medycyna pracy

Niepożądane odczyny poszczepienne (NOP) → Szczepienia

NIZP–PZH (Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny) →
Medycyna profilaktyczna. Instytucje

Nikotynizm → Uzależnienie od nikotyny

NOP (niepożądane odczyny poszczepienne) → Szczepienia

Nowe substancje psychoaktywne (NSP) → Dopalacze → Uzależnienia od innych niż alkohol
substancji psychoaktywnych

O

Obwód talii → Otyłość

OCT leki (bez recepty) → Uzależnienia od innych niż alkohol substancji psychoaktywnych

One Health → Medycyna profilaktyczna. Instytucje

Odpady → Zdrowie środowiskowe

Ortoreksja → Zaburzenia żywienia i odżywiania

Orzekanie o zakażeniach szpitalnych i innego rodzaju błędach medycznych

Orzekaniem w przypadku zgłoszenia prawdopodobieństwa zaistnienia zakażenia zakładowego/szpitalnego i przy podejrzeniu różnych błędów medycznych zajmują się:

- 1) wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych,
- 2) okręgowi rzecznicy odpowiedzialności zawodowej izb lekarskich,
- 3) sądy powszechne.

Zdarzenie medyczne

Zdarzeniem medycznym jest zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta albo śmierć pacjenta będące następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną:

- diagnozy, jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby;
- leczenia, w tym wykonania zabiegu operacyjnego;
- zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego.

Celem postępowania przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych jest ustalenie, czy zdarzenie, którego następstwem była szkoda majątkowa lub niemajątkowa, stanowiło zdarzenie medyczne¹⁶⁰.

Na świecie obserwuje się narastającą liczbę pozwów sądowych o odszkodowania za zakażenie szpitalne i błędy medyczne, do czego zapewne przyczyniają się liczne strony internetowe zawierające instrukcje, jak domagać się od szpitala odszkodowania, zadośćuczynienia lub renty¹⁶¹. Jest to przyczyną obciążania ogromnymi kosztami placówek medycznych, ale także pojedynczych lekarzy. Problem jest już dawno znany na świecie, w Polsce lawinowo narasta¹⁶².

Źródłem wiedzy, być może także przydatnej edukacyjnie, na temat pozwów sądowych przeciwko lekarzom i zakładom opieki zdrowotnej (szpitalom) jest m.in. „Portal orzeczeń sądów powszechnych” (<https://orzeczenia.ms.gov.pl/>).

Otyłość

Otyłość została uznana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) za najgroźniejszą chorobę przewlekłą i jej częstość już przybrała postać nasilającej się epidemii.

160 *Funkcjonowanie wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych*, <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/funkcjonowanie-wojewodzkih-komisji-ds-orzekania-o-zdarzeniach-medycznych> [dostęp: 19.03.2020].

161 *Odszkodowanie za zakażenie szpitalne przed sądem*, <https://www.poradnikzdrowie.pl/sprawdz-sie/niezbednik-pacjenta/odszkodowanie-za-zakazenie-szpitalne-przed-sadem-aa-HuLP-MmH3-U9nV.html> [dostęp: 19.03.2020].

162 *What You Need to Know About Anesthesiology Malpractice*, <https://www.sommerspc.com/blog/2018/04/what-you-need-to-know-about-anesthesiology-malpractice/> [dostęp: 26.03.2020]; *Raport o nadużyciach Medscape 2015: Dlaczego anestezjolodzy są pozywani*, <https://www.medscape.com/features/slideshow/malpractice-report-2015/anesthesiology> [dostęp: 26.03.2020]; *Błąd Medyczny 24*, https://bladmedyczny24.pl/?gclid=CjwKCAiAyeTxBRBvEiwAuM8dneyQmgd8LXwggMsAEVog8gzvpl9ZWBt__n9NXI7xRkFiEFPgPIVrDhoCYQ4QAvD_BwE [dostęp: 26.03.2020]; *Skarga na lekarza, przychodnię lub szpital – gdzie i jak złożyć?*, <https://www.prawokonsumenckie.pl/pl/a/skarga-na-lekarza> [dostęp: 26.03.2020].

Epidemiologia dorosłych i dzieci

W USA 34,3% populacji ma problemy z nadwagą i prognozuje się, że w 2030 r. prawie połowa (47%) Amerykanów będzie otyła.

Otyłość równie częsta jak w USA występuje w krajach arabskich, takich jak Katar, Kuwejt, Zjednoczone Emiraty Arabskie, Arabia Saudyjska, Oman. W Jordanii 31,5% populacji jest otyła, a w Turcji – 29,3%. W krajach rozwiniętych nadal najmniejszy odsetek osób otyłych obserwuje się w Japonii (3,3% populacji), choć trend ten powoli wzrasta.

Według WHO, w 2016 r. nadwaga (BMI > 25 kg/m²) występowała u 39% dorosłych na świecie i dotyczyła nieomal równej liczby kobiet i mężczyzn, a otyłość (BMI > 30 kg/m²) rozpoznawano u 13% dorosłych – nieco częściej u kobiet. Ustalono też, że większość ludzi żyje w krajach, gdzie nadwaga i otyłość zabija więcej osób niż niedowaga¹⁶³.

Według prognoz *World Obesity Federation* w 2025 r. co czwarta osoba na świecie, tj. 2,7 mld ludzi, będzie cierpieła z powodu nadwagi i otyłości.

W Europie najwięcej osób otyłych jest w Wielkiej Brytanii (27,3%), Irlandii (25,5%), Czechach (23,8%), a najmniej otyłych – w Serbii (17,8%), Holandii (18,6%) i Danii (19%)¹⁶⁴.

W Polsce obserwuje się tendencję wzrostową nadmiernej masy ciała – w styczniu 2019 r. na Narodowym Kongresie Żywienia podano, że w latach 2015-2018 nadmierną masę ciała wykazywało 69% dorosłych Polaków oraz 59% Polek, dotyczyło to także młodych, szczególnie mężczyzn.

„Wiele osób nie zdaje sobie sprawy z tego, że tyje, bo nie kontroluje swej masy ciała, tymczasem nawet w krótkim okresie można przytyć kilka kilogramów” – ostrzegano¹⁶⁵.

Według opublikowanego w 2017 r. raportu WHO, w ostatnich 40 latach **liczba otyłych dzieci i młodzieży** zwiększyła się na świecie aż 11-krotnie: z 11 mln do 120 mln. Najwięcej otyłych dzieci i młodzieży było w Polinezji i Mikronezji (25,4% dziewcząt i 22,4% chłopców).

W Polsce zbyt wysoką masę ciała ma 10% dzieci półrocznych, prawie 25% dzieci w wieku 3 lat i około 30% dzieci w wieku 8 lat. Dotyczy to szczególnie chłopców.

163 WHO. *Obesity and overweight*, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> [dostęp: 18.04.2020].

164 *W 2025 co czwarta osoba na świecie będzie miała nadwagę lub otyłość*, <https://nauka.wpolsce.pap.pl/aktualnosci/news%2C460272%2CW-2025-co-czwarta-osoba-na-swiecie-bedzie-miala-nadwage-lub-otylosc.html> [dostęp: 26.07.2020].

165 Wojtasiński Z. *Eksperci: otyłość u polskich dzieci narasta w wyjątkowo szybkim tempie*, <http://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news%2C32606%2CEksperci-otylosc-u-polskich-dzieci-narasta-w-wyjatkowo-szybkim-tempie.html> [dostęp: 1.06.2020]; NFZ. *Otyłość – choroba wagi ciężkiej*, <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/otylosc-choroba-wagi-ciezkiej,7355.html> [dostęp: 18.04.2020].

- Niepokojącym zjawiskiem w krajach rozwiniętych (także w Polsce¹⁶⁶) jest wysoka częstość otyłości u dzieci¹⁶⁷, choć w Europie Zachodniej i Północnej oraz w USA w 2016 r. przestała wzrastać. W USA otyłych było 19,5%, dziewcząt i 23,3% chłopców.
- W 2018 r. we wszystkich krajach świata łącznie problemy z nadwagą i otyłością miało 10% dzieci i młodzieży.
- Szacuje się, że do 2025 r. nadmierną masę ciała będzie miało 75% dorosłej populacji świata oraz 30% dzieci i nastolatków.
- Prognozuje się też, że w 2025 r. będzie 177 mln osób w wieku 5-17 lat z nadwagą oraz 91 mln z otyłością.
- Wśród dzieci w Europie w wieku 6-9 lat, według WHO na trzech chłopców jeden jest otyły, a na pięć dziewczynek – jedna otyła¹⁶⁸.

Otyłość u dziecka 6-letniego prognozuje 25% ryzyko otyłości w wieku dorosłym, a otyłość w wieku 12 lat – zwiększa to ryzyko do 75%.

Obserwując tempo wzrostu tego zagrożenia zdrowotnego, prognozuje się, że w 2025 r. ok. 12 mln dzieci będzie miało nieprawidłową tolerancję glukozy; 4 mln zachoruje na cukrzycę typu 2; 27 mln będzie miało nadciśnienie, a 38 mln – stłuszczenie wątroby.

Przyczyny

Udział czynników genetycznych w patogenezie otyłości dzieci ocenia się jedynie na mniej niż 5%, zauważając, że największy wpływ ma środowisko¹⁶⁹. Wśród przyczyn otyłości u dzieci i młodzieży WHO wymienia niewystarczającą aktywność fizyczną lub jej brak (98%), szczególnie powiązaną z przekarmianiem produktami o wysokiej kaloryczności w stosunku do zapotrzebowania organizmu w tym wieku¹⁷⁰ (w tym **słodzone**

166 *Eksperci: otyłość u polskich dzieci narasta w wyjątkowo szybkim tempie*, <http://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news%2C32606%2Cekspersi-otylosc-u-polskich-dzieci-narasta-w-wyjatkowo-szybkim-tempie.html> [dostęp: 18.04.2020].

167 Reilly J.J. i wsp. *Early life risk factors for obesity in childhood: cohort study*, *BMJ* (Clinical research ed.), 330 (7504), 2005: 1357. Doi: 10.1136/bmj.38470.670903.Eo, ISSN 1756-1833, PMID: 15908441 [dostęp: 18.04.2019].

168 *W 2025 co czwarta osoba na świecie będzie miała nadwagę lub otyłość*, <https://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news%2C460272%2Cw-2025-co-czwarta-osoba-na-swiecie-bedzie-miala-nadwage-lub-otylosc.html> [dostęp: 26.07.2020].

169 Kołtąj W. i wsp. *Obesity – adisease, or maybe a battered child case?* *Pediatric Endocrinology*, 17 (2); 2018: 107-118. Doi: 10.18544/ep-01.17.02.1697, ISSN 1730-0282 [dostęp: 18.04.2020].

170 Przybylska D., Kurowska M., Przybylski O. *Otyłość i nadwaga w populacji rozwojowej*. *Hygeia Public Health*, 2012; 47 (1): 28-35; Lau D.C.W., Douketis J.D. i wsp. *2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children [summary]*, *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 176 (8), 2007: S1-S13. Doi: 10.1503/cmaj.061409, ISSN 0820-3946, PMID: 17420481, PMCID: PMC1839777 [dostęp: 18.04.2020]; Malhotra A., Noakes T., Phinney S. *It is time to bust the myth of physical inactivity and obesity: you cannot outrun a bad diet*, *Br. J. Sports*

napoje oraz posiłki typu *fast food*), zbyt małą ilość warzyw i owoców w codziennej diecie, siedzący tryb życia¹⁷¹.

Według WHO koszty medyczne związane z leczeniem chorób powodowanych przez nadwagę i otyłość w 2025 r. mogą sięgnąć aż 1,2 bln dolarów. Z powodu chorób związanych z nadwagą i otyłością umiera rocznie ponad 2,5 mln osób na świecie, otyłość skraca życie średnio o 14 lat.

Uważa się, że za nadmierną masę ciała dorosłych w 30% odpowiedzialne są czynniki genetyczne, w 60% czynniki środowiskowe, a w 10% czynniki określane jako kulturowe. Jednak zwykle etiopatogeneza otyłości jest wieloczynnikowa: biorą w niej udział wszystkie trzy wymienione czynniki.

Pomimo wielu współcześnie prowadzonych badań z zakresu psychologii człowieka otyłego oraz prac nad uzależnieniami od słodyczy (wiedzę na ten temat podamy w odpowiednich podrozdziałach), nadal się uważa, że główną przyczyną jest m.in. antyzdrowotny styl życia (nieprawidłowe nawyki żywieniowe i brak aktywności fizycznej), przy czym należy też podkreślić, że otyłość może być związana także z nieradzeniem sobie ze stresem, który przynosi cywilizacja¹⁷².

Przed kilkudziesięciu laty uważano, że funkcją tkanki tłuszczowej jest jedynie gromadzenie zapasów energii, regulacja ciepłoty ciała, a także amortyzacja w przypadku urazów. Badania ostatnich 30 lat udowodniły, że jest to bardzo aktywny narząd endokryny spełniający także inne wielorakie funkcje, których zaburzenie może powodować wiele chorób cywilizacyjnych i innych¹⁷³.

Rozpoznanie otyłości i nadciśnienia tętniczego u dzieci

Dla **rozpoznania otyłości, ale też kontroli rozwoju dziecka** (wzrostu i masy ciała, ciśnienia tętniczego, a w przypadku niemowląt innych parametrów) służą tzw. siatki centylowe. W ciągu lat są modyfikowane w zależności od badanej populacji. W Internecie można znaleźć ich znaczną liczbę, więc warto sprawdzić, czy nie dotyczą np. dzieci amerykańskich i kiedy zostały opracowane. Warto więc korzystać z wiedzy czynnych

Med. 49 (15); 2015: 967-968. Doi: 10.1136/bjsports-2015-094911, ISSN 0306-3674, PMID: 25904145 [dostęp: 18.04.2020].

171 GIS. *Otyłość dzieci i młodzieży poważnym problemem globalnym*, <https://gis.gov.pl/zdrowie/otylosc-dzieci-Stygmatyzacja-i-mlodziezy-powaznym-problemem-globalnym/> [dostęp: 18.04.2020].

172 Jarosz M., Wolnicka K., Kłosowska J. *Czynniki środowiskowe związane z występowaniem nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży*. Postępy Nauk Medycznych 2011; 9: 770-777.

173 Graff M., Scott R.A., Justice A.E. i wsp. *Genome-wide Physical Activity Interactions in Adiposity – A Meta-Analysis of 200,452 Adults*. PLoS Genet, 2017 Apr 27; 13 (4): e1006528. Doi: 10.1371/journal.pgen.1006528. eCollection 2017 Apr. [dostęp: 7.06.2020]; Dr. Axe. *Visceral Fat*. Food and Medicine 2018; Levy J. *What It Is and Why It's So Dangerous*, <https://draxe.com/health/visceral-fat/> [dostęp: 7.06.2020]; Skowrońska B., Fichna M., Fichna P. *Rola tkanki tłuszczowej w układzie dokrewnym*. 2005, <http://www.kzf.ump.edu.pl/Lekarski%20i%20rok/Rola%20tkanki.pdf> [dostęp: 7.06.2020].

zawodowo pediatrów czy lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, którzy są informowani na bieżąco. Po upewnieniu się, że siatka centylowa jest aktualna, nadwagę można rozpoznać, gdy BMI dziecka w zależności od płci i wieku mieści się w zakresie 90-97 centyla, a otyłość, gdy BMI przekracza 97 centyl¹⁷⁴.

Warto przy tym pamiętać, że dzieci z tego samego rocznika mogą się znacznie różnić pomiędzy sobą pod względem wymiarów, kształtu ciała i proporcji, co zależy m.in. od czynników genetycznych, ale też środowiskowych. Każde dziecko rozwija się w sposób indywidualny, ponadto dla wcześniaków utworzono odrębne siatki centylowe, a do pomiaru niemowląt zamiast wzrostu podaje się długość ciała¹⁷⁵.

Temat **nadciśnienia tętniczego** u małych dzieci jest raczej odrębny od otyłości, gdyż są inne najważniejsze przyczyny w tej grupie wiekowej.

Jednakże wśród otyłych w wieku pokwitania nadciśnienie tętnicze jest częste i trudne diagnostycznie, ponieważ nakładają się typowe dla wieku zaburzenia żywieniowe, wahania nastroju i nasilone emocje.

W siatkach centylowych opracowanych m.in. w IP-CZD w 2015 r. poza wskaźnikami rozwoju dziecka podano – co szczególnie cenne – kryteria norm ciśnienia tętniczego u dzieci według wieku i płci¹⁷⁶.

Należy jednak podkreślić, że tak jak w przypadku siatek centylowych dotyczących rozwoju dzieci, tak też w przypadku ciśnienia tętniczego warto śledzić nowe doniesienia o normach, gdyż jak wiadomo, medycyna stale się rozwija, ale też zmienia się styl życia społeczeństwa i warunki środowiskowe¹⁷⁷.

Rozpoznanie otyłości u dorosłych (BMI, otyłość trzewna)

Za otyłość uważa się stan, w którym tkanka tłuszczowa stanowi więcej niż 25% całkowitej masy ciała u mężczyzn oraz 30% u kobiet.

174 Pycińska M., Albrecht P. *Otyłość u dzieci*, <https://przegladpediatryczny.pl/a1352/Otylosc-u-dzieci-.html> [dostęp: 19.05.2020]; WHO. *Siatki centylowe – dzieci 0-5 lat*, http://www.imid.med.pl/images/do-pobrania/Siatki_0-5_lat_WHO.pdf [dostęp: 19.05.2020].

175 NCEŻ IŻŻ. *Siatki centylowe, czyli ocena rozwoju fizycznego i stanu odżywienia dziecka*, <https://ncez.pl/dzieci-i-mlodziez/dzieci-0-3/siatki-centylowe--czyli-ocena-rozwoju-fizycznego-i-stanu-odzywienia-dziecka> [dostęp: 20.11.2020].

176 IP-CZD. *Siatki centylowe dzieci i młodzieży w wieku 3-18 lat*, http://www.czd.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=1717&Itemid=538 [dostęp: 19.05.2020]. Przegląd opublikowanych prac na ten temat, ale też przydatną wiedzę praktyczną, jak np. zasady pomiaru ciśnienia tętniczego w omawianej grupie wiekowej, podano m.in. w: Werner B., Wieniawski P. *Zasady rozpoznawania nadciśnienia tętniczego u noworodków, dzieci i młodzieży*, Borgis – Nowa Pediatria 2017; 1: 17-24, <http://www.czytelniamedyczna.pl/5934,zasady-rozpoznawania-nadcisnienia-tetniczego-u-noworodkow-dzieci-i-mlodziezy.html> [dostęp: 20.11.2020].

177 Tkaczyk M. *Nadciśnienie tętnicze u dzieci*, <https://podyplomie.pl/pediatria/30734,nadcisnienie-tetnicze-u-dzieci> [dostęp: 19.05.2020].

Niejako równolegle istnieją dwie metody oceny otyłości. Najbardziej popularne jest określanie wskaźnika **BMI** (*body mass index*). Wartość uzyskuje się przez podzielenie masy ciała podanej w kilogramach przez kwadrat wysokości podanej w metrach, a normy, które nie uwzględniają płci (uznano za mało istotną), a jedynie wiek, są podawane na wielu stronach internetowych i w podręcznikach¹⁷⁸.

Warto posługiwać się też wskaźnikami umożliwiającymi rozpoznanie otyłości trzewnej (brzuszej) jak **obwód talii**¹⁷⁹ czy wskaźnik talia-biodro (**waist to heigh ratio – WHR**)¹⁸⁰, co nie zawsze koreluje z podwyższonym BMI¹⁸¹. Otyłość brzuszną ocenianą na podstawie wskaźnika talia-biodro (WHR) stwierdza się u ok. 65% mężczyzn z podwyższonym wskaźnikiem BMI oraz u ok. 46% kobiet z nadwagą. Na podstawie licznych badań udowodniono, że właśnie otyłość brzuszna jest przyczyną ważnych negatywnych konsekwencji zdrowotnych¹⁸².

Otyłość osób dorosłych, ale przede wszystkim otyłość trzewną (OT) można rozpoznać **metodami obrazowymi**, jak tomografia komputerowa czy rezonans magnetyczny¹⁸³.

Rola adipocytów (leptyna, adipokiny)

Przełomem w rozumieniu otyłości było odkrycie w 1994 r. **leptyny** – hormonu sytości¹⁸⁴ produkowanego przez adipocyty¹⁸⁵. Od tej pory rozpoczęto liczne badania naukowe nad tkanką tłuszczową i m.in. odkryto, że nie jest ona tylko „magazynem energetycznym”, ale także jest aktywnym narządem endokrynnym. Odbywa się tam synteza licznych,

178 Grimm P. i wsp. *Żywność. Atlas i podręcznik*, wyd. 1 pol., Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2012. ISBN 978-83-7609-653-7, OCLC812586971 [dostęp: 18.04.2020].

179 *Waist Circumference and Waist-Hip Ratio*, Report of a WHO Expert Consultation, Geneva 2008.

180 WHO. *Waist circumference and Waist-Hip Ratio: Report of a WHO Expert Consultation*. Genewa, https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_report_waistcircumference_and_waisthip_ratio/en/ [dostęp: 1.06.2020].

181 Wąsowski M., Walicka M., Marcinowska-Suchowierska E. *Otyłość – definicja, epidemiologia, patogeneza*. *Postępy Nauk Medycznych* 2013; XXVI (4); Carroll J., *Visceral fat, waist circumference and BMI: impact of race*, 2008, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18239557> [dostęp: 1.06.2020]; Sumner A., *Waist circumference, BMI, and Visceral adipose Tissue in White Women and Women of african Descent*, 2010, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3474331/> [dostęp: 20.11.2020].

182 Despres J. *Pathophysiology of human visceral obesity: an update*, 2013. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23303913> [dostęp: 20.11.2020].

183 Wasilewska-Dziubińska E. *Otyłość trzewna*. Wykład wygłoszony podczas Konferencji „Ból i cierpienie – ognisko światła i ciemności” 21.04.2018 r., <https://izba-lekarska.pl/numer/numer-11-2018/otylosc-trzewna/> [dostęp: 1.06.2020].

184 Bray G.A. *A guide to obesity and the metabolic syndrome. Origins and treatment*, Boca Raton: CRC Press, 2011, ISBN 978-1-4398-1457-4, OCLC655618975 [dostęp: 18.04.2020].

185 Korek E., Krauss H., Piątek J., Chęcińska Z. *Regulacja hormonalna łaknienia*. *Med. Og. Nauk Zdr.* 2013; 19: 211-217.

biologicznie czynnych substancji, zwanych adipokinami (cytokiny, enzymy i hormony peptydowe i stale odkrywane są nowe). Uczestniczą one m.in. w regulacji łaknienia, utrzymywaniu homeostazy energetycznej, metabolizmie węglowodanów i tłuszczów, a także w regulacji hemostazy naczyniowej, ciśnienia tętniczego i biorą udział w procesach zapalnych i immunologicznych całego ustroju¹⁸⁶.

Dalsze dynamiczne badania być może znajdą zastosowanie do opracowania zastosowań terapeutycznych¹⁸⁷.

Obecnie otyłość (łac. *obesitas*) w tym rozumieniu jest uznawana za chorobę przewlekłą, związaną ze stanem zapalnym tkanki tłuszczowej¹⁸⁸ i ze zwiększeniem masy ciała powyżej akceptowalnych norm¹⁸⁹.

Otyłość brzuszna (trzewna) – zagrożenie dla zdrowia

W organizmie zdrowego mężczyzny jest 12-20% tłuszczu, u kobiety 20-33%. Przy prawidłowej masie ciała ok. 85% tkanki tłuszczowej znajduje się pod skórą (tkanka tłuszczowa podskórna – TTP), a pozostałe 15% stanowi tkankę tłuszczową trzewną (tkanka tłuszczowa trzewna – TTT). U kobiet w okresie rozrodczym tkanka tłuszczowa podskórna umiejscowiona jest głównie w okolicy pośladkowo-udowej. U mężczyzn, niezależnie od wieku, i u kobiet, zwłaszcza w okresie pomenopauzalnym, dochodzi do gromadzenia się tłuszczu w okolicy brzucha, co prowadzi do otyłości trzewnej (brzuszej) i wiąże się ze zwiększonym ryzykiem chorób układu sercowo-naczyniowego i cukrzycy typu 2¹⁹⁰.

Tłuszcz brzuszny jest zlokalizowany wokół głównych narządów wewnętrznych, w tym wątroby, trzustki i nerek i nie jest tylko „magazynem energii”, ale aktywnym metabolicznie i hormonalnie narządem endokrynnym, który reguluje wiele funkcji organizmu i jest wrażliwy na działanie hormonów lipolitycznych – glikokortykoidów i katecholamin, a mniej wrażliwy na działanie insuliny¹⁹¹, co powoduje rozwój cukrzycy

186 Korek E., Krauss H. *Nowe adipokiny o potencjalnym znaczeniu w patogenezie otyłości i zaburzeń metabolicznych*, Postępy Hig. Med. Dosw. (online), 2015; 69: 799-810e-ISSN 1732-2693, <http://www.kzf.amp.edu.pl/Lekarski%20i%20rok/Nowe%20adipokiny.pdf> [dostęp: 20.11.2020].

187 Shiba C.K., Dámaso A.R., Rhein S.O. i wsp. *Interdisciplinary therapy had positive effects on inflammatory state, mediated by leptin, adiponectin, and quality of diet in obese women*, Nutr. Hosp. 2020 Mar 24. Doi: 10.20960/nh.02777. [Epub ahead of print], <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32207312> [dostęp: 18.04.2020].

188 Liu R., Nikolajczyk B.S. *Tissue Immune Cells Fuel Obesity – Associated Inflammation in Adipose Tissue and Beyond*. Frontiers in Immunology, 10, 2019, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31379820> [dostęp: 18.04.2020].

189 WHO. *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic (WHO Technical Report Series)*. ISBN 92-4-120894-5.

190 Wasilewska-Dziubińska E. *Otyłość trzewna*. Magazyn PILS, <https://izba-lekarska.pl/numer/numer-11-2018/otylosc-trzewna/> [dostęp: 4.06.2020].

191 Gollasch M. *Vasodilator signals from perivascular adipose tissue*, 2012. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3315036/>; Wasilewska-Dziubińska W. *Otyłość trzewna*. Wykład wygłoszony

typu 2¹⁹². Otyłość brzuszna jest niezależnym czynnikiem: ryzyka nagłego zgonu¹⁹³, wystąpienia niektórych nowotworów¹⁹⁴, obniża płodność¹⁹⁵, jest związana z zespołem policystycznych jajników¹⁹⁶, refluksem żołądkowo-przelykowym¹⁹⁷, a także z gorszym funkcjonowaniem płuc¹⁹⁸, gorszym funkcjonowaniem centrum pamięci mózgu (zmniejszone funkcje poznawcze)¹⁹⁹. Podobne zależności otyłości brzusznej zauważono z chorobą Alzheimera²⁰⁰, a także ze skłonnością do depresji i wahaniami nastroju²⁰¹.

Nawet umiarkowany wzrost BMI nasila ryzyko choroby wieńcowej. Wzrasta ono o 3,3% u kobiet i o 3,6% u mężczyzn z podwyższeniem BMI o 1% powyżej normy²⁰².

podczas Konferencji „Ból i cierpienie – ognisko światła i ciemności” 21.04.2018 r., <https://izba-lekarska.pl/numer/numer-11-2018/otylosc-trzewna/> [dostęp: 4.06.2020]; Mirza M. *Obesity, visceral fat, and NAFLD, querying the role of adipokines in the progression of nonalcoholic fatty liver disease*. ISRN Gastroenterol. 2011; 2011: 592404. Published online 2011 Aug 28. Doi: 10.5402/2011/592404; Björntorp P. *Hormonal Control of Regional Fat Distribution*. Hum Reprod 1997 Oct; 12 Suppl 1: 21-5. Doi: 10.1093/humrep/12.suppl_1.21; Fox C. *Abdominal visceral and subcutaneous adipose tissue compartments: association with metabolic risk factors in the Framingham Heart Study*, 2007, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17576866> [dostęp: 20.11.2020]; Mathieu P, Poirier P, Pibarot P i wsp. *Visceral Obesity: The Link Among Inflammation, Hypertension, and Cardiovascular Disease*. Hypertension 2009 Apr; 53 (4): 577-584. Doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.108.110320. Epub 2009 Feb 23; Freeland E.S. *Role of a critical visceral adipose tissue threshold in metabolic syndrome*. Nutr Metab (Lond) 2004; 1: 12, 2004, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC535537/> [dostęp: 20.11.2020].

192 Wasilewska-Dziubińska E. *Otyłość trzewna*. Wykład wygłoszony podczas Konferencji „Ból i cierpienie – ognisko światła i ciemności” 21.04.2018 r., <https://izba-lekarska.pl/numer/numer-11-2018/otylosc-trzewna/> [dostęp: 20.11.2020].

193 Empana J.P, Ducimetiere P, Charles M.A., Jouven X. *Sagittal Abdominal Diameter and Risk of Sudden Death in Asymptomatic Middle-Aged Men: The Paris Prospective Study I*. Circulation 2004 Nov 2; 110 (18): 2781-2785. Doi: 10.1161/01.CIR.0000146395.64065.BA. Epub 2004 Oct 18. PMID: 15492315.

194 Doyle S., Donohoe C. *Visceral obesity, metabolic syndrome, insulin resistance and cancer*, 2012. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22051112> [dostęp: 20.11.2020].

195 Zain M., Norman R. *Impact of obesity on female fertility and fertility treatment*. 2008. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19072520> [dostęp: 20.11.2020].

196 Yildirim B., Sabir N. *Relation of intra-abdominal fat distribution to metabolic disorders in non-obese patients with polycystic ovary syndrome*, 2003, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12798883> [dostęp: 20.11.2020].

197 Festi D., Baldi F. *Body weight, lifestyle, dietary habits and gastroesophageal reflux disease*, 2009, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19360912> [dostęp: 20.11.2020].

198 Park Y., Know H. *Impact of visceral adiposity measured by abdominal computed tomography on pulmonary function*, 2011, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3102871/> [dostęp: 20.11.2020].

199 Whitmer R. *Central obesity and increased risk of dementia more than three decades later*, 2008, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18367704> [dostęp: 20.11.2020].

200 Razay G., Wilcock G. *Obesity, abdominal obesity and Alzheimer disease*, 2006, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16847377> [dostęp: 20.11.2020].

201 Ahmer S., Khan R.A.M., Iqbal S.P. *Association Between Antipsychotics and Weight Gain Among Psychiatric Outpatients in Pakistan: A Retrospective Cohort Study*. Ann Gen Psychiatry 2008 Aug 18; 7: 12. Doi: 10.1186/1744-859X-7-12; Blaine B. *Does Depression Cause Obesity?: A Meta-analysis of Longitudinal Studies of Depression and Weight Control*. J. Health Psychol. 2008 Nov; 13 (8): 1190119-7. Doi: 10.1177/1359105308095977.

202 Lear S. *Elevation in cardiovascular disease risk in South Asians is mediated by differences in visceral adipose tissue*, 2012, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22282045> [dostęp: 20.11.2020].

Wykazano ponadto związek otyłości (wysokie BMI i otyłość brzuszna) z wieloaspektową jakością życia osób starszych w wieku 70-90 lat, także prawdopodobnym jej obniżeniem w miarę upływu czasu, zwłaszcza w aspektach niezależnego życia, utrudnionych relacji społecznych, a ponadto nasilania się odczuwania bólu²⁰³.

Cukrzyca typu 2

Cukrzyca typu 2 stanowi ponad 80-90% wszystkich przypadków cukrzycy. Podstawą rozpoznania cukrzycy typu 2 jest insulinooporność (stan zmniejszonej wrażliwości tkanek, głównie mięśni szkieletowych, wątroby i tkanki tłuszczowej na działanie insuliny), a najczęstszą przyczyną jest otyłość brzuszna.

Epidemiologia

Świat

- Liczba chorych na cukrzycę na świecie wzrosła ze 108 mln w 1980 r. do 422 mln w 2014 r., prognozuje się, że w 2035 r. chorych będzie aż 591,9 mln!
- Liczba osób chorujących na cukrzycę na świecie zwiększyła się ponad 3,5-krotnie w ciągu ostatnich 35 lat.
- Co 11 osoba dorosła na świecie ma zdiagnozowaną cukrzycę.
- Największy odsetek zachorowań na cukrzycę to Chiny, Indie oraz USA. Według prognoz te same kraje będą najbardziej obciążone cukrzycą w 2030 r.
- W 2015 r. cukrzyca była bezpośrednią przyczyną 1,6 mln zgonów.
- Co 6 sekund umiera jedna osoba z powodu cukrzycy i jej konsekwencji.
- WHO prognozuje, że do 2030 r. cukrzyca znajdzie się na siódmej pozycji wśród najczęstszych przyczyn zgonów na świecie.

Polska

- W 2018 r. w Polsce na cukrzycę chorował co 11 dorosły, co stanowi 2,9 mln osób. Nie jest znana liczba osób z cukrzycą niezdiagnozowaną, a także ze stanem przedcukrzycowym (w badaniu krwi na czczo poziom glukozy 100-125 mg/dl).
- W latach 2013-2018 zachorowalność na cukrzycę (obliczona na podstawie danych o zrealizowanych świadczeniach przez NFZ) wzrosła wśród osób dorosłych o 13,7%. Tempo wzrostu wskazuje na to, że tylko w połowie był to efekt zmian demograficznych.

²⁰³ Wang L. *Body mass index and waist circumference predict health-related quality of life, but not satisfaction with life, in the elderly*, Qual Life Res. 2018, Oct; 27 (10): 2653-2665; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29881897/> [dostęp: 19.11.2020].

- Przewiduje się, że do 2030 r. ponad 10% populacji polskiej będzie chorowało na cukrzycę.
- W 2018 r. na leki stosowane w leczeniu cukrzycy oraz paski do oznaczania glukozy we krwi wydano 1,45 mld zł z systemu ubezpieczeń, a pacjenci dodatkowo z własnych portfeli dopłacili 442 mln zł. Daje to średnio 507 zł na pacjenta z NFZ oraz 155 zł od każdego pacjenta z jego portfela.
- Z powodu cukrzycy w 2018 r. w szpitalach leczono 279 tys. osób (cukrzyca była głównym powodem pobytu w szpitalu lub stwierdzono ją w czasie hospitalizacji).
- Osoba, której zgon można powiązać z konsekwencjami spożycia napojów słodzonych cukrem, żyje przeciętnie o 15 lat krócej niż średnio osoba w jej wieku.

Powikłania

Cukrzyca powoduje wiele ciężkich powikłań. Są to m.in.:

- retinopatia cukrzycowa (uszkodzenie naczyń krwionośnych znajdujących się w siatkówce oka) – wraz z nią rośnie ryzyko jaskry i zaćmy, a w konsekwencji często braku widzenia,
- niewydolność nerek,
- choroba niedokrwienna serca,
- udar mózgu,
- neuropatia, czyli uszkodzenie nerwów.

W 2018 r. prawie co trzeci pacjent, któremu udzielono pomocy z powodu choroby niedokrwiennej serca lub udaru, miał cukrzycę.

Częstym przewlekłym powikłaniem cukrzycy jest uszkodzenie nerwów (najczęściej kończyn). Współistniejąca mikroangiopatia jest przyczyną tzw. **stopy cukrzycowej**.

W 2017 r. w Polsce średnio co 2 godziny lekarze przeprowadzali amputację stopy lub części nogi z powodu powikłań związanych z cukrzycą.

Polska pod względem liczby amputacji z powodu cukrzycy znajduje się na 10 miejscu wśród 31 krajów europejskich, co jest bardzo niepokojące.

W latach 2014-2018 liczba amputacji z powodu cukrzycy wzrosła o ponad jedną piątą, a koszty amputacji o 44%. W 2018 r. na amputacje nóg z powodu cukrzycy wydano 78,2 mln zł²⁰⁴.

Na podstawie licznych badań potwierdzono, że zmiana stylu życia związana z dietą opartą na zasadach zdrowego żywienia oraz regularną aktywnością fizyczną jest podstawową metodą profilaktyki – zmniejsza ryzyko zachorowania na cukrzycę, ale też wspomaga jej leczenie oraz ogranicza powikłania²⁰⁵.

²⁰⁴ *Cukrzyca w liczbach*, <https://pacjent.gov.pl/arttykul/cukrzyca-w-liczbach> [dostęp: 4.07.2020].

²⁰⁵ Gugała-Mirosz S. *NCEŻ – IŻŻ. Cukrzyca – w liczbach. Czy powinniśmy się bać?*, <https://ncez.pl/choroba-a-dieta/cukrzyca-i-insulinoopornosc/cukrzyca----w-liczbach--czy-powinnismy-sie-bac-> [dostęp: 4.07.2020].

Nadciśnienie tętnicze – epidemiologia

1. Nadciśnienie tętnicze dorosłych w zależności od badanych populacji jest w 30%, a nawet i 65% związane z otyłością.
2. Ryzyko wystąpienia nadciśnienia tętniczego u osób w różnym wieku z nadwagą wzrasta trzykrotnie, a u osób w wieku 20-44 lata jest prawie sześć razy wyższe niż u osoby z prawidłową masą ciała. Każdy wzrost masy ciała o 10 kg podwyższa ciśnienie tętnicze o ok. 2-3 mm Hg, podczas gdy obniżenie masy ciała o 1% wpływa korzystnie, obniżając ciśnienie tętnicze o 1-2 mm Hg²⁰⁶.

Podczas Światowego Dnia Nadciśnienia Tętniczego 17.05.2019 r. NFZ przedstawił raport, z którego wynika, że aż 10 mln dorosłych Polaków ma nadciśnienie tętnicze, czyli schorzenie dotyka nieomal co trzeciego Polaka – najczęściej są to osoby w wieku 55-74 lata.

Temat przyczyn nadciśnienia tętniczego i związków z otyłością jest badany od lat i stale pojawiają się nowe odkrycia, które warto śledzić w literaturze przedmiotu²⁰⁷.

U pacjentów otyłych często obserwuje się wynikający z nadmiernej masy ciała obturacyjny **bezdech senny**, co może stanowić ryzyko wystąpienia nadciśnienia tętniczego krwi²⁰⁸.

Otyłość przebiegająca wraz z nadciśnieniem tętniczym może mieć także wpływ na układ sercowo-naczyniowy, powodując przerost lewej komory serca, chorobę niedokrwienną czy choroby naczyń wieńcowych, dlatego tak ważna jest redukcja masy ciała i wprowadzenie odpowiednich nawyków żywieniowych²⁰⁹ – jednym z nich jest ograniczenie nadmiernego spożycia sodu²¹⁰.

Na refundację leków przeciw nadciśnieniu NFZ wydał w 2018 r. 1,2 mld zł, co stanowiło ok. 14% całego budżetu przeznaczanego na refundację apteczną.

Jeżeli sprawdzą się prognozy wzrostu otyłości, to w 2025 r. na leczenie chorób związanych z otyłością trzeba będzie wydać więcej o 0,3-1,0 mld zł niż w 2017 r.

206 IŻŻ. *Otyłość i nadwaga*, <http://www.izz.waw.pl/en/eufic?id=82> [dostęp: 19.05.2020].

207 Lewandowska A., Kręgielska-Narożna M., Bogdański P. *Ocena sztywności naczyń jako element analizy ryzyka sercowo-naczyniowego*, https://journals.viamedica.pl/forum_zaburzen_metabolicznych/article/view/56422/44471 [dostęp: 19.05.2020].

208 Cauter V. *Sleep influences on obesity, insulin resistance, and risk of type 2 diabetes*, 2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29510179> [dostęp: 19.05.2020].

209 Kwaśny A., Tomczyk A. *Wpływ otyłości na nadciśnienie tętnicze*, <http://www.wspolczesna-dietetyka.pl/leczenie-nadwagi> [dostęp: 19.05.2020].

210 NFZ *o zdrowiu. Nadciśnienie tętnicze*. <https://zdrowedane.nfz.gov.pl/course/view.php?id=17> [dostęp: 15.03.2020].

Psychologiczne aspekty otyłości

Do niedawna uważano, że istnieje jedynie tzw. otyłość prosta, będąca wynikiem nieprawidłowego stylu życia.

Od kilku lat pojawia się wiele prac, w których autorzy podkreślają znaczącą rolę psychiki w rozwoju tej choroby i trudnościach w obniżeniu masy ciała w przypadku otyłości oraz następstwach psychologicznych otyłości²¹¹.

Wprawdzie spożywanie wspólnych posiłków jest jednym z elementów dobrego życia w rodzinie czy w pracy, ale gdy osoba jest samotna, czasami objadanie się jest jedynym „towarzyszem samotności”²¹².

Wrodzoną i właściwie niezmienną przez całe życie cechą każdego człowieka jest **temperament** (m.in. determinuje tendencję do spożywania nadmiernej ilości i różnej jakości produktów). U osób otyłych obserwuje się nasilenie pewnych cech, które mają wpływ na nastrój. Najczęściej obserwuje się: cyklotymię (wahania nastroju), drażliwość, lękliwość, obniżoną otwartość na doświadczenia, myślenie pesymistyczne, unikanie szkody, uzależnienie od „nagrody”, jaką w tym wypadku jest jedzenie, brak poczucia osobistej kontroli, nieuświadamianie sobie podejmowanych czynności, zrzucanie z siebie odpowiedzialności za podejmowane decyzje, co prowadzi do wzmożonych zachowań bezmyślnego jedzenia, niska samokontrola. Osoby takie stosują zasadę „wszystko albo nic” – jeżeli są na diecie, to ściśle kontrolują, co i kiedy jedzą, gdy zaś restrykcje dietetyczne dobiegają końca – jedzą bez własnej kontroli to, na co mają ochotę²¹³, są bardziej podatne na sięganie po posiłki pod wpływem impulsu – zapachu czy wyglądu²¹⁴. Pojawiające się w życiu negatywne emocje mogą się wiązać z odczuwaniem stresu oraz lęku, a to z kolei przyczynia się u wielu osób do nadmiernego jedzenia²¹⁵. Przymus objadania się prowadzi do niemożności odłożenia nagrody w czasie²¹⁶.

Psychologowie zauważają, że osoby otyłe mają pewne charakterystyczne cechy osobowości, można rozpoznawać u nich np.: zespół kompulsywnego jedzenia, syndrom jedzenia nocnego, jedzenie pod wpływem stresu, zaburzenia odżywiania związane ze

211 Jaracz M., Pulkowska-Ulfing J., Tomaszewska M. i wsp. *Temperament u osób otyłych – doniesienia wstępne*. Journal of Health Sciences 2014; 13 (14): 163-171.

212 Mikołajczyk E., Samochowiec J. *Cechy osobowości pacjentek z zaburzeniami odżywiania*. Psychiatria 2004; 1 (2): 91-95.

213 Juruć A., Wierusz-Wysocka B., Bogdański P. *Psychologiczne aspekty jedzenia i nadmiernej masy ciała*. Farmacja Współczesna 2011; 4: 119-126.

214 Karasu S.R. *Of mind and matter: psychological dimensions in obesity*. Am. J. Psychother. 2012; 66 (2): 111-128, indexed in Pubmed: 22876525.

215 Suzuki K., Jayasena C.N., Bloom S.R. *Obesity and appetite control*. Exp. Diabetes Res. 2012; 824305. Doi: 10.1155/2012/824305, indexed in Pubmed: 22899902.

216 Zdziejchowska K. *Temperament a ryzyko uzależnienia od jedzenia u kobiet*. W: Topolewska E., Skimina E., Skrzek S. (red.). *Młoda psychologia*. Liberi Libri, Warszawa 2014: 175-194.

snem i inne²¹⁷. Wielokrotnie zachowanie osób otyłych przypomina dobrze poznane zachowania osób uzależnionych²¹⁸.

W Polsce dzieci otyłe są często postrzegane jako leniwe, nieinteligentne, niesprawne. Są nieakceptowane przez rówieśników, odrzucane, pomijane w zabawach, izolowane od grupy, doświadczają przemocy werbalnej (wysmiewanie, wyszydzenie, wyzywanie, poniżanie) i pozawerbalnej (np. obraźliwe gesty). Wykluczane z grupy otyłe dziecko częściej demonstrowuje zachowania antyspołeczne (nieposłuszeństwo, agresja słowna, przemoc fizyczna), ma zaburzenia uwagi, co się przekłada na gorsze wyniki w nauce, ma wiele problemów emocjonalnych (stany lękowe, depresje) – z wiekiem nasila się skłonność do zachowań ryzykownych, pojawiają się zaburzenia odżywiania (anoreksja, bulimia) mające na celu obniżenie masy ciała. Otyłość u dziecka często skutkuje też zaburzonym funkcjonowaniem w życiu dorosłym. Osoby dorosłe z otyłością też dość często są narażone na brak akceptacji środowiska i odrzucenie²¹⁹.

Osoby otyłe zwykle są postrzegane przez współczesne społeczeństwo, w którym panuje model szczupłej wysportowanej sylwetki i niestarzejącego się ciała, jako nieestetyczne, zaniedbane, niepotrafiące sobie poradzić z otyłością²²⁰. Osoby takie budzą w innych nie tylko niechęć, ale też współczucie, co same dostrzegają, ale to dodatkowo wzbudza w nich poczucie niskiej wartości, wpisując się we wspomniane koło bezsilności, w centrum którego znajduje się osoba otyła²²¹.

Ciekawą obserwacją jest to, że osoby, które w dzieciństwie i wieku młodzieńczym były szczupłe, gdy utyją w wieku dojrzałym, czują się zdecydowanie gorzej pod względem psychologicznym niż osoby otyłe od dzieciństwa²²².

217 Lech M., Ostrowska L. *Psychologiczne aspekty otyłości*. Forum Zaburzeń Metabolicznych 2017; 8, 2: 63-70.

218 Jaracz M., Pulkowska-Ulfig J., Tomaszewska M. i wsp. *Temperament u osób otyłych – doniesienia wstępne*. Journal of Health Sciences 2014; 13 (14): 163-171.

219 NFZ. *Otyłość – choroba wagi ciężkiej*, <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/otylosc-choroba-wagi-ciezkiej,7355.html> [dostęp: 18.04.2020]; Kielbus B., Szewczyk L. *Poziom niepokoj u dzieci otyłych*. Aspekty Zdrowia i Choroby 2017; 2, 4: 19-27, <https://zdrowie.pap.pl/strefa-psyche/stygmatyzacja-otylosci-nie-sprzyja-odchudzaniu> [dostęp: 18.04.2020].

220 Collins J.C., Bentz J.E. *Behavioral and psychological factors in obesity*. The Journal of Lancaster General Hospital 2009; 4: 124-127. Doi: 10.1002/9780470712221.ch14.

221 Makara-Studzińska M., Zaborska A. *Otyłość a obraz własnego ciała*. Psychiatria Polska 2009; 43 (1): 109-114; Pietrzykowska M., Nowicka-Sauer K., Cwaliński T. i wsp. *Występowanie zaburzeń psychicznych wśród osób z otyłością*. Family Medicine & Primary Care Review 2014; 16 (2): 146-147.

222 Carr D., Jaffe K. *The psychological consequences of weight change trajectories: evidence from quantitative and qualitative data*. Econ. Hum. Biol. 2012; 10 (4): 419-430. Doi: 10.1016/j.ehb.2012.04.007, indexed in Pubmed: 22580044; Brytek-Matera A. *Obraz własnego ciała u otyłych kobiet: przyczyny i stopień niezadowolienia, związek z obniżoną samooceną i strategiami radzenia sobie ze stresem*. Psychiatria Polska 2010; 44 (2): 267-275; Lech M., Ostrowska L. *Psychologiczne aspekty otyłości*. Forum Zaburzeń Metabolicznych 2017; 8, 2: 63-70.

Otyłość a dieta

Mikroflora bakteryjna zasiedlająca przewód pokarmowy człowieka ma wpływ na rozwój otyłości brzusznej, a niedobory błonnika w diecie powodują zahamowanie produkcji czynnika energetycznego, jakim jest błonnik dla bakterii fermentacyjnych i komórek nabłonka jelita grubego, co stanowi ryzyko m.in. niealkoholowego stłuszczenia wątroby, cukrzycy typu 2, ale też raka jelita grubego²²³.

Żywność, która najbardziej jest kojarzona ze wzrostem masy ciała, to chipsy ziemniaczane, napoje słodzone cukrem, słodczyce, przetworzone i oczyszczone ziarna, czerwone mięso, mięso przetworzone. Inne szkodliwe trendy żywieniowe – poza niewystarczającą podażą w diecie błonnika – to dramatyczny wzrost dodatków do żywności, takich jak emulgatory i zagęstniki stosowane w żywności przetworzonej²²⁴. Produktami, które mają najbardziej korzystne znaczenie w utrzymaniu prawidłowej masy ciała, a także przy odchudzaniu, są ziarna nieoczyszczone, owoce w ograniczonej ilości i warzywa.

Wyniki prowadzonych badań wskazują na potrzebę opracowania i wdrożenia programów obejmujących modyfikację stylu życia, w tym przede wszystkim diety, jak również zwiększenie aktywności fizycznej oraz terapię behawioralną²²⁵.

Uzależnienie od słodkiego smaku i żywności

Wyraźny związek, obserwowany od dawna pomiędzy spożywaniem napojów słodzonych cukrem a wzrostem masy ciała, potwierdzono jednoznacznie dopiero na początku XXI wieku, przeprowadzając wiele badań epidemiologicznych²²⁶.

Niezależnie od produktów spożywczych określanych jako słodczyce – większość populacji spożywa cukier np. w gotowanej szynce, parówkach, sosach, keczupie, musztardzie czy w marynowanych warzywach w ilości nawet 25 łyżek dziennie, co stanowi rocznie 45 kg. Potrzeby zaś organizmu to około 7 gramów cukru dziennie. Samo włączenie do diety produktów typu *light*, bez modyfikacji sposobu żywienia, nie przyczynia się do zmniejszenia częstości występowania nadwagi i otyłości. Sztuczne substancje

223 Wasilewska-Dziubińska E. *Otyłość trzewna*. Wykład wygłoszony podczas Konferencji „Ból i cierpienie – ognisko światła i ciemności” 21.04.2018 r., <https://izba-lekarska.pl/numer/numer-11-2018/otylosc-trzewna/> [dostęp: 19.11.2020].

224 Laster J., Frame L.A. *Beyond the Calories – Is the Problem in the Processing?* Journal Current Treatment Options in Gastroenterology 2019; 17 (4): 577-586, <https://link.springer.com/article/10.1007/s11938-019-00246-1> [dostęp: 17.05.2020].

225 Myszkowska-Ryciak J., Harton A., Gajewska D., Bawa S. *Środki słodzące w profilaktyce i leczeniu otyłości*. Kosmos. Problemy Nauk Biologicznych 2010; 59 [3-4 (288-289)]: 365-374.

226 Malik V.S., Schulze M.B., Hu F.B. *Intake of sugar-sweetened beverages and weight gain: a systematic review*. The American Journal of Clinical Nutrition 2006; 84 (2): 274-288; NFZ. Departament Analiz i Strategii. *Cukier, otyłość – konsekwencje. Przegląd literatury, szacunki dla Polski (2008-2019)*, <https://zdrowedane.nfz.gov.pl/course/view.php?id=11>, [dostęp: 18.04.2020].

słodzące ze względu na ich słodki smak wpływają bezpośrednio na pragnienie słodczy. Istnieje silna korelacja między osobniczą preferencją danego smaku a jego intensywnością i częstotliwością spożycia²²⁷.

Gwałtowne odstawienie słodczy nie jest korzystne ani psychologicznie, ani fizjologicznie. Organizm musi się przestawić na inne zasady funkcjonowania. Nagłe odstawienie cukru zwykle powoduje bunt, szybkie załamanie postanowień, nawrót do niekontrolowanego jedzenia albo pojawienie się innego, nowego nałogu. Osoba, która chce wyjść z tego uzależnienia, powinna mieć wsparcie u osób z otoczenia, polegające na zrozumieniu sytuacji, nieproponowaniu słodczy, a nawet niespożywaniu ich w obecności osoby z zaburzeniami tego typu²²⁸.

Food craving, czyli nadmierną chęć spożywania określonych pokarmów związana z doznawaną przyjemnością, przynajmniej raz w życiu podawało niemal 100% kobiet oraz 70% mężczyzn. Dotyczyło to przede wszystkim ludzi młodych, ale wraz z wiekiem doświadczane było coraz rzadziej. Chęć spożywania pokarmów ściśle wiązano z obecnością w nich węglowodanów i często chęć ta występowała w stanach obniżonego nastroju – zjawisko nazwano *carbohydrate craving*²²⁹.

Uzależnienie od cukru można niejako „wygenerować” poprzez powszechne, nie tylko w USA, tzw. *soft-drinki*, które dostarczają około 50% cukrów dodanych w diecie. W czasie ostatnich 50 lat ich spożycie wzrosło o prawie 500%²³⁰.

W 2015 r. podano wyniki przeglądu wielu badań, które potwierdziły, że uzależnienia są zaburzeniami przewlekłymi, związanymi z czynnikami genetycznymi oraz następstwami psychosocjalnymi i wyrażają się zmianami biochemicznymi, m.in. związanymi z receptorami dopaminy. Podobne związki zaobserwowano przy uzależnieniu od cukru, stwierdzono ponadto, że jest wysoce prawdopodobne, iż cukier toruje drogę do innych uzależnień²³¹.

W badaniach przeprowadzonych w 2016 r. na temat dziedziczności nadmiernego spożycia cukru i zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych ustalono korelację między tymi zmiennymi²³².

227 Myszowska-Ryciak J., Harton A., Gajewska D., Bawa S. *Środki słodzące w profilaktyce i leczeniu otyłości*. Kosmos. Problemy Nauk Biologicznych 2010; 59 (3-4): 365-374.

228 *Uzależnienie od cukru*, <http://www.narkotyki.pl/nietypowe-uzaleznienia/uzaleznienie-od-cukru/> [dostęp: 25.05.2020].

229 Hill A. *The psychology of food craving: Symposium on 'Molecular mechanisms and psychology of food intake'*. Proceedings of the Nutrition Society 2007; 66 (2): 277-285; Lenoir M., Serre F., Cantin L., Ahmed S.H. *Intense Sweetness Surpasses Cocaine Reward*. PLoS ONE 2007; 2 (8): e698, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0000698> [dostęp: 19.11.2020].

230 Jabłonowska-Lietz B., Wrzosek M., Nowicka G. *Czy cukier może uzależniać? Ścieżkami mózgowego układu nagrody*. Żywnie i Metabolizm 2012; 39 (4): 276-283.

231 Lester M.B., Moore J.D. *Is Sugar a Gateway Drug?*. Journal of Drug Abuse 2015; 1: 8: 1-8.

232 Treur J.L., Boomsma D.I., Ligthart L. i wsp. *Heritability of high sugar consumption through drinks and the genetic correlation with substance use*. American Journal of Clinical Nutrition 2016; 104 (4): 1144-1150.

W ostatnich latach pojawiły się również doniesienia, a także wnioski z przeglądu badań, które zdają się przeczyć, że istnieje uzależnienie od cukru²³³.

Pierwszym miernikiem zaprojektowanym specjalnie w celu oceny zachowań związanych z odżywianiem jest Skala uzależnienia od żywności Yale (*Yale Food Addiction Scale* – YFAS)²³⁴.

W innych badaniach nadwaga istotnie statystycznie korelowała z objawami świadczącymi o uzależnieniu jedynie w przypadku wysokotłuszczowych pikantnych i wysokotłuszczowych słodkich potraw, podczas gdy nie stwierdzono tego w przypadku pokarmów zawierających głównie cukier²³⁵.

Zauważono, że osoby nadużywające alkoholu i narkotyków zazwyczaj bardziej preferują słodką żywność, zwłaszcza ci użytkownicy, którzy mają historię uzależnień w rodzinie, co może wskazywać na genetyczny składnik tego związku²³⁶.

O tym, że nadmierne spożycie cukru i słodczy jest szkodliwe – niekoniernie ze względu na możliwość uzależnienia – napisano już wiele prac naukowych potwierdzonych licznymi badaniami klinicznymi²³⁷.

Bariatria

Bariatria – to dziedzina medycyny zajmująca się diagnozowaniem, określaniem przyczyn, profilaktyką i leczeniem nadwagi i otyłości (także chirurgicznym).

Chirurgia bariatryczna – kwalifikacja do leczenia

Do zabiegu kwalifikują się osoby z tzw. otyłością olbrzymią, u których wskaźnik BMI wynosi co najmniej 40. Dodatkowo do zabiegów kwalifikowani są pacjenci ze

233 Westwater M.L., Fletcher P.C., Ziauddeen H. *Sugar addiction: the state of the science*. *European Journal of Nutrition* 2016; 55 (supl. 2): 55-69.

234 Gearhardt A.N., Corbin W.R., Brownell K.D. *Preliminary validation of the Yale Food Addiction Scale*. *Appetite* 2009; 52: 430-436; Gearhardt A.N., White M.A., Masheb R.M. i wsp. *An examination of the food addiction construct in obese patients with binge eating disorder*. *International Journal of Eating Disorders* 2012; 45: 657-663.

235 Markus C.R., Rogers P.J., Brouns F., Schepers R. *Eating dependence and weight gain; no human evidence for a 'sugar-addiction' model of overweight*. *Appetite* 2017; 1 (114): 64-72.

236 Fortuna J.L. *Sweet preference, sugar addiction and the familial history of alcohol dependence: shared neural pathways and genes*. *Journal of Psychoactive Drugs* 2010; 42 (2): 147-151; Treur J.L., Boomsma D.I., Ligthart L. i wsp. *Heritability of high sugar consumption through drinks and the genetic correlation with substance use*. *American Journal of Clinical Nutrition* 2016; 104 (4): 1144-1150.

237 Bradshaw P.T., Sagiv S.K., Kabat G.C. i wsp. *Consumption of sweet foods and breast cancer risk: a case-control study of women on Long Island, New York*. *Cancer Causes & Control* 2009; 20 (8): 1509-1515; Tappy L. Q&A: 'toxic' effects of sugar: should we be afraid of fructose? *BMC Biology* 2012, 10: 42, <https://bmcbiol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1741-7007-10-42> [dostęp: 19.11.2020]; Khan T.A., Sievenpiper J.L. *Controversies about sugars: results from systematic reviews and meta-analyses on obesity, cardiometabolic disease and diabetes*. *European Journal of Nutrition* 2016; 55 (supl. 2): 25-43.

wskaźnikiem BMI co najmniej 35, u których otyłości towarzyszą inne choroby metaboliczne, takie jak cukrzyca, nadciśnienie, podwyższony cholesterol czy bezdech senny. A to oznacza, że przeciętny mężczyzna kwalifikowany z tych powodów do takiej operacji waży ok. 120 kg, a kobieta ok. 100 kg.

Pomocą i radami dotyczącymi operacyjnego leczenia otyłości, a także utrzymania prawidłowej masy ciała po tym leczeniu służy m.in. grupa wsparcia i Stowarzyszenie Pacjentów Bariatrycznych CHLO, czyli organizacja pozarządowa działająca przy II Klinice Chirurgii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie w siedmiu miastach Polski²³⁸.

Programy walki z otyłością i grupy wsparcia

W 2017 r., opierając się na wieloletnich doświadczeniach Instytutu Żywności i Żywienia, z inicjatywy tegoż Instytutu oraz przy wsparciu finansowym Szwajcarii i Ministerstwa Zdrowia RP, powstało Narodowe Centrum Edukacji Żywnościowej (NCEŻ)²³⁹.

W 2018 r. Ministerstwo Zdrowia w ramach NPZ zajęło się wspieraniem lokalnych inicjatyw podjętych w wielu miejscowościach Polski w obszarze walki z otyłością. Opracowano specjalne programy dla osób otyłych, dla których organizowano wstępne badania i którym udzielano porad dietetyka, psychologa, a także organizowano dla nich różne formy zajęć fizycznych pod kierunkiem trenerów. Przy okazji niektóre z samorządów organizowały warsztaty kulinarne. Zanotowano znaczne sukcesy mierzone obiektywnie i podawane subiektywnie przez uczestników.

W 2019 r. Ministerstwo Zdrowia RP ogłosiło konkurs ofert na: „Tworzenie grup wsparcia dla osób z otyłością”²⁴⁰. NFZ prowadzi kampanię „Planuję długie życie”²⁴¹ – gdzie m.in. można znaleźć hasło: „Już 150 minut umiarkowanej aktywności tygodniowo wystarczy, żeby poczuć się lepiej we własnym ciele, zbić wagę i obniżyć ciśnienie krwi”.

238 Stowarzyszenie Pacjentów Bariatrycznych CHLO, <http://chlo.com.pl/> [dostęp: 18.04.2020].

239 Narodowe Centrum Edukacji Żywnościowej – źródło rzetelnej wiedzy na temat żywności, żywienia i zdrowego stylu życia, http://www.zdrowie.gov.pl/aktualnosc-50-2909-narodowe_centrum_educacji_zywnosciowej.html [dostęp: 18.04.2020]; Narodowe Centrum Edukacji Żywnościowej, <https://ncez.pl/> [dostęp: 18.04.2020]; NCEŻ. *Zapobieganie nadwadze i otyłości u dzieci – krajowe programy edukacyjne i regulacje prawne*, <https://ncez.pl/abc-zywienia-/zasady-zdrowego-zywienia/zapobieganie-nadwadze-i-otylosci-u-dzieci----krajowe-programy-edukacyjne-i-regulacje-prawne> [dostęp: 18.04.2020].

240 MZ. *Tworzenie grup wsparcia dla osób z otyłością*, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/tworzenie-grup-wsparcia-dla-osob-z-otyloscia> [dostęp: 18.04.2020].

241 NFZ. *Planuję długie życie*, <http://www.nfz-warszawa.pl/dla-pacjenta/planuje-dlugie-zycie/> [dostęp: 18.04.2020].

P

Pandemia → Epidemiologia

Państwowy Zakład Higieny → Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny

Państwowa Inspekcja Sanitarna → Medycyna profilaktyczna. Instytucje

Papierosy → Uzależnienie od nikotyny

Papierosy elektroniczne → Uzależnienie od nikotyny

Papierosy tradycyjne → Uzależnienie od nikotyny

Patogeny alarmowe → Zakażenia wewnątrzszpitalne/wewnątrzzakładowe

Piercing (kolczykowanie)

Piercing (‘przeszywający’) – inaczej kolczykowanie – jest metodą ozdabiania ciała, zresztą wszystkim współczesnym dobrze znaną. Poza mniej lub lepiej widocznymi miejscami, jak uszy, nos, wargi, język, łuki brwiowe, podbródek, pępek czy sutki, znany jest też piercing intymny, np. przekłuwanie warg sromowych u kobiet czy prącia u mężczyzn. Kolczykowanie ciała może nie tylko ozdabiać, ale czasem jest oznaką stanu psychicznego, wyrazem przynależności do grupy czy subkultury.

Jednak warto zauważyć, że wśród posiadających tatuaże lub piercing przeważają ludzie młodzi, artyści – generalnie ludzie poszukujący lub podkreślający swoją tożsamość. Wśród osób z dużymi tatuażami i/lub z piercingiem raczej rzadko spotyka się uprawiających zawód społecznego zaufania (lekarze, nauczyciele, przedstawiciele służb mundurowych itp.).

Współcześnie w regionach, gdzie tatuaże i/lub piercing odgrywały rolę znaczeniową, ludność tubylcza chętnie powiela zwyczaje lokalne, rzadziej dla podtrzymania tradycji, ale zwykle dla pieniędzy. Stanowią bowiem atrakcję dla bogatych turystów, z przyjemnością obustronną pozują do wspólnych fotografii.

W Polsce do okresu transformacji ustrojowej zapoczątkowanej w 1989 r. – kiedy to pożądanym było, by wszyscy byli do siebie podobni, a oryginalnie wyróżniający się zwykle budzili podejrzenie – o piercingu się nie słyszało. Dopiero w latach 90. XX w. zjawisko piercingu w różnych miejscach na ciele – czasem kontrowersyjnych (szczególnie z punktu widzenia pokolenia *baby boomersów*) lub zagrażających zdrowiu – stało się modą.

Tak jak w przypadku tatuaży interesujące nie jest takie zdobienie ciała, ale motywacja, która prowadzi do często trwałej zmiany ciała – postrzeganej z punktu widzenia medycyny jako okaleczanie własnego ciała²⁴².

Na początku XXI w. przeprowadzono wiele badań na świecie, które świadczyły o tym, że swoiste ozdabianie ciała – jak tatuaże i/lub piercing – jest związane z tendencją do zachowań ryzykownych, jak: używanie i nadużywanie substancji psychoaktywnych, problemowe picie alkoholu, używanie marihuany, rozpoczęcie używania narkotyków, ryzykowne zachowania seksualne, stosowanie przemocy, wagary, ucieczki z domu czy kradzieże oraz myśli i próby samobójcze.

Badania wśród 15-letnich gimnazjalistów z Warszawy potwierdziły te obserwacje. Autorzy podali, że ich praca nie potwierdza związków przyczynowo-skutkowych, ale jedynie współzależności.

Na podstawie tych badań możemy jednak wysnuć hipotezę (która wymaga weryfikacji), że zachowania ryzykowne młodzieży oraz tatuowanie ciała i zdobienie go piercingiem może mieć wspólne źródło w zwiększonym zapotrzebowaniu na stymulację (*sensation seeking*). Poszukiwanie doznań to cecha zdefiniowana jako poszukiwanie nowych i intensywnych wrażeń oraz gotowość do podejmowania ryzyka np. fizycznego lub społecznego w celu dostarczenia sobie tego typu doświadczeń. Osoby takie angażują się w większym stopniu w ryzykowne zachowania, takie jak: wspinaczka wysokogórska, używanie narkotyków czy ryzykowna jazda samochodem²⁴³.

Zarówno w tym badaniu, jak i innych, potwierdzono, że młodzież ta częściej spędza dużo czasu poza domem (w kinie, ośrodkach sportowych, klubach, pubach, kawiarniach, dyskotekach), bez nadzoru rodziców.

Refleksje nad wynikami badań młodzieży prowadzą do uzasadnionych pytań:

- Czy tatuaż i/lub piercing należy traktować jako jeszcze jedną formę zachowań ryzykownych lub problemowych okresu dojrzewania?
- Czy tatuaż i/lub piercing to raczej styl bycia współczesnych młodych ludzi, w którym modyfikacje wyglądu ciała poprzez tatuaż lub piercing stają się czymś niemalże tak naturalnym jak farbowanie włosów, noszenie brody czy malowanie paznokci?²⁴⁴

242 Nieradko A., Borzęcki A. *The Importance Of Piercings In The Cultures Of The World*. Journal of Education, Health and Sport 2017; 7 (8): 1040-1046. eISSN 2391-8306. Doi: <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.999893>, <http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/4916> [dostęp: 1.06.2020].

243 Ostaszewski K., Kocoń K. *Tatuaż i piercing a zachowania problemowe młodzieży*, <https://www.narkomania.org.pl/?s=Krzysztof+Ostaszewski&autor=Krzysztof+Ostaszewski> [dostęp: 1.06.2020].

244 Bobrowski K., Pisarska A., Ostaszewski K. *Rekomendacje narzędzi do oceny zagrożeń zdrowia psychicznego młodzieży do dalszego stosowania w badaniach mokotowskich oraz w innych badaniach ankietowych młodzieży szkolnej*, <https://docplayer.pl/11988455-Instytut-psychiatrii-i-neurologii-w-warszawie-zaklad-psychologii-i-promocji-zdrowia-psychicznego-pracownia-profilaktyki-i-mlodzie-zowej-pro-m.html> [dostęp: 1.06.2020].

Przeciwwskazania i zagrożenia zdrowotne

Lekarze zwykle negatywnie oceniają zjawisko przesadnego ozdabiania ciała tatuażami czy piercingiem, gdyż są świadomi zagrożeń związanych ze szkodliwością choćby tuszu do tatuażu czy używanych metali do piercingu. Znane są też przypadki, kiedy ingerencja w ciało może prowadzić do powikłań samego zabiegu, np. uszkodzenia przegrody nosowej czy nerwów przy piercingu, czy być przyczyną reakcji obronnej organizmu na ciało obce, istnieje też możliwość zakażeń.

Psychologowie znają sytuacje, gdy zmiana wizerunku ciała często związana z odczuwaniem bólu jest niekiedy podświadomym wołaniem o uwagę i pomoc gdy ból fizyczny łagodzi cierpienia psychiczne. Zjawisko to zostało dobrze poznane i sklasyfikowane w ICD-10 jako „Zamierzone samouszkodzenie”, inaczej zwane autoagresją czy autodestrukcją.

Bezwzględne przeciwwskazania do piercingu i tatuażu

1. zaburzenia krzepliwości krwi – też przyjmowanie leków przeciwkrzepliwych;
2. stany zapalne, zakaźne lub jakiegokolwiek zmiany skórne w okolicach planowanego kolczykowania;
3. alergie na metale;
4. choroby przewlekłe, np. cukrzyca;
5. tendencje do bliznowców.

Problemy zdrowotne związane z piercingiem w obrębie jamy ustnej

Piercing w obrębie jamy ustnej – częściej mają ten rodzaj ozdoby kobiety, w znacznej części palące aktualnie lub w przeszłości nałogowo; decyzję uzasadniają chwilowym kaprysem. Najczęściej kolczyki są umieszczane na języku, przeważnie w linii pośrodkowej, a następnie na wargach – rzadziej są to wędzidełka, policzki oraz języczek. Bywają różne kształty kolczyków, ale – co najważniejsze – bywają wykonywane z metali, w tym z niklu lub jego stopów, których szkodliwość zdrowotną udowodniono.

Osoby z piercingiem odczuwają, że społeczeństwo nie zawsze akceptuje ich wygląd – często wyjmują kolczyki przed wizytą u stomatologa, co utrudnia powiązanie zauważalnych zmian w obrębie śluzówek z kolczykowaniem. Dlatego specjaliści proponują, by ta informacja była umieszczana w dokumentacji z zaznaczeniem, jak długo kolczyk jest obecny w jamie ustnej. Ze względu na budowę anatomiczną oraz bogate unaczynienie szczególnie podatny na wystąpienie powikłań – w tym zagrażających życiu – jest język.

Zmiany patologiczne po piercingu w obrębie jamy ustnej dzielą się na **wczesne, zauważalne po mniej niż 24 godzinach po kolczykowaniu**, np.: ból, obrzęk, który szczególnie w przypadku języka powoduje trudności z mówieniem, jedzeniem

i polykaniem, krwawienie oraz miejscowe infekcje, rzadziej występuje wzmożony wpływ śliny i podrażnienie, kontaktowe reakcje alergiczne w obrębie części skórnej wargi, szczególnie gdy kolczyk jest wykonany z niklu lub zawiera domieszkę palladu, odczucie metalicznego smaku w ustach; zdarzały się uszkodzenia nerwów (twarzowego, trójdzielnego, podjęzykowego, językowo-gardłowego), a także przypadki przemieszczenia kolczyka do mięśni języka. Powikłania wczesne mijają zazwyczaj samoistnie, średnio po okresie ok. 2 tygodni, chociaż według niektórych badań średni czas gojenia wynosił ok. 4 tygodni dla piercingu języka oraz 5 tygodni dla wargi²⁴⁵.

Powikłania późne: nawracające infekcje w okolicy piercingu oraz uszkodzenia tkanek twardych zębów; ponadto występują recesje dziąsłowe w sąsiedztwie kolczyka, tym częstsze, im dłużej był użytkowany kolczyk²⁴⁶.

W USA przeprowadzono retrospektywną analizę zgłoszeń pacjentów z piercingiem na ostry dyżur. Najcięższymi przypadkami były epizody duszności zagrażające życiu u pacjentów po przeprowadzonym zabiegu piercingu języka, spowodowane infekcją lub stanem zapalnym i obrzękiem języka. Ponadto powikłaniami piercingu zagrażającymi życiu pacjenta są: przedłużone krwawienie pozabiegowe, problemy z oddychaniem spowodowane narastającym obrzękiem języka lub zaaspirowaniem kolczyka do dróg oddechowych, martwica tkanek języka, ropień języka, zakażenie tężcem, porażenie nerwu twarzowego oraz infekcyjne zapalenie wsierdza. Ze względu na utrwalone parafunkcje (przygryzanie, stukanie kolczykiem o zęby) szkliwo zębów pęka lub się ściera. Zdarzają się także przypadki przemieszczenia kolczyka do mięśni języka. Kolczyki mogą stanowić wrota dla zakażenia tężcem, wirusami opryszczki, WZW B, WZW C, HIV²⁴⁷.

Kolczyk w zębie – albo się go dokleja, albo wprowadza przez wyborowaną dziurkę. Powikłania: 1) niewłaściwie dobrany materiał kolczyka, 2) alergia, 3) zakażenie. Ponadto kolczyk w jamie ustnej to możliwość próchnicy zębów czy urazów²⁴⁸.

Piercing w miejscach intymnych w dawnych czasach odgrywał rolę „strażnika czystości”, często uniemożliwiając odbycie stosunku płciowego. Obecnie – poza chęcią wyróżniania się, bycia oryginalnym – niektórzy uzasadniają taki piercing niezwyklejmi doznaniemiami seksualnymi.

Decydując się, warto jednak wiedzieć, że:

1. Miejsca te są bardzo mocno ukrwione, unerwione i delikatne, więc zabieg jest bolesny, choć zwykle wykonywany w znieczuleniu.

245 Loup P.J., Mombelii A. *Piercing im mundbereich*. Schweiz Monatsschr Zahnmed 2002; 112 (5): 483-487.

246 Nienartowicz J., Pawlak W., Dobrakowski R. *Powikłanie kolczykowania języka – opis przypadku*. Dent. Med. Probl. 2004; 41: 567-570.

247 Kaczor K., Zawadzka A., Roźniatowski P. i wsp. *Powikłania piercingu w obrębie jamy ustnej – przegląd piśmiennictwa*. Borgis – Nowa Stomatologia 2016; 4: 253-261. Doi: 10.5604/14266911.1231641.

248 Marczewski B., Paradowska A., Napieralska K. *Kolczykowanie a stan jamy ustnej*. Dent. Med. Probl. 2007; 44 (2): 231-235. ISSN 1644-387X, https://www.dbc.wroc.pl/Content/1910/DMP_2007442231_Marc.pdf [dostęp: 1.06.2020].

2. Rany po przekłuwaniu goją się bardzo długo – nawet do 3 miesięcy.
3. Kolczyki w tych miejscach mogą przeszkadzać w higienie, zahaczać o bieliznę, powodując zranienia.
4. Bardzo łatwo dochodzi do zakażenia – nie tylko bakteryjnego, ale też grzybiczego.
5. Rany w miejscach intymnych mogą stanowić wrota dla wirusów: HIV, WZW typu B i WZW typu C.

Pigułka gwałtu → Zgwałcenie

Piramidy żywienia → Żywnienie

Płodowy zespół alkoholowy (FAS/FASD) → Dziecko matki używającej alkohol

POCHP → Uzależnienie od nikotyny

Polskie Towarzystwo Higieniczne (PTH) → Medycyna profilaktyczna. Instytucje

Potencjały (zasoby własne) → Stres a zdrowie psychofizyczne

Pregoreksja → Zaburzenia żywienia i odżywiania się

Problemowe spożywanie alkoholu

Etymologia terminu „alkohol” pochodzi prawdopodobnie od jednego z dwóch arabskich słów: *al-kuhl* (‘antymon’, ‘drobny proszek’) lub *al-ghoul* (‘zły duch’) ²⁴⁹.

W XXI w. alkohol jest środkiem wysokodochodowym, a wokół jego produkcji skupione są różne podmioty życia społecznego: gospodarcze, polityczne itp. ²⁵⁰ Według raportu WHO z 2018 r. liczba osób na świecie spożywających alkohol to ok. 2,3 mld. Według WHO alkohol jest na trzecim miejscu wśród ryzyka dla zdrowia populacji – ponad 60 rodzajów różnych chorób i urazów ma związek z alkoholem ²⁵¹.

W 2016 r. odnotowano związek ze szkodliwym spożyciem alkoholu – w ponad 3 mln zgonów, ponad 7% przedwczesnych (w wieku < 70. r.ż.), ok. 28% to skutek urazów, 21% choroby przewodu pokarmowego, 19% – układ krążenia, a pozostały

²⁴⁹ Woronowicz B. *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*. Media Rodzina/Parpamedia, Warszawa 2009: 38-41.

²⁵⁰ Jedynek M. *Alkoholizm jako zjawisko patologiczne i społecznie destruktywne*. W: *Uzależnienia oraz związane z nimi zagrożenia społeczne*, Pstrąg D. (red). Wydawnictwo UR, Rzeszów 2014: 96-117; Wyrzykowski P. *Rynek napojów alkoholowych*. Przemysł Spożywczy 2014; 6 (68): 9-11.

²⁵¹ Frąckowiak M., Motyka M. *Charakterystyka problemów społecznych związanych z nadużywaniem alkoholu*. Hygeia Public Health 2015; 2 (50): 314-322.

odsetek – następstwa chorób zakaźnych, nowotworów, zaburzeń psychicznych i wielu innych chorób²⁵².

W Polsce liczba osób pijących ryzykownie i w sposób szkodliwy to ok. 2,5-4 mln. Według WHO alkohol jest na trzecim miejscu wśród czynników ryzyka dla zdrowia populacji – ponad 60 rodzajów różnych chorób i urazów ma związek z alkoholem²⁵³.

Według szacunków Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) w Polsce może być nawet 1,5 mln kobiet uzależnionych od alkoholu lub tzw. pijących szkodliwie, a zmiany obyczajowe wskazują, że liczba ta rośnie²⁵⁴.

U kobiet ze względu na mniejszą masę ciała, inną zawartość tłuszczu oraz różnice hormonalne jest inna tolerancja na alkohol niż u mężczyzn, szkody zdrowotne można zaobserwować już wtedy, gdy wypija ona dziennie więcej niż dwie standardowe porcje alkoholu (tj. 1 piwo 0,5 l lub kieliszek wina 200 ml czy 60 ml wódki), wypijanie trzech standardowych porcji alkoholu dziennie prowadzi do zaburzeń w stanie zdrowia, u mężczyzn zaś zaburzenia w stanie zdrowia pojawiają się zwykle dopiero przy wypijaniu dziesięciu i więcej porcji czystego alkoholu dziennie. Terapia uzależnionych od alkoholu kobiet ma więcej uwarunkowań psychologicznych niż u mężczyzn²⁵⁵.

Ryzykowne spożywanie alkoholu może prowadzić do degradacji psychofizycznej oraz licznych szkód zdrowotnych ma wpływ na rodziny i społeczeństwo²⁵⁶.

Według Jerzego Mellibrudy:

kształtowanie się nałogowego ukierunkowania osobowości pobudzone jest błędnymi sposobami poszukiwania wolności i autonomii osobistej, które stają się źródłem lęku, cierpienia i osamotnienia. Sięgając po „narzędzia szczęścia”, które złudnie obiecują kontrolę nad światem uczuć, ludzie wpadają w nałogowe pułapki i w końcu tracą nawet iluzję wolności. Ta „ucieczka do wolności”, prowadząca do uzależnienia, staje się współczesną wersją totalitarnego zniewolenia²⁵⁷.

252 WHO. *Global status report on alcohol and health 2018*. World Health Organization, Geneva 2018.

253 Frąckowiak M., Motyka M. *Charakterystyka problemów społecznych związanych z nadużyciem alkoholu*. *Hygeia Public Health* 2015; 2 (50): 314-322.

254 *Jak piją Polki? W Polsce może być nawet 1,5 mln kobiet uzależnionych od alkoholu*, <http://www.parpa.pl/index.php/szkody-zdrowotne-i-uzaleznienie/kobiety-i-alkohol> [dostęp: 31.05.2020].

255 Włodarczyk E. *Kobiety uzależnione od alkoholu w procesie terapii – bariery i oczekiwania*, https://repozytorium.amu.edu.pl/bitstream/10593/24447/1/W%C5%82odarczyk%20E_Kobiety%20uzale%C5%BCnione%20od%20alkoholu%20w%20procesie%20terapii%20-%20bariery%20i%20oczekiwania.pdf [dostęp: 6.06.2020]; Beckman L.J. *Przeszkody w leczeniu alkoholizmu u kobiet*. W: *Alkohol a zdrowie. Kobiety i alkohol*. PARPA 1997, <http://docplayer.pl/46254688-Zrodlo-alkohol-alert-nr-46-grudzien-1999-national-institute-on-alcohol-abuse-and-alcoholism.html> [dostęp: 6.06.2020].

256 Jedynek M. *Alkoholizm jako zjawisko patologiczne i społecznie destruktywne*. W: *Uzależnienia oraz związane z nimi zagrożenia społeczne*. Pstrąg D. (red.). Wyd UR, Rzeszów 2014: 96-117.

257 Mellibruda J., Sobolewska-Mellibruda Z. *Integracyjna psychoterapia uzależnień. Teoria i praktyka*. Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa 2006.

Na liście środków współcześnie stosowanych do redukowania wszelkich stanów dyskomfortu alkohol zajmuje czołową pozycję²⁵⁸.

Alkohol należy do najbardziej rozpowszechnionych substancji psychoaktywnych wśród młodzieży, także szkolnej w Polsce, a jego nadużywanie jest główną przyczyną zgonów i inwalidztwa tych młodych. Wielu z nich jest narażonych na różne szkody związane z upojeniem alkoholowym: wypadki (również śmiertelne), konflikty z prawem, zachowania agresywne, większe ryzyko bycia ofiarą przestępstwa, przedwczesna inicjacja seksualna, konflikty z rówieśnikami, problemy z nauką, sięganie po inne substancje psychoaktywne. Spożywanie alkoholu w tak młodym wieku, a zdarza się też u dzieci przed okresem pokwitania, stanowi również przyczynę zahamowania rozwoju emocjonalnego oraz zaburzeń procesu dojrzewania oraz obniża motywację do wyznaczania sobie celów życiowych²⁵⁹.

Używanie alkoholu jest często powiązane z łamaniem prawa. Zgromadzone dane potwierdzają również związek między alkoholem a wypadkami drogowymi²⁶⁰. Główne naruszenia w handlu alkoholem to przede wszystkim sprzedawanie alkoholu osobom niepełnoletnim i nietrzeźwym, sprzedawanie alkoholu bez wymaganych zezwoleń albo wbrew warunkom określonym w ustawie, nielegalne reklamowanie alkoholu, zakłócanie porządku publicznego w miejscu sprzedaży lub okolicy w związku z nabywaniem alkoholu, jego przemytem lub nielegalną produkcją²⁶¹.

Problemy osób przybywających do pracy po alkoholu, pozornie trzeźwych – spożycie alkoholu zdecydowanie utrudnia koncentrację, podnosi wypadkowość, obniża wydajność pracy oraz powoduje niewłaściwe relacje z innymi pracownikami²⁶².

Straty ekonomiczne wynikające ze spożywania alkoholu to m.in.: koszty opieki zdrowotnej, leczenia i prewencji, szkody powstałe w wyniku przestępstw (w tym koszty działań policji, sądów i zakładów karnych), szkody wynikające z wypadków drogowych, nieobecności w pracy, zaniżona wydajność, bezrobocie²⁶³.

Uzależnienie od alkoholu wywiera wpływ na pozostałych członków rodziny – powoduje u nich problemy zdrowotne, psychologiczne, społeczne i materialne, a także

258 Frąckowiak M., Motyka M. *Charakterystyka problemów społecznych związanych z nadużywaniem alkoholu*. Hygeia Public Health 2015; 2 (50): 314-322.

259 Raport: Młodzież 2018, Fundacja CBOS we współpracy z Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2019, <https://www.cinn.gov.pl/portal?id=166545> [dostęp: 4.01.2021].

260 Fell J.C., Beirness D.J., Voas R.B. i wsp. *Can progress in reducing alcohol – impaired driving fatalities be resumed? Results of a workshop sponsored by the Transportation Research Board, Alcohol, Other Drugs, and Transportation Committee (ANB50)*. Traffic Injury Prevention 2016; 17 (8): 771-781.

261 Siegfried N., Parry C. *Do alcohol control policies work? An umbrella review and quality assessment of systematic reviews of alcohol control interventions (2006-2017)*. PLoS One 2019; 14 (4): e0214865.

262 Ames G.M., Bennett J.B. *Prevention interventions of alcohol problems in the workplace*. Alcohol Research & Health: The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism 2011; 34 (2): 175-187.

263 Thørrisen M.M., Bonsaksen T., Hashemi N. i wsp. *Association between alcohol consumption and impaired work performance (presenteeism): a systematic review*. BMJ Open 2019; 9 (7): e029184.

może być przyczyną współzależnienia, czyli szkodliwego sposobu przystosowania się ograniczającego realistyczną ocenę sytuacji, a tym samym możliwości rozwiązania problemów, zarówno osobistych, jak i całej rodziny. Często osoby współzależnione nie potrafią zachować się racjonalnie i np. przestać się zajmować mężem czy dorosłym już dzieckiem alkoholikiem. U osób współzależnionych występuje wiele chorób o podłożu psychosomatycznym, problemy emocjonalne, zaburzenia lękowe i depresyjne. Aby poradzić sobie z tego typu dolegliwościami, osoby te również zaczynają nadużywać substancji psychoaktywnych – leki uspokajające, nasenne czy alkohol²⁶⁴.

Przemoc w rodzinach osób spożywających alkohol, niezależnie od wykształcenia czy sytuacji ekonomicznej, występuje dość często, a dość powszechne jest przekonanie, że picie alkoholu zwalnia od odpowiedzialności za zachowanie²⁶⁵.

Szczególnie trudna jest sytuacja dzieci, które wychowują się w rodzinie z problemem alkoholowym. Życie w takiej rodzinie zakłóca prawidłowy rozwój dziecka – emocjonalny, poznawczy i społeczny. Doświadczanie ciągłego stresu: • niszcząco wpływa na rozwój fizyczny dziecka, • występują trudności w dostosowaniu się do środowiska (dzieci czują się gorsze, mniej wartościowe, nie potrafią zaufać i nawiązywać właściwych relacji z innymi), • nie mają prawidłowych wzorców, norm i systemu wartości. Utrwalone w domu rodzinne schematy zachowań i reakcji emocjonalnych zakłócają ich funkcjonowanie w dorosłości. Mówimy wtedy o występowaniu u takich osób syndromu DDA (dorosłe dzieci alkoholików)²⁶⁶.

Nieprawidłowe wzorce spożywania alkoholu

Spożywanie alkoholu można podzielić na: 1) picie ryzykowne, 2) picie szkodliwe oraz 3) uzależnienie.

Picie ryzykowne

To jednorazowe i łączne (w określonym czasie) wypijanie nadmiernych ilości alkoholu niepociągające za sobą negatywnych konsekwencji, przy czym można przypuszczać, że konsekwencje te się pojawiają, o ile obecny model spożycia alkoholu nie zostanie

264 Panaghi L., Ahmabadi Z., Khosravi N. i wsp. *Living with Addicted Men and Codependency: The Moderating Effect of Personality Traits*. *Addiction & Health* 2016; 8 (2): 98-106.

265 Cunradi C.B., Mair C., Todd M. *Alcohol outlet density, drinking contexts and intimate partner violence: a review of environmental risk factors*. *Journal of Drug Education* 2014; 44 (1-2): 19-33.

266 Werner A., Malterud K. *Children of parents with alcohol problems performing normality: A qualitative interview study about unmet needs for professional support*. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 2016; 11: 30673.

zmieniony. Nie ustalono precyzyjnych kryteriów picia ryzykownego (zwłaszcza ilości i czasu spożycia)²⁶⁷, najczęściej przyjmuje się, że jest to wtedy:

- gdy dzienna konsumpcja czystego alkoholu przekracza u mężczyzn 60 g, a u kobiet 40 g;
- gdy częstotliwość picia wspomnianej dawki czystego alkoholu wynosi 2-3 razy w tygodniu;
- kiedy co najmniej raz w tygodniu występuje upicie się.

Dla przypomnienia:

- 0,5 litra piwa zawiera 25 g czystego alkoholu;
- 100 ml wina zawiera 15 g czystego alkoholu;
- 50 ml wódki zawiera 20 g czystego alkoholu²⁶⁸.

Picie szkodliwe

Jest to taki wzorzec picia, który już powoduje szkody zdrowotne, fizyczne bądź psychiczne, a także psychologiczne i społeczne, przy czym nie występuje jeszcze uzależnienie od alkoholu²⁶⁹. Obserwuje się wtedy już wyraźne: szkody zdrowotne (m.in. wyższe ryzyko zachorowań na nowotwory, zaburzenia sercowo-naczyniowe, choroby układu pokarmowego, problemy seksualne²⁷⁰, depresja, zaburzenia lękowe, próby samobójcze, samouszkodzenia); szkody społeczne (przemoc domowa, częste wypadki drogowe, zatrucia, upadki, pożary, utonięcie i narażenie na wypadki mechaniczne)²⁷¹, szkody zdrowia psychicznego (obniżenie sprawności umysłowej, problemy edukacyjne, zachowania wysokiego ryzyka)²⁷².

Zespół uzależnienia od alkoholu, nazywany zamiennie chorobą alkoholową, alkoholizmem bądź uzależnieniem od alkoholu, to utrata kontroli nad spożywanym alkoholem.

Utworzono dwa systemy diagnostyczne pozwalające na identyfikację osób uzależnionych: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i *International Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD) WHO. Co kilka lat systemy te są uaktualniane.

267 Dawson D.A. *Defining risk drinking. Alcohol research & health*. The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism 2011; 34 (2): 144-156.

268 Ślaski S. *Picie ryzykowne a percepcja reklamy piwa wśród studentów*. Psychiatria i Psychoterapia 2014; 10 (3): 17-27.

269 Frąckowiak M., Motyka M. *Charakterystyka problemów społecznych związanych z nadużywaniem alkoholu*. Hygeia Public Health 2015; 2 (50): 314-322.

270 Iranpour A., Nakhaee N. *A Review of Alcohol-Related Harms: A Recent Update*. Addiction & Health 2019; 11 (2): 129-137.

271 Rehm J. *The risks associated with alcohol use and alcoholism*. Alcohol Research & Health: The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism 2011; 34 (2): 135-143.

272 Ansari E., Stock W., Mills C. *Is alcohol consumption associated with poor academic achievement in university students?* International Journal of Preventive Medicine 2013; 4 (10): 1175-1188.

Aby zdiagnozować zespół uzależnienia, kluczowe jest stwierdzenie występowania co najmniej trzech z sześciu przedstawionych poniżej objawów, utrzymujących się przez okres jednego roku.

1. Silne pragnienie lub przymus picia alkoholu (tzw. głód alkoholowy).
2. Upośledzenie zdolności kontrolowania zachowań związanych z pićciem (upośledzenie zdolności powstrzymywania się od picia, trudności w zakończeniu picia, trudności w ograniczaniu ilości wypijanego alkoholu).
3. Fizjologiczne objawy zespołu abstynencyjnego w sytuacji ograniczenia lub przerywania picia (drżenie, nadciśnienie tętnicze, nudności, wymioty, biegunka, bezsenność, niepokój, w krańcowej postaci majaczenie i drżenie) bądź używanie alkoholu w celu uwolnienia się od objawów abstynencyjnych.
4. Zmieniona (najczęściej zwiększona) tolerancja alkoholu, potrzeba spożywania zwiększonych dawek dla osiągnięcia oczekiwanego efektu.
5. Postępujące zaniedbywanie alternatywnych przyjemności lub zainteresowań z powodu picia, zwiększanie ilości czasu potrzebnego na zdobycie alkoholu lub powrót do normy po wypiciu.
6. Uporczywe picie alkoholu mimo oczywistych dowodów na występowanie szkodliwych następstw picia²⁷³.

Głównym założeniem wprowadzenia zmian w klasyfikacji ICD-11 było zbliżenie kryteriów diagnostycznych do klasyfikacji DSM-5. W nowej wersji klasyfikacji dysfunkcje związane z nadużywaniem alkoholu dotyczą następujących zaburzeń:

- ostre zatrucie alkoholem,
- używanie szkodliwe,
- zespół uzależnienia,
- zespół abstynencyjny,
- zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem alkoholu.

Przy diagnozie zespołu uzależnienia, definiowanym jako przewlekłe zaburzenie regulacji używania alkoholu, wynikające z ciągłego lub powtarzanego używania substancji, w przyjętej przez WHO w 2019 r. – mającej wejść w życie w styczniu 2022 r. – ICD-11 wyróżnia się kryterium opisujące upośledzoną zdolność kontroli nad rozpoczynaniem, nasileniem, okolicznościami oraz kończeniem przyjmowania substancji psychoaktywnej, z towarzyszącym często subiektywnym przymusem jej przyjmowania. Zwraca się uwagę na to, że przyjmowanie substancji staje się dominującą aktywnością i zainteresowaniem w stosunku do innych zainteresowań, codziennych aktywności i obowiązków, spraw osobistych i zdrowotnych. Podkreśla się także możliwość zmiany

²⁷³ Jakubczyk A. *Uzależnienie, picie szkodliwe i ryzykowne – podstawowe definicje w świetle najważniejszych systemów klasyfikacyjnych*. W: Wojnar M. (red.). *Medyczne aspekty uzależnienia od alkoholu*. PARPA, Warszawa 2017: 9-10.

tolerancji na dany środek, a także typowe dla danej substancji objawy abstynencyjne (przy przerwaniu lub redukcji używania)²⁷⁴.

Używane są różne skale uzależnienia, np. Skala Rozwoju Uzależnienia od Alkoholu (SRUA)²⁷⁵.

Do rozpoznania zaburzeń związanych z nadużywaniem alkoholu wykorzystywane są m.in. **metody kwestionariuszowe**. W diagnostyce klinicznej w placówkach leczenia uzależnień, zwłaszcza podczas pierwszego kontaktu z pacjentem, ale także wśród lekarzy rodzinnych, najczęściej stosowane są testy MAST, CAGE oraz AUDIT²⁷⁶. W praktyce można się spotkać z jego skróconą wersją: bMAST (*The Brief Michigan Alcoholism Screening Test*)²⁷⁷.

Do uzyskania samodzielnej orientacji o skali problemu alkoholowego można się również posłużyć testem, który powstał w szpitalu Johna Hopkinsa University w Baltimore w USA²⁷⁸.

Chociaż uzależnienie od alkoholu można scharakteryzować za pomocą wskazanych osiowych objawów uzależnienia, liczne dowody potwierdzają, że osoby uzależnione różnią się wieloma charakterystycznymi cechami, m.in. wzorcem spożywania alkoholu, predyspozycjami genetycznymi, społecznymi, cechami osobowości i wieloma innymi. W związku z tym klinicyści i badacze od wielu dekad podejmują próby różnicowania osób uzależnionych na podstawie tych cech²⁷⁹. Jedną z najsłynniejszych typologii

274 Samochowiec A., Chęć M., Kołodziej Ł., Samochowiec J. *Zaburzenia używania alkoholu: Czy nowe kryteria diagnostyczne implikują zmianę strategii terapeutycznych?* *Alcoholism and Drug Addiction* 2015; 28 (1): 55-63; Iwanicka K.A., Olajossy M. *Koncepcje tzw. głodu alkoholu*. *Psychiatria Polska* 2015; 49 (2): 295-304.

275 Kasprzak J., Bętkowska-Korpała B. *Ocena nasilenia objawów uzależnienia od alkoholu przy pomocy Skali Rozwoju Uzależnienia od Alkoholu (SRUA) – wskazówki dla diagnosty cz. a. Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia* 2011; 2: 4-6; Kasprzak J., Bętkowska-Korpała B. *Ocena nasilenia objawów uzależnienia od alkoholu przy pomocy Skali Rozwoju Uzależnienia od Alkoholu (SRUA) – wskazówki dla diagnosty cz. b. Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia* 2011; 3: 7-10; Kasprzak J., Bętkowska-Korpała B. *Ocena nasilenia objawów uzależnienia od alkoholu przy pomocy Skali Rozwoju Uzależnienia od Alkoholu (SRUA) – wskazówki dla diagnosty cz. a. Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia* 2011; 2: 4-6. Kasprzak J., Bętkowska-Korpała B. *Ocena nasilenia objawów uzależnienia od alkoholu przy pomocy Skali Rozwoju Uzależnienia od Alkoholu (SRUA) – wskazówki dla diagnosty cz. b. Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia* 2011; 3: 7-10.

276 Powers J.S., Spickard A. *Michigan Alcoholism Screening Test to diagnose early alcoholism in a general practice*. *Southern Medical Journal* 1984; 77 (7): 852-856.

277 Woronowicz B. *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*. Media Rodzina/Parpamedia, Warszawa 2009: 130; Nerys W. *The CAGE questionnaire*. *Occupational Medicine* 2014; 64 (6): 473-474; Woronowicz B. *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*. Media Rodzina/Parpamedia, Warszawa 2009: 126-129; Higgins-Biddle J.C., Babor T.F. *A review of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), AUDIT-C, and USAUDIT for screening in the United States: Past issues and future directions*. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 2018; 44 (6): 578-586.

278 Woronowicz B. *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*. Media Rodzina/Parpamedia, Warszawa 2009: 131-132.

279 Babor T.F. *The Classification of Alcoholics: Typology Theories From the 19th Century to the Present*. *Alcohol Health and Research World* 1996; 20 (1): 6-14.

została przygotowana w latach 60. XX w. przez Erwina M. Jellinka²⁸⁰. Z kolei Robert C. Cloninger wyróżnił inne dwa typy alkoholizmu²⁸¹. Otto M. Lesch w latach 90. XX w. wprowadził jeszcze inną typologię, w której opisał cztery typy uzależnienia od alkoholu w korelacji z innymi zaburzeniami psychicznymi²⁸².

Fazy rozwoju uzależnienia

Uzależnienie od alkoholu jest procesem rozłożonym w latach. Według E.M. Jellinka rozwija się zwykle w czterech etapach (fazach)²⁸³.

Według koncepcji Jerzego Mellibrudy, mechanizmy uzależnienia są uaktywniane wskutek intensywnego oddziaływania alkoholu i stanowią podstawowe przyczyny jego nadużywania oraz są zasadniczym powodem przerywania prób abstynencji. Wewnętrzne czynniki aktywizujące te mechanizmy to: uszkodzenia organizmu oraz choroby somatyczne i psychiczne, deficyty umiejętności życiowych, destrukcyjna orientacja życiowa. Zewnętrzne to: sytuacje podwyższonego ryzyka, trwałe zaburzenia w relacjach społecznych, konsekwencje społeczne nadużywania alkoholu. Autor wyodrębnia mechanizmy: nałogowego regulowania emocji, iluzji i zaprzeczania, rozpraszania i rozdawiania JA²⁸⁴.

Osoby uzależnione najczęściej nie wiedzą, co jest prawdą, a co fałszem w związku z ich pićm i jego konsekwencjami. Ich postrzeganie sytuacji, w jakiej się znajdują, nie jest zgodne z rzeczywistym stanem rzeczy. Wytwarzają nieprawdziwy obraz siebie i nie są zdolne do trafnej oceny swoich zachowań. Te różnorodne formy zniekształceń na ogół nie wynikają ze świadomego oszukiwania. Tworzy je nieuświadomiany przez jednostkę mechanizm psychologiczny. Najczęściej widoczne zniekształcenia poznawcze to:

- **proste zaprzeczanie** (problemom związanym z pićm),
- **minimalizowanie** (konsekwencji nadużywania alkoholu),
- **obwinianie** (innych o swoje zachowania związane z pićm alkoholu),
- **racjonalizowanie** (usprawiedliwianie picia),
- **intelektualizowanie** (traktowanie problemów alkoholowych w sposób abstrakcyjny, za pomocą uogólnień, spekulacji intelektualnych),

280 Jellinek E.M. *Alcoholism, a genus and some of its species*. Canadian Medical Association Journal 1960; 83 (26): 1341-1345.

281 Cloninger C.R., Sigvardsson S., Bohman M. *Type I and Type II Alcoholism: An Update*. Alcohol Health and Research World 1996; 20 (1): 18-23.

282 Lesch O.M., Kefer J., Lentner S. i wsp. *Diagnosis of Chronic Alcoholism – Classificatory Problems*. Psychopathology 1990; 23: 88-96.

283 Woronowicz B.T. *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*. Media Rodzina/Parpamedia, Warszawa 2009: 139-140.

284 Mellibruda J. *Psycho-bio-społeczna koncepcja uzależnienia od alkoholu*. Alkoholizm i Narkomania 1997; 3 (28): 277-306.

- **odwracanie uwagi** (zmienianie przedmiotu rozmowy lub refleksji),
- **fantazjowanie** (budowanie wyobrażeń na temat nierealistycznych sytuacji),
- **koloryzowanie wspomnień** (modelowanie obrazu minionych wydarzeń zgodnie z aktualnymi potrzebami),
- **marzeniowe planowanie** (tworzenie naiwnych wizji własnych działań i sytuacji i porzucanie na przeżywaniu przyjemnych doznań towarzyszących tym marzeniom)²⁸⁵.

Dla osoby uzależnionej alkohol z biegiem czasu staje się podstawowym źródłem uczuć, rozwijając się przyzwyczajenie (**zależność**) do natychmiastowej ulgi zamiast czasochłonnego znoszenia stanów przykrych to też zmniejszona tolerancja na cierpienie – nawet niewielkie niedogodności wywołują silne emocje i powodują nieadekwatne reakcje kończące się gniewem, wstydem, wyrzutami sumienia itp., co z kolei stanowi bodziec do sięgania po alkohol w celu uzyskania szybkiej ulgi.

Etapy rozwoju mechanizmu nałogowego regulowania uczuć podane są w piśmiennictwie²⁸⁶.

Problemy zdrowotne u osób nadużywających alkoholu

Szacuje się, że nadużywanie alkoholu skraca życie średnio o 16 lat, ponieważ:

- alkohol jest przyczyną wielu chorób, które często mają odmienny obraz niż u osób niepijących, co często stwarza problemy diagnostyczne;
- zwykle uzależnieni zgłaszają się do lekarza późno i często nie podejmują leczenia lub leczą się niesystematycznie;
- alkohol wpływa negatywnie na wyniki typowej dla wielu chorób terapii;
- alkohol zwiększa wypadkowość (również ze skutkami śmiertelnymi);
- ryzyko popełnienia samobójstwa przez osoby uzależnione jest 3-9 razy większe w porównaniu ze stwierdzanym wśród abstynentów;
- zatrucia alkoholem bywają śmiertelne.

Toksyczny wpływ etanolu oraz wynikające z picia niedobory mineralne i witaminowe powodują postępujące uszkodzenie i zaburzenie funkcjonowania: 1) centralnego układu nerwowego (u 30% osób uzależnionych dochodzi do zaniku robaka mózdzku – niepewny, chwiejny chód z szeroko rozstawionymi stopami, tzw. chód na szerokiej podstawie, zaburzenia równowagi, niezborność ruchów, drżenia rąk, upośledzenie wykonywania szybkich, skoordynowanych ruchów, gesty stają się niezgrabne i nadmiernie „zamaszyste”, problemy z mową – tzw. mowa skandowana, modulacja przypominająca

²⁸⁵ Mellibruda J. *Psycho-bio-społeczna koncepcja uzależnienia od alkoholu*. Alkoholizm i Narkomania 1997; 3 (28): 290-291.

²⁸⁶ Mellibruda J. *Psycho-bio-społeczna koncepcja uzależnienia od alkoholu*. Alkoholizm i Narkomania 1997; 3 (28): 288-289, 293-296.

okrzyki), 2) obwodowego układu nerwowego (u 50% uzależnionych polineuropatia obwodowa), prawdopodobieństwo udaru niedokrwiennego jest 1,6-krotnie większe, a krwotoczno ponad dwukrotnie większe niż u osób niepijących, częściej występują zaburzenia krzepnięcia krwi (zwykle związane z uszkodzeniem wątroby), co powoduje, że każde krwawienie, również do mózgu, trwa dłużej, obejmuje większy obszar i przynosi znacznie więcej nieodwracalnych szkód. U 90-100% stłuszczenie wątroby (częściej i szybciej u kobiet), możliwy długi przebieg bezobjawowy (jedynie powiększenie wątroby w badaniu przedmiotowym i USG), u 30% marskość wątroby (powikłania z żylakami przełyku, nieprawidłowym krzepnięciem krwi, encefalopatią wątrobową). 60% pacjentów z marskością wątroby umiera w ciągu czterech lat od ustalenia rozpoznania. Piwo, niesłusznie wyłączone przez niektórych z grupy napojów alkoholowych, wydaje się szczególnie sprzyjać rozwojowi marskości!!! Poza tym osoby uzależnione od alkoholu znacznie częściej chorują na zapalenie błony śluzowej przełyku, żołądka, refluks żołądkowo-przełykowy i chorobę wrzodową żołądka z ryzykiem krwawienia, perforacji, a także rozwoju raka tego narządu, przewlekłe zapalenie trzustki z cukrzycą oraz ryzyko raka trzustki. Nadużywanie alkoholu jest przyczyną ok. 45% przypadków kardiomiopatii rozstrzeniowej, zaburzeń rytmu serca, nadciśnienia tętniczego, często występują zaburzenia hormonalne, kamica układu moczowego, otyłość, gorsze gojenie ran, zaburzone funkcje szpiku kostnego, zaburzenia odporności (często zapalenia płuc, gruźlica itd.), chorób autoimmunologicznych, nowotworów (języka, krtani, gardła, piersi, przełyku, żołądka, jelita grubego i odbytnicy)²⁸⁷.

Leczenie – podstawa prawna

Podstawa prawna rozwiązywania problemów alkoholowych w Polsce to Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi²⁸⁸, która też wskazuje kompetencje i zadania Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA)²⁸⁹.

Leczenie osób uzależnionych w Polsce ma charakter dobrowolny, jednak od 1982 r. wprowadzono wyjątek od tej zasady, którym do chwili obecnej jest sądowe zobowiązanie do leczenia²⁹⁰.

287 Klimkiewicz A. *Choroby somatyczne spowodowane używaniem alkoholu. Medycyna Profilaktyczna – Pacjent*, <https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/uzaleznienia/81417,choroby-somatyczne-spowodowane-uzywaniem-alkoholu> [dostęp: 19.11.2020].

288 Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 2277.

289 Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 2277.

290 Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 2277.

Strategie mające na celu zapobieganie występowania problemów związanych z nadużywaniem alkoholu lub częściową ich redukcją to np.: terapia uzależnień wzorowana na Modelu Minnesota, rozmowy ze specjalistami przez Internet, kluby Anonimowych Alkoholików (AA)²⁹¹, tj. wspólnoty Anonimowych Alkoholików (*Alcoholics Anonymous* – AA), klubów abstynenta, strategii redukcji szkód, farmakoterapia, oddziaływanie środowisk kościelnych²⁹² oraz metody niekonwencjonalne.

W 2018 r. została stworzona w Polsce (ponoć pierwsza na świecie) aplikacja mobilna AlkyRecovery (wykorzystuje algorytmy sztucznej inteligencji), pomocna w zachowaniu trzeźwości²⁹³.

Ostatnio przedmiotem licznych dyskusji i kontrowersji jest wprowadzenie do oddziaływań przeciwalkoholowych strategii zamiast jednoczesowego bezwzględego odstawienia alkoholu – picia kontrolowanego jako przejściowego etapu w terapii. Pomimo negowania tej metody przez wielu specjalistów – większość jest zgodna, że jednak ten kierunek przynosi oczekiwane rezultaty, do których zaliczyć należy redukcję szkód związanych z nadużywaniem alkoholu, m.in. zamiana opakowań szklanych na plastikowe w celu ograniczenia urazów związanych z aktami przemocy po alkoholu, wzbogacanie piwa tiaminą zapobiegające encefalopatii Wernickego i psychozie Korsakowa, wyposażenie pojazdów w poduszki powietrzne ograniczające ryzyko urazów spowodowanych wypadkami po alkoholu, działalność izb wytrzeźwień, nocna komunikacja miejska zapewniająca bezpieczny powrót do domu itp.²⁹⁴

Jedną z metod, nad którymi pracuje się od lat, jest automatyczne zablokowanie auta w sytuacji, gdy kierowca znajduje się pod wpływem alkoholu²⁹⁵.

Ważną rolę w oddziaływaniach mających zapobiegać nadużywaniu alkoholu bądź powrotom do picia po okresach abstynencji odgrywa farmakoterapia²⁹⁶. Od ponad trzech dekad podejmowane są próby leczenia osób uzależnionych od alkoholu za pomocą hipnozy, stosowanej jako samodzielna technika bądź jako element terapii²⁹⁷.

291 Jakubik A., Kowaluk B. *Wsparcie społeczne a utrzymywanie abstynencji u mężczyzn uzależnionych od alkoholu*. *Alkoholizm i Narkomania* 1997; 1 (26): 89-103; Wspólnota Anonimowych Alkoholików. Mityngi on-line, <https://aa24.pl/pl/mityngi-on-line> [dostęp: 7.06.2020].

292 Frąckowiak M., Motyka M. *Przeciwdziałanie problemom alkoholowym – przegląd oddziaływań mogących wzajemnie się uzupełniać*. *Hygeia Public Health* 2015; 2 (50): 323-330.

293 *Pierwsza aplikacja mobilna dla alkoholików została stworzona w Polsce. Pomoże wyjść z nalogu*, <https://finanse.wp.pl/pierwsza-aplikacja-mobilna-dla-alkoholikow-zostala-stworzona-w-polsce-pomoze-wyjsc-z-nalogu-6264549527378049a> [dostęp: 30.05.2020].

294 Frąckowiak M., Motyka M. *Przeciwdziałanie problemom alkoholowym – przegląd oddziaływań mogących wzajemnie się uzupełniać*. *Hygeia Public Health* 2015; 2 (50): 323-330.

295 Markiewicz J. *Blokada alkoholowa dla pijanych kierowców: fakty*, <https://android.com.pl/news/247193-blokada-alkoholowa-dla-pijanych-kierowcow-fakty/> [dostęp: 30.05.2020].

296 Swift R.M., Aston E.R. *Pharmacotherapy for alcohol use disorder: current and emerging therapies*. *Harvard Review of Psychiatry* 2015; 23 (2): 122-133.

297 Shestopal I., Bramness J.G. *Effect of Hypnotherapy in Alcohol Use Disorder Compared to Motivational Interviewing: A Randomised Controlled Trial*. *Journal of Addiction Research & Therapy* 2019; 9 (5). Doi: 10.4172/2155-6105.1000368.

Inną metodą jest terapia internetowa, która polega w dużej mierze na działalności motywującej do zmiany (np. aplikacja *Drinker's Check-up*)²⁹⁸.

Promocja zdrowia

Według Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2020 r. poz. 295, 567) **promocja zdrowia** to działania umożliwiające poszczególnym osobom i społeczności zwiększenie kontroli nad czynnikami warunkującymi stan zdrowia i przez to jego poprawę, promowanie zdrowego stylu życia oraz środowiskowych i indywidualnych czynników sprzyjających zdrowiu.

W Karcie Ottawskiej (uważanej za akt tworzenia instytucji promocji zdrowia) wydanej w 1986 r.²⁹⁹ wyodrębnia się

pięć kierunków niezbędnych dla aktywnej strategii promocji zdrowia:

1. określenie zdrowotnej polityki społecznej w państwie (m.in. opracowanie programów prozdrowotnych i ich systematyczną realizację z jednoczesnym zapewnieniem źródeł finansowania); tworzenie polityki Zdrowia Publicznego
2. rozwijanie wiedzy i umiejętności działań na rzecz zdrowia, organizowanie środowisk wspierających zdrowie, tworzenie sieci struktur społeczności lokalnych z angażowaniem członków społeczeństwa do aktywnego uczestnictwa w sprawach dotyczących zdrowia;
3. wspieranie działań społecznych;
4. pomoc w rozwijaniu umiejętności osobniczych (indywidualnych)
5. reorientacja świadczeń zdrowotnych (odejście od modeli ekonomiki szpitalnej w kierunku holistycznego ujmowania korzyści zdrowotnych, ekonomicznych i rozwojowych całego kraju).

Zadania promocji zdrowia są realizowane poprzez edukację zdrowotną i prozdrowotną politykę publiczną.

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) → Uzależnienie od nikotyny

PTH → Polskie Towarzystwo Higieniczne

PTSD (zespół stresu pourazowego) → Stres a zdrowie psychofizyczne człowieka

PTSD po zgwałceniu → Zgwałcenie

²⁹⁸ Hester R.K., Delaney H.D., Campbell W. *The college drinker's check-up: outcomes of two randomized clinical trials of a computer-delivered intervention*. Psychology of addictive behaviors: journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors 2012; 26 (1): 1-12.

²⁹⁹ WHO. *The Ottawa Charter for Health Promotion*, <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/in> [dostęp: 23.04.2020].

PubMed → Medycyna oparta na faktach (EBM) → Epidemiologia

PZH → Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny

R

Raport opublikowany w listopadzie 2019 r.**Stan zdrowia Polaków i zachowania antyzdrowotne**

Dane zawarte w publikacji: „**State of Health in the EU: Polska – Profil systemu ochrony zdrowia 2019**” wydanej pod koniec listopada 2019 r. wspólnie przez Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) i Europejskie Obserwatorium Polityki Systemów Opieki Zdrowotnej (*European Observatory on Health Systems and Policies*) we współpracy z Komisją Europejską:

1. Średnia oczekiwana długość życia wzrosła, lecz wciąż jest niższa od średniej UE; nierówności w tym zakresie ze względu na płeć i poziom wykształcenia są znaczne.
2. Liczba zgonów możliwych do uniknięcia dzięki prewencji i interwencji medycznej w dalszym ciągu jest dużo wyższa niż średnia UE, co wskazuje na to, że pozostaje jeszcze wiele do zrobienia zarówno w zakresie prewencji, jak i wczesnej diagnostyki oraz terminowego, skutecznego leczenia.
3. Behawioralne czynniki ryzyka przyczyniają się do niemal połowy wszystkich zgonów; pomimo że niektóre wskaźniki ryzyka, takie jak palenie tytoniu, spadły, są one wyższe niż średnia UE.
4. Częstość antyzdrowotnych zachowań Polaków i w Unii Europejskiej (UE):

	Polska	UE
dieta	24%	18%
tytoń	21%	17%
alkohol	7%	6%
niska aktywność fizyczna	4%	3%

Całkowite spożycie alkoholu w Polsce wzrosło w ostatnich latach i jest wyższe niż w UE.

5. Odsetek osób otyłych, w tym dzieci, w Polsce wzrósł w ciągu ostatnich dziesięciu lat o 1/3. 17% osób dorosłych w Polsce cierpi na otyłość (średnia w UE: 15%).

6. Główną przyczyną zgonów są choroby układu krążenia, liczba zgonów z powodu chorób nowotworowych rośnie (2016).
7. Wskaźnik szczepień dzieci jest nadal w Polsce bardzo wysoki, jednak w ostatnich latach spadł (niechęć do szczepień).
8. Polacy po ukończeniu 65. roku życia przez ponad połowę swojego życia cierpią na choroby przewlekłe i niepełnosprawność. Prawie połowa starszych Polaków podaje występowanie objawów depresji.

Ocena systemów ochrony zdrowia w Polsce

Wydatki z budżetu na opiekę zdrowotną są stosunkowo niskie (Polska przeznaczająca na ochronę zdrowia średnio 6,5% PKB, podczas gdy w UE to 9,8%) i są nieoptymalnie rozkładane:

- Poziom możliwych do uniknięcia hospitalizacji w przypadku schorzeń, które można leczyć w warunkach ambulatoryjnych, należy do najwyższych w Europie i ukazuje braki w świadczeniu podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.
- Wydatki na hospitalizacje sugerują ich nieoptymalną alokację. Nadwyżce tej towarzyszą braki w świadczeniu opieki długoterminowej,
- Udzielanie świadczeń jest w dalszym ciągu zbyt zależne od szpitali, a przejście na opiekę o charakterze bardziej środowiskowym jeszcze nie nastąpiło.

Poziom niezaspokojonych potrzeb w zakresie opieki medycznej w Polsce jest wyższy niż średnia UE.

- W 2017 r. odsetek ludności Polski zgłaszającej niezaspokojone potrzeby w zakresie badań medycznych ze względu na koszty, odległość albo czas oczekiwania wynosił 3,3 miesiąca, a w 2018 r. 3,4 (średnia UE: 1,8). Najdłuższy średni czas oczekiwania odnotowano w przypadku świadczeń endokrynologicznych (11 miesięcy) i stomatologicznych (8,5 miesiąca).
- Niezaspokojone potrzeby w zakresie opieki medycznej wynikają głównie z czasu oczekiwania.
- Dostęp do opieki zdrowotnej różni się znacznie w zależności od województwa, np. gęstość obsadzenia stanowisk przez lekarzy różni się o prawie 70%.

Wydatki bezpośrednie gospodarstw domowych (z kieszeni obywatela) na zdrowie:

- stanowią ok. 23% wszystkich wydatków na opiekę zdrowotną;
- są to głównie produkty farmaceutyczne;
- utrudniony dostęp do opieki zdrowotnej z powodu niedostatecznych możliwości finansowych ludzi.

Niedobory pracowników medycznych w placówkach publicznych w Polsce (szczególnie lekarzy i pielęgniarek) są jednymi z najdotkliwszych w Europie

Polska stoi w obliczu poważnego niedoboru pracowników medycznych. Liczba praktykujących lekarzy i pielęgniarek w Polsce należy do najniższych w UE. Niedobory lekarzy pierwszego kontaktu stanowią poważne wyzwanie dla skutecznego świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej³⁰⁰.

Wskaźnik liczby pielęgniarek w Polsce przypadających na 1000 mieszkańców jest jednym z najniższych w Europie i wynosi 5,2 – dla porównania średnia unijna to 9,4.

Niepokojące są także dane dotyczące średniego wieku polskich pielęgniarek – w 2015 r. wynosił on 50 lat, a w 2019 r. 52 lata. Według prognoz na 2030 r. średnia wieku pielęgniarek wyniesie 60 lat³⁰¹.

Liczba lekarzy w Polsce na tle innych krajów Europy

Polska zajmuje ostatnie miejsce w Unii Europejskiej pod względem liczby lekarzy i jedno z gorszych wśród wszystkich krajów europejskich. Z opublikowanego w listopadzie 2019 r. raportu Eurostatu „Healthcare personnel statistics – physicians” wynika, że w naszym kraju na 1000 mieszkańców przypada średnio 2,4 lekarza³⁰².

Potwierdza to raport przygotowany przez Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD), „Health at a Glance 2019”, z którego wynika także, że liczba lekarzy w Polsce nie zwiększa się od prawie 20 lat³⁰³. Wynika to zapewne z dużej emigracji z Polski lekarzy i innych fachowych pracowników służby zdrowia, głównie pielęgniarek; przez 20 lat z Polski wyjechało ponad 20 tys. lekarzy³⁰⁴. Poza tym Polska wydaje na opiekę zdrowotną stosunkowo mniej niż inne państwa UE. Powoduje to coraz trudniejsze warunki pracy lekarzy i pozostałego personelu służby zdrowia – głównie z powodu przeciążenia pracą³⁰⁵.

300 *State of Health in the EU. Polska. Profil systemu ochrony zdrowia 2019*, <https://www.oecd.org/poland/Polska-Profil-systemu-ochrony-zdrowia-2019-Launch-presentation.pdf> [dostęp: 18.07.2020].

301 *W Polsce brakuje pielęgniarek i położnych*, <https://www.bankier.pl/wiadomosc/W-Polsce-brakuje-pielęgniarek-i-polozonych-7832658.html> [dostęp: 18.07.2020].

302 Puls Medycyny, <https://pulsmedycyny.pl/polska-ma-najmniej-lekarzy-w-calej-unii-europejskiej-977230> [dostęp: 20.11.2020].

303 Puls Medycyny, <https://pulsmedycyny.pl/polska-ma-najmniej-lekarzy-w-calej-unii-europejskiej-977230> [dostęp: 20.11.2020].

304 *Premier: przez 20 lat z Polski wyjechało 20 tys. lekarzy*, <https://businessinsider.com.pl/wiadomosci/ilu-lekarzy-wyjechalo-z-polski/4y5c95k> [dostęp: 19.03.2020].

305 *Zapaść. Przez ostatnie cztery lata zlikwidowano w Polsce 69 szpitali*, <https://www.newsweek.pl/polska/mapa-zlikwidowanych-szpitali/3jp74wx> [dostęp: 19.03.2020].

Już przed wielu laty potwierdzono, że najtańszą formą opieki zdrowotnej i najbardziej korzystną dla pacjenta jest właściwie zorganizowany system Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ). W krajach, gdzie jest to zauważane i doceniane, najlepiej działa ochrona zdrowia. Polski system oparty na szpitalach jest zawodny, kosztowny i nie spełnia oczekiwanych warunków. Przed wystąpieniem pandemii COVID-19 jako przykład właściwej organizacji służby zdrowia podawano Holandię, gdzie zmniejszono liczbę szpitali i obecnie na ok. 17 mln mieszkańców jest ich 238, a w Polsce tylko dwukrotnie liczniejszej – szpitali jest ponad 1000. Skuteczną opiekę nad pacjentami przejęli w Holandii lekarze podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Ich gabinety są rozmieszczone tak, by pacjent mógł tam dotrzeć rowerem w ciągu 5 minut, a samochodem w jedną minutę. Ponadto zakres możliwości diagnostycznych holenderskiego lekarza POZ jest znacznie większy. Poziom wykształcenia lekarzy w Polsce jest porównywalny i są chętnie przyjmowani do pracy na Zachodzie³⁰⁶.

Ryzyko zawodowe → Medycyna pracy

S

Salutogeneza → Zdrowie psychiczne

Samobójstwa

Według raportu WHO z dnia 10.09.2019 r.:

- Samobójstwa dotyczą wszystkich grup wiekowych i stanowią drugą, po wypadkach drogowych, najczęstszą przyczynę zgonów wśród osób w wieku 15-29 lat.
- Co roku aż 800 tys. osób na świecie ginie śmiercią samobójczą (a na każdy zgon przypada 20 dodatkowych prób, które się nie powiodły).
- Choć liczba ta w porównaniu z okresem 2010-2016 zmniejszyła się o prawie 10%, to jednak co 40 sekund jeden człowiek na świecie popełnia samobójstwo.

³⁰⁶ Wywiad z Wiceprezesem FPZ Markiem Twardowskim. *Tysiące Polaków bez lekarza POZ*. Medycyna Praktyczna Rodzinna, 29.06.2020, <https://www.mp.pl/medycynarodzinna/aktualnosci/240295,tysiace-polakow-bez-lekarza> [dostęp: 19.11.2020].

Mieszkańcy Europy odbierają sobie życie częściej niż mieszkańcy innych kontynentów³⁰⁷. Najwięcej samobójstw popełniają Litwini, Łotysze i Słowacy. Na Malcie, Cyprze we Włoszech i w Hiszpanii liczba samobójstw jest bardzo niska. Natomiast w Grecji jest najmniej samobójców w całej UE – cztery osoby na 100 tys. mieszkańców. W Polsce ten współczynnik jest stosunkowo wysoki – 13 osób na 100 tys. mieszkańców; samobójstwa w Polsce są częstsze niż średnia w UE³⁰⁸.

Polskie Towarzystwo Suicydologiczne podaje, że w Polsce codziennie odbiera sobie życie 15 osób, 12 z nich to mężczyźni³⁰⁹.

Samobójstwa nieletnich i okoliczności towarzyszące

Polska znajduje się na drugim miejscu w Europie pod względem samobójstw dzieci i młodzieży. Problem analizuje i zajmuje się konkretną pomocą m.in. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę. W 2017 r. na podstawie danych Eurostatu i Komendy Głównej Policji w Polsce opracowano Raport pt. „Dzieci się liczą 2017”³¹⁰, podając wnioski dotyczące Polski:

- rośnie liczba dzieci hospitalizowanych z powodu zaburzeń psychicznych;
- wskaźniki samobójstw dokonanych wśród dzieci i młodzieży w wieku 10-19 lat – Polska jest na drugim miejscu w Europie (na pierwszym Niemcy);
- co piąte dziecko doświadczyło przemocy fizycznej ze strony znajomej osoby dorosłej; choć, co pozytywne, w ostatnich latach stale rośnie odsetek rodziców, którzy nigdy nie dali dziecku lania;
- tylko niespełna połowa 3-latków mieszkających na wsi jest objętych edukacją przedszkolną;

307 Erling B. *Samobójstwa w Europie. Dlaczego odbieramy sobie życie?* BIQdata. Grafika: Katarzyna Korzeniowska, 28 września 2019, <https://biqdata.wyborcza.pl/biqdata/7,159116,25238980.europa-na-krawedzi-dlaczego-odbieramy-sobie-zycie.html> [dostęp: 4.04.2020].

308 EUROSTAT: *Samobójstwa w Polsce częstsze niż średnia w UE*, <https://www.politykadro-wotna.com/34386,eurostat-samobojstwa-w-polsce-czestsze-niz-srednia-w-ue> [dostęp: 4.04.2020]; Grygiel B. *Samobójstwa nieletnich: Polska na drugim miejscu w Europie*, <https://www.focus.pl/artukul/samobojstwa-nieletnich-polska-na-drugim-miejscu-w-europie> [dostęp: 6.06.2020]; *Samobójstwo popełnia w Polsce codziennie 15 osób. Są to głównie mężczyźni*, <https://zdrowie.wprost.pl/psychologia/10264845/samobojstwo-popelnia-w-polsce-codziennie-15-osob-sa-to-glownie-mezczyzni.html> z 29.10.2019 [dostęp: 6.06.2020].

309 WHO. *List of countries by suicide rate*, https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_countries_by_suicide_rate [dostęp: 4.04.2020]; Stańko K. *Pomóżmy ludziom, którzy tracą sens życia. W Polsce codziennie odbiera sobie życie 15 osób, 12 z nich to mężczyźni*, <https://polskatimes.pl/pomozmy-ludziom-ktorzy-traca-sens-zycia-w-polsce-codziennie-odbiera-sobie-zycie-15-osob-12-z-nich-to-mezczyzni/ar/c1-14409549> [dostęp: 6.06.2020].

310 Patronat nad raportem Dzieci się liczą 2017 objął Rzecznik Praw Dziecka, Marek Michalak.

- rośnie liczba interwencji sądów dotyczących pełnienia władzy rodzicielskiej przez rodziców; w 2015 r. takich ingerencji było ponad 214 tys. (dotyczyły około 3% populacji dzieci);
- 12% dzieci doświadczyło jakiejś formy wykorzystywania seksualnego; tylko połowa rodziców rozmawiała ze swoimi dziećmi o takim zagrożeniu;
- 11% nastolatków przesyłało intymne zdjęcia za pośrednictwem Internetu lub telefonu komórkowego;
- powtarzalnej, długotrwałej cyberprzemocy doświadcza 5% dziewcząt i 4% chłopców³¹¹.

Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę (dawniej Fundacja Dzieci Niczyje) już od 9 lat prowadzi Telefon Zaufania dla Dzieci i Młodzieży 116 111. Jak podają udzielający tam pomocy dzieciom:

- na ten numer w poprzednich latach dzwoniły dzieci głównie z powodu problemów z rówieśnikami (gnębienie w szkołach, stres szkolny) i kłopotów w domu;
- od kilku lat jednak stale wzrasta liczba zgłoszeń, których tematem jest zdrowie psychiczne (m.in. depresja i myśli samobójcze);
- charakterystyczne jest to, że te dzieci pozornie sprawiają wrażenie zadowolonych z życia i dzwonią, by sobie pogadać, a dopiero doświadczony psycholog w miarę rozmowy orientuje się, że mają wielki problem;
- okazuje się, że większość z nich nie czuje się swobodnie w kontaktach z rówieśnikami, ale też w relacjach rodzinnych, i często traci nadzieję, że ktoś ich zrozumie.

Pracownicy Fundacji zauważają niewystarczającą opiekę psychologiczną w polskich szkołach, problem z dotarciem – szczególnie dla mieszkańców mniejszych miast – do psychologa czy psychiatry. Dzieci te są też niejako ofiarami jeszcze utrwalonego w polskim społeczeństwie przekonania, że korzystanie z pomocy wymienionych jest objawem słabości lub porażki życiowej.

W 2017 r. Najwyższa Izba Kontroli (NIK) przedstawiła raport z lat 2014-2016, podając informację, że dzieciom w Polsce

nie zapewniono wystarczającej opieki psychologiczno-pedagogicznej. Dodatkowo od lat kolejne raporty i badania psychologów wskazują na przeładowanie dzieci zajęciami i bodźcami. Brakuje czasu na odpoczynek, przetrawienie i przeanalizowanie własnych przeżyć [...] Źródłem problemu można szukać już w najmłodszych latach życia. Niedawno Fundacja przeprowadziła badanie na zlecenie WHO i Ministerstwa Zdrowia, które pokazuje, że młodzi ludzie, którzy mieli negatywne doświadczenia w dzieciństwie – m.in. doświadczyli przemocy emocjonalnej lub zaniedbania emocjonalnego – kilkanaście razy częściej podejmują próby samobójcze lub dokonują samookaleceń.

³¹¹ Dzieci się liczą 2017 – Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce, <https://fdds.pl/corobimy/dzieci-sie-licza-2017/> [dostęp: 10.07.2020].

Autorzy wielu badań zauważają, że rodzice nie wiedzą, jak rozmawiać ze swoimi dziećmi, które często reagują agresją na próbę rozmowy albo „zamykają się w sobie” lub używają języka, którego dorośli nie rozumieją.

Fundacja proponuje wspólne wsparcie dla dzieci i młodzieży, ale także dla ich rodziców. Dla zaniepokojonych rodziców o bezpieczeństwo dzieci jest uruchomiony telefon 800 100 100 przeznaczony do takich spraw.

Organizowane są też warsztaty dla młodych rodziców, choć za mało jest warsztatów dla rodziców nastolatków³¹².

Psychoterapeuci radzą, aby rozmawiać z osobą, która wyraża myśli samobójcze, zachęcać do wizyty u psychiatry, czy wstępnie nawet osoby zajmującej się problemami socjalnymi.

Czasem niezbędne jest towarzyszenie takiej osobie, gdyż zwykle znajduje się ona pod wpływem znacznego stresu³¹³.

Celem *World Suicide Prevention Day* (Światowego Dnia Zapobiegania Samobójstwom) organizowanego przez Międzynarodowe Stowarzyszenie Zapobiegania Samobójstwom (*International Association for Suicide Prevention*) i WHO jest promowanie światowego zaangażowania i działań zapobiegających samobójstwom³¹⁴.

SARS-CoV-2 → Epidemiologia

SBS (Zespół dziecka potrząsanego) → Zespół dziecka maltretowanego

Sen → Zaburzenia snu

Skażenie środowiska → Zdrowie środowiskowe

Stan epidemiczny → Epidemiologia

Starość

WHO za początek starości uznaje 60. rok życia. Wyróżnia w niej trzy zasadnicze etapy: • 60-75 lat – wiek podeszły (tzw. wczesna starość); • 75-90 lat – wiek starchy (tzw. późna starość); • 90 i więcej lat – wiek sędziwy (tzw. długowieczność).

312 Grygiel B. *Samobójstwa nieletnich: Polska na drugim miejscu w Europie*, 8.05.2019, <https://www.focus.pl/artykul/samobojstwa-nieletnich-polska-na-drugim-miejscu-w-europie> [dostęp: 10.07.2020].

313 NOIZZ. #NOTJUSTAMOOD. *Polscy mężczyźni w czołówce samobójstw w Europie. Nie wiedzą, jak szukać pomocy*, <https://noizz.pl/not-just-a-mood/raport-who-polscy-mezczyzni-w-czolowce-samobojstw-w-europie/nrdfo5r> [dostęp: 4.04.2020].

314 *World Suicide Prevention Day #WSPD*, <https://www.iasp.info/wspd2019/> [dostęp: 4.04.2020].

Starzenie się populacji – problem ogólnoświatowy. Podstawowe cechy starości

Starzenie się populacji jest znanym i narastającym wyzwaniem dla świata. WHO akcentuje, że tempo starzenia się społeczeństw jest znacznie szybsze niż w przeszłości i w latach 2015-2050 odsetek światowej populacji w wieku powyżej 60 lat prawie się podwoi z 12% do 22%, przy czym od 2020 r. liczba osób w wieku 60 lat i starszych przekraczać będzie liczbę dzieci w wieku poniżej 5 lat.

Według prognoz GUS w 2050 r. osoby w wieku powyżej 65. roku życia będą stanowiły prawie 33% ogółu polskiego społeczeństwa, a liczba osób w wieku powyżej 80. roku życia przekroczy 3,5 mln (tj. 10% społeczeństwa)³¹⁵. Z tego powodu wiek XXI będzie dużym wyzwaniem nie tylko dla każdego seniora czy ich rodzin, ale dla polityków, działaczy społecznych i gospodarki wielu krajów, także Polski. Dlatego wszystkie kraje stoją przed poważnymi wyzwaniami zapewnienia starzejącym się populacjom opieki zdrowotnej i społecznej³¹⁶.

Za **podstawowe cechy starości** uważa się: znaczny spadek zdolności adaptacyjnych człowieka w wymiarze biologicznym i psychospołecznym; postępujące ograniczenie samodzielności życiowej; stopniowe nasilanie się zależności od otoczenia. Jednak podkreśla się, że jedni starzeją się wcześniej, a inni później, co tłumaczy się tym, że zdrowie i dobre samopoczucie są determinowane nie tylko przez nasze geny i cechy osobiste, ale także przez środowisko fizyczne i społeczne, w którym żyjemy³¹⁷. Stanowi to częsty temat w internetowych blogach, poradnikach gazetowych i programach telewizyjnych – gdzie są częste hasła w rodzaju: „Sześćdziesiątka to nowa trzydziestka, a trzydziestka to dawna osiemnastka”. Świat się zmienia, a z nim współcześni seniorzy. To już nie tylko wychodzenie z domu na zajęcia wspólnie rozwiniętych w Polsce uniwersytetów trzeciego wieku³¹⁸, które zapewniają edukację dotyczącą kultury, geografii itp. czy też zajęcia gimnastyczne, wspólne wycieczki, ale też wzrastająca obecność seniorów w mediach społecznościowych, programach telewizyjnych, gdzie grają główne role.

Jeśli chodzi o stan zdrowia, to Polska jeszcze pozostaje w tyle za Zachodem, gdyż tam dolegliwości ludzi w podeszłym wieku cofnęły się o 10 lat w stosunku do wieku

315 GUS. Baza Demografia. *Prognoza ludności na lata 2014-2050*, <http://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/Prognoza.aspx> [dostęp: 7.04.2020].

316 WHO. *Ageing and Health*, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> [dostęp: 11.04.2020].

317 WHO. *Age-friendly environments*, <https://www.who.int/ageing/age-friendly-environments/en/> [dostęp: 11.04.2020].

318 Uniwersytet trzeciego wieku – placówka dydaktyczna dla osób w wieku poprodukcyjnym, zwanym trzecim wiekiem. Celem działania jest poprawa jakości życia osób starszych.

kalendaryzowego. Wiąże się to z postępowaniem w medycynie i dostępnością do terapii, ale też prozdrowotnym stylem życia, który w Polsce nie zawsze jest realizowany³¹⁹.

Jednak postępu zmian biologicznych nie da się w pełni zahamować. Po 45. roku życia zaczynają się zmiany w narządach, szczególnie takich jak mózg, wątroba, stawy, pogarszając ich wydolność w tempie 0,3-0,5% rocznie. Jak obserwują geriatrzy – od około 60. roku życia obserwuje się różne tempo zmian u różnych osób i lokalizują się one w dwóch odmiennych grupach: 1) osoby utrzymujące sprawność fizyczną i psychiczną przez długie lata i 2) osoby, u których występuje stałe pogarszanie się stanu zdrowia. Problemem nadal trudnym do zapobiegania są choroby neurodegeneracyjne (np. choroba Alzheimera, choroba Parkinsona) i związane z nimi otępienie³²⁰.

Większość ludzi na Zachodzie uważa starość za zło, kalectwo i czas smutny. Czasami nawet śmierć postrzegana jest przychylniej niż inwalidztwo, niezaradność lub utrata pamięci przez ludzi starych. Właściwie jedynie nieliczni pamiętają o hołdzie składanym starcom przez starożytnych. Obserwuje się brak edukacji młodych, a niektórzy spodziewają się rozwoju gerontofobii, czyli wrogiego uczucia do ludzi starych³²¹.

„Nie na tym polega rzecz, aby dodać lat do życia, ale na tym przede wszystkim, aby dodać życia do lat” – zdanie to, często cytowane w skróconej wersji, napisał *Alexis Carrel* (1873-1944), francuski fizjolog, chirurg i filozof działający głównie w USA. Poza tym pięknym i mądrym zdaniem, przede wszystkim stworzył on podstawy nowoczesnej transplantologii; w 1912 r. otrzymał Nagrodę Nobla za opracowanie techniki chirurgicznego łączenia naczyń krwionośnych. Posiada też niechlubną kartę, gdyż był propagatorem eugeniki³²² i proponował, by kryminalistów i osoby stanowiące problem w społeczeństwie pozbawiać życia przy użyciu komór gazowych³²³.

319 Kulik T.B., Janiszewska M., Piróg E. i wsp. *Sytuacja zdrowotna osób starszych w Polsce i innych krajach europejskich*. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2011; 17, 2: 90-95, <http://31.186.81.235:8080/api/files/view/33173.pdf> [dostęp: 10.04.2020].

320 Gawel M., Potulska-Chromik A. *Choroby neurodegeneracyjne: choroba Alzheimera i Parkinsona*. *Postępy Nauk Medycznych* 2015; XXVIII, 7: 468-476. Kaluźniak-Szymanowska A. *Historia geriatry i gerontologii od starożytności do współczesności*. *Med. Og. Nauk Zdr.* 2019; 25 (4): 230-234, <http://www.monz.pl/Historia-geriatrii> [dostęp: 4.01.2021].

321 Kocimska P. *Starość wyzwaniem dla współczesności*. *Niebieska Linia* 2003; nr 2, <http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/130-jesie-ycia/1436-starosc-wyzwaniem-dla-wspolczesnosci-paulina-kocimska.html> [dostęp: 18.03.2020].

322 *Eugenika, czyli jak wyhodować nadczłowieka*, https://wyborcza.pl/piatekextra/1,129155,15041710,Eugenika_czyli_jak_wyhodowac_nadczlowieka.html [dostęp: 26.04.2020].

323 *Alexis Carrel (1873-1944)*, https://pl.wikipedia.org/wiki/Alexis_Carrel [dostęp: 18.03.2020]; Kaluźniak-Szymanowska A. *Historia geriatry i gerontologii od starożytności do współczesności*. *Med. Og. Nauk Zdr.* 2019; 25 (4): 230-234, <http://www.monz.pl/Historia-geriatrii> [dostęp: 19.11.2020].

Geriatrya i gerontologia

W nauce funkcjonują dwa różne pojęcia: 1) geriatryi, które oznacza naukę o chorobach wieku podeszłego i 2) gerontologii – interdyscyplinarnej nauki o procesach starzenia się, czym m.in. zajmuje się medycyna, biologia, kulturoznawstwo, psychologia, socjologia, antropologia kulturowa. Wobec wspomnianych znacznych zmian demograficznych obserwowanych na świecie, ale też w Polsce, geriatrya i gerontologia nabierają specjalnego znaczenia³²⁴.

W lutym 2014 r. powstał dokument **Rady Europy** poświęcony prawom osób starszych³²⁵. Prawami osób starszych, w kontekście kluczowych wartości, które muszą być respektowane w stosunku do seniorów, zajmuje się także międzynarodowa organizacja pozarządowa *Age Platform Europe*³²⁶. Ogłosiła ona w 2010 r. Europejską Kartę Praw i Obowiązków Osób Starszych Wymagających Długoterminowej Opieki i Pomocy³²⁷.

Na trudną sytuację ludzi starych w **Polsce** wielokrotnie zwracał uwagę profesor Bolesław Samoliński – przewodniczący Koalicji na rzecz Zdrowego Starzenia³²⁸.

W Polsce, przy Rzeczniku Praw Obywatelskich, działa Komisja Ekspertów ds. Osób Starszych³²⁹.

Jak wskazują liczne badania, dzieci i młodzież z rodzin wielopokoleniowych charakteryzuje pozytywne, pełne empatii podejście do ludzi starych. Sprawdzone już pomysłem są wspólne domy starości i domy dziecka, gdzie te dwa pokolenia dają sobie radość i ciepło, którego są pozbawione³³⁰. Takie połączone domy powstały w Kanadzie,

324 Zych A.A. *Przekraczając „smugę cienia”. Szkice z gerontologii i tanatologii*. Wyd. II, Wydawnictwo Naukowe Śląsk, Katowice 2013; Zych A.A. (red.). *Encyklopedia starości, starzenia się i niepełnosprawności*. T. 1. Thesaurus Silesiae, Katowice 2017.

325 *Rekomendacja CM/Rec (2014) 2 Komitetu Ministrów dla Państw członkowskich w sprawie promocji praw osób starszych*, <https://docplayer.pl/26319-Rekomendacja-cm-rec-2014-2-komitetu-ministrow-dla-panstw-czlonkowskich-w-sprawie-promocji-praw-osob-starszych.html> [dostęp: 7.04.2020].

326 *Age Platform Europe. The voice of older persons at EU level*, <https://www.age-platform.eu/age-governance> [dostęp: 7.04.2020].

327 *Europejska Karta Praw i Obowiązków Osób Starszych Wymagających Długoterminowej Opieki i Pomocy*, http://www.epi.cm-uj.krakow.pl/eupace_pl/wp-content/uploads/dokumenty/Age-platform-Charter_na_WWW.pdf [dostęp: 7.04.2020].

328 *Prof. Bolesław Samoliński: Polska to nie jest kraj dla starych ludzi*, <http://slysze.inz.waw.pl/prof-boleslaw-samolinski-polska-to-nie-jest-kraj-dla-starych-ludzi/> [dostęp: 7.04.2020].

329 *Komisja Ekspertów ds. Osób Starszych*, <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/komisja-ekspert%C3%B3w-ds-os%C3%B3b-starszych> [dostęp: 7.04.2020]; Szatur-Jaworska B., Błędowski P. (red.). *System wsparcia osób starszych w środowisku zamieszkania. Przegląd sytuacji. Propozycja modelu*. Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2017, <https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Synteza%20-%20Systemu%20wsparcia%20osob%20starszych.pdf> [dostęp: 7.04.2020].

330 *W Kanadzie połączono dom dziecka i dom spokojnej starości. Efekty są niesamowite!*, <http://mrs.poznan.pl/w-kanadzie-polaczono-dom-dziecka-i-dom-spokojnej-starosci-efekty-sa-niesamowite/> [dostęp: 7.04.2020].

Wielkiej Brytanii i Australii, także w Polsce w Łodzi działa podobny wspólny klub. Twórcy pomysłu nawet się nie spodziewali tak korzystnych efektów³³¹.

Stres a zdrowie psychofizyczne człowieka

Życiu człowieka od pradawnych czasów towarzyszy stres, który może być korzystny dla człowieka, powodować jego rozwój, ale zbyt nasilony lub przedłużający się wielokrotnie staje się przyczyną wielu schorzeń somatycznych, zachowań ryzykownych, jak nadużywanie alkoholu lub innych używek, depresji z myślami samobójczymi czy samobójstwami, może też ograniczać relacje społeczne, zawodowe.

Osoba, która próbuje utrzymać równowagę pomiędzy codziennymi wielokrotnie niepomyślnymi wydarzeniami a swoim zdrowiem, musi korzystać z własnych zasobów (potencjałów) zdrowotnych. Są to zasoby biologiczne, psychologiczne, społeczne i duchowe.

Choć dawno wiadomo było, jak ważna jest psychika (tzw. potencjały psychiczne człowieka), w psychologii problem ten jest rozpatrywany od ostatnich kilkudziesięciu lat.

Potencjały (zasoby) człowieka

Potencjały (zasoby) człowieka dzieli się następująco: cechy osobowościowe (np. temperament);

- „konstrukcja” swojego „ja” (tożsamość, samoocena, samoakceptacja pozytywna, poczucie możliwości wpływania na wiele spraw, skuteczności, ale też samokontroli);
- umiejętność rozwiązywania różnych sytuacji życiowych i oddziaływania na środowisko zewnętrzne, a przede wszystkim;
- inteligencja emocjonalna, która determinuje zdolność do zauważenia, rozpoznania problemów, wyrażania emocji z wykorzystaniem ich do osiągnięcia celów czy radzenia sobie ze stresem.

Ważnym warunkiem utrzymania zdrowia jest dbałość o własne zasoby (potencjały). Wielokrotnie jest w tym pomocna konsultacja, diagnoza, a bywa, że i terapia prowadzona przez psychologa³³².

³³¹ Bugajska B. *Dziewiąta faza cyklu życia – propozycja rozszerzenia teorii psychospołecznego rozwoju E.H. Eriksona*, EXLIBIRIS Biblioteka Gerontologii Społecznej 2015; 1 (9): 19-36.

³³² Borys B. *Zasoby zdrowotne w psychice człowieka*. Forum Med. Rodz. 2010, 4 (1): 44-52.

Analizując zdrowie i chorobę, należy traktować człowieka holistycznie jako jedność biopsychofizyczną i duchową, nie koncentrując się na rozróżnieniu stresu fizycznego i psychologicznego³³³.

Choroby somatyczne i psychosomatyczne

Choroby somatyczne i psychosomatyczne, które mogą być związane z nieradzeniem sobie ze stresem:

- układu krążenia: nadciśnienie tętnicze, choroby naczyniowo-sercowe, udar mózgu;
- przewodu pokarmowego: zespół jelita drażliwego, choroba wrzodowa, nieswoiste zapalenie jelit;
- układu odpornościowego: infekcje, alergie, nowotwory, choroby z autoagresji;
- wydzielania wewnętrznego: zaburzenia hormonalne i zaburzenia płodności, hiper-glikemia, hipercholesterolemia;
- układu narządu ruchu: zespoły bólowe, fibromialgia;
- układu nerwowego i zaburzenia psychiczne: nerwice, przewlekłe zmęczenie, zaburzenia snu, depresja, uzależnienia, otępienia, samobójstwa³³⁴.

Kwestionariusz służący do oceny związku zdarzeń z natężeniem stresu

W 1999 r., w Polsce, na podstawie modyfikowanego w ciągu lat kwestionariusza *Recent Life Changes Questionnaire* (RLCQ) z 1967 r. opracowano Kwestionariusz Zmian Życiowych (KZŻ). Każdemu wydarzeniu przypisana jest konkretna liczba jednostek stresowych, którą (siła stresora) łączy się z istotną statystycznie zależnością prawdopodobieństwa zapadnięcia na poważną chorobę w określonym czasie po zdarzeniu³³⁵.

W latach 60. XX wieku, kiedy powstał pierwszy kwestionariusz, za najbardziej traumatyczną sytuację uznawano śmierć współmałżonka, wysoką pozycję zajmowały też rozwody – co w świetle obecnych danych dotyczących liczby rozwodów tak prawdopodobne nie jest, poza tym większość psychologów uważa, że przewlekłe konflikty w domu zwykle poprzedzające rozwód są silniejszym powodem stresu przewlekłego³³⁶. Ta lista jest nadal prezentowana w Internecie, choć już się zdezaktualizowała wskutek szybkich zmian społecznych.

333 Łosiak W. *Psychologia stresu*. WAiP, Warszawa 2008.

334 Barasch M.I. *The healing Path: A soul Approach to illness*. Tarcher/Putnam, NY 1994; Kaczmar-ska A., Curyło-Sikora P. *Problematyka stresu – przegląd koncepcji*, <http://www.h-ph.pl/pdf/hyg-2016/hyg-2016-4-317.pdf> [dostęp: 19.11.2020].

335 Sobolewski A., Strelau J., Zawadzki B. *Kwestionariusz Zmian Życiowych (KZŻ): Polska adaptacja kwestionariusza „Recent Life Changes Questionnaire” (RLCQ) R.H. Rahe’a*. *Przegląd Psychologiczny* 1999; 42, 3: 2749, <https://www.kul.pl/files/714/media/3.42.1999.art.2.pdf.pdf> [dostęp: 15.03.2020].

336 *Stresory, skala stresu Holmesa i Rahe’a – policz czy jesteś w grupie ryzyka!*, <https://manufaktura-radosci.pl/stresory-skala-stresu-holmesa-policz/> [dostęp: 15.03.2020].

W rankingu wartości wag przypisywanych zmianom życiowym (Polska, 1999 r.) na najwyższych pozycjach znajdowały się:

- śmierć dziecka (96,58),
- śmierć małżonki/-ka (94,03),
- śmierć matki lub ojca (89,46),
- pobyt w więzieniu (89,43),
- śmierć brata lub siostry (88,29),
- utrata pracy w wyniku zwolnienia dyscyplinarnego (85,16),
- wypadek (81,03),
- poważna zmiana stanu zdrowia lub zachowania członka rodziny (choroby, wypadki, narkotyki, rażące zachowania itd.) (80,57),
- rozwód (80,08),
- śmierć przyjaciółki/przyjaciela (79,20),
- poronienie lub aborcja (79,10),
- zerwanie związku z bliską osobą (73,71),
- utrata pracy w wyniku zwolnienia z innych powodów (71,78).

Zespół stresu pourazowego (PTSD)

Zespół stresu pourazowego, zaburzenie stresowe pourazowe (*posttraumatic stress disorder* – PTSD) jest to reakcja na wydarzenie o takim stopniu nasilenia, który przekracza możliwości, zdolności do radzenia sobie i adaptacji osoby, która go doświadcza.

W 1992 r. WHO dodała rozpoznanie zespołu objawów pourazowych do Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* – ICD) – schorzenia: „ostra reakcja na stres” oraz „reakcja przystosowawcza” – i zdefiniowała w ICD-10 (podobnie jak Amerykanie we wspomnianej klasyfikacji DSM) rozpoznanie zespołu objawów pourazowych.

Częstość występowania, czynniki predysponujące, najbardziej traumatyczne wydarzenia

- Zespół PTSD występuje u około 3-6% populacji ogólnej.
- Po przebyciu ciężkiego urazu PTSD rozwija się u 10-20% osób i wśród 57% ocalałych uczestników niektórych katastrof zbiorowych.
- PTSD dotyka 12% ofiar przestępstw kryminalnych i 35% napadniętych i zgwałconych kobiet.
- PTSD zdiagnozowano u 30% mężczyzn i 26% kobiet będących uczestnikami wojny w Wietnamie.

- W Polsce zespół ten rozpoznawano u 83-85% osób, które przebywały w obozach zagłady, u 71% więźniów politycznych okresu stalinowskiego i u 30% osób, które przeżyły II wojnę światową.
- **Czynniki predysponujące** to: • doświadczanie traumy w dzieciństwie, • dorastanie w rodzinie dysfunkcyjnej, • zaburzenia osobowości (typu *borderline*, paranoiczne, zależne, antyspołeczne), • genetyczna skłonność do zaburzeń psychicznych, • brak wsparcia ze strony osób bliskich lub rówieśników, • niedawne, też stresogenne zmiany życiowe, • przyjmowanie nadmiernych ilości alkoholu w czasie niezbyt odległym od wystąpienia zdarzenia.

Do **najbardziej traumatycznych wydarzeń** należą: działania wojenne, katastrofy, kataklizmy związane ze zjawiskami w przyrodzie, wypadki komunikacyjne, bycie ofiarą napaści, molestowania seksualnego w dzieciństwie, gwałtu, ale też uprowadzenia, tortur, uwięzienia szczególnie w obozach koncentracyjnych, po przebyciu trudnych doświadczeń po zażyciu substancji psychoaktywnych, jak również po otrzymaniu diagnozy o ciężkiej chorobie, zagrożeniu życia itp.

Przed wielu laty zespół występujący w następstwie uczestniczenia w wojnach nazywano nerwicą okopową (ang. *trench neurosis*) czy drażliwym sercem (ang. *soldiers's heart*) lub szokiem wywołanym wybuchem (ang. *shell shock*), a zespół występujący u byłych więźniów obozów koncentracyjnych – zespołem obozowym (ang. *concentration camp syndrome*)³³⁷.

Objawy i ogólne zasady terapii

Niezależnie od przyczyny trudnej do przezwyciężenia traumy **objawy są zwykle podobne**, pojawiają się i nasilają po kilku tygodniach, a nawet miesiącach i latach od wydarzenia i z czasem przechodzą w trwałą zmianę osobowości (według klasyfikacji ICD kodowaną jako F62.0 *Trwała zmiana osobowości po katastrofach – po przeżyciu sytuacji ekstremalnej*).

Do **podstawowych objawów PTSD** należą: lęk; uczucie wyczerpania; poczucie bezradności; czasami apatia; drażliwość; agresja; depresja; samobójstwa; „odżywianie” stresora w postaci zakłócających „przebłysków” (*flashbacks*), nawracających mimowolnych i gwałtownych wspomnień traumatycznego zdarzenia; zaburzenia snu i koszmary senne o tej tematyce oraz sytuacje, które się kojarzą z tamtym przeżyciem (np. osoba

337 Rutkowski K., Dembińska E., *Post-War Research on Post-Traumatic Stress Disorder. Part I. Research before 1989*, *Psychiatria Polska* 2016; 50 (5): 935-944. Doi: 10.12740/pp/onlinefirst/41232 [dostęp: 19.11.2020]; Lis-Turlejska M., Łuszczynska A., Szumiał Sz. *PTSD*, *Psychiatria Polska* 2016; 50 (5): 923-934. Doi: 10.12740/pp/onlinefirst/60171; Lee J.J. i wsp. *Psychotherapy versus pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: systemic review and meta-analyses to determine first-line treatments*, *Depression and Anxiety* 2016; 33 (9): 792-806. Doi: 10.1002/da.22511, PMID: 27126398; Masley S.A. i wsp. *A Systematic Review of the Evidence Base for Schema Therapy*. *Cognitive Behaviour Therapy* 2012; 41 (3): 185-202. Doi: 10.1080/16506073.2011.614274.

uczestnicząca w wypadku komunikacyjnym unika wsiadania do auta, autobusu, pociągu itp.).

Przebieg PTSD u osób nieleczonych bywa różny. W ok. 40% przypadków objawy w miarę upływu czasu od zdarzenia łagodnieją, w 10% utrzymują się w podobnym stopniu nasilenia, a u 10% osób nasilają się z czasem.

Bardzo ważne jest właściwe i w odpowiednim czasie po zdarzeniu rozpoznanie zespołu stresu pourazowego (PTSD) i jak najwcześniejsze zastosowanie profesjonalnej terapii. Leczenie PTSD zależy od stopnia nasilenia objawów i najbardziej skuteczna jest psychoterapia skoncentrowana na traumatyzującym wydarzeniu (czasami niezbędne jest podjęcie leczenia farmakologicznego) od razu po jego wystąpieniu lub w późniejszym okresie (*trauma-focused psychotherapies*)³³⁸.

Styl życia

Według koncepcji pól zdrowia, wyodrębniono cztery główne kategorie determinant zdrowia i procentowy ich udział w utrzymaniu i zachowaniu zdrowia:

1. styl życia ludzi (55%),
2. środowisko życia (20%),
3. czynniki biologiczno-dziedziczne (15%),
4. organizacja opieki zdrowotnej (10%)³³⁹.

Prozdrowotny styl życia – jest to zespół codziennych świadomych zachowań jednostki czy społeczeństwa lub jego grup sprzyjający utrzymaniu i wzmocnieniu zdrowia w wymiarze biologicznym, psychicznym, społecznym i duchowym. Sprzyja nie tylko utrzymaniu zdrowia, jest też pomocny w równoważeniu obciążeń, tj. głównie radzeniu sobie ze stresem, przeciwdziałaniu czynnikom patogennym wpływającym na zdrowie czy w unikaniu zachowań ryzykownych. Chodzi o świadome zachowania ukierunkowane na zwiększenie potencjału swego zdrowia i odrzucanie zachowań antyzdrowotnych.

W odniesieniu do zdrowia fizycznego jest to: dbałość o ciało i najbliższe otoczenie, aktywność fizyczna, racjonalne odżywianie się, odpowiedni czas snu i jego jakości, a także aktywny wpływ na środowisko.

W odniesieniu do zdrowia psychicznego jest to unikanie nadmiaru stresów, radzenie sobie z problemami, a także korzystanie ze wsparcia społecznego i umiejętność jego dawania. Prozdrowotny styl życia ma też wpływ na przebieg choroby i wyniki jej leczenia.

³³⁸ Sadock B.J., Sadock V.A., Ruiz P. *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2015, ISBN 978-1-60913-971-1, OCLC881019573.

³³⁹ Lalonde M. *A New Perspective on the Canadians. Working Document*, Minister of National Health and Welfare, Ontario 1974.

Zachowania profilaktyczne (prewencyjne) – to przede wszystkim: samokontrola zdrowia i samobadanie, poddawanie się badaniom profilaktycznym, bezpieczne zachowania w życiu codziennym. Jednocześnie ważne jest niepodjęcie zachowań ryzykownych, jak: palenie tytoniu (także papierosów elektronicznych), abstynencja, a przynajmniej ograniczona konsumpcja alkoholu, nieużywanie innych substancji psychoaktywnych, nienadużywanie leków niezaleconych przez lekarza.

Na podstawie obserwacji *Lalonde’a*³⁴⁰ i licznych współczesnych opracowań naukowych podano:

10 zasad zdrowego stylu życia

Dla dorosłych

1. Nie pal.
2. Chroni siebie i innych przed biernym paleniem.
3. Schudnij, jeśli masz nadwagę lub zbyt duże proporcje talii i bioder (wskaźnik otyłości brzusznej).
4. Ruszaj się.
5. Jedz zdrowo.
6. Ogranicz alkohol.
7. Chroni się przed słońcem i szerokim łukiem omijaj solaria.
8. Dbaj o psychikę.
9. Zadbaj o sen.
10. Regularnie się badaj.
 - 10.1. Podstawowe badania profilaktyczne (morfologia i badanie moczu) – dobrze robić raz w roku.
 - 10.2. Warto też sprawdzić stężenie glukozy, a dla osób po –40. roku życia – cholesterolu.
 - 10.3. Warto też regularnie mierzyć ciśnienie krwi.
 - 10.4. Warto brać udział w bezpłatnych badaniach przesiewowych (najczęściej refundowanych przez NFZ), by jak najwcześniej wykryć niepokojące zmiany chorobowe.

Jak dbać o zdrowie dzieci w XXI wieku – dziesięć zasad

1. Jedz regularnie 5 posiłków, pamiętaj o częstym picu wody oraz myj zęby po jedzeniu.
2. Jedz różnorodne warzywa i owoce jak najczęściej i w jak największej ilości, najlepiej w formie surowej lub minimalnie przetworzonej.

³⁴⁰ Wysocki M., Miller M., *Paradygmat Lalonde’a, Światowa Organizacja Zdrowia i Nowe Zdrowie Publiczne*. Przegl. Epidemiol. 2003; 57: 505-12 www.przegl Epidemiol.pzh.gov.pl › download-article. PDF [dostęp 18.11.2020].

3. Jedz produkty zbożowe, zwłaszcza pełnoziarniste, do których zaliczamy m.in. mąkę i pieczywo razowe, kasze, ryż brązowy, płatki zbożowe.
4. Pij co najmniej 3-4 szklanki mleka dziennie. Ale jeśli go nie lubisz, możesz je zastąpić jogurtem naturalnym, kefirem i – częściowo – serem.
5. Jedz chude mięso, ryby, jaja, nasiona roślin strączkowych oraz wybieraj tłuszcze roślinne zamiast zwierzęcych.
6. Zrezygnuj ze słodkich napojów (np. oranżad i napojów owocowych) oraz słodczy (zastępuj je owocami i orzechami).
7. Nie dosalaj potraw.
8. Bądź codziennie aktywny fizycznie (co najmniej godzinę dziennie), ograniczaj oglądanie telewizji, korzystanie z komputera i innych urządzeń elektronicznych do 2 godzin na dobę.
9. Wysypiaj się.
10. Sprawdzaj regularnie wysokość i masę ciała³⁴¹.

Dziesięć zasadniczych założeń zdrowego stylu życia dla sportowców wg Zbigniewa Cendrowskiego

1. Samoświadomość – zrozumienie zasad funkcjonowania organizmu, umiejętność oceny własnego stanu zdrowia, prowadzenie regularnego trybu życia i profilaktyka.
2. Prawidłowe odżywianie.
3. Wystrzeganie się substancji psychoaktywnych (narkotyków, dopalaczy itp.).
4. Aktywność fizyczna.
5. Odpowiednia ilość snu i odpoczynku.
6. Utrzymanie sił obronnych organizmu w stałej gotowości – niedopuszczenie do obniżenia bariery immunologicznej organizmu, właściwe postępowanie w przypadku pojawienia się choroby, autopsychoterapia, czyli odpowiednie wykorzystanie własnych sił psychicznych.
7. Hartowanie się – próba przygotowania organizmu do znoszenia ciężkich sytuacji, uodparnianie ciała i psychiki poprzez różnego rodzaju bodźce.
8. Higiena osobista.
9. Unikanie stresu, stresujących sytuacji.
10. Postawa copingowa – umiejętność radzenia sobie w życiu, optymistyczne nastawienie³⁴².

³⁴¹ Szczepaniak W. *10 zasad zdrowego stylu życia dla dzieci i młodzieży*. PAP, <https://zdrowie.pap.pl/rodzice/10-zasad-zdrowego-stylu-zycia-dla-dzieci-i-mlodziezy> [dostęp: 23.07.2020].

³⁴² *10 zasad zdrowego stylu życia*, <https://zdrowie.pap.pl/10-zasad-zdrowego-stylu-zycia> [dostęp: 26.04.2020]; Cendrowski Z. *Przewodź innym*. Agencja PROMO – LIDER, Warszawa 1997, <https://docplayer.pl/24567574-Zrodlo-zbigniew-cendrowski-przewodziec-innym-wyd-agencja-promo-lider-warszawa-1997-tab-wplyw-ruchu-wplyw-ruchu-i-treningu-na-organizm.html> [dostęp: 19.11.2020].

Szczepienia ochronne

Przed pandemią COVID-19 dzięki szczepieniom udawało się zapobiegać wielkim epidemiom chorób zakaźnych, co w znacznej mierze przyczyniło się do ogromnego skoku cywilizacyjnego³⁴³.

Problemami szczepień ochronnych zajmują się: Ministerstwo Zdrowia (MZ)³⁴⁴, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (NIZP-PZH)³⁴⁵, Główny Inspektorat Sanitarny (GIS)³⁴⁶. W ramach organizowanych konferencji szkoleniowo-naukowych oraz na redagowanych stronach internetowych są przekazywane informacje oparte na rzetelnej wiedzy ekspertów. Dotyczą zagadnień: rola i skuteczność szczepień ochronnych w zapobieganiu chorobom zakaźnym, bezpieczeństwo szczepień ochronnych, korzyści i zagrożenia związane ze szczepieniem szczególnych grup pacjentów, groźba nawrotu chorób zakaźnych wyeliminowanych przez szczepienia oraz poprawa komunikacji pomiędzy lekarzem a rodzicem.

Kalendarz szczepień i szczepienia dla wyjeżdżających poza Polskę

Szczepienia ochronne w Polsce są realizowane zgodnie z obowiązującym **Programem Szczepień Ochronnych** (PSO, tzw. kalendarz szczepień), co roku jest on aktualizowany i zgłaszany w odrębnym komunikacie Głównego Inspektora Sanitarnego³⁴⁷, który porządkuje kwestie wieku szczepionych, zakresu wykonywanych szczepień ochronnych i uwzględnia:

- szczepienia bezpłatne (tzw. obowiązkowe) – realizowane w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego bez dodatkowych opłat;
- szczepienia odpłatne (tzw. zalecane) – nierefundowane z budżetu państwa, ale wskazane w celu rozszerzenia zakresu ochrony dzieci czy ludzi starszych. Są też szczepionki łączone tak, by zmniejszyć liczbę zastrzyków. Osoby zainteresowane muszą zakupić szczepionkę we własnym zakresie w punkcie szczepień (lub w aptece na podstawie recepty wystawionej przez lekarza).

343 Aż do pandemii COVID-19 od przełomu lat 2019-2020.

344 MZ. *Szczepienia*, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/szczepienia> [dostęp: 28.03.2020].

345 NIZP – PZH. *Szczepienia działają*, <https://szczepienia.pzh.gov.pl/> [dostęp: 28.03.2020].

346 GIS. *Szczepienia obowiązkowe*, <https://gis.gov.pl/zdrowie/szczepienia-obowiazkowe/> [dostęp: 28.03.2020].

347 Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 16 października 2019 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2020. *Dziennik Urzędowy Ministra* 2019 r. poz. 87.

O umieszczeniu szczepienia w jednej z powyższych dwóch grup decydują takie czynniki, jak: częstość występowania choroby, jej przebieg, konsekwencje zachorowania czy powikłania oraz możliwości finansowania z budżetu.

W zależności od stale monitorowanej sytuacji epidemiologicznej kraju czy regionu świata, do którego planujemy się wybrać, zalecane są konkretne szczepienia ochronne³⁴⁸.

Po wykonaniu szczepień otrzymuje się Międzynarodową Książeczkę Szczepień³⁴⁹ (tzw. żółta książeczka – *Yellow Book*³⁵⁰) z odpowiednią adnotacją lekarza na wniosek pacjenta.

Odporność grupowa

Wysoki odsetek osób zaszczepionych tworzy odporność grupową zwaną też zbiorowiskową, populacyjną czy stadną, która odgrywa rolę swoistego „kordonu ochronnego” i zapobiega zachorowaniom osób nieszczepionych. Są to np. osoby starsze, u których zwykle z czasem wygasa odporność nawet wtedy, gdy były szczepione w dzieciństwie, także młode z chorobami upośledzającymi odporność lub leczone lekami immunosupresyjnymi, np. z powodu chorób nowotworowych, ale też po przeszczepach narządów. Odporność grupowa uzyskana dzięki szczepieniom zapobiega również epidemiom ze wszystkimi ich skutkami, także gospodarczymi. Odporność grupowa odgrywa rolę jedynie wtedy, gdy choroba przenosi się z człowieka na człowieka – nie dotyczy chorób zakaźnych takich jak np. tężec czy wścieklizna. Próg odporności grupowej (odsetek osób zaszczepionych danej populacji) wyraźnie wpływa na nową liczbę zakażonych, zmniejszając ją istotnie i zależy od stopnia zakaźności danego patogenu³⁵¹.

Niepożądany odczyn poszczepienny (NOP)

NOP jest to niepożądany objaw chorobowy pozostający w związku czasowym z wykonanym szczepieniem ochronnym.

348 GIS. *Zalecane szczepienia dla podróżujących*, <https://gis.gov.pl/wypoczynek/szczepienia-dla-podrozujacych-podstawowe-informacje/> [dostęp: 17.04.2020].

349 Wroczyńska A. *Międzynarodowa Książeczka Szczepień*, <https://www.mp.pl/pacjent/zdrowiewpodrozy/szczepienia/62888,miedzynarodowa-ksiazeczka-szczepien> [dostęp: 17.04.2020].

350 *Żółta książeczka, medyczny paszport w tropikach*, <https://www.pasazer.com/news/36397/zolta,ksiazeczka,medyczny,paszport,w,tropikach.html> [dostęp: 17.04.2020]; CDC. *Yellow Book*, <https://wwwnc.cdc.gov/travel/page/yellowbook-home-2014> [dostęp: 17.05.2020].

351 NIZP – PZH. *Na czym polega odporność zbiorowiskowa?*, <https://szczepienia.pzh.gov.pl/faq/na-czym-polega-odpornosc-zbiorowiskowa/> [dostęp: 6.08.2020].

System monitorowania NOP został wprowadzony w Polsce w 1996 r. i jest zgodny z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia – WHO *Drug Monitoring Programme, Extended Programme Immunization*.

System nadzoru nad NOP w Polsce regulują:

Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych; rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie niepożądanych odczynów poszczepiennych oraz kryteriów ich rozpoznawania.

Obowiązek zgłaszania NOP

Lekarz ma obowiązek zgłaszania (na specjalnym formularzu) podejrzenia/rozpoznania NOP do państwowego powiatowego inspektora sanitarnego właściwego dla miejsca wystąpienia odczynu.

Wzory formularzy zgłoszeń NOP są zawarte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie niepożądanych odczynów poszczepiennych:

- formularz zgłoszenia niepożądanego odczynu po szczepieniu BCG;
- formularz zgłoszenia niepożądanego odczynu po szczepieniu innym niż BCG.

Rodzaje NOP

Ze względu na stopień nasilenia objawów NOP wyróżniono odczyny ciężkie, poważne i łagodne.

- Odczyn poszczepienny ciężki – jest to odczyn zagrażający życiu i wymagający hospitalizacji w celu ratowania życia, może prowadzić do trwałego uszczerbku zdrowia lub do zgonu.
- Odczyn poszczepienny poważny – charakteryzuje się dużym nasileniem objawów, ale nie wymaga hospitalizacji w celu ratowania życia, nie prowadzi do trwałego uszczerbku zdrowia i nie stanowi zagrożenia dla życia.
- Łagodny odczyn poszczepienny – nie ma szczególnie dużego nasilenia, charakteryzuje się występowaniem miejscowego obrzęku kończyny, silnego miejscowego zaczerwienienia, gorączki.

Jeżeli lekarz podejrzewa, że inne zdarzenie, niewymienione w rozporządzeniu, miało związek ze szczepieniem, wówczas powinien je zgłosić i zostanie ono również poddane analizie.

Ważnym elementem zgłaszania NOP jest szybkość zgłoszenia zdarzenia do państwowego powiatowego inspektora sanitarnego. Wystąpienie większej liczby NOP w tym samym czasie, wywołanych tym samym preparatem szczepionkowym, może być podstawą do wstrzymania szczepień daną serią szczepionki³⁵².

³⁵² Niepożądane odczyny poszczepienne, <https://gis.gov.pl/zdrowie/niepozadane-odczyny-poszczepienne/> [dostęp: 16.06.2020].

Informacje o NOP, które mogą wystąpić lub wystąpiły po określonej szczepionce, oraz o ich częstotliwości można znaleźć w ulotce dołączonej do opakowania danej szczepionki oraz w Charakterystyce Produktu Leczniczego (ChPL). Dane tam zawarte wynikają z badań klinicznych przeprowadzonych przed rejestracją szczepionki oraz po jej zarejestrowaniu, a także z monitorowania występowania NOP w czasie, gdy szczepionka jest dostępna na rynku.

Informacje dotyczące NOP zgłoszone przez lekarzy w Polsce można znaleźć na stronie internetowej Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH w Biuletynie „Szczepienia Ochronne”³⁵³.

Ruchy antyszczepionkowe

Od ponad 30 lat, kiedy opublikowano wyniki obserwacji dotyczących dzieci z autyzmem po szczepieniu MMR (przeciwko odrze, śwince i różyczce), które okazały się fałszem – zostały oficjalnie zdementowane (lekarza – autora artykułu – pozbawiono prawa wykonywania zawodu, a artykuł wycofano z czasopisma „Lancet” – co stało się niestety dopiero po 12 latach), rozpoczął się rozwój ruchów antyszczepionkowych, które obecnie prężnie działają w Internecie i w rzeczywistości, wielokrotnie manipulując danymi i używając drastycznych form obrazowania³⁵⁴.

Wiadomo, że każdy lek – także szczepionka – może powodować skutki uboczne, które muszą być zgłaszane przez lekarza do Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej jako tzw. NOP (niepożądane odczyny poszczepienne), skąd przekazywane są dalej, sumiennie notowane oraz poddawane analizie. Zdarzało się w przeszłości, że liczba i jakość NOP wpłynęła na decyzję o wycofaniu szczepionki. Jednak korzyści z zaszczepienia dziecka są nieporównywalnie większe niż ryzyko.

Liczba rodziców niepoddających swoich dzieci szczepieniom dynamicznie rośnie na całym świecie, czego negatywne następstwa widać m.in. na przykładzie ostatnich „wybuchów” zachorowań na odrę³⁵⁵.

353 Jak często NOP występują w Polsce i gdzie można to sprawdzić?, <https://szczepienia.pzh.gov.pl/faq/jak-czesto-nop-wystepuja-w-polsce-i-gdzie-mozna-to-sprawdzic/> [dostęp: 16.06.2020].

354 Krawczyk D. *The rise and fall of the Polish anti-vaccination movement. Who's behind the Polish anti-vaccination movement?*, <http://politicalcritique.org/cee/poland/2019/the-rise-and-fall-of-the-polish-anti-vaccination-movement/> [dostęp: 17.03.2020].

355 *Wojna hybrydowa*, https://pl.wikipedia.org/wiki/Wojna_hybrydowa [dostęp: 28.03.2020]; Batorowska H., Klepka R., Wasiuta O. *Media jako instrument wpływu informacyjnego i manipulacji społeczeństwem. Manipulowanie informacją w mediach warunkiem wojny hybrydowej*, Wyd. Libron – Filip Lohner, Kraków 2019.

Tatauże

Tatauż – to forma modyfikacji ciała polegająca na wprowadzeniu tuszu (środka barwiącego, pigmentu) pod skórę³⁵⁶. Angielskie słowo *tattoo* (tatauż) pochodzi od terminu „ta tau” – w rdzennym języku Thaiti – zostało zapisane przez XVIII-wiecznych podróżników i oznacza „naznaczyć coś”³⁵⁷. Znane jest od prawieków – jako wyraz wyróżnienia religijnego, kultury czy subkultury, osób wysoko urodzonych, ale też więźniów czy dawniej niewolników. Uważa się, że trwałe „naznaczanie ciała” ma zawsze odniesienie osobiste, czasem skomplikowane – są to amulety, symbole uzdrawiania i statusu, deklaracje miłości, znaki religii, ozdoby, a nawet formy nagrody czy kary³⁵⁸.

O znaczeniu tataużu tak opowiada pewien młody człowiek:

Tatauże pomogły mi przekształcić niektóre z moich najbardziej negatywnych myśli i sytuacji w życie w pozytywnie piękne dzieła sztuki. Moje tatauże przypominają mi, że bym był wdzięczny za to, co osiągnąłem i podróż, którą zabrałem, by dotrzeć tam, gdzie jestem teraz...³⁵⁹

Niektórzy autorzy twierdzą, że tatauż jest mechanizmem obronnym przeciwko negatywnym emocjom – może być rodzajem ochronnego pancerza³⁶⁰.

Tatuowanie ciała nierzadko, co jest wyraźnie postrzegane przez psychologa, stanowi komunikat, że z osobą dzieje się coś niepokojącego, ponieważ pozornie zasłaniając ciało, ujawnia swój ból, co można wiązać z poznanym już zamierzonym samouszkodzaniem się. Można rozważać to, że człowiek nawet z rozległymi tataużami prawdopodobnie poszukuje duchowego potwierdzenia we własnym umyśle, że jest w stanie przekroczyć cielesne ograniczenia. Wielu badaczy podkreśla, że tatauż – w przeciwieństwie do zabiegów chirurgii plastycznej będących raczej wyrazem próby dopasowania się do obowiązującego kanonu piękna – jest pragnieniem bycia postrzeganym jako ktoś inny niż otoczenie i wyrazem dumy z bycia sobą. Przykładem był znany kiedyś ruch punkowy, którego istotę stanowiło demonstrowanie swojego bólu, wściekłości, rozżalenia, ale też odrębności i nieograniczonej wolności³⁶¹.

356 Moko, <https://pl.wikipedia.org/wiki/Moko> [dostęp: 29.05.2020].

357 Pickup O. *Ta tau: where the word tattoo comes from*, <https://www.telegraph.co.uk/films/moana/tatau-where-tattoo-comes-from/> [dostęp: 28.04.2020].

358 Kierstein L., Kjelskau K.C. *Tattoo as art, the drivers behind the fascination and the decision to become tattooed*. *Curr. Probl. Dermatol.* 2015. PMID 25833622.

359 *Mental Health Tattoos*, <https://pl.pinterest.com/kendallem222/mental-health-tattoos/> [dostęp: 29.05.2020]; *Mental Health Recovery Tattoos*, <https://pl.pinterest.com/sirenatank/mental-health-recovery-tattoos/> [dostęp: 29.05.2020].

360 Manuel L., Retzlaff P.D. *Psychopathology and tattooing among prisoners*. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 2002; 46: 522-531.

361 Lemma A. *Pod skórą. Psychoanalityczne studium modyfikacji ciała*. IMAGO, Gdańsk 2014: 200-230.

Innym przykładem jest *Girl Power* (GRL PWR) – siła dziewcząt – to tatuże feministyczne będące symbolem solidarnie walczących kobiet o swoje wspólne sprawy, chętnie pokazywane na najpopularniejszych kanałach społecznościowych, jak np.: #feministtattoo³⁶².

Dane epidemiologiczne dotyczące tatuży w kulturze Zachodu potwierdzają masowość zjawiska, ale też sugerują, by lekarze rozmawiali ze swoimi pacjentami na temat tatuży, gdyż może być to cenna informacja na temat zdrowia psychicznego danego pacjenta³⁶³.

Uważa się, że tatuże mogą być potencjalnym wskaźnikiem problemów psychicznych i ryzykownych zachowań – m.in. pobyty w więzieniu czy liczba partnerów seksualnych – co powinno sugerować wychowawcom, pracownikom służby zdrowia, w tym głównie lekarzom, nie tylko psychiatrom, ale też np. dermatologom, baczną obserwację pacjentów z tatużami³⁶⁴.

W niektórych badaniach, np. młodzieży i młodych dorosłych w miastach Brazylii, zaobserwowano, że tatuże i/lub noszenie kolczyków wśród płci męskiej korelowało z używaniem narkotyków oraz zakażeniami przenoszonymi drogą płciową³⁶⁵.

O pozytywnym wpływie tatuży jest przekonane NEDA (*National Eating Disorders Association*) w odniesieniu do osób zmagających się z zaburzeniami odżywiania³⁶⁶. Jak wiadomo, zaburzenia odżywiania mają związek ze swoim ciałem, ale nie stwierdzono, jaką rolę odgrywają w tym przypadku tatuże. U nastolatków z tatużami i piercieniem częściej stwierdzano zaburzenia odżywiania³⁶⁷.

Joice Wang, pracownik butików z tatużami *Grit N Glory* w Nowym Jorku, opowiada, że wielu tatużystów łączy z osobą tatuowaną związek emocjonalny podobny do odbywania wspólnego misterium, są też przekonani o pozytywnym wpływie tatuży *body art* na życie osób cierpiących na zaburzenia psychiczne i samookaleczających się – a nawet wykonują tym osobom darmowe tatuże³⁶⁸.

Istnieje silny związek między obecnością i rodzajem tatuży a płcią, wiekiem, statusem ekonomicznym, zawodem, religią itp. danej osoby – co może być przydatne także

362 #feministtattoo, *feministyczne tatuże są coraz popularniejsze!*, <https://www.elle.pl/artukul/feministtattoo-feministyczne-tatuze-sa-coraz-popularniejsze> [dostęp: 29.05.2020].

363 Roggenkamp H. i wsp. *Tattoos as a window to the psyche: How talking about skin art can inform psychiatric practice*. World J. Psychiatry 2017 – Review. PMID 29043152.

364 Mortensen K. i wsp. *Are tattoos associated with negative health-related outcomes and risky behaviors?* Int. J. Dermatol. 2019. PMID 30677140.

365 Guimarães R.A. i wsp. *Use of illicit drugs by adolescents and young adults of an urban settlement in Brazil*. Rev. Assoc. Med. Bras. (1992) 2018. PMID 29641677.

366 NEDA. *National Association Disorders Association*, <https://www.nationaleatingdisorders.org/about-us> [dostęp: 29.05.2020].

367 Preti A., Pinna C., Nocco S. i wsp. *Body of evidence: tattoos, body piercing, and eating disorder symptoms among adolescents*. Journal of Psychosomatic Research 2006; 61: 561-566.

368 *Mental Health Tattoos: Body Art that Tells a Story in Permanent Ink*, <https://www.psycom.net/mental-tattoo-body-art-ink?slide=2#slide> [dostęp: 29.05.2020].

w medycynie sądowej (kryminalistyce), np. do identyfikacji zwłok³⁶⁹. Wiele problemów związanych z obecnością tatuaży znacznie wcześniej dostrzegli Amerykanie, gdyż moda na nie w tym kraju zapanowała już w latach 60. XX w.

Interesujący jest problem dosłownego rozumienia tatuażu w sytuacji, gdy jego właściciel jest nieprzytomny i posiada na skórze wytatuowany napis „Nie, wstrzymaj się” – z podpisem tej osoby. Z takim przypadkiem mieli do czynienia amerykańscy lekarze na Izbie Przyjęć i zastanawiali się, jak traktować taki tatuaż. Człowiek ten nie miał dokumentu tożsamości, dokumentu wyrażenia swojej woli, a miał tylko taki tatuaż. Czy było to równoznaczne z wyrażeniem woli – nie reanimować – i co będzie, gdy akcja zostanie podjęta i okaże się skuteczna – czy taki pacjent będzie miał prawo pozwać lekarzy do sądu i jaki będzie wyrok?³⁷⁰

Znaczną rolę odgrywają też tatuaże z rozpoznaniem klinicznym choroby na ciele osoby nieprzytomnej³⁷¹. W bardzo wielu sytuacjach tatuaże zawierające takie informacje umożliwiają szybkie ustalenie przyczyny tego stanu i odpowiednio wczesne podjęcie leczenia. Według badań CBOS z 2017 r. w Polsce:

- Tatuaż posiadało 8% dorosłych.
- Osoby w wieku powyżej 45. roku życia w większości odnosiły się negatywnie do tatuowania ciała, a liczba wyrażających niechęć i dezaprobatę rosła wraz z wiekiem (86% ludzi w wieku powyżej 65 lat w ogóle nie akceptowała tej mody).
- Interesujące było, że różnica wynikała z religijności badanych. Im częściej deklarowano uczestnictwo w praktykach religijnych, tym większa była dezaprobatą do tej formy ozdabiania ciała.
- Obserwowano także zależność od poglądów: 44% osób o przekonaniach lewicowych lubiło wytatuowane ciała, podczas gdy jedynie 23% osób o przekonaniach prawicowych³⁷².

Toksyczność tuszów do tatuaży i powikłania medyczne

Po tym jak w 2011 r. *US Food and Drug Administration* (FDA) podało informację o toksyczności tuszów do wykonywania tatuaży, przeprowadzono szczegółowe badania w USA potwierdzające poprzednie doniesienie. Na podstawie przeglądu badań w 2015

369 Kulshreshtha M., Mondal P.R. *Acquired body marks: A mode of identification in Forensics*. J. Forensic. Leg. Med. 2017. PMID 28888186.

370 *What to Do When a Patient Has a 'Do Not Resuscitate' Tattoo*, *The Atlantic*, <https://www.theatlantic.com/health/archive/2017/12/what-to-do-when-a-patient-has-a-do-not-resuscitate-tattoo/547286/> [dostęp: 29.05.2020].

371 *Medical Tattoos – More Alerting than MedBands?*, <https://nurseslabs.com/medical-tattoos-more-alerting-than-medbands/> [dostęp: 29.05.2020].

372 CBOS. Komunikat z badań nr 113/2017 Warszawa, wrzesień 2017. *Moda na tatuaże*. Oprac. A. Cybulska, https://cbos.pl/SPISKOM.POL/2017/K_113_17.PDF [dostęp: 4.04.2020].

r. wykazano, że 13 (spośród 21) najczęściej używanych barwników do tatuowania zawiera substancje potencjalnie rakotwórcze³⁷³. Jednym z nich jest benzopiren, substancja zwykle wchodząca w skład czarnych atramentów, toksyczne metale ciężkie (większe stężenie kadmu, ołowiu i arsenu, czasem zależne od producenta tuszu, występowało w tuszach kolorowych niż czarnych). Najbardziej zanieczyszczone okazały się barwniki zielone, ponieważ zawierały arsen. Objawy zatrucia arsenem pojawiają się zwykle po kilku latach. Mogą to być nowotwory skóry, płuc, nerek, wątroby i pęcherza moczowego. Oprócz metali ciężkich tusze mogą zawierać nanocząsteczki, ftalany i węglowodory, które mogą oddziaływać szkodliwie na gospodarkę hormonalną, a niektóre z nich mają także działanie rakotwórcze. Największe ryzyko dla zdrowia stanowią tatuże kolorowe o gęstych wzorach i na dużych powierzchniach ciała³⁷⁴.

Dlatego podaje się zalecenie, by każda osoba podejmująca decyzję o wykonaniu tatuazu dokładnie rozważyła kilka kwestii: jaka będzie jego powierzchnia, ponieważ tusz wprowadzany jest do skóry, czyli bezpośrednio do organizmu; jaki będzie jego kolor, a także jaki jest jego producent, gdyż zależnie od marki producenta stopień zanieczyszczenia tuszu się różni³⁷⁵.

Obserwowano wiele powikłań medycznych po tatuażach, jak: alergie na tatużowe hapteny pigmentowe lub hapteny generowane w skórze, zwłaszcza w przypadku czerwonych tatuży, ale także w przypadku barwników niebieskich i zielonych³⁷⁶.

Zgodnie z Unijną Dyrektywą Kosmetyczną, każdy tatuażysta powinien przedstawić klientowi kartę charakterystyki dla każdego użytego atramentu, na której są wymienione poszczególne składniki pigmentów. W rzeczywistości jest to w zasadzie niewykonalne. Pigmenty do tatuażu nie nadają się do stosowania śródskórnego i zawierają niestandardowe składniki. Niektóre są barwnikami przemysłowymi stosowanymi do farb drukarskich lub lakierów samochodowych. Większość producentów pigmentów do tatuażu nie podaje opisu składników używanych do ich wyrobu³⁷⁷.

Przy wykonywaniu tatuży bez zachowania wymogów higieny, co zdarzało się dość często, obserwowano zakażenia³⁷⁸. Ogólną zasadą przy każdym zabiegu z naruszeniem tkanki jest to, że otwieranie opakowania igły czy wymienianej końcówki urządzenia

373 Serup J. i wsp. *Tattoo complaints and complications: diagnosis and clinical spectrum*. Curr. Probl. Dermatol. 2015 – Review. PMID 25833625.

374 Moniczewski A., Starek M., Rutkowska A. *Toxicological aspects of metal impurities in cosmetics*. MIR 2016; 27-a, 2 (107): 81-90.

375 Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Krapkowicach. *Zanim zrobisz tatuaż*, <https://pssekrapkowice.pis.gov.pl/?dep=392> [dostęp: 29.05.2020].

376 Serup J. i wsp. *Tattoo complaints and complications: diagnosis and clinical spectrum*. Curr. Probl. Dermatol. 2015 – Review. PMID 25833625.

377 Medicover. *Tatuaż – co warto o nim wiedzieć*, <https://www.medicover.pl/o-zdrowiu/tatuaz-co-warto-o-nim-wiedziec,6534,n,168> [dostęp: 29.05.2020].

378 Serup J. *Tattoo Infections, Personal Resistance, and Contagious Exposure through Tattooing*. Curr. Probl. Dermatol. 2017. PMID 28288467.

powinno się odbywać w obecności pacjenta/klienta, by wykluczyć możliwość użycia wielokrotnego i zakażenia wirusami zapaleń wątroby HCV, HBV oraz HIV, ale także różnymi bakteriami³⁷⁹.

Obecnie nie ma żadnych przepisów UE dotyczących tuszów do tatuaży. Podlegają one jedynie dyrektywie zobowiązującej producentów do niedostarczania niebezpiecznych produktów oraz rozporządzeniom dotyczącym wprowadzania środków chemicznych na rynek.

W 2015 r. Komisja Europejska zwróciła się do Europejskiej Agencji Chemikaliów o przygotowanie dokumentacji celem wprowadzenia ograniczenia stosowania pewnych barwników w tuszach do tatuażu i makijażu permanentnego. Przygotowana propozycja ograniczeń zawiera zarówno barwniki, jak i inne substancje mogące występować w tych tuszach. Ocenie zostanie poddanych około 4000 różnych substancji. Planuje się, że takie ograniczenia zostaną wprowadzone dopiero w 2021 r.!

Badacze zajmujący się problematyką toksyczności tuszów do tatuaży, ale też powikłaniami, sugerują, że na temat tatuaży należy przeprowadzić taką samą kampanię ostrzegającą jak przed paleniem tytoniu czy nadmiernym opalaniem się.

Telemedycyna

Telemedycyna jest formą opieki zdrowotnej i świadczenia usług medycznych, która łączy w sobie elementy telekomunikacji, informatyki, medycyny, przekraczając bariery geograficzne i zajmuje się: profilaktyką (np. liczne aplikacje instalowane w smartfonach dotyczące żywienia, aktywności fizycznej); wczesnym rozpoznawaniem chorób; monitorowaniem chorób (np. zaburzenia rytmu serca, pogarszanie funkcjonowania osób z chorobą Parkinsona, kontrolowanie stężenia cukru u diabetyków, znamion barwnikowych itd.); rehabilitacją; pomocą w życiu codziennym, np. osobom z otępieniem; udzielaniem porad medycznych; operowaniem na odległość³⁸⁰.

Uzależnienia behawioralne (czynnościowe)

Definicja i klasyfikacja

Uzależnienie behawioralne (czynnościowe) – to zespół objawów związanych z utrwalonym, wielokrotnym powtarzaniem określonej czynności (lub grupy czynności),

³⁷⁹ *Tatuaże – moda groźna dla zdrowia*, <https://www.medexpress.pl/tatuaże-moda-groźna-dla-zdrowia/74598> [dostęp: 29.05.2020].

³⁸⁰ *Telemedycyna*, <https://pl.wikipedia.org/wiki/Telemedycyna> [dostęp: 20.11.2020].

w celu uzyskania takich stanów emocjonalnych, jak: przyjemność, euforia, ulga, uczucie zaspokojenia. Ten stan jest osiągany bez konieczności wprowadzania do organizmu jakichkolwiek substancji chemicznych.

Według Klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-5) kryteria zaburzenia to:

1. zaabsorbowanie (dane zachowanie zaczyna dominować nad pozostałymi, staje się najważniejszą sferą aktywnością);
2. modyfikacja nastroju (to efekt, jaki przynosi dane zachowanie – najczęściej jest przejawem nieprzystosowawczych mechanizmów radzenia sobie – ang. *coping mechanisms*, np. z problemami lub z negatywnym nastrojem);
3. tolerancja (dotyczy rosnącego zapotrzebowania na dane zachowania w celu uzyskania podobnego poziomu „nagrody” – najczęściej poprawy nastroju);
4. symptomy odstawienne (w przypadku utrudnienia lub uniemożliwienia pożądanego zachowania pojawiają się psychiczne i/lub fizyczne objawy odstawienne, np. zdenerwowanie, złość, smutek czy drżenie rąk itp.);
5. konflikt na trzech wymiarach:
 - 5.1. interpersonalny, tj. pomiędzy osobą a jej najbliższym otoczeniem, np. rodziną czy przyjaciółmi,
 - 5.2. pomiędzy osobą a jej innymi aktywnościami, np. pracą, nauką czy zainteresowaniami,
 - 5.3. intrapersonalny, tzw. intrapsychiczny, np. na skutek subiektywnego wrażenia utraty kontroli nad działaniem;
6. nawrót (tendencja do powracania do tych samych czy podobnych wzorców danego zachowania po okresach całkowitej lub częściowej abstynencji).

Wiele osób, u których już można zauważyć pierwsze symptomy uzależnienia, zaprzeczają, mówiąc np.: „przecież ja to lubię” lub starają się usprawiedliwić: „lepiej, że gram od czasu do czasu w totolotka, a przecież to nie picie”.

Określenie granicy pomiędzy silnym zaangażowaniem (funkcjonowanie przystosowawcze) np. w zakupy, seks, pracę, zdrowe jedzenie a początkami problemu z uzależnieniem nie jest łatwe.

Problem jest już wyraźny, gdy te czynności mają negatywne konsekwencje dla osoby już uzależnionej i jej najbliższego otoczenia.

Rozpoznanie. Klasyfikacja

Szczegółowa diagnoza pacjenta powinna obejmować następujące elementy:

1. czynniki wyzwalające,
2. poziom aktualnego funkcjonowania pacjenta,

3. relacje społeczne i sytuację zawodową,
4. sytuację prawną,
5. zdrowie fizyczne i psychiczne (problemy minione i aktualne),
6. wcześniejsze próby leczenia,
7. czynniki „krytyczne” (chodzi głównie o ryzyko skrzywdzenia innej osoby lub samego siebie),
8. cele terapeutyczne,
9. poziom motywacji³⁸¹.

W Międzynarodowej Klasyfikacji ICD-10 (obowiązującej m.in. w Polsce) uzależnienia behawioralne (czynnościowe) należą do grupy zaburzeń nawyków i popędów (F.63) i nie zostały bardziej szczegółowo opisane. W ICD-11, która ma wejść w życie w styczniu 2022 r., uzależnienie od gier i seksoholizm (dzięki badaniom polskich naukowców) mają uzyskać nowy numer statystyczny. Oto poznane (choć nie wszystkie ujęte w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10) na świecie i w Polsce do 2015 r. rodzaje uzależnień behawioralnych: patologiczny hazard – uzależnienie: od komputera i Internetu, od obecności w sieci (fonoholizm, FOMO)³⁸², od ćwiczeń, od zakupów, uzależnienie od pracy, od seksu, uzależnienie od jedzenia.

Do uzależnień behawioralnych niektórzy zaliczają ortoreksję, pregoreksję, drunkoreksję, tanoreksję czy bigoreksję lub estetoreksję (uzależnienie od zabiegów poprawiających urodę), których opisy zamieszczono pod hasłami alfabetycznymi. Można by też zaliczyć do tej grupy uzależnienie od ozdabiania ciała (tatuaze, piercing).

W pracy terapeutów coraz częściej pojawiają się pojęcia nowych uzależnień behawioralnych (czynnościowych) określanych też jako nałogowe zachowania, uzależnienie niechemiczne³⁸³. Zauważono też związki pomiędzy uzależnieniami behawioralnymi a uzależnieniami od substancji psychoaktywnych, a także uzależnienie od cukru³⁸⁴.

381 Rowicka M. *Uzależnienia behawioralne – profilaktyka i terapia*. Krajowe Biuro do spraw Przeciwdziałania Narkomanii Fundacja Praesterno, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2015.

382 *Fonoholizm – skala zjawiska wśród polskich nastolatków*, <https://www.uzaleznieniabehawioralne.pl/raporty-z-badan/fonoholizm-skala-zjawiska-wsrod-polskich-nastolatkow/> [dostęp: 14.08.2020].

383 Lelonek-Kuleta B. *Uzależnienie od czynności – zdefiniowanie pojęcia, specyfika problemu oraz kierunki diagnozy*. Poradnia Narkotykowa on-line, <https://www.narkomania.pl/> [dostęp: 30.05.2020].

384 Fortuna J.L. *Sweet preference, sugar addiction and the familial history of alcohol dependence: shared neural pathways and genes*. *Journal of Psychoactive Drugs* 2010; 42 (2): 147-151.

Uzależnienie od alkoholu → Problemowe spożywanie alkoholu

Uzależnienie od cukru → Otyłość

Uzależnienie od nikotyny

W klasyfikacji ICD-10 w pozycji F.17.2 zawarto „zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane paleniem tytoniu – zespół uzależnienia”.

Epidemiologia

Badania prowadzone w latach 2000-2018 opublikowane przez WHO w 2019 r. wykazały, że na świecie ogólna liczba palaczy zmniejszyła się o 60 mln, jednak nadal pali papierosy z nikotyną ponad 1,300 mld ludzi, z czego przewagę stanowią mężczyźni, a kobiety też częściej rezygnują z palenia. Wśród mężczyzn w tym samym okresie liczba palaczy zwiększyła się o 40 mln (do 1,093 mld). Jednak obserwuje się trend obniżania tej liczby. Przewiduje się, że w 2020 r. liczba palących na świecie mężczyzn po raz pierwszy spadnie o 10 mln w porównaniu z 2018 r. i ta tendencja powinna się utrzymywać – prawdopodobnie do 2025 r. liczba palących mężczyzn obniży się o kolejne 27 mln.

Ocenia się, że nikotynizm odpowiada za 8 mln zgonów na świecie rocznie, z tego 7 mln związanych jest z czynnym paleniem, a 1,2 mln – z paleniem biernym³⁸⁵.

Odsetek palących w Polsce z 2019 r. w porównaniu z 2011 r. zmniejszył z 31% do 21%. Korzystną zmianą jest to, że zwiększa się odsetek osób, które **nigdy nie sięgnęły** po papierosa tradycyjnego. Aż 70% palaczy **chce wyjść z nałogu**, 50% palaczy próbowało wyjść z nałogu, ale 95% z nich wróciło do palenia m.in. dlatego, że brakuje specjalistów i poradni antynikotynowych.

Nadal jednak pali dość duża grupa, bo aż 8 mln (21%) Polaków. Wciąż daleko nam do takich krajów jak Kanada i Szwecja, gdzie uzależnionych od tytoniu jest odpowiednio 13% i 14% społeczeństwa. Obydwa kraje zadeklarowały, że już w 2025 r. będą wolne od tego nałogu, co oznacza, że uzależnionych od tytoniu będzie nie więcej niż 5% populacji. W Polsce dąży się do tego, by ten cel osiągnąć w 2030 r., co będzie raczej trudne.

Kampanie antynikotynowe są podejmowane już w przedszkolach i szkołach podstawowych, ponieważ zdarza się, że po papierosy po raz pierwszy sięgają dzieci zaledwie 11- i 12-letnie. Jednak bardzo wiele dzieci, szczególnie młodszych, jest świadomych zagrożeń palenia papierosów – wiedzę zdobywają m.in. w przedszkolach czy szkołach.

385 Wojtasiński Z. WHO: liczba palących papierosy mężczyzn przestaje rosnać i zacznie spadać, <http://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news%2C80018%2Cwho-liczba-palacych-papierosy-mezczyzn-przestaje-rosnac-i-zacznie-spadac> [dostęp: 30.05.2020].

Zdarza się coraz częściej, że starają się wpłynąć na rodziców, by rzucili palenie, gdyż – jak mówią – boją się o ich zdrowie i o to, że będą żyli krócej.

Do kampanii antynikotynowych przekonują się pracodawcy, którzy do niedawna często uważali, że palenie tytoniu jest indywidualną sprawą pracownika – zaczęli zmieniać zdanie, kiedy przedstawiono dane, z których wynika, że palacze tytoniu rocznie tracą 22 dni robocze, czyli tyle, ile dodatkowy roczny urlop³⁸⁶.

Szkodliwe i potencjalnie rakotwórcze związki chemiczne. Ryzyko zdrowotne (czynnego i biernego) narażenia na dym tytoniowy

Z ponad 7000 związków chemicznych zawartych w dymie nikotynowym, co najmniej 250 jest szkodliwych, a 70 ma działanie rakotwórcze (dane Amerykańskiego Towarzystwa Walki z Rakiem – *American Cancer Society* – ACS).

Do organizmu palacza, nie tylko papierosów, ale cygar czy fajki, dostaje się smoła, radioaktywny polon, nikiel, cyjanowodor, formaldehyd, amoniak oraz tlenek węgla (tworzy z hemoglobina kompleks zwany karboksyhemoglobina, co sprawia, że krew staje się gorzej natleniona). Związki chemiczne w organizmie palącego papierosy gromadzą się przez lata, ich działanie się potęguje i stają się coraz bardziej szkodliwe, zwiększając ryzyko zachorowania na nowotwór m.in. poprzez uszkodzenia DNA, które są przyczyną niekontrolowanego wzrostu i podziału komórek. Także żucie liści tytoniowych zwiększa ryzyko rozwoju nowotworów, zwłaszcza raka jamy ustnej.

Palenie bierne stanowi nawet większe ryzyko rozwoju nowotworów, ponieważ dym unoszący się z żarzącej końcówki papierosa zawiera czterokrotnie więcej substancji toksycznych niż dym, który wdycha palacz. Osoba niepaląca przebywająca w zadymionym pomieszczeniu wdycha trzy razy więcej tlenu węgla, ponad 10 razy więcej nitrozamin, 15 razy więcej benzenu i nawet do 70 razy więcej amoniaku, niż gdyby paliła aktywnie. Połowa wieloletnich palaczy żyje krócej o 20-25 lat niż osoby niepalące.

Palenie wyrobów tytoniowych w Polsce jest najczęstszą przyczyną zgonów związanych ze stylem życia – z powodu palenia w Polsce w 2016 r. zmarło 66 tys. osób (17% wszystkich zgonów), w tym 48 tys. mężczyzn (tj. 24,1% zgonów mężczyzn) i 18 tys. kobiet (tj. 9,6% zgonów kobiet). Dodatkowo bierne palenie odpowiadało za 6,2 tys. zgonów, tj. 1,6% wszystkich zgonów³⁸⁷.

386 Wojtasiński Z. *Spada liczba palaczy w Polsce, ale nadal pali 8 mln Polaków*, <https://pulsmedycyny.pl/spada-liczba-palaczy-w-polsce-ale-nadal-pali-8-mln-polakow-976049> [dostęp: 30.05.2020].

387 CDC's Office on Smoking and Health. *Smoking and Tobacco Use; Annual Deaths Attributable to Cigarette Smoking*, www.cdc.gov, 31 lipca 2017 [dostęp: 17.07.2020]; Stefan W. *Palenie tytoniu w Polsce*. Biuro Analiz Sejmowych, 30 listopada 2017, s. 2, 3 [dostęp: 17.07.2020].

Jak wskazują badania onkologów, im nałóg bardziej intensywny (np. świadczy o tym wypalenie pierwszego papierosa w czasie 30 minut po wstaniu z łóżka, a nie później) i im dłużej trwa, tym większe problemy ze zdrowiem.

Norweskie badania na populacji 600 tys. mężczyzn i 500 tys. kobiet wykazały, że wypalanie tylko 4 papierosów dziennie podnosi ryzyko zgonu z powodu zawału serca lub raka płuc czy gardła; częściej dotyczy to kobiet. Kobiety, które rozpoczęły palenie we wczesnej młodości, częściej zapadają na raka piersi.

Rak płuca najbardziej zagraża osobom, które rozpoczęły palenie w młodym wieku. Pierwsze objawy mogą występować nawet po kilkudziesięciu latach; najwięcej osób zaczyna chorować po ukończeniu 70. roku życia.

Większości chorób związanych z paleniem papierosów można zapobiec, zrywając z nałogiem przed ukończeniem 40. roku życia. Problemem jest także to, że osoby palące częściej używają alkoholu, co zwiększa ryzyko zachorowania na choroby nowotworowe³⁸⁸.

Monitorowaniem zachorowań na raka zajmuje się Międzynarodowa Agencja Badań nad Rakiem Światowej Organizacji Zdrowia (*Interantional Agency for Research on Cancer – WHO IARC*)³⁸⁹.

Palenie tytoniu oraz narażenie na dym tytoniowy jest powodem wystąpienia lub pogorszenia przebiegu wielu schorzeń, do których należą: choroby układu oddechowego (przewlekła obturacyjna choroba płuc, astma, gruźlica, zapalenie płuc), choroby układu krążenia (choroba niedokrwienna serca, tętniak aorty, udar mózgu, miażdżyca) nowotwory (gardła, krtani, przełyku, tchawicy, oskrzeli i płuc, krwi, żołądka, wątroby, trzustki, nerki i moczowodu, okrężnicy, szyjki macicy, pęcherza, jelita grubego).

Ponadto palenie tytoniu jest istotnym czynnikiem innych problemów zdrowotnych (np. zaćma, zwyrodnienie plamki żółtej prowadzące do utraty wzroku, zapalenie ozębnej, złamanie kości udowej, cukrzyca), ma również negatywny wpływ na układ rozrodczy i zaburzenia płodności u kobiet oraz zaburzenia erekcji u mężczyzn, dochodzi do uszkodzenia układu odpornościowego, występuje ogólne pogorszenie stanu zdrowia.

Bierne narażenie na dym tytoniowy stanowi czynnik ryzyka problemów zdrowotnych:

- u dorosłych (udar mózgu, podrażnienie błony śluzowej nosa, choroba niedokrwienna serca, rak płuca),
- u dzieci (choroby dolnych dróg oddechowych, choroby ucha środkowego, zaburzenia oddechowe, uszkodzenia płuc, zespół nagłego zgonu niemowląt a także w późniejszym okresie częściej występuje ADHD).

³⁸⁸ *Palenie tytoniu. Krajowy Rejestr Nowotworów*, <http://onkologia.org.pl/palenie-tytoniu/> [dostęp: 17.07.2020].

³⁸⁹ Europejski Kodeks Walki z Rakiem. *12 sposobów na zmniejszenie ryzyka zachorowań na raka*, <https://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/pl/12-sposobow/tyton/3639-czy-nikotyna-powoduje-raka> [dostęp: 17.07.2020].

Biernie palenie tytoniu ma również negatywny wpływ na kobiecy układ rozrodczy i jest przyczyną niskiej urodzeniowej masy ciała dziecka. Ponadto u palących tytoń, także biernie, można zauważyć pogorszenie wyglądu skóry (zmarszczki, zaostrzenie trądziku czy łuszczycy), uzębienie pokrywa się nalotem, szybciej dochodzi do paradontozy.

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP)

Jedną z chorób przewlekłych, długo przebiegających skrycie, w ok. 80% związanych z paleniem papierosów, jest przewlekła obturacyjna choroba płuc. Rangę problemu podkreśla ustanowienie Światowego Dnia Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc, który przypada na 19 listopada³⁹⁰.

1. W Polsce na POChP choruje ok. 2 mln osób, choć rozpoznaje się tę chorobę jedynie w 25% przypadków.
2. 75% Polaków pomimo przewlekłego kaszlu czy duszności nie decyduje się na badania i pozostaje bez rozpoznania.
3. Choroba ma charakter przewlekły, rozwija się przez wiele lat i dlatego zwykle rozpoznaje się ją u ludzi w średnim i starszym wieku.
4. Osoby z tym schorzeniem żyją krócej o 10-15 lat niż osoby zdrowe.
5. Aż 40% chorych musi przejść na rentę, gdyż nie może wykonywać swojej pracy, co poza leczeniem generuje dodatkowe koszty z budżetu państwa.
6. Objawy przewlekłej obturacyjnej choroby płuc są niespecyficzne i często mylone ze słabą kondycją organizmu (łatwe męczenie się, bóle stawów).
7. W fazie dość późnej występuje duszność trwająca kilka miesięcy, świszczący oddech, ucisk w klatce piersiowej i uporczywy kaszel z odkrztuszaniem wydzieliny.
8. Czułym badaniem umożliwiającym wczesne rozpoznanie POChP jest spirometria.
9. Wczesne rozpoznanie POChP jest warunkiem szybkiego podjęcia terapii, która może spowolnić proces rozwoju choroby i poprawić komfort życia.
10. Całkowite zaprzestanie palenia może zahamować rozwój choroby³⁹¹.

³⁹⁰ Zaskakujące dane dotyczące POChP – co 3 Polak po 35 roku życia ma problemy z płucami, <https://plucapolski.pl/zaskakujace-dane-dotyczace-pochp-co-3-polak-po-35-roku-zycia-ma-problemy-z-plucami,aktualnosc,21> [dostęp: 4.07.2020].

³⁹¹ Kampania Płuca Polski, <https://plucapolski.pl/> [dostęp: 4.07.2020]; POChP po 50 latach nadal tajemnicą, <https://www.medexpress.pl/pochp-po-50-latach-nadal-tajemnica/65391> [dostęp: 4.07.2020]; Eksperci: na POChP mogą chorować też osoby, które nigdy nie paliły, <http://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosc/news%2C77225%2Ceksperci-na-pochp-moga-chorowac-tez-osoby-ktore-nigdy-nie-palily.html> [dostęp: 4.07.2020].

Jak rzucić palenie?

1. Osoby korzystające ze wsparcia farmakologicznego (nikotynowa terapia zastępcza, bupropion, warenklina i cytyzyna) i behawioralnego (wdrażanie praktycznych strategii przy radzeniu sobie ze stresem, pomoc w zerwaniu z nałogiem – z głodem nikotyny i objawami odstawienia, wytyczne dotyczące stosowania metod farmakologicznych) mają czterokrotnie większe szanse na rzucenie palenia niż osoby, które próbują sobie radzić same.
2. Osoby korzystające tylko z jednej z metod też mają większe szanse niż niekorzystające z żadnego wsparcia.
3. Tworzenie stref wolnych od dymu tytoniowego odgrywa znaczącą rolę w ograniczaniu palenia.

Poza poradnikami antynikotynowymi czy poradami telefonicznymi pomocą mogą służyć coraz bardziej dostępne liczne aplikacje na smartfony.

Ryzyko zachorowania na raka najbardziej zależy od okresu palenia, a nieco mniej od liczby wypalanych papierosów dziennie. Rzucenie palenia jest najlepszym sposobem na zmniejszenie ryzyka zachorowania na raka³⁹².

Według CDC (*Center of Disease Control and Prevention*):

- 20 minut po rzuceniu palenia obniża się przyspieszone tętno,
- 2 godziny po rzuceniu palenia poziom tlenu węgla we krwi spada do normy,
- od 2 tygodni do 3 miesięcy po rzuceniu palenia zaczyna się obniżać ryzyko zawału serca i może się poprawiać czynność płuc,
- po 9 miesiącach duszność i kaszel palacza staje się mniej intensywny³⁹³.

E-papierosy i elektroniczne podgrzewacze tytoniu IQOS – substancje toksyczne, szkodliwości zdrowotne

Wszystkie e-papierosy i podgrzewacze tylko tytoniu (IQOS) zawierają nikotynę i to w wysokich dawkach, co silnie uzależnia młodych ludzi w krótkim czasie!

Urządzenia posiadają nazwę IQOS (ang. *I quit ordinary smoking* – Rzuciłem zwykłe palenie), która sugeruje korzyści – gdyż nie wytwarza cuchnącego dymu i sprawia wrażenie, że to tylko gadżet. A tymczasem – jak wykazują liczne badania – ponad połowa

³⁹² Co można zrobić, aby rzucić palenie?, <https://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/pl/12-sposobow/tyton/3643-co-mozna-zrobic-aby-rzucic-palenie> [dostęp: 4.07.2020].

³⁹³ 5 aplikacji mobilnych pomagających rzucić palenie. Dzisiaj jest dzień bez papierosa – sprawdź najlepsze aplikacje mobilne, które pomogą Ci rzucić palenie, <https://mobirank.pl/2015/05/31/5-aplikacji-mobilnych-pomagajacych-rzucic-palenie/> [dostęp: 5.07.2020].

palących e-papierosy nie sięgała przedtem po zwykłe papierosy – to ważne, gdyż może gdyby nie moda, atrakcyjność, bezdymność, poczucie nieszkodliwości, ci młodzi ludzie prawdopodobnie nigdy by nie sięgnęli po papierosa tradycyjnego.

E-papierosy to urządzenia elektroniczne, które z powodu mody, ale też powszechnego przekonania, że są zdrowsze, wypierają papierosy tradycyjne. Stały się gadżetem wśród młodzieży ze względu na możliwość wyboru, zmiany na inne, gdyż są produkowane w różnych kształtach, rozmiarach, a nawet „smakach”. Niektóre wyglądają jak zwykłe papierosy, cygara lub fajki, inne przypominają pendrive, długopis lub inne przedmioty codziennego użytku.

Ponieważ produkty są stosunkowo nowe i nie poznano jeszcze wpływu na organizm ludzki wytwarzanego w nich aerosolu – dla przypomnienia, badania nad szkodliwością tradycyjnych papierosów zajęły naukowcom i osobom, które to ujawniały opinii społecznej, apelując o zaprzestanie palenia – aż 50 lat³⁹⁴.

Zarówno IQOS, jak i e-papierosy są urządzeniami elektronicznymi i nie generują dymu papierosowego. Jednakże ważna cecha odróżnia system podgrzewania tytoniu IQOS od e-papierosów: w odróżnieniu od waporyzacji IQOS podgrzewa tytoń, a nie liquid jak e-papieros³⁹⁵.

Reklama na stronie firmy produkującej jest atrakcyjna:

Nowatorskie wkłady tytoniowe HEETS zawierają sprasowany tytoń, który nie jest spalany a podgrzewany do temperatury 350°C. Podczas podgrzewania tytoniu uwalnia się jego oryginalny smak. Wśród wkładów tytoniowych dostępnych jest kilka wariantów: zarówno standardowych smaków tytoniu, jak i mentolowych³⁹⁶.

Przemysł tytoniowy w swojej nowej elektronicznej postaci wyprzedza działania zapobiegawcze władz. Wobec wprowadzenia w UE (także w Polsce) zakazu sprzedaży tradycyjnych papierosów mentolowych, obowiązującego od 20 maja 2020 r., już w styczniu tego roku podano: „Mentolowe wkłady tytoniowe HEETS do IQOS-a będą w sprzedaży po 20 maja 2020 r.”

Być może jest to luka prawna, wynikająca ze zbyt małej wiedzy potwierdzonej naukowo o szkodliwości aerosolu, a też jest wyrazem skuteczności działania tego przemysłu, który coraz bardziej się rozwija³⁹⁷.

394 Piotrowska A. *Niezdrowa alternatywa dla papierosów*, <https://zdrowie.pap.pl/uzaleznienia/niezdrowa-alternatywa-dla-papierosow> [dostęp: 31.05.2020].

395 *Podgrzewacz do tytoniu IQOS a e-papierosy*, <https://pl.iqos.com/pl/aktualnosci/iqos-a-epapierosy> [dostęp: 20.07.2020].

396 *Podgrzewacz do tytoniu IQOS a e-papierosy*, <https://pl.iqos.com/pl/aktualnosci/iqos-a-epapierosy> [dostęp: 20.07.2020].

397 *Mentolowe wkłady tytoniowe HEETS do IQOS-a będą w sprzedaży po 20 maja 2020 r.*, <https://pl.iqos.com/pl/aktualnosci/mentolowe-wklady-tytoniowe-heets-do-iqosa-beda-w-sprzedazy-po-20-maja-2020> [dostęp: 20.07.2020].

Zasada działania i szkodliwości dymu (aerosolu) e-papierosów i z IQOS – poznane już objawy chorobowe

Aerosol, który wdycha użytkownik e-papierosa, zawiera nikotynę, aromaty i inne substancje chemiczne – w tym istnieje możliwość wzięcia substancji szkodliwych, takich jak: acetaldehyd, formaldehyd, akroleina, propanal, aceton, o-metyl-benzaldehyd, karcinogenne nitrozaminy i inne (nie zawsze zbadane).

Dym z IQOS-a zawiera te same szkodliwe substancje co dym z papierosa tradycyjnego, w podobnych stężeniach, w tym wiele czynników rakotwórczych, wielopierścieniowych węglowodorów aromatycznych, tlenek węgla i nikotynę na porównywalnym poziomie do dymu z tradycyjnych papierosów.

Użytkownik, a także osoby postronne wdychają ten aerosol do płuc, gdyż używany e-papieros wytwarza pył zawieszony (PM 2,5) oraz najdrobniejsze cząstki (UFPs), których stężenie wzrasta w powietrzu otaczającym e-palacza.

Na podstawie zbieranych danych klinicznych już wiadomo, że u palaczy e-papierosów obserwuje się: podrażnienie błony śluzowej gardła, jamy ustnej, górnych i dolnych dróg oddechowych, kaszel, indukcję stanu zapalnego w drogach oddechowych, też częstsze zapalenia płuc, zmiany rozedmowe w płucach, zmniejszenie sprawności układu odpornościowego, zmiany behawioralne (uzależnienie), upośledzenie pamięci, skurcze mięśni i drżenie mięśni, podrażnienie oczu, kontaktowe zapalenie skóry i oparzenia, nudności i wymioty.

Obecnie coraz częściej wśród młodych osób trafiających do szpitali z problemami oddechowymi zdarzają się użytkownicy e-papierosów. Jedynym czynnikiem wspólnym w tych przypadkach jest używanie e-liquidów³⁹⁸.

Warto podkreślić, że w przeszłości **udowodnienie szkodliwości dymu z tradycyjnych papierosów zajęło badaczom prawie 50 lat!**³⁹⁹

Obecnie wielu naukowców z różnych regionów świata udowodniło, że jednak w e-papierosach dochodzi do spalania, a uwalniane substancje toksyczne i karcinogenne w niektórych e-papierosach są w mniejszym stężeniu niż w papierosach zwykłych, ale w wielu stężenie to jest znacznie wyższe.

Potwierdzono doświadczalnie uszkodzenie komórek nabłonka oddechowego i mięśni gładkich w płucach u palaczy e-papierosów, ale i IQOS prowadzących do poważnych chorób, jak: częste zapalenia płuc, przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) czy rak, a także zwiększających ryzyko astmy⁴⁰⁰.

398 Puls Medycyny. *MEN i GIS ostrzegają przed e-papierosami*, <https://pulsmedycyny.pl/men-i-gis-ostregaja-przed-e-papierosami-972310> [dostęp: 31.05.2020].

399 Piotrowska A. *Niezdrowa alternatywa dla papierosów*, <https://zdrowie.pap.pl/uzaleznienia/niezdrowa-alternatywa-dla-papierosow> [dostęp: 31.05.2020].

400 Janssen B.P., Walley S.C., McGrath-Morrow S.A. *Heat-not-Burn Tobacco Products: Tobacco Industry Claims No Substitute for Science*. *Pediatrics* January 2018; 141 (1): e20172383. Doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2017-2383> [dostęp: 30.05.2020].

Opisano wyniki eksperymentu, w którym ludzkie komórki nabłonka płuc oraz mięśni gładkich dróg oddechowych poddano działaniu zwykłych i elektronicznych papierosów – zarówno e-papierosów, jak i IQOS, stwierdzając, że we wszystkich przypadkach dochodzi do podobnych zmian patologicznych w płucach⁴⁰¹.

W październiku 2019 r. podano, że polskie Ministerstwo Edukacji Narodowej (MEN) i Główny Inspektor Sanitarny (GIS) ostrzegają przed e-papierosami. Ekspertki informują, że e-papierosy uzależniają tak samo jak papierosy tradycyjne i negatywnie wpływają na zdrowie. Opracowano odpowiednią informację dla uczniów, rodziców, dyrektorów szkół i nauczycieli i rozesłano ją do szkół⁴⁰².

Na konferencji prasowej zorganizowanej w Warszawie 21 listopada 2019 r. z okazji Światowego Dnia Rzucania Palenia podano, że według Międzynarodowego Towarzystwa Badań nad Rakiem Płuca (IASLC) nie ma danych naukowych potwierdzających powszechny pogląd, że e-papierosy pomagają rzucić palenie papierosów tradycyjnych.

Ekspertki przyznali, że w naszym kraju brakuje poradni antynikotynowych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Na razie są jedynie trzy takie ośrodki: w Warszawie, Gdańsku, a od niedawna także w Krakowie.

Zawsze i w każdym wieku warto zerwać z nałogiem. Według „New England Journal of Medicine” osoby, które zrobiły to w wieku 25-34 lat, 35-44 lat lub 45-54 lat, przeciętnie zyskały odpowiednio 10, 9 lub 6 „dodatkowych” lat życia w porównaniu z tymi, którzy nadal palili⁴⁰³.

Uzależnienie od substancji psychoaktywnych (innych niż alkohol i nikotyna)

Od drugiej połowy XX w. zjawisko używania środków psychoaktywnych charakteryzuje niespotykana wcześniej dynamika, przy czym w XXI w. obserwuje się wyraźny wzrost zażywania narkotyków zarówno w skali globalnej⁴⁰⁴, jak i na kontynencie europejskim⁴⁰⁵. Również w Polsce utrwalają się charakterystyczne trendy świadczące

401 Sohal S.S., Eapen M.S., Naidu V.G.M., Sharma P. *IQOS exposure impairs human airway cell homeostasis: direct comparison with traditional cigarette and e-cigarette*. ERJ Open Research 2019; 5: 00159-2018. Doi: 10.1183/23120541.00159-2018.

402 MEN i GIS ostrzegają przed e-papierosami, <https://pulsmedycyny.pl/men-i-gis-ostrezgaja-przed-e-papierosami-972310> [dostęp: 30.05.2020].

403 WHO: *liczba palących papierosy mężczyzn przestaje rosnąć i zacznie spadać*, <http://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news%2C80018%2Cwho-liczba-palacych-papierosy-mezczyzn-przestaje-roznac-i-zacznie-spadac> [dostęp: 30.05.2020].

404 UNODC, *World Drug Report 2019*. United Nations publication, Vienna 2019, passim.

405 EMCDDA. *Europejski Raport Narkotykowy 2019. Tendencje i osiągnięcia*. Urząd Publikacji UE, Luksemburg 2019, passim.

o specyficznym modelu problemów narkotykowych, m.in. eskalacja przestępstw związanych z narkotykami zwłaszcza wśród młodzieży, dominacja marihuany jako najbardziej popularnego narkotyku, promocja niektórych narkotyków oraz nowych środków psychoaktywnych, tzw. dopalaczy, których skład chemiczny stale się zmienia, dostępność środków odurzających za pośrednictwem platform internetowych, używanie przez grupy, w których dotychczas nie identyfikowano takich zachowań, publiczne przyznawanie się do używania narkotyków i zarazem zanikanie odium wobec osób przyznających się do kontaktów z narkotykami, a także inne przedstawione w dalszej części podrozdziału „Narkotyki”.

Każdego roku w ramach unijnego Systemu Wczesnego Ostrzegania do Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* – EMCDDA) napływają informacje z europejskich krajów o identyfikacji nowych środków psychoaktywnych (NSP)⁴⁰⁶ – tzw. dopalaczy – w krajowych systemach monitoringu, a lista tych środków ciągle ulega modyfikacji.

Według WHO narkomania to używanie w celach pozamedycznych środków farmakologicznie czynnych, kontrolowanych międzynarodowymi ustaleniami⁴⁰⁷.

Na polskim gruncie Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii zawęża definicję narkomanii, określając ją jako „[...] stałe lub okresowe używanie w celach innych niż medyczne środków odurzających lub substancji psychotropowych albo środków zastępczych, w wyniku czego może powstać lub powstało uzależnienie od nich”⁴⁰⁸. W wymienionej ustawie istotne znaczenie przypisano tzw. środkom zastępczym. Ustawodawca definiuje, że są to substancje

[...] pochodzenia naturalnego lub syntetycznego w każdym stanie fizycznym lub produkt, roślinę, grzyba lub ich część, zawierające taką substancję, używane zamiast środka odurzającego lub substancji psychotropowej lub w takich samych celach jak środek odurzający lub substancja psychotropowa, których wytwarzanie i wprowadzanie do obrotu nie jest regulowane na podstawie przepisów odrębnych⁴⁰⁹.

Według założeń ustawy za narkomanię należy uznać korzystanie z wszelkich środków o potencjale psychoaktywnym, z intencją wprowadzenia się w stan odurzenia.

Należy jednak pamiętać, że od uzależnienia od narkotyków mogą się uchronić jedynie ci, którzy nie sięgają po te środki – zarówno w celach tzw. rekreacyjnych, jak i wskutek nieprawidłowo prowadzonej kuracji np. u osób z ciężkimi urazami przyjmujących

406 NSP – nowa substancja psychoaktywna = NPS – *new/novel psychoactive substance*.

407 Wciórka J., Kostowski W., Weremowicz E., Jędrzejko M. *Uzależnienia od substancji chemicznych*. W: Baturó W. (red.). *Katastrofy i zagrożenia we współczesnym świecie*. Wydawnictwo PWN, Warszawa 2008: 242.

408 Obwieszczenie Marszałka Sejmu RP z dnia 10 stycznia 2012 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. z 2012 r. poz. 124).

409 Obwieszczenie Marszałka Sejmu RP z dnia 10 stycznia 2012 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. z 2012 r. poz. 124).

przez dłuższy czas opioidowe leki przeciwbólowe, m.in. kodeinę, morfinę, fentanyl, petydynę, metadon lub z innych grup – barbiturany, benzodiazepiny i inne. Jedyną odrębnością, która usprawiedliwia podawanie wspomnianych leków, jest ciężka (zwykle w fazie terminalnej) choroba przewlekła – w tej sytuacji konieczne jest wyważenie korzyści między poprawą jakości życia a możliwościami uzależnienia.

Według Bohdana Woronowicza są to

[...] związki chemiczne powodujące uzależnienie [...]: alkohol, opiaty, przetwory konopi indyjskich, niektóre leki uspokajające, przeciwbólowe i nasenne, kokaina, substancje pobudzające, [...] halucynogeny, tytoń, lotne rozpuszczalniki, inhalanty. Substancje te mogą być przyjmowane doustnie, w formie tabletki do wżchania, podskórnym, dożylnym lub wdychane⁴¹⁰.

Sprzedaż i zażywanie niektórych nie jest objęte sankcjami: tytoń, alkohol, leki przeciwbólowe i nasenne, w handlu są też obecne kleje i rozpuszczalniki, natomiast nielegalnymi substancjami psychoaktywnymi nazywa się wszelkie środki pochodzenia naturalnego i skonstruowane w laboratoriach, których produkcja i handel stanowią czyny objęte sankcjami prawnymi⁴¹¹.

Problemem jest też nadużywanie przez młodzież sterydów anabolicznych, które co prawda nie wykazują psychoaktywnego potencjału, jednak szkody zdrowotne powodowane ich nadużywaniem bywają zbliżone do występujących po zażywaniu środków uznanych za narkotyki⁴¹².

Najczęściej wymienia się trzy typy uzależnienia od środków psychoaktywnych:

- **Uzależnienie psychiczne** – trudny do powstrzymania przymus przyjmowania i kontynuacji używania danego środka ze względu na możliwość uzyskania natychmiastowego efektu emocjonalnego; dla odprężenia, uspokojenia, ulgi, poprawy nastroju.
- **Uzależnienie fizyczne** – konieczność przyjmowania danego środka na skutek pojawiających się przykrych doznań somatycznych i psychicznych przy odstawieniu lub redukcji używanego narkotyku. Ustąpienie tych doznań po podaniu narkotyku.
- **Uzależnienie społeczne** – polega na silnych relacjach zażywającej jednostki z grupą, w której zażywanie narkotyków jest normą, a przynależność do tej wspólnoty jest powiązana z koniecznością dostosowania się do obyczajów, rytuałów norm

410 Woronowicz B.T. *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*. Media Rodzina/Parpamedia, Poznań-Warszawa 2009: 547.

411 Sierosławski J. *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2011 r. Europejski program badań ankietowych w szkołach ESPAD*. Wyd. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2011: 38-39, <http://www.cinn.gov.pl/porta-l?id=166545> [dostęp: 30.05.2020].

412 Goodair C.M., Corkery J., Claridge H. *Legal highs: a problem of definitions?* The Lancet 2014; 383: 1715.

i wartości grupowych. Ich odrzucenie stanowi podstawę ostracyzmu ze strony pozostałych członków tej grupy⁴¹³.

Za czynniki zwiększające ryzyko kontaktu dziecka z narkotykami i NSP uznaje się:

- stygmatyzację,
- niską odporność na stres,
- kryzysy edukacyjne i osobiste,
- kryzysy w rodzinie,
- używanie narkotyków przez członków rodziny,
- wczesną inicjację alkoholową,
- przyzwolenie na częstą nocną aktywność poza domem,
- nadmierny rygoryzm i brak zaufania ze strony rodziców,
- wyznaczanie zadań przekraczających możliwości nastolatka,
- wyręczanie dziecka w każdej sprawie,
- przyjmowanie narkotyków przez kolegów,
- ekspozycja na oferty narkotykowe ze strony dealerów⁴¹⁴.

Za cechy jednostkowe sprzyjające ryzykownym aktywnościom uznano m.in.: słabą samokontrolę, ciekawość, poszukiwanie ekscytujących doznań, niskie kompetencje w radzeniu sobie ze stresem oraz brak wiedzy o konsekwencjach używania narkotyków. Za uwarunkowania społeczne: słabe więzi z otoczeniem, brak wzorców do naśladowania, ubóstwo, nieprawidłowe relacje rodzinne, niskie wsparcie emocjonalne, wpływy rówieśnicze oraz małą dostępność satysfakcjonujących wyborów życiowych⁴¹⁵.

Istotne znaczenie w sięganiu po narkotyki ma rodzina – gdy rodzice deklarują liberalne postawy wobec tych środków, gdy jest niedostateczna kontrola rodzicielska, niskie zaangażowanie w sprawy dziecka, brak wsparcia, długotrwałe wyjazdy rodziców do pracy za granicę, wychowywanie się w rodzinach dysfunkcyjnych⁴¹⁶. Obserwuje się uzależnianie dzieci rodziców nadużywających środków psychoaktywnych⁴¹⁷.

413 Makara-Studzińska M. *Wybrane zagadnienia z problematyki uzależnień od środków psychoaktywnych*. W: Kurzeja A. (red.). *Uzależnienie od narkotyków. Od teorii do praktyki terapeutycznej*. Wydawnictwo Difin SA, Warszawa 2012: 13-14. (całość: 13-33).

414 Jędrzejko M., Białas T. *Narkotyki i nowe substancje psychoaktywne*. Oficyna Wydawnicza ASPRA/Centrum Profilaktyki Społecznej Oficyna Wydawnicza von Velke, Warszawa 2018.

415 Chan G., Lo T.W., Tam C., Lee G. *Intrinsic Motivation and Psychological Connectedness to Drug Abuse and Rehabilitation: The Perspective of Self-Determination*. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2019; 16 (11): 1934. Doi: 10.3390/ijerph16111934.

416 Brook J.S., Brook D.W., de la Rosa M. i wsp. *Pathways to Marijuana Use Among Adolescents: Cultural/Ecological, Family, Peer, and Personality Influences*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1998; 37 (7): 759-766; Motyka M.A. *Uwarunkowania narkomanii młodzieży: klucz jest ukryty w rodzinie*. *Społeczeństwo i Rodzina* 2019; 56 (3): 110-124; Jędrzejko M. *Marihuana fakty. Marihuana mity*. Wydawnictwo „Atla 2”, Wrocław 2011: 93-94.

417 Uhl G.R., Drgon T., Johnson C. i wsp. *Higher order addiction molecular genetics: convergent data from genome-wide association in humans and mice*. *Biochemical Pharmacology* 2008; 75 (1): 98-111; Szukalski B. *Genetyczne aspekty uzależnienia od narkotyków*. Część I. *Struktura genotypu a podatność na uzależnienie*. *Problemy Kryminalistyki* 2011; 273 (3): 40-46; Merikangas K.R., Stolar M.,

Za sprzyjające prawidłowym relacjom między dzieckiem i rodzicami uznano:

- akceptację przez rodziców powszechnie respektowanych wartości,
- wychowanie oparte na miłości i wsparciu emocjonalnym,
- kontrolę rodzicielską,
- dostosowanie społeczne i dojrzałość emocjonalną matek.

Jako uwarunkowania sprzyjające zażywaniu narkotyków badacze wymienili:

- brak emocjonalnych więzi między rodzicami a dzieckiem,
- nieprawidłową osobowość dziecka,
- podatność na wpływy rówieśnicze,
- niską samoocenę jednostki, skłonność do depresji, zachowań buntowniczych i agresywnych,
- dewiacyjne zachowania i postawy rodziców⁴¹⁸.

Po narkotyki i NSP zdecydowanie częściej sięgają osoby młode, których znajomi mają już za sobą narkotykową inicjację, osoby podatne na namowy z ich strony, słabiej zaangażowane w edukację, wagarujące, wychowujące się w środowiskach, w których liberalne postawy wobec środków odurzających są zazwyczaj modelowane między-pokoleniowo⁴¹⁹.

Ważną rolę w liberalizacji stosunku do narkotyków, a w rezultacie do zażywania tych środków, należy przypisać czynnikom kulturowym⁴²⁰.

Główne czynniki sprzyjające wchodzeniu w świat narkotyków to trudna sytuacja ekonomiczna, niewydolność wychowawcza środowiska szkolnego, wzrost atrakcyjności oferty narkotyków na rynku i większa ich dostępność, handel środkami odurzającymi i możliwość szerokiej wymiany informacji na ich temat w Internecie, dobrze zorganizowana przestępczość narkotykowa i bezradność instytucjonalna w walce z dystrybucją „dopalaczy”, a także braki informacyjno-edukacyjne z zakresu konsekwencji ich zażywania⁴²¹.

Stevens D.E. i wsp. *Familial Transmission of Substance Use Disorders*. Archives of General Psychiatry 1998; 55 (11): 973-979.

418 Brook J.S., Brook D.W., Gordon A.S., Whiteman M., Cohen P. *The psychosocial etiology of adolescent drug use: a family interactional approach*. Genetic, Social and General Psychology Monographs 1990; 116 (2): 111-267.

419 Jędrzejko M., Białas T. *Narkotyki i nowe substancje psychoaktywne*. Oficyna Wydawnicza ASPRA/Centrum Profilaktyki Społecznej Oficyna Wydawnicza von Velke, Warszawa 2019, passim.

420 Primack B.A., Kraemer K.L., Fine M.J., Dalton M.A. *Media exposure and marijuana and alcohol use among adolescents*. Substance Use & Misuse 2009; 44 (5): 722-739; Motyka M.A., Al-Imam A. *Musical preference and drug use among youth: an empirical study*. Research and Advances in Psychiatry 2019; 6 (2): 50-57; Jedynak W., Motyka M.A. *Self-Declaration of Religiousness and This Variable's Connections with Indications of Psychoactive Substance Use: Data from Empirical Studies (N=2273)*. Roczniki Teologiczne 2019; 56 (10): 141-163.

421 Motyka M. *Społeczno-kulturowe uwarunkowania narkomanii. Skala i przyczyny zjawiska wśród młodzieży województwa podkarpackiego*. Wydawnictwo UR, Rzeszów 2018: 250-251.

Należy jednak przyznać, że proces ten zachodzi niepostrzeżenie, czasem prawie niedostrzegalnie. W ostatnich dwóch dekadach narkotyki przeniknęły do kultury popularnej, wypełniając wszelkie jej wytwory⁴²².

Tabela 2. Uwarunkowania zjawiska narkomanii – analiza danych zastanych

Świat World Drug Report	Europa Raport EMCDDA	Polska Diagnoza Społeczna, CBOS, KBdsPN
Bezrobocie i trudna sytuacja ekonomiczna Niewydolność wychowawcza szkół Alienacja interpersonalna jednostek Przebywanie z osobami zażywającymi Niewłaściwy nadzór rodzicielski i małe zaangażowanie w sprawy dziecka Liberalne postawy rodziców wobec narkotyków Wychowywanie się w rodzinie dysfunkcyjnej Dobrze zorganizowana przestępczość narkotykowa Kreowanie przez media liberalnego stosunku do narkotyków Wzrost nowych ofert narkotykowych Bezradność instytucjonalna	wzrost ofert nowych środków odurzających wyższa dostępność środków odurzających internetowy handel narkotykami możliwość wymiany przez Internet informacji między zażywającymi narkotyki i osobami zainteresowanymi taką aktywnością braki informacyjno-edukacyjne na temat konsekwencji zażywania sprzyjających nowym inicjatom	duża dostępność rozwój zjawiska NSP ekspozycja na propozycje zażywania obcowanie z zażywającymi przekonania o niskiej szkodliwości narkotyków wyższy kapitał kulturowy rodziców mieszkańcy dużych miast osoby zamożne pracownicy sektora prywatnego i bierni zawodowo uczniowie szkół zawodowych uczniowie gorzej się uczący częściej chłopcy niż dziewczęta uczniowie zaniedbujący praktyki religijne i osoby niewierzące uczniowie, których rodzice wyjeżdżają do pracy za granicę

Źródło: Motyka M. *Społeczno-kulturowe uwarunkowania narkomanii. Skala i przyczyny zjawiska wśród młodzieży województwa podkarpackiego*. Wydawnictwo UR, Rzeszów 2018: 124.

W literaturze naukowej można się również spotkać z **teoriami wskazującymi neurobiologiczne uwarunkowania** sięgania po narkotyki⁴²³.

⁴²² Motyka M. *Społeczno-kulturowe determinanty dynamiki narkomanii. Cz. I. Środki psychoaktywne w kulturze masowej*. Problemy Higieny i Epidemiologii 2013; 4 (94): 675-684.

⁴²³ Kostowski W. *Podstawowe mechanizmy i teorie uzależnień*. Alkoholizm i Narkomania 2006; 19 (2): 139-168; Robinson T.E., Berridge K.C. *The neural basis of drug craving: an incentive-sensitization theory of addiction*. Brain Research Review 1993; 18: 247-291.

Etapy uzależnienia

Tabela 3. Charakterystyka etapów uzależnienia młodzieży szkolnej od narkotyku

Etapy	Przyjmowanie substancji	Motywacja do zażywania	Wywiązywanie się z pełnienia ról społecznych	Konsekwencje
Etap I	okazjonalne i nieregularne	<ul style="list-style-type: none"> nie wykazuje motywacji do aktywności w celu zdobycia narkotyku 	<ul style="list-style-type: none"> wywiązuje się z pełnienia roli ucznia, kolegi, członka rodziny realizuje zainteresowania i wyznaczone cele 	brak
Etap II	zażywanie nieregularne: w dni wolne od szkoły, podczas imprez, w gronie zażywających rówieśników	<ul style="list-style-type: none"> wykazuje inicjatywę w celu zdobycia narkotyku częściowa koncentracja myśli na narkotykach kupowanie narkotyków handel narkotykami przebywanie w gronie osób zażywających 	zauważalne zaniedbania w pełnieniu ról społecznych: <ul style="list-style-type: none"> zaniedbania w szkole konflikty w relacjach z rówieśnikami unikanie kontaktów z członkami rodziny i zaniedbywanie obowiązków domowych niższa satysfakcja z zainteresowań zaniedbywanie celów 	otoczenie zaczyna się domyślać używania narkotyków: <ul style="list-style-type: none"> interwencje pedagoga szkolnego, terapeuty uzależnień zatrzymanie przez policję z powodu bycia w stanie po zażyciu lub z powodu posiadania narkotyku wzywanie rodziców do szkoły
Etap III	2-3-dniowe ciągi zażywania, zazwyczaj w dni wolne od nauki; traci znaczenie kontekst społeczny; zażywanie bez udziału rówieśników	<ul style="list-style-type: none"> motywacja własna do zdobycia narkotyku koncentracja myśli i działań na narkotykach i ich pozyskaniu 	nie wywiązuje się z pełnionych ról społecznych: <ul style="list-style-type: none"> powtarza klasy, zmienia szkoły izolacja od otoczenia rówieśniczego, konflikty, koncentracja na relacjach z osobami zażywającymi eskalacja problemów w domu utrata zainteresowań 	<ul style="list-style-type: none"> zaburzenia zachowania otoczenie wie o zażywaniu konflikty z prawem utrata kontaktu z rodzicami, ucieczki z domu podjęcie pierwszych prób leczenia, często nieskutecznych
Etap IV	regularne zażywanie, dłuższe ciągi uzależnienie fizyczne i społeczne występowanie objawów abstynencyjnych kontekst społeczny bez znaczenia	<ul style="list-style-type: none"> silna motywacja własna do zdobycia narkotyku koncentracja na myśleniu o narkotykach, ich zdobywaniu i zażywaniu (kupno, handel, kradzież, wyprzedaż rzeczy na narkotyki) 	całkowite wypadnięcie z pełnionych ról społecznych: <ul style="list-style-type: none"> usunięcie ze szkoły całkowita zmiana relacji w środowisku (konflikty, izolacja, prostytuowanie się w celu pozyskania środków na narkotyki) utrata więzi z rodziną zainteresowania koncentrują się wyłącznie wokół spraw dotyczących narkotyków, których zażywanie daje coraz mniejszą satysfakcję 	poważne konsekwencje i straty spowodowane zażywaniem: <ul style="list-style-type: none"> izolacja środowiskowa kolizje z prawem funkcjonowanie w „błędnym kole”: myślenie o zdobyciu narkotyku – zdobycie środków na jego zakup – zażycie narkotyku – myślenie o zdobyciu narkotyku itd. zauważalne szkody zdrowotne

Źródło: Michalczyk Z. *Zażywanie substancji psychoaktywnych w okresie dorostania*. Mazowieckie Centrum Profilaktyki Społecznej, Warszawa 2018: 28-31.

Podział substancji odurzających i psychoaktywnych

Według klasyfikacji WHO narkotyki można podzielić na sześć grup, według kryterium działania farmakologicznego:

- 1) depresanty (związki spowalniające aktywność OUN) to m.in. alkohol etylowy, barbiturany, benzodiazepiny i kwas γ -hydroksymasłowy – pigułka gwałtu;
- 2) stymulanty (substancje pobudzające czynność OUN) to m.in.: amfetamina, metamfetamina, kokaina, metkatinon, katina i katinon;
- 3) opioidy: morfina, kodeina, tebaina oraz opioidy półsyntetyczne i syntetyczne;
- 4) kannabinoidy: marihuana, haszysz i olej haszyszowy;
- 5) halucynogeny: związki wywołujące halucynacje, które dzieli się na cztery podgrupy należące do różnych grup chemicznych;
- 6) inhalanty (wziewne środki odurzające) – najczęściej pospolite rozpuszczalniki, np. toluen, ksylen, heksan i benzyna, gazy np. propan i butan, propelanty aerozoli, spreje⁴²⁴.

Narkotyki można także podzielić według źródeł i sposobów pozyskiwania lub produkowania na: **środki psychoaktywne** otrzymywane z surowców roślinnych i środki otrzymywane na drodze syntezy chemicznej; narkotyki te stanowią wielokrotnie liczniejszą grupę substancji psychoaktywnych, powiększaną każdego roku o nowe toksyczne związki. Zdaniem ekspertów United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention, z tego typu narkotykami będą się wiązać największe zagrożenia w XXI w.⁴²⁵ Przykład problemów związanych z popularnością i zażywaniem nowych środków psychoaktywnych nazywanych „dopalaczami” wydają się potwierdzać te przypuszczenia.

Działanie na organizm człowieka są wyszczególnione w pozycjach piśmiennictwa⁴²⁶.

424 Szukalaski B. *Charakterystyka środków psychoaktywnych*. W: Jabłoński P., Bukowska B., Czabała J.Cz. (red.). *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2012: 35-50.

425 Szukalaski B. *Charakterystyka środków psychoaktywnych*. W: Jabłoński P., Bukowska B., Czabała J.Cz. (red.). *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2012: 35-50.

426 Michalczyk Z. *Zażywanie substancji psychoaktywnych w okresie dorastania*. Mazowieckie Centrum Profilaktyki Społecznej, Warszawa 2018: 106-107; Jędrzejko M., Kowalewska A. *Wpływ substancji psychoaktywnych na zdrowie i zachowania człowieka*. W: Jędrzejko M. (red.). *Narkomania – spojrzenie wielowymiarowe*. AH im. A. Gieysztor/Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Pułtusk-Warszawa 2009: 239-249.

Leki OTC – leki bez recepty

Leki OTC (*over-the-counter drug*) to leki wydawane bez recepty; mają służyć niejako samoleczeniu się, choć z różnym skutkiem, ponieważ są nadużywane, zresztą przy wielkim udziale reklamy, gdzie te same specyfiki są podawane pod różnymi nazwami, co wprowadza w błąd wielu ludzi. Mechanizm ten działa w Polsce bardzo dobrze, gdyż należymy do krajów, w których sprzedaż OTC jest znaczna, a skutki zdrowotne niewątpliwie wielkie, choć nie zawsze zauważalne od razu. Kryteria dostępności produktów leczniczych OTC są definiowane przez WHO, a w Polsce reguluje je Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych⁴²⁷.

O aktualnej sytuacji obrotu leków w Polsce można przeczytać na wielu portalach – dotyczy to sprzedaży leków OTC i leków na receptę oznaczanych jako Rx⁴²⁸.

Najczęściej stosowane są bezreceptowe leki zawierające w sobie efedrynę lub pseudoefedrynę, dekstrometorfan, benzydaminę i dimenhidrynat.

Dopalacze – nowe substancje psychoaktywne (NSP)

Nowe substancje psychoaktywne (NSP), tzw. dopalacze⁴²⁹, to generacja nowych narkotyków (często zawierają również tradycyjne) o trudnej do przewidzenia sile działania, wysokim ryzyku zatrucia i śmiertelności, które mogą być nawet tysiąc razy silniejsze od znanych tzw. klasycznych narkotyków, a leczenie zatrucia tymi środkami i uzależnień od nich jest bardzo trudne. Popularność tych środków spowodowana została legalnym handlem na terenie Polski w latach 2007-2010, podstawnym marketingiem oraz dostępnością za pośrednictwem internetowej sprzedaży tych środków⁴³⁰.

Ostatnio pojawił się nowy bardzo toksyczny środek – etazen. Jak podaje Główny Inspektorat Sanitarny (GIS), jest to syntetyczny opioid o sile działania 60 razy

427 Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 357.

428 Rynek farmaceutyczny wart ponad 36 mld zł. W marcu apteki przeżywają obłożenie, <https://www.wirtualnemedica.pl/arttykul/rynek-farmaceutyczny-wart-ponad-36-mld-zl-w-2019-roku-raport-dane-sprzedaz-w-aptkach-w-marcu> [dostęp: 30.05.2020]; Pan American Health Organization. *Drug Classification: Prescription and OTC drugs*, <https://www.paho.org/english/ad/ths/ev/CM-Background.pdf> [dostęp: 30.05.2020]; *Leki OTC na wyciągnięcie ręki*, <https://gazetalekarska.pl/?p=6514> [dostęp: 30.05.2020]; MZ. *Pozwolenie na dopuszczenie do obrotu*, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/pozwolenie-na-dopuszczenie-do-obrotu1> [dostęp: 30.05.2020].

429 Lubecka B., Lubecki M., Pudło R. „Dopalacze” – co wiemy o nowych substancjach psychoaktywnych? *Psychiatria* 2018; 15, 2: 99-109.

430 Jędrzejko M., Białas T. *Narkotyki i nowe substancje psychoaktywne*. Oficyna Wydawnicza ASPRA/Centrum Porfilaktyki Społecznej Oficyna Wydawnicza von Velke, Warszawa 2019, passim.

przekraczającej działanie morfiny; jest bardzo toksyczny i bardzo niebezpieczny. W Polsce był oferowany w ulicznym handlu na terenie Łodzi, pod postacią szarego proszku o wysokim stężeniu (czysta substancja). Może być także sprzedawany pod postacią tabletek, kapsułek, suszu do palenia, liquidu do e-papierosa oraz sprayu do nosowego⁴³¹.

Osoby uzależnione od narkotyków w Polsce mogą uzyskać profesjonalną pomoc w placówkach prowadzących detoksykację i rehabilitację stacjonarną długoterminową, a także w ramach ambulatoryjnych oddziaływań psychoterapeutycznych⁴³². Mogą również korzystać z programów leczenia substytucyjnego i różnych form farmakoterapii⁴³³.

Profilaktyka, terapia

Spółeczność terapeutyczna jest jedną z najbardziej popularnych form pracy terapeutycznej z osobami uzależnionymi od narkotyków, opartą na środowisku żyjącej wspólnie grupy osób o podobnych doświadczeniach, przy wsparciu kadry terapeutycznej i niezrządco „ozdrowieńców” (osób, które ukończyły terapię w ramach tej społeczności). Metoda ta skupia się na leczeniu całego człowieka, a nie tylko jego uzależnienia⁴³⁴.

Profilaktyką określamy wszelkie działania stosowane w celu zapobiegania chorobom, a także stosowanie różnych środków zapobiegawczych w celu niedopuszczenia do wypadków, uszkodzeń czy katastrof⁴³⁵. Wyodrębnia się poziomy: **profilaktyka uniwersalna**, **profilaktyka selektywna** (ukierunkowana na grupy zwiększonego ryzyka – sytuacja społeczna, rodzinna, środowiskowa), **profilaktyka wskazująca** – adresowana do osób lub grup, które mają wysoki indywidualny poziom ryzyka rozwoju problemów

431 Główny Inspektorat Sanitarny. *Ostrzeżenie publiczne – bardzo niebezpieczny narkotyk – etazen!*, <https://gis.gov.pl/aktualnosci/ostrezenie-publiczne-bardzo-niebezpieczny-narkotyk-etazen/> [dostęp: 15.07.2020]; Torchała K. *Ostrzeżenie: nowy niebezpieczny narkotyk w Polsce*, <https://www.medonet.pl/psyche/uzaleznienia,etazen-w-polsce--ostrzezenie-gis,artykul,50010530.html> [dostęp: 16.07.2020]; Motyka M. *Eskalacja zatruc „dopalaczami” – wskazywane przyczyny rozwoju zjawiska i możliwe sposoby przeciwdziałania*. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2015; 3 (96): 552-558.

432 Czabała J.Cz. *Psychologiczne metody w leczeniu uzależnień*. W: Jabłoński P., Bukowska B., Czabała J.Cz. (red.). *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*. Krajowe Biuro do spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2012: 171-172 (171-182).

433 Czabała J.Cz. *Psychologiczne metody w leczeniu uzależnień*. W: Jabłoński P., Bukowska B., Czabała J.Cz. (red.). *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*. Krajowe Biuro do spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2012: 171-172 (171-182).

434 Koczurowska J. *Spółeczność terapeutyczna w rehabilitacji uzależnień*. W: Jabłoński P., Bukowska B., Czabała J.Cz. (red.). *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*. Krajowe Biuro do spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2012: 183-184 (183-198).

435 Michalczyk Z. *Zażywanie substancji psychoaktywnych w okresie dorastania*. Mazowieckie Centrum Profilaktyki Społecznej, Warszawa 2018: 127.

i demonstrują wczesne symptomy tych problemów (alkoholowych lub narkotykowych) lub/i innych problemów psychicznych⁴³⁶.

Lista programów terapeutyczno-profilaktycznych znajduje się na stronie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii i jest sukcesywnie uzupełniana przez kolejne sprawdzone programy⁴³⁷.

Osoby uzależnione od narkotyków w Polsce mogą uzyskać profesjonalną pomoc w placówkach prowadzących detoksykację i rehabilitację stacjonarną długoterminową, a także w ramach ambulatoryjnych oddziaływań psychoterapeutycznych⁴³⁸. Mogą również korzystać z programów leczenia substytucyjnego i różnych form farmakoterapii⁴³⁹.

W

WHR – wskaźnik talia–biodro → Otyłość

Wskaźnik talia–biodro (WHR) → Otyłość

Wypalenie zawodowe – narastający problem XXI wieku

Wypalenie zawodowe (*burn out syndrome*) według obowiązującej jeszcze ICD-10 jest uznawane za syndrom zawodowy związany z bezrobociem i zatrudnieniem.

Rangę problemu zauważyła Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) i w maju 2020 r. wpisała ten zespół na listę oficjalnych jednostek chorobowych w nowej ICD-11, która będzie obowiązywała od stycznia 2022 r.

436 Macander D. *Profilaktyka uzależnień w szkole*. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2013: 6-7.

437 *Programy rekomendowane*, <https://programyrekomendowane.pl/strony/programy,264> [dostęp: 24.05.2020].

438 Czabała J.Cz. *Psychologiczne metody w leczeniu uzależnień*. W: Jabłoński P., Bukowska B., Czabała J.Cz. (red.). *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*. Krajowe Biuro do spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2012: 171-172 (171-182).

439 Czabała J.Cz. *Psychologiczne metody w leczeniu uzależnień*. W: Jabłoński P., Bukowska B., Czabała J.Cz. (red.). *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*. Krajowe Biuro do spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2012: 171-172 (171-182).

Objawy, przyczyny, czynniki ryzyka

Zgodnie z aktualnymi wytycznymi WHO wypalenie zawodowe można rozpoznawać wtedy, gdy pojawią się następujące objawy:

- wyczerpanie i brak energii,
- zwiększenie dystansu do pracy,
- negatywne odczucia,
- cynizm w stosunku do wykonywanej pracy,
- zmniejszenie wydajności w wykonywanym zawodzie⁴⁴⁰.

Przyczyny

Przyczyny wypalenia zawodowego autorzy dzielą na:

- *indywidualne* (narastające niezadowolenie własne wobec wygórowanych oczekiwań w stosunku do siebie, przerost ambicji);
- *interpersonalne* (stresujące kontakty i sytuacje, zła atmosfera w pracy, konflikty, rywalizacja, brak wzajemnego zaufania i wsparcia, zaburzone porozumiewanie się z innymi, agresja słowna, wreszcie mobbing);
- *organizacyjne* (złe warunki pracy, hałas, braki sprzętu i jego awarie, praca wieczorna, nocna, w weekendy, zbyt wysokie lub zbyt niskie wymagania pracodawcy, zbyt wiele kontrole i monitorowanie wyników pracownika, nadmierna liczba obowiązków, monotonna praca, zbyt szybkie tempo pracy, niebezpieczeństwa związane z wykonywaną pracą, zbyt niskie wynagrodzenie, niesprawiedliwość w podziale obowiązków i wynagradzania, niejasne kryteria nagradzania i kar, obciążające procedury, kwestionowanie kompetencji, blokowanie aktywności własnej, niepewność zatrudnienia).

Czynniki ryzyka

Zespół wypalenia zawodowego występuje częściej u osób, które przedtem:

- były idealistycznie nastawione do swojej pracy zawodowej,
- były pełne oczekiwań, nadziei i dobrych intencji,
- miały silną motywację do pracy,
- uważały, że głównym sensem życia są sukcesy w pracy,
- w mniejszym stopniu dbały o wartości, takie jak: dbałość o siebie, higieniczny tryb życia, rodzina, zainteresowania,
- były pracoholikami.

⁴⁴⁰ WHO uznała wypalenie zawodowe za stan chorobowy, <https://dzienniknaukowy.pl/zdrowie/who-uznala-wypalenie-zawodowe-za-stan-chorobowy> [dostęp: 25.06.2020].

Jednak u wielu pracowników, czasem nawet niestawiających sobie takich oczekiwań, po pewnym czasie praca przestaje dawać zadowolenie, występuje wiele zaburzeń sfery emocjonalnej, zmiana zachowań w pracy i w domu, a także pojawiają się objawy somatyczne (zaburzenia snu, problemy gastryczne, bóle głowy, nadciśnienie tętnicze, choroby układu krążenia, częste i długotrwałe infekcje) oraz psychiczne, takie jak depresja, myśli samobójcze, uzależnienia⁴⁴¹.

Wypalenie zawodowe nie jest uporządkowanym procesem przebiegającym jednakowo u wszystkich, fazy wypalenia mogą się pojawiać w różnej kolejności. Może pojawiać się też kilka objawów na raz, zdarza się też cofanie odczuć negatywnych. Często zauważają je koledzy w pracy czy współpracownicy, rzadziej mówią o tym źle traktowani pacjenci i dlatego nie należy lekceważyć ich uwag i próbować różnych działań, dostrzegając zagrożenie tej osoby zespołem wypalenia zawodowego⁴⁴².

W szerokim kontekście osoby wypalone zawodowo wpływają negatywnie na współpracowników, ale też na swoich podopiecznych, klientów czy pacjentów. Zwykle wypalenie zawodowe pracownika dotyka też w sposób pośredni pracodawcę⁴⁴³.

Proces wypalenia zawodowego zwykle jest długotrwały i może być niezauważalny. W osobie, której dotyka, narasta uczucie stałego obciążenia obowiązkami, zmęczenia, braku energii, co skutkuje rozpraszeniem się czy znudzeniem⁴⁴⁴.

Elementy (etapy) wypalenia zawodowego a sposób traktowania podopiecznych/pacjentów

Według Christiny Maslach można wyodrębnić trzy elementy zawodowego wypalenia się:

1. **Wyczerpanie emocjonalne** wyrażające się obniżeniem nastroju (wielokrotnie prowadzącym do depresji), niepokojem, zniechęceniem, rozczarowaniem, poczuciem bezradności i beznadziei, stałym zmęczeniem, uczuciem pustki i utraty sił (też fizycznych) oraz odczuwaniem różnych dolegliwości somatycznych. Jest efektem zbyt dużego zaangażowania emocjonalnego, szczególnie dłużej trwającego, czego wymaga wykonywanie danego zawodu, ale też przyczyną mogą być stawiane samemu sobie zadania nieproporcjonalne do możliwości.

441 Leiter M., Maslach C. *Prawda o wypaleniu zawodowym*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011.

442 Sęk H. (red.). *Wypalenie zawodowe: przyczyny i zapobieganie*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009.

443 Golonka K., Mojsa-Kaja J., Popiel K., Gawłowska M. *Neuronalne korelaty zmęczenia i wyczerpania: przegląd wyników badań z zastosowaniem technik neuroobrazowania*. W: Złowodzki M., Juliszewski T., Ogińska H., Taczalska A. (red.). *Ergonomia wobec wyzwań nowych technik i technologii*. Wydawnictwo PK, Kraków 2016: 219-242.

444 Łosiak W. *Psychologia stresu*. Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2008.

2. Wypalenie emocjonalne prowadzi do **depersonalizacji** (tj. „odgrodzenia od innych” – tworzenia obronnego własnego buforu, który jest wynikiem zwykle nie-uświadomionej próby ratowania się):
 - dochodzi do izolowania się, ostrożności, nieufności, obniżenia wrażliwości wobec innych, bezduszości, cynicznego traktowania innych. Oznacza to w praktyce obojętny lub wrogi stosunek do podopiecznego;
 - traktowanie pacjenta jako przedmiot;
 - nie zwracanie uwagi na to, że jest człowiekiem (np. myślenie i mówienie o pacjencie w kategoriach „przypadku” czysto medycznego);
 - używanie profesjonalnego, wielokrotnie niezrozumiałego dla danego człowieka-pacjenta języka (aż do żargonu, czyli określeń skrótowych lub innych, znanych wyłącznie osobom określonej profesji);
 - używanie określeń poniżających (np. „ci chorzy zachowują się jak bydło”);
 - unikanie kontaktu fizycznego, a nawet wzrokowego z pacjentem czy innym podopiecznym.
3. **Obniżenie oceny lub utrata wiary we własne możliwości:**
 - poczucie marnowanego czasu i odczuwanie nasilonego wysiłku przy wykonywaniu dotychczasowej pracy;
 - niska samoocena.

Towarzyszy temu uczucie, że się jest:

- niedocenianym,
- przegrany w życiu,
- bezradnym wobec problemów, które powinno się rozwiązywać.

Jednocześnie pojawia się przekonanie, a po czasie pewność, że wszelkie próby pomocy innym (także swoim pacjentom) nie mają sensu, ponieważ i tak będą bezskuteczne. Jakikolwiek niepowodzenia nasilają wszystkie odczuwane problemy i zachowania.

Zespół wypalenia zawodowego powoduje także wycofanie się z aktywności w życiu prywatnym, zmianę stylu życia (np. nieustanne oglądanie telewizora zamiast aktywności ruchowej itd.), objadanie się, nikotynizm, nadużywanie alkoholu i substancji psychoaktywnych⁴⁴⁵.

Jorg Fengler wyróżnia następujące stopnie wypalenia zawodowego⁴⁴⁶: • wstępnie – grzeczność i idealizm; • przepracowanie; • zmieniająca się uprzejmość; • widoczny wysiłek, by być grzecznym i solidnym; • brak sukcesów; • bezradność; • utrata nadziei; • skrajne przemęczenie; • niechęć do ludzi; • apatia; • złość; • wypalenie.

445 Wojtczak D. *Stres i wypalenie zawodowe w pracy pielęgniarek*. Pr. Soc. 2007; 4: 33-55.

446 Fengler J. *Pomaganie mężczyznom, wypalenie w pracy zawodowej*. GWP, Gdańsk 2001.

Zapobieganie i terapia

Do najważniejszych warunków prowadzenia prozdrowotnego stylu życia, zwalczania stresu, a nawet leczenia zespołu wypalenia zawodowego należą pozytywne emocje:

- radość,
- zadowolenie,
- dumą,
- poczucie humoru⁴⁴⁷.

1. Człowiek, który pielęgnuje w sobie wspomniane cechy, zmienia nastawienie do życia, staje się bardziej elastyczny i twórczy, gdyż poszerza swoje możliwości poznawcze.

2. Człowiek, który ulega pozytywnym emocjom, łatwiej mobilizuje innych (np. tworzy sieci wsparcia) i sam się staje ich adresem.

3. Pozytywne emocje mają zdolność odwracania wszystkich skutków emocji negatywnych, w tym fizjologicznych.

Terapia zespołu wypalenia zawodowego polega m.in. na wskazywaniu znaczenia, podkreślaniu i pobudzaniu pozytywnych emocji w człowieku.

Wypalenie zawodowe to problem nie tylko pracownika, ale też pracodawcy. Stąd podejmowane są próby przeciwdziałania – szczególnie w dużych korporacjach – takie jak wyjazdy integracyjne. Służą temu też szkolenia, warsztaty, w czasie których są analizowane możliwe przyczyny wypalenia zawodowego pracowników.

Wyniki zapobiegania wypaleniu zawodowemu zależą w znacznej mierze od stanu zdrowia i dobrych emocji każdej osoby. Zalecane są:

- zdrowy styl życia (aktywność fizyczna, prozdrowotny sposób odżywiania),
- wypoczynek,
- zachowanie równowagi pomiędzy pracą a życiem rodzinnym,
- regularne wysypianie się w stałej porze,
- pozazawodowe hobby,
- równocześnie skuteczne jest podnoszenie swoich kwalifikacji⁴⁴⁸.

⁴⁴⁷ Fredrickson B.L. *The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions*. American Psychologist 2001; 56 (3): 218-226, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3122271/> [dostęp: 18.11.2020].

⁴⁴⁸ Dawidziuk K., Wojciechowska M., Lishchynskyy Y. i wsp. *Istota wypalenia zawodowego*. Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue 2011; (1): 23-25.

Zaburzenia snu i czuwania

Zaburzenia snu i czuwania w nowej ICD-11 mają znaleźć się w jednym miejscu, gdyż do tej pory były rozproszone w różnych kategoriach⁴⁴⁹. W społeczeństwach krajów rozwiniętych te zaburzenia należą do najczęstszych problemów zdrowotnych⁴⁵⁰.

Według informacji zebranych od polskich lekarzy POZ, u prawie 50% pacjentów zdarzają się krótkotrwałe okresy zaburzeń snu, a problemy te – utrzymujące się długo – podawane są przez około 20% pacjentów⁴⁵¹.

Funkcje snu, zaburzenia, przyczyny

Sen należy do podstawowych czynności fizjologicznych nie tylko człowieka, ale wszystkich istot żywych. W tym czasie organizm odpoczywa, regeneruje siły, przywraca energię do podjęcia aktywności w dzień, normalizuje nastrój, aktywizuje szybkość reagowania na różne sytuacje, porządkuje i poprawia pamięć. Podczas wypoczynku uwalniane są hormony anaboliczne, które pobudzają odnowę tkanek. Jest to szczególnie ważne w okresie dojrzewania – zdrowy, dobry sen ma szczególnie istotne znaczenie u dzieci i młodzieży, gdyż sprzyja prawidłowemu rozwojowi fizycznemu i psychicznemu. Zaburzenia snu, a nawet jedna noc bezsenności, mogą zakłócać zdolność koncentracji i pamięci, upośledzać układ immunologiczny.

Brak snu prowadzi m.in. do zaburzeń równowagi hormonalnej, które powodują zwiększenie apetytu na wysokokaloryczne pokarmy, prowadząc do otyłości. Przyczyny zaburzeń snu mogą mieć różne podłoże – często psychogenne związane z uporczywymi myślami o problemach w szkole czy pracy, rzadziej somatyczne.

Zaburzenia snu mają zwykle swoją przyczynę w nieradzeniu sobie ze stresem (wypadki, pogorszenie wyników w szkole i w pracy, obniżenie jakości życia związane z nagłą utratą etc.), ale także mogą wiązać się z nieprawidłowym stylem życia.

Powszechne przekonanie w społeczeństwie, że można „zarywać nocę”, by odrobić je w weekendy, jest przyczyną zaburzenia rytmu dobowego snu, które skutkuje późniejszą bezsennością i gorszą jakością snu wraz z następstwami zdrowotnymi.

449 Gaebel W., Zielasek J., Reed G.M. *Zaburzenia psychiczne i behawioralne w ICD-11: koncepcje, metodologie oraz obecny status*. Psychiatr. Pol. 2017; http://psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_2_2017/169Gaebel_PsychiatrPol2017v51i2.pdf [dostęp: 18.11.2020]

450 Wichniak A. *Fizjologia snu*, <https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/bezsennosc/70378,fizjologia-snu> [dostęp: 10.08.2020].

451 Szelenberger W. *Zaburzenia snu*. W: Bilikiewicz A. (red.). *Psychiatria: podręcznik dla studentów medycyny*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006: 389-401.

Zaburzenia snu u dzieci mogą być wyrazem doświadczanej przemocy seksualnej, o czym dziecko nie powie, nie poskarży się. I zawsze w takich przypadkach należy brać pod uwagę możliwe zagrożenie⁴⁵².

Czynniki genetyczne

Zidentyfikowano siedem genów predysponujących do bezsenności, jednak nie są one związane bezpośrednio z tym zaburzeniem⁴⁵³. W 2020 r. opublikowano pracę, na podstawie której ustalono związek pomiędzy bezsennością a używaniem alkoholu, nikotyny oraz opioidów przy udziale specyficznych genów⁴⁵⁴.

Pierwotne zaburzenia snu to mniej niż 20% wszystkich przypadków bezsenności. Zaburzenia snu (pierwotne) rozpoznaje się wtedy, gdy nie są spowodowane chorobą organiczną mózgu czy chorobą psychiczną oraz używaniem substancji psychoaktywnych lub stosowaniem leków.

Poza bezsennością występują także inne zaburzenia snu. Do nich należy **nadmierna senność w ciągu dnia** – 12% populacji odczuwa problem przez kilka dni w tygodniu, a 7% codziennie.

Do zaburzeń snu zaliczane są także: zespół niespokojnych nóg, zaburzenia rytmu okołodobowego i zespół obturacyjny bezdechu sennego. W takich przypadkach także ważne jest zwrócenie uwagi na inne objawy dotyczące sfery psychicznej, zachowania behawioralne, ogólny stan zdrowia, przyjmowane leki, w tym substancje psychoaktywne.

Przewlekła bezsenność jest spowodowana najczęściej przez:

1. choroby psychiczne – stanowią one 50% przypadków bezsenności;
2. uzależnienia – od alkoholu i paradoksalnie od leków nasennych – to 10-20% przyczyn bezsenności;
3. kolejne 10-30% to choroby somatyczne, zwłaszcza przebiegające z bólem lub ograniczeniem aktywności fizycznej.

452 Jarząbek-Bielecka G. *Seksuologia a etyka seksualna i problem dzieci wykorzystywanych seksualnie*. Wydaw. Nauk. Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego, Poznań 2009.

453 Jarząbek-Bielecka G., Andrzejak K., Słopień R. i wsp. *Zaburzenia snu z uwzględnieniem uwarunkowań genetycznych oraz aspektów seksuologicznych i ginekologicznych*. *Borgis – Medycyna Rodzinna* 2018; 2: 164-166. Doi: 10.25121/MR.2018.21.2.164; Jarząbek-Bielecka G., Andrzejak K., Słopień R. i wsp. *Zaburzenia snu z uwzględnieniem uwarunkowań genetycznych oraz aspektów seksuologicznych i ginekologicznych*. *Borgis – Medycyna Rodzinna* 2018; 2: 164-166. Doi: 10.25121/MR.2018.21.2.164. <http://www.czytelniamedyczna.pl/6393,zaburzenia-snu-z-uwzględnieniem-uwarunkowan-genetycznych-oraz-aspektow-seksuolog.html> [dostęp: 19.11.2020].

454 Song W., Torous J., Kossowsky J. i wsp. *Genome-wide association analysis of insomnia using data from Partners Biobank*, *Sci. Rep.* 2020 Apr 24; 10 (1): 6928. Doi: 10.1038/s41598-020-63792-0. PMID: 32332799. PMCID: PMC7181749. Doi: 10.1038/s41598-020-63792-0, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32332799/> [dostęp: 19.11.2020]; Kawalec A., Pawlas K. *Czynniki środowiskowe wpływające na sen oraz zachowywanie higieny snu*. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2013; 94 (1): 1-5, <http://www.phie.pl/pdf/phe-2013/phe-2013-1-001.pdf> [dostęp: 19.11.2020].

U osób z przewlekłą bezsennością można stwierdzać wiele nieprawidłowości w badaniach neurofizjologicznych, neuroradiologicznych i hormonalnych określanych często wspólnym terminem „nadmierne pobudzenie fizjologiczne” (*hyperarousal*).

W zaburzeniach utrzymania snu (także zbyt wczesne budzenie się) związanych z chorobami psychicznymi i somatycznymi stosuje się treningi behawioralne polegające na zwiększeniu aktywności fizycznej w ciągu dnia i skracaniu czasu przebywania w łóżku. Wiele osób z bezsennością ma zarówno trudności z zasypianiem, jak i z utrzymaniem snu⁴⁵⁵.

Za wystarczającą normę długości snu uważa się czas, po którym pozostaje uczucie wyspania, czyli dobre samopoczucie psychiczne i fizyczne w ciągu dnia.

W czasie rozmowy z pacjentem warto zwrócić uwagę na:

1. skargi pacjentów na bezsenność, choć po dokładnej analizie śpią oni np. 5 godzin na dobę, co pozornie wydaje się wystarczające. Tych skarg nie można lekceważyć, gdyż skutki zdrowotne zbyt krótkiego okresu snu ujawniają się zwykle po kilku miesiącach lub nawet latach.
2. Osoby starsze, które często uskarżają się na zaburzenia snu, mają fizjologicznie przyspieszoną fazę snu, tzn. kładą się spać wcześniej – często już przed godz. 22.00, a budzą się o 4.00-5.00 rano. W tej sytuacji ich skargi na poranne wybudzenie nie są wystarczające do rozpoznawania bezsenności.
3. Osoby pracujące fizycznie zwykle śpią dłużej niż aktywne jedynie umysłowo.
4. Na długość snu mają wpływ czynniki genetyczne, ale przede wszystkim tryb życia.

Proste porady przy zaburzeniach snu

Sen przychodzi wtedy, gdy spełnione są trzy warunki:

1. pojawia się biologiczne zapotrzebowanie na sen,
2. rytm okołodobowy wskazuje, że dana pora jest dla snu właściwa,
3. osoba udająca się do snu jest zrelaksowana⁴⁵⁶.

Porady

1. Intensywne ćwiczenia warto zaplanować nie bezpośrednio przed zwyczajową porą snu, ale 4-5 godzin przed zaśnięciem.

⁴⁵⁵ Wichniak A. *Problemy z bezsennością*, <https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/bezsenno-sc/135987,problemy-z-bezsenno-scia-czesc-1-z-2> [dostęp: 15.03.2020]; Wichniak A. *Pacjent z bezsennością*. Med. Prakt. 2015; 9: 94-105.

⁴⁵⁶ Wichniak A., Jankowski K.S., Skalski M. i wsp. *Standardy leczenia zaburzeń rytmu okołodobowego snu i czuwania*. Polskie Towarzystwo Badań nad Snem i Sekcją Psychiatrii Biologicznej Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, 2017. http://psychiatriapolska.pl/uploads/onlinefirst/Wichniak_PsychiatrPolOnlineFirstNr61.pdf [dostęp: 19.11.2020].

2. Około godzinę przed snem wskazany jest, szczególnie osobom starszym, umiarkowany wysiłek fizyczny, np. spacer.
3. Warto kłaść się do łóżka o stałej porze, nie zmuszać się do tego, by zasypiać wcześniej, np. odrobić niedobór snu lub wyspać się „na zapas”.
4. W łóżku przed spaniem nie powinno się wykonywać żadnych czynności związanych z pracą czy szkołą, ale także jeść czy oglądać TV lub rozmawiać przez telefon.
5. Jeśli nie można zasnąć i pojawia się zdenerwowanie, lepiej wyjść z łóżka. Każda minuta spędzona w łóżku w nocy na leżeniu i czuwaniu dłuży się podwójnie, a po 2 godzinach oczekiwania w łóżku na zaśnięcie pojawia się uczucie, jakby się nie spało 4 godziny.
6. Długie leżenie w łóżku w oczekiwaniu na sen jest często bardziej odpowiedzialne za odczuwane następnego dnia zmęczenie niż rzeczywisty brak snu⁴⁵⁷.

W przypadku znacznych problemów ze snem, niepoprawiających się po zastosowaniu prostych metod, warto skorzystać z porady Poradni Zaburzeń Snu. W **postępowaniu diagnostycznym** wykorzystuje się kolejno różne kwestionariusze, jak np. wstępnie Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta PHQ-2 (w przypadkach wątpliwych PHQ-9), uzupełniając w miarę potrzeb weryfikację Inwentarzem Depresji Becka (BDI) i Szpitalną Skalą Łęku i Depresji (HADS). A następnie używane są kwestionariusze dotyczące jakości snu i przestrzegania zasad higieny snu w codziennym życiu, m.in. także standaryzowane, jak Kwestionariusz Jakości Snu Pittsburgh (PSQI)⁴⁵⁸, Ateńska Skala Bezsenności (AIS)⁴⁵⁹, Kwestionariusz Chronotypu „Skowronek-Sowa” (MEQ-SA)⁴⁶⁰.

Dla oceny nasilenia bezsenności czasami są stosowane skale kliniczne. Ważnym elementem diagnostyki i monitorowania leczenia (*cognitive-behavioral therapy* – CBT) jest prowadzenie **dziennika snu**. Pacjent podaje w nim godzinę, o której się kładzie do snu, kiedy wstaje rano, jak odczuwa jakość snu i czas jego trwania, a czasami podawana jest długość wysiłku fizycznego w ciągu dnia⁴⁶¹.

O **właściwym przygotowaniu się do snu** piszą m.in. Adam Wichniak, Konrad S. Jankowski, Michał Skalski i wsp.: *Standardy leczenia zaburzeń rytmu okołodobowego*

⁴⁵⁷ 10 zasad zdrowego stylu życia, <https://zdrowie.pap.pl/10-zasad-zdrowego-stylu-zycia> [dostęp: 24.06.2020].

⁴⁵⁸ Kwestionariusz jakości snu Pittsburgh (PSQI), <http://www.sen-institut.pl/SkaleKwestionariusze/KwestionariuszJakosciSnuPittsburgh.pdf> [dostęp: 26.07.2020].

⁴⁵⁹ Ośrodek Medycyny Snu Instytutu Psychiatrii i Neurologii. *Skale, kwestionariusze i dzienniczki snu stosowane w diagnostyce zaburzeń snu*, <http://www.sen-institut.pl/multimedia/skale.html> [dostęp: 26.07.2020].

⁴⁶⁰ Kwestionariusz „skowronek – sowa” (chronotypu) (MORNINGNESS-EVENINGNESS QUESTIONNAIRE) Wersja samooceny (MEQ-SA), <https://cet.org/wp-content/uploads/2018/01/MEQ-SA-POL1.pdf> [dostęp: 26.07.2020].

⁴⁶¹ *Dziennik snu*, <http://www.sen-institut.pl/SkaleKwestionariusze/DziennikSnuDokladny.pdf> [dostęp: 5.04.2020]; Ośrodek Medycyny Snu Instytutu Psychiatrii i Neurologii, <http://www.sen-institut.pl/multimedia/skale.html> [dostęp: 5.04.2020].

snu i czuwania opracowane przez Polskie Towarzystwo Badań nad Snem i Sekcję Psychiatrii Biologicznej Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

Pożądaną długość snu w różnym wieku podaje się np. na stronach Amerykańskiej Akademii Medycyny Snu (*American Academy of Sleep Medicine – AASM*)⁴⁶² i Amerykańskiej Fundacji Snu. Zalecana długość snu dla osób dorosłych to co najmniej siedem godzin. AASM prowadzi m.in. edukację snu oraz przesyła najnowsze wiadomości dotyczące zaburzeń snu poprzez e-mail⁴⁶³.

W Polsce aktywnie działa Polskie Towarzystwo Badań nad Snem, które jest akredytowanym członkiem *European Sleep Research Society (ESRS)* i *World Sleep Society*. Na stronie podawane są wszystkie nowe odkrycia dotyczące snu, porady, zawiadomienia o kongresach etc.⁴⁶⁴

Zaburzenia żywienia i odżywiania

W nowej edycji ICD-11, która już jest przygotowana, ale wejdzie w życie w styczniu 2022 r., nieco zmieniono wymagania diagnostyczne dla jadłowstrętu psychicznego i bulimii – usunięto kryterium braku miesiączki oraz złagodzono kryterium niedowagi (obecnie w obowiązującym jeszcze ICD-10 niedowaga to BMI < 17,5, w kolejnej – ICD-11 < 18,5).

Kryterium „Lęk przed przybraniem na wadze” zostało poszerzone i w proponowanej znowelizowanej klasyfikacji ICD-11 zawiera skupienie się na masie ciała lub jego kształcie, żywieniu i odżywianiu oraz trwałe zachowania mające na celu zmniejszenie masy ciała i zwiększenie wydatku energetycznego.

Wprowadzono również czterotygodniowe kryterium minimalnego czasu trwania zaburzenia. Pojawiły się ponadto nowe kategorie zaburzeń z napadami objadania się i zaburzeń odżywiania polegające na unikaniu lub ograniczaniu przyjmowania pokarmów. Oczekuje się, że zmiany te zmniejszą częstotliwość diagnozowania nieokreślonych zaburzeń odżywiania, które są dość powszechne. Ma to także w dużej mierze zapobiec używanej zgodnie z ICD-10 kategorii: „nietypowy” jadłowstręt psychiczny i „nietypowa” bulimia, które w nowelizacji ICD-11 zostały pominięte.

462 Qaseem A., Kansagara D., Forcica M.A., Cooke M., Denberg T.D. *Management of chronic insomnia disorder in adults: a clinical practice guideline from the American College of Physicians*. Ann. Intern. Med. 2016; 165 (2): 125-133.

463 AASM. *Sleep Health & Wellness Blog*, <http://sleepeducation.org/> [dostęp: 5.04.2020]; <https://www.sleepfoundation.org/> [dostęp: 10.08.2020].

464 Polskie Towarzystwo Badań nad Snem, <http://www.medycynasnau.pl/> [dostęp: 10.08.2020].

Niespecyficzna kategoria ICD-10 zaburzeń odżywiania u niemowląt lub we wczesnym dzieciństwie została zastąpiona przez bardziej konkretne kategorie, które mogą być również diagnozowane u starszych dzieci, a także u młodzieży i dorosłych⁴⁶⁵.

Zaburzenia żywienia i odżywiania zaproponowane w ICD-11 obejmą siedem kategorii, takich jak:

1. jadłowstręt psychiczny,
2. bulimia,
3. zaburzenie z napadami objadania się,
4. zaburzenia odżywiania polegające na unikaniu lub ograniczaniu przyjmowania pokarmów,
5. pica (spożywanie produktów niejadalnych jak np. lód, glina, gleba, papier oraz ich żucie),
6. zaburzenie ulewania i przeżuwania pokarmu,
7. zespół wymiotów cyklicznych.

Do grupy zaburzeń odżywiania, choć niewymienionej w ICD, większość badaczy włącza jeszcze dwa zaburzenia: ortoreksję – zjawisko coraz częściej obserwowane we współczesnym świecie, pregoreksję i drunkoreksję (alkoreksję), gdyż wiadomo, że 30-50% osób z bulimią i 12-18% z anoreksją jest uzależnionych od alkoholu lub go nadużywa.

Ortoreksja

Ortoreksja (*orthorexia nervosa*; *ortho* – ‘prawidłowy’; *orexis* – ‘apetyt’) – patologiczna obsesja na punkcie spożywania zdrowej żywności⁴⁶⁶.

Moroze i wsp. opublikowali w 2015 r. nowe kryteria diagnostyczne ortoreksji:

A – nadmierna koncentracja na zdrowym odżywianiu skupiająca się na jakości i składzie posiłków;

B – nadmierna koncentracja na zdrowym żywieniu powodująca zaburzenia zdrowotne lub dysstres w zakresie funkcjonowania społecznego, zawodowego, szkolnego;

C – zjawisko nie wynika z innych chorób, takich jak: zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, schizofrenia lub inna choroba psychiczna;

465 Gaebel W., Zielasek J., Reed J.M. *Zaburzenia psychiczne i behawioralne w ICD-11: koncepcje, metodologie oraz obecny status*. Psychiatr. Pol. 2017; http://psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_2_2017/169Gaebel_PsychiatrPol2017v51i2.pdf [dostęp: 19.11.2020].

466 Janas-Kozik M., Zejda J., Stochel M. i wsp. *Ortoreksja*. Psychiatr. Pol. 2012; 46 (3): 441-450. PMID: 23045897.

D – zachowanie nie wynika z przekonań religijnych, specjalnych wymagań żywieniowych, alergii pokarmowej lub innej choroby wymagającej specjalnej diety⁴⁶⁷.

Ryzyko ortoreksji w Polsce wśród uczącej się młodzieży i studentów do 30. roku życia zauważono u 27% badanych (publikacja z 2018 r.), nie było zależne od danych rodzinnych, społecznych ani demograficznych, nie wykazano związków z innymi zaburzeniami odżywiania, choć ortoreksja wpisywała się w spektrum zaburzeń odżywiania (ocena na podstawie testu EAT-26), nie rozpoznawano zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych (OCD) ani depresji.

Ostateczna kwalifikacja zaburzenia jeszcze nie została dokonana.

Osoby z ortoreksją nie skupiają się na ilości pożywienia, lecz na jakości spożywanych posiłków; nie dąży się do osiągnięcia atrakcyjności fizycznej, jak w pozostałych zaburzeniach odżywiania, jako cel główny stawia się zdrowie⁴⁶⁸.

Objawy:

1. Osoby dotknięte ortoreksją unikają spożywania określonych pokarmów, czasami również określonych sposobów obróbki żywności (np. gotowania, smażenia), ponieważ uważają, że są one szkodliwe dla zdrowia.
2. Codzienna aktywność osoby cierpiącej na ortoreksję zostaje zdominowana przez czasochłonne planowanie, kupowanie oraz przygotowywanie posiłków.
3. Odstępstwo od ustalonych zasad dietetycznych skutkuje pojawieniem się poczucia winy oraz lęku.
4. W skrajnych wypadkach ortoreksja prowadzi do zaburzeń funkcjonowania w społeczeństwie, niedożywienia, a także zaburzeń odżywiania w typie anoreksji.
5. Zdarza się, że osoba cierpiąca na ortoreksję może mieć niedobory minerałów i witamin. Mogą się wtedy pojawić takie objawy, jak: zawroty głowy, problemy z pamięcią i koncentracją, bóle brzucha, zmienne nastroje, skłonność do depresji, a nawet myśli samobójczych. Ponadto może występować anemia, a u kobiet zaburzenia miesiączkowania.

Wobec współczesnego trendu dążenia do zdrowia poprzez odpowiedni styl żywienia coraz częściej prowadzącego do ortoreksji warto poznać kilka prostych pytań z testu

467 Moroze R.M., Dunn T.M., Craig Holland J., Yager J., Weintraub P. *Microthinking about micro-nutrients: A case of transition from obsessions about healthy eating to near-fatal 'orthorexia nervosa' and proposed diagnostic criteria*. Psychosomatics 2015; 56 (4): 397-403.

468 Kaye W. *Neurobiology of Anorexia and Bulimia Nervosa* Purdue Ingestive Behavior Research Center Symposium *Influences on Eating and Body Weight over the Lifespan: Children and Adolescents*. Physiol. Behav. 2008; 94 (1): 121-135; Shah S. *Orthorexia nervosa Healthy Eating or eating disorder*. 2012, Masters Theses. Paper 991; Łucka I., Janikowska-Holoweńko D., Domarecki P. i wsp. *Ortoreksja – oddzielna jednostka chorobowa, spektrum zaburzeń odżywiania czy wariant zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych?* Psychiatr. Pol. on-line first; 97: 1-12. Published ahead of print 30 April 2018, <http://www.psychiatriapolska.pl/online-first-nr97.html> [dostęp: 18.11.2020].

na ortoreksję, gdyż zauważenie problemu u siebie lub osoby bliskiej może zapobiec skutkom opisanym przez Bratmana.

Kilka podstawowych pytań z testu na ortoreksję:

1. Czy uważasz siebie za perfekcjonistę mającego wszystko zawsze pod kontrolą?
2. Czy masz wrażenie, że od momentu wprowadzenia zdrowej diety jakość twojego życia wzrosła?
3. Czy żal ci ludzi, którzy cały czas jedzą niezdrowo?
4. Czy masz wyrzuty sumienia, kiedy sam sięgniesz po coś kalorycznego?
5. Czy z powodu diety unikasz spotkań z rodziną bądź znajomymi?
6. Czy nie wychodzisz na imprezę z powodu typowego dla niej menu?
7. Czy odczuwasz przyjemność, kiedy zjesz śniadanie, obiad oraz kolację samotnie?
8. Czy odnosisz wrażenie, że na jedzenie musisz przeznaczać więcej czasu, niż byś chciał?
9. Czy masz trudności ze zjedzeniem czegoś, co przygotował ktoś inny i odbyło się to poza jego kontrolą?

Piętnaście dokładniejszych pytań (ankietę ORTO 15) można znaleźć pod adresem podanym w odpowiedniej pozycji piśmiennictwa⁴⁶⁹. Jeżeli odpowiedź na większość z tych zagadnień jest twierdząca, należy zwrócić się o pomoc do **lekarza specjalisty**.

Inne kwestie, które znajdziemy w pełnej wersji testu na **ortoreksję**, to: rozmyślanie o tym, co jutro zjemy; gromadzenie książek o dietach oraz różnych kalorycznych tabeli; rzetelne, przesadzone, codzienne przeliczanie wszystkich przyjętych kalorii, a także regularne odwiedzanie sklepów z ekologiczną żywnością i robienie w nich dużych zakupów⁴⁷⁰.

Anoreksja i bulimia

Anorexia nervosa (z greckiego: *an* – ‘pozbawienie’, *oreksis* – ‘apetyt’). Określenie częstości występowania anoreksji i bulimii jest utrudnione m.in. z powodu tego, że pacjenci, nie zdając sobie sprawy ze znaczenia choroby, unikają profesjonalnej opieki⁴⁷¹.

Spośród wszystkich zaburzeń psychicznych anoreksja ma najwyższy wskaźnik śmiertelności⁴⁷².

469 <https://psychiatra.bydgoszcz.eu/publikacje-dla-pacjenta/testy/ortoreksja-test/> [dostęp: 19.11.2020]

470 Medonet. *Ortoreksja*, <https://www.medonet.pl/zdrowie,ortoreksja---objawy--test-na-ortoreksje--leczenie,artykul,1729262.html> [dostęp: 3.06.2020].

471 WHO. *Prevention of Mental Disorders: effective interventions and policy options*, https://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf [dostęp: 4.04.2020].

472 Smink F.R.E., Hoeken von D., Hoek W.H. *Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates*. *Curr. Psychiatry Rep.* 2012; 14 (4): 406-414.

Na tę chorobę zapadają głównie kobiety, najczęściej przed 25. rokiem życia, ale coraz częściej rozpoznaje się ją u mężczyzn, a nawet u dzieci. Największe ryzyko zachorowalności to wiek dojrzewania (14.-18. rok życia). Badania Stice i wsp. wskazują, że zaburzenia te dotyczą 13% dziewcząt przed ukończeniem 20. roku życia⁴⁷³.

Należy podkreślić, że nie wszystkie osoby, które się odchudzają, cierpią na anoreksję.

Objawy anoreksji to:

1. silny lęk przed przyrostem masy ciała – przy niedoborze masy ciała,
2. zaburzenia w postrzeganiu własnego ciała (kształtu, rozmiarów),
3. bagatelizowanie swojej niskiej masy ciała,
4. uznawanie masy czy kształtu własnego ciała za podstawowe kryterium samooceny,
5. brak miesiączek u dziewcząt już miesiączkujących (co najmniej przez 3 kolejne cykle) lub ich występowanie jedynie po podaniu leków hormonalnych.

W anoreksji dalsza celowa utrata masy ciała następuje nawet wtedy, gdy wskaźnik BMI jest już niższy niż 17,5. Własne, negatywne odczucia mają większe znaczenie niż świadomość, że masa ciała jest za niska lub gdy pojawiają się zaburzenia hormonalne (zanik miesiączki u kobiet czy zaburzenia potencji u mężczyzn). Przy tak niskiej masie ciała kobiety nadal czują się za grube, chociaż zdają sobie sprawę, że ich masa ciała jest za niska.

Osoby z anoreksją stosują różne szkodliwe metody:

1. unikają jedzenia,
2. intensywnie ćwiczą,
3. stosują leki moczopędne i przeczyszczające,
4. prowokują wymioty.

Według Amerykańskiej Klasyfikacji Chorób (DSM-4) wyróżnia się dwa typy anoreksji: 1) ograniczający i 2) objadająco-przeczyszczający (tzw. bulimia, bardziej wyniszczająca dla organizmu)⁴⁷⁴.

Przyczyny anoreksji nie są dokładnie rozpoznane. Rozważa się czynniki genetyczne, ale też nieprawidłowe funkcjonowanie neuroprzekazników czy zaburzenia hormonalne. Wskazuje się też, że predyspozycje do anoreksji stanowią pewne cechy osobowości, m.in.: perfekcjonizm, niska samoocena, wysokie aspiracje, wytrwałość, ale też tłumiona agresja. Mówi się też o wpływie rodziny – atmosfera domowa, relacje pomiędzy osobami w rodzinie.

⁴⁷³ Stice E., Marti C.N., Rohde P. *Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women*. J. Abnorm. Psychol. 2013; 122 (2): 445-457.

⁴⁷⁴ Józefik B. *Anoreksja i bulimia psychiczna*. Collegium Medicum UJ, Kraków 1996.

Niezależnie od wspomnianych wyżej kwestii niewątpliwie znaczenie ma również wiele czynników kulturowo-społecznych, np. promowanie chudości ciała⁴⁷⁵.

Angielscy badacze ostrzegali, że zabawa lalkami Barbie może negatywnie wpływać na ocenę własnego ciała paroletnich dziewczynek i prowadzić do zaburzeń odżywiania od wieku pokwitania. Zaobserwowano też nasilające się zachorowania na anoreksję i bulimię⁴⁷⁶.

Promowanie chudości ciała trwające przez wiele lat w mass mediach, ale też na profilach społecznościowych, niezależnie od innych czynników, ma niewątpliwie znaczenie w rozwoju zaburzeń odżywiania⁴⁷⁷.

W grupie zwiększonego ryzyka znajdują się ludzie wykonujący zawody wymagające utrzymania odpowiedniej masy ciała, jak np. sportowcy czy tancerze.

Pomóc chorym na anoreksję i bulimię nie jest łatwo. Niezbędne jest działanie profesjonalistów (psychologów i wielu innych specjalistów – od spraw żywienia, endokrynologów, psychiatrów), ale też rodzin. Ale jak przekonać osobę chorą do terapii? Ten najtrudniejszy problem nadal jest otwarty⁴⁷⁸.

Osoba bliska musi poznać i zrozumieć problemy chorego i nigdy nie powinna podejmować działań np. dotyczących ustalania terminu wizyty u psychologa bez jego zgody. Do tego potrzebna jest rozmowa – zawsze ważny jest wybór czasu i miejsca – np. nie powinna się odbywać w czasie posiłków, gdyż to dla osoby chorej najbardziej stresujący moment w ciągu dnia. Pierwsza rozmowa nie powinna być wydawaniem sądów ani stawianiem wymagań. Rozpoczynając rozmowę, należy opanować emocje (gdyż to wzbudza u chorego poczucie winy), starannie dobierać słowa, by nie naruszać prywatności. Powiedzenie „jesteś coraz chudsza” wywołuje odwrotny efekt – bo to jest przecież główna idea – cel anorektyczki. Raczej warto mówić o tym, co samemu się czuje, bez obwiniania osoby chorej. Czasem pomocne jest zdanie, które podkreśla, że rozmówcy zależy na chorej (chorym) i że się może do niego zwrócić o pomoc i na niego liczyć, np.: „Słyszę, co mówisz i mam nadzieję, że masz rację, że to nie jest twój problem. Nadal jestem jednak bardzo zaniepokojony tym, co widziałem i nie mam zamiaru tego tak zostawić”. Jeśli osoba chora zaprzecza problemowi lub wyraża przekonanie, że sama sobie da radę – trzeba to akceptować, ale próbować dalej. Po kilku nieudanych próbach warto zrobić przerwę. Ponieważ osoba chora ma zaburzony ośrodek kontroli i nie ma

475 Rajewski A. *Zaburzenia odżywiania*. W: Namysłowska I. (red). *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.

476 Suszyńska K., Sobolewska E., Kulik T., Pacian A. *Problemy medyczne, pedagogiczne i społeczne funkcjonowania osób z zaburzeniami odżywiania*. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2014; 20 (3): 235-240; *I'm a Barbie Girl. Zabawka, która prowadzi do zaburzeń odżywiania?*, <http://www.psychologia-spoeczna.pl/aktualnosci/1252-barbie.html> [dostęp: 18.05.2020].

477 Rajewski A. *Zaburzenia odżywiania*. W: Namysłowska I. (red). *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.

478 Seligman M.E.P., Walker E.F., Rosenhan D.L. *Psychopatologia*. Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2003.

wpływu na rozwój choroby – leczenie „na siłę” nie ma sensu. Można po pewnym czasie podjąć ponownie próbę rozmowy lub zaproponować wizytę u specjalisty.

Trzeba się liczyć z tym, że osoba chora na próbę rozmowy zareaguje agresją. Jest to naturalna reakcja obronna, gdyż anorektycy i bulimicy pomimo wielokrotnie doświadczanego bólu, także fizycznego, są bardzo przywiązani emocjonalnie do swoich zaburzeń. Wówczas należy spokojnie przeczekać i powrócić do tematu rozmowy po pewnym czasie. Każda rozmowa powinna polegać na mówieniu o swojej trosce i chęci pomocy. Innym elementem jest szczerłość i odpowiedzialność, np. za coś obiecanego. Nawiązanie więzi z chorym bywa powodem, że zaczyna on rozmyślać na swój temat, czuje się odważny, by przyznać się przed światem do problemu⁴⁷⁹.

Pregoreksja (pregnancy, czyli ciąża + anorexia)

Termin pregoreksja został po raz pierwszy użyty w 2008 r. w programie telewizyjnym *The Early Show* w stacji Fox News, kiedy opisywano zjawisko zaburzeń żywienia występujących u kobiet ciężarnych.

Zalecane przyrosty masy ciała w ciąży zależą od przedciążowej masy ciała kobiety. W przypadku, gdy wskaźnik masy ciała (BMI) przed ciążą wynosił ponad 25 kg/m², to przyrosty powinny mieścić się w granicach 7-11,5 kg, gdy powyżej 30 kg/m² – powinny być niższe (5-9 kg)⁴⁸⁰.

Badania przeprowadzone w Polsce na 471 ciężarnych, opublikowane w 2011 r., oparte na kryteriach podawanych przez *Institute of Medicine of the National Academy of Sciences* wykazały, że 48% badanych osiągnęło wzrost masy ciała powyżej zalecanych norm, 37,8% przyrost prawidłowy, a **14,2% uzyskało przyrost masy ciała niższy niż zalecane** (co może wskazywać na częstość pregoreksji wśród polskich ciężarnych). Nadmierny przyrost masy ciała najczęściej (60,5%) dotyczył kobiet z nadwagą i otyłością sprzed ciąży. Autorzy widzą zależność pomiędzy wyjściową masą ciała a przyrostem masy w ciąży – wraz z wyższym BMI sprzed ciąży rośnie odsetek kobiet z nadmiernym przyrostem ciała w ciąży, a maleje odsetek o przyroście zbyt niskim⁴⁸¹.

479 Kotwas A., Karakiewicz-Krawczyk K., Zabielska P. i wsp. *Występowanie zaburzeń odżywiania wśród uczennic szkół ponadgimnazjalnych*. Psychiatr. Pol. on-line first; 127: 1-11. Published ahead of print 10 January 2019. Doi: <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/99164>, http://www.psychiatria.polska.pl/uploads/onlinefirst/Kotwas_PsychiatrPolOnlineFirstNr127.pdf [dostęp: 19.11.2020].

480 Ehmke E. *Nadmierna masa ciała w ciąży*, <https://ncez.pl/ciaza-i-macierzynstwo/plodnosc-i-ciaza/nadmierna-masa-ciala-w-ciazy> [dostęp: 17.07.2020].

481 Wierzejska R., Jarosz M., Stelmachów J. i wsp. *Przyrost masy ciała kobiet ciężarnych w zależności od wartości BMI w okresie przedkoncepcyjnym*. *Borgis – Postępy Nauk Medycznych* 2011; 9: 718-723, <http://www.czytelniamedyczna.pl/3767,gestational-weight-gain-by-prepregnancy-bmi.html> [dostęp: 17.07.2020].

Zachowania ciężarnej z pregoreksją są zbliżone do objawów anoreksji:

- stałe kontrole masy ciała,
- restrykcyjna dieta,
- intensywne ćwiczenia fizyczne,
- przyjmowanie leków (moczopędne, przeczyszczające, insulina, leki stosowane w chorobach tarczycy, tabletki odchudzające, ale też w nadmiarze produkty zawierające kofeinę, która m.in. zmniejsza łaknienie).

U ciężarnych z pregoreksją częściej występują: 1) niedokrwistość, 2) udowodniona zależność między stanem psychicznym ciężarnej, skłonnością do depresji poporodowej a zaburzeniami funkcji poznawczych u dziecka, 3) odwapnienia kości, 4) nadciśnienie tętnicze, 5) poronienia, 6) gorszy rozwój łożyska (odklejania, uszkodzenia), 7) zakażenia płynu owodniowego, 8) przedwczesne pęknięcie błon płodowych, 9) porody przedwczesne, 10) zgony okołoporodowe, a ponadto obserwuje się niekorzystny rozwój płodu.

Dziecko matki z pregoreksją jest bardziej narażone na wady rozwojowe, szczególnie wady cewy nerwowej związane z niedoborami mikrośladków, rodzi się z niską masą ciała (poniżej 2500 g), częściej zapada na zakażenia i w późniejszym wieku ma predyspozycje do występowania chorób przewlekłych (układ krążenia, cukrzyca).

Interesujące jest, że kobiety-pregorektyczki częściej rodzą córki; być może płody męskie są bardziej wrażliwe na niedożywienie lub inne czynniki związane z nieprawidłową ciążą i szybciej ulegają obumarciu.

Opieka nad ciężarną z pregoreksją powinna być kompleksowa – położnik, psycholog, psychiatra, położna i dietetyczka. Leczenie tego zaburzenia jest procesem długotrwałym i trudnym⁴⁸².

Drunkoreksja (alkoreksja)

Jest to zaburzenie behawioralne, łączące zaburzenia odżywiania z uzależnieniem od alkoholu. Polega na ograniczaniu spożywania żywności w celu konsumpcji większych ilości alkoholu bez obaw związanych z przyrostem masy ciała (jak to się dzieje m.in. wśród osób pijących duże ilości piwa lub słodkich średnioprocentowych alkoholi). W medycynie można spotkać inne nazwy tego zaburzenia, tj. anoreksja alkoholowa lub bulimia alkoholowa, lub spolszczoną nazwę – alkoreksja. Drunkoreksja nie jest oficjalnym terminem medycznym mimo wprowadzenia tego terminu do języka naukowego jeszcze w 2008 r. Obecnie używany jest do charakterystyki podkategorii takich

⁴⁸² Harasim-Piszczatowska E., Krajewska-Kulać E., *Pregoreksja – anoreksja kobiet ciężarnych*. *Pediatrics i Medycyna Rodzinna* 2017; 13 (3): 363-367.

zaburzeń odżywiania jak anoreksja i bulimia, ponieważ okazuje się, że **30-50% osób z bulimią i 12-18% z anoreksją jest uzależnionych od alkoholu lub go nadużywa**⁴⁸³.

W celu zdiagnozowania drunkoreksji ważne jest, aby rozpoznać współwystępowanie uzależnienia od alkoholu⁴⁸⁴.

Cechy charakterystyczne drunkoreksji to: uzależnienie od alkoholu, ograniczenie spożywania pokarmu, występowanie obaw związanych z przyrostem masy ciała, negatywny obraz własnego ciała (wyznaczany masą ciała), spadek masy ciała poniżej normy charakterystycznej dla danej osoby.

Przyczyny drunkoreksji nie są do końca wyjaśnione. Przegląd piśmiennictwa wskazuje na występowanie trzech grup uwarunkowań:

- biologiczne: predyspozycje do zaburzeń odżywiania, predyspozycje do uzależnienia od alkoholu;
- indywidualne: niska samoocena, negatywny obraz własnego ciała, ból emocjonalny, urazy z dzieciństwa;
- sytuacyjne: nowa grupa rówieśnicza, zmiana dotychczasowego stylu nauki, opuszczenie domu rodzinnego, a wraz z tym niższa kontrola zachowań przez rodziców i opiekunów.

Drunkoreksja może przyczynić się do powstania poważnych problemów zdrowotnych. Może prowadzić do zaburzeń układów: pokarmowego, krwiotwórczego, wydzielania wewnętrznego, powikłań sercowo-naczyniowych oraz chorób kości. Z drunkoreksją wiąże się także odwodnienie, niedożywienie i hipoglikemia. Może prowadzić również do zaburzeń układu nerwowego oraz chorób psychicznych. Leczenie polega na uzyskaniu przyrostu masy ciała, edukacji w zakresie prawidłowego żywienia oraz kuracji powikłań somatycznych. Powinno być to połączone z terapią indywidualną lub grupową uzależnienia od alkoholu⁴⁸⁵.

⁴⁸³ Jaworski M., *Drunkoreksja – zaburzenie odżywiania połączone z alkoholizmem wśród młodych dorosłych*. Forum Medycyny Rodzinnej 2014; 8 (5): 219.

⁴⁸⁴ Jaworski M. *Drunkoreksja – zaburzenie odżywiania połączone z alkoholizmem wśród młodych dorosłych*. Forum Medycyny Rodzinnej 2014; 8 (5): 220.

⁴⁸⁵ Malinowski J.A., Wasilewska-Ostrowska K.M. *Alkoreksja wśród młodzieży – profilaktyka, interwencja*. W: Prüfer P. (red.). *Na krawędzi. Reperkusje zachowań ryzykownych w relacji do ciała*. Akademia im. Jakuba z Paradyża, Gorzów Wielkopolski 2016: 199-212.

Zakażenia zakładowe/szpitalne

Zakłady opieki zdrowotnej to obiekty, których architektura kreowana jest pod silnym wpływem wymagań sanitarno-epidemiologicznych oraz wytycznych technologii medycznej⁴⁸⁶.

Specjaliści z WHO donoszą, że w Europie dochodzi do ok. 4 mln zakażeń szpitalnych rocznie. Z tego powodu każdego roku umiera blisko 40 tys. ludzi, a koszty związane z leczeniem zakażeń wynoszą ponad 5 mld euro rocznie.

Polskie Towarzystwo Zakażeń Szpitalnych wskazuje, że około 5-10% pacjentów jest zagrożonych zakażeniami szpitalnymi, a same koszty bezpośrednie ich leczenia to ok. 800 mln zł rocznie. Te liczby robią wrażenie i pokazują, że mamy do czynienia nie tylko ze sporym problemem epidemiologicznym, lecz także wyzwaniem dla ekonomistów ochrony zdrowia⁴⁸⁷.

W Polsce hospitalizuje się rocznie ok. 8 mln pacjentów. W polskich szpitalach są prowadzone badania punktowe zakażeń związanych z opieką zdrowotną (**Healthcare Associated Infection – HAI**), które wskazują na chorobowość ok. 6-7%. Nawet z uwzględnieniem zawyżania wyników badań punktowych w stosunku do zachorowalności można założyć, że ok. 5% pacjentów polskich szpitali ulega zakażeniom szpitalnym, co daje roczną liczbę zakażeń szpitalnych ok. 400 tys. Wiadomo, że efektywne systemy kontroli HAI mogą zmniejszać ryzyko wystąpienia zakażeń nawet o 55%-70%⁴⁸⁸. Od czasu badania SENIC za najważniejsze elementy skutecznego programu kontroli zakażeń uznaje się obecność wyszkolonego personelu, efektywne monitorowanie zakażeń szpitalnych i obecność działających procedur profilaktyki zakażeń⁴⁸⁹.

W maju 2018 r. Najwyższa Izba Kontroli (NIK) opublikowała wyniki kontroli na temat zakażeń wewnątrzszpitalnych w Polsce w latach 2015 i 2016. Zakażenia zakładowe/szpitalne są poważnym problemem wszystkich szpitali, nawet w krajach o najwyższych standardach opieki zdrowotnej, i dotyczą 5-10% chorych.

W Raporcie NIK podano ostrzeżenie, że brudne ręce personelu, skażone otoczenie chorego, zatrudnianie osób nieprzygotowanych do pracy w szpitalach, hospitalizacja osób wymagających szczególnych warunków pobytu są najczęstszymi przyczynami

486 Janowicz R. *Ograniczanie zakażeń szpitalnych z wykorzystaniem środków architektonicznych*. Gdańsk 2019, <https://depot.ceon.pl/handle/123456789/17289> [dostęp: 9.02.2021].

487 Seweryn M. *5-10% pacjentów szpitali jest zagrożonych zakażeniami*, <https://www.termedia.pl/mz/5-10-pacjentow-szpitali-jest-zagrozonych-zakazzeniami,31947.html> [dostęp: 5.07.2020].

488 *Healthcare – associated Infections*, <https://www.cdc.gov/hai/index.html> [dostęp: 5.07.2020].

489 Szufnarowski K.D. *Efektywność nadzoru zakażeń miejsca operowanego u chorych po operacjach raka jelita grubego i odbytnicy*. Rozprawa doktorska. Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, <http://www.wbc.poznan.pl/Content/373796/PDF/index.pdf> [dostęp: 5.07.2020].

zakażeń szpitalnych. W niektórych placówkach jest nieskuteczny system przeciwdziałania zakażeniom wewnątrzszpitalnym. Nieprawidłowo też działają szpitalne systemy monitorowania i raportowania o zakażeniach, pokazujące niepełne dane.

Do grupy osób najbardziej narażonych należą pacjenci np. po przeszczepach, z zaburzeniami odporności po terapii przeciwnowotworowej, po rozległych oparzeniach, dzieci do pierwszego roku życia i osoby starsze. Zakażenia zakładowe/szpitalne wydłużają pobyt w szpitalu, powodują powikłania prowadzące często do niepełnosprawności, przez co zwiększają koszty leczenia. Koszty generują też roszczenia pacjentów, którzy potrafią udowodnić, że zostali zakażeni z winy szpitala. Narzędziem służącym ograniczeniu przypadków zakażeń szpitalnych powinien być prawidłowo działający system zapobiegania i zwalczania zakażeń, utworzony w szpitalu na podstawie istniejących przepisów prawa. Szacuje się, że efektywne systemy kontroli zakażeń mogą zmniejszyć ryzyko ich wystąpienia od 55% do 70%.

Pomimo tego, że w okresie kontroli spadła liczba hospitalizowanych o 1,9%, liczba pacjentów, u których zanotowano zakażenie szpitalne, wzrosła o 8,5%⁴⁹⁰. Według dyrektorów szpitali jest to sytuacja spowodowana jedynie poprawą rozpoznawania i rejestracji przypadków.

Definicja, sytuacja w Polsce i na świecie

Zakażenie zakładowe/szpitalne mogą wywołać nie tylko bakterie, ale również priony, wirusy, grzyby i pasożyty; dzieli się je na: 1) zakażenia endogenne (kiedy dochodzi do zakażenia własną florą bakteryjną) oraz 2) zakażenia egzogenne (patogeny pochodzące ze środowiska zewnętrznego). Inny podział różnicuje je ze względu na postać i lokalizację zakażenia, przez co wyróżnia się zakażenia lokalne (np. zakażenie miejsca operowanego), układowe (jak zakażenie układu moczowego, zapalenie płuc) i uogólnione (sepsa).

Zakażenie zakładowe/szpitalne⁴⁹¹ – to zakażenie, które wystąpiło w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych, w przypadku gdy choroba w czasie udzielania świadczeń nie była w okresie wylegania (np. zakażenia bakteryjne) lub gdy choroba wystąpiła po udzieleniu tych świadczeń w okresie nie dłuższym niż najdłuższy okres wylegania tej choroby (np. WZW typu B, WZW typu C).

⁴⁹⁰ NIK 2018. *Zakażenia w podmiotach leczniczych*, <https://www.nik.gov.pl/kontrola/P/17/060> [dostęp: 5.07.2020].

⁴⁹¹ Zakażenia związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oraz innych czynności, w trakcie wykonywania których dochodzi do naruszenia ciągłości tkanek ludzkich – Rozdział 3 Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Dz.U. 2019 poz. 1239.

- Najczęściej uznaje się zakażenie za szpitalne, jeśli wystąpiło w okresie 48-72 godzin od udzielenia świadczenia zdrowotnego.
- Dla zakażenia o długim okresie wylegania (WZW typu B, WZW typu C, HIV, gruźlica) przyjmuje się okres od dwóch tygodni do wielu lat.
- Zakażenie zakładowe/szpitalne może dotyczyć zarówno pacjenta, jak i personelu.
- Ponieważ pacjent może trafić do zakładu opieki zdrowotnej (szpitala) już z zakażeniem, należy przyjąć zasadę traktowania każdego pacjenta jako rezerwuaru patogenów i to postępowanie musi dotyczyć wszystkich pracowników!
- Wprawdzie ogólnoswiatowe doświadczenia wskazują, że zakażenia zakładowe/szpitalne były, są, będą i nie można ich całkowicie wyeliminować – to jednak można i należy im zapobiegać, ograniczać je, gdyż z ich powodu bywają zamykane nie tylko poszczególne oddziały szpitala, ale i całe szpitale.

Antybiotykooporność bakterii poważnym współczesnym zagrożeniem

Przyczyny:

- nadużywanie antybiotyków w weterynarii,
- podawanie antybiotyków:
 - bez wskazań klinicznych (częste przepisywanie w ewidentnych zakażeniach wirusowych),
 - bez wykonania badań mikrobiologicznych lub serologicznych pomimo coraz szerszych możliwości określania zakażenia niektórymi patogenami w czasie wizyty pacjenta u lekarza.

Niedoskonały reżim sanitarny (badania pacjentów przed przyjęciem do oddziału, izolacja i ochrona osobista personelu) to najczęstsze przyczyny zakażeń innych chorych.

Z danych NFZ wynika, że obecnie prawdopodobieństwo zgonu pacjenta zakażonego w szpitalu bakterią lekooporną jest ośmiokrotnie wyższe niż w przypadku pacjenta niezakażonego⁴⁹². Z tych powodów WHO, ECDC, MZ, Narodowy Program Ochrony Antybiotyków⁴⁹³ organizują corocznie Europejski Dzień Wiedzy o Antybiotykach (18 listopada)⁴⁹⁴ i Światowy Tydzień Wiedzy o Antybiotykach⁴⁹⁵.

⁴⁹² Najwyższa Izba Kontroli. *Antybiotyki i co dalej?*, <https://www.nik.gov.pl/najnowsze-informacje-o-wynikach-kontroli/antybiotyki-i-co-dalej.html> [dostęp: 19.03.2020].

⁴⁹³ Narodowy Program Ochrony Antybiotyków, <http://antybiotyki.edu.pl/> [dostęp: 19.03.2020].

⁴⁹⁴ Europejski Dzień Wiedzy o Antybiotykach, <http://antybiotyki.edu.pl/edwa/info.php>; *European Antibiotic Awareness Day* <https://antibiotic.ecdc.europa.eu/en> [dostęp: 19.03.2020].

⁴⁹⁵ *World Antibiotic Awareness Week – November 11-17, 2020*, <https://www.who.int/news-room/campaigns/world-antibiotic-awareness-week> [dostęp: 19.03.2020].

Patogeny alarmowe

Patogeny alarmowe stanowią grupę drobnoustrojów szczególnie niebezpiecznych z powodu ograniczeń terapeutycznych. Rozróżnia się patogeny:

1. wielooporne (*multidrug resistance* – MDR) – niewrażliwe na trzy lub więcej grup antybiotyków;
2. szczepy XDR (*extensively drug-resistant* – XDR) – wrażliwe jedynie na jeden lub dwa antybiotyki;
3. odporne na wszystkie dostępne leki przeciwbakteryjne (*pandrug-resistant* – PDR).

Patogeny alarmowe typu XDR:

- Gram-ujemne pałeczki jelitowe wytwarzające karbapenemazy – enzymy wykluczające terapię antybiotykami z grupy beta-laktamów, w tym karbapenemów uznawanych dotychczas za „leki ostatniej szansy” (ertapenem, imipenem, meropenem, doripenem). Jedynym pozostałym skutecznym lekiem w terapii zakażeń takimi drobnoustrojami jest kolistyna. Niestety w efekcie nadużywania tego leku (zwłaszcza w produkcji zwierzęcej) pojawiła się oporność eliminująca z terapii również i ten lek.

Innymi przykładami izolowanych już od dawna patogenów alarmowych są:

- szczepy *Streptococcus pneumoniae* odporne na penicylinę i cefalosporyny III generacji,
- szczepy *Staphylococcus aureus* odporne na metycylinę,
- enterokoki odporne na wysokie stężenia aminoglikozydów, wankomycynę i linezolid.

Najpoważniejszym problemem antybiotykoterapii szpitalnej jest obecnie leczenie wspomnianych zakażeń wywoływanych przez pałeczki jelitowe, poprzez wytwarzanie e-karbapenemazów. Są one często zawlekane z krajów lub ośrodków, w których ich obecność ma charakter endemiczny albo częstość występowania jest wysoka (np. Indie, Pakistan, kraje Maghrebu, ale też ośrodki borykające się z problemem kontroli tych patogenów). Pacjenci, którzy byli hospitalizowani w placówkach mających problem z karbapenemazami, także w Polsce, mogą być nosicielami szczepów pałeczek jelitowych wytwarzających karbapenemazy. Pałeczki z tej rodziny charakteryzuje też łatwość przekazywania oporności (dzięki lokalizacji genów oporności na „mobilnych” elementach genetycznych, takich jak plazmidy i transpozony) oraz długotrwałe utrzymywanie się w przewodzie pokarmowym w formie nosicielstw⁴⁹⁶.

496 Antybiotykooporność: zagrożenie dla zdrowia publicznego – materiał prasowy Europejskiego Dnia Wiedzy o Antybiotykach (18 listopada), http://www.antybiotyki.edu.pl/edwa/pdf/EDWA2017_material_prasowy.pdf [dostęp: 6.08.2020].

W 2016 r. zauważono trzykrotny wzrost liczby pacjentów m.in. zarażonych lekoopornymi szczepami bakterii *Klebsiella pneumoniae* NDM w porównaniu z danymi z 2015 r. Poza lekoopornością na większość antybiotyków, bakteria może długo przebywać w przewodzie pokarmowym człowieka, nie zawsze wywołując objawy choroby, ale poprzez szybkie rozprzestrzenianie się może zakażać innych, a nawet wywoływać **sepsę**, z przebiegu której może dochodzić do niewydolności nerek, wątroby, serca czy płuc.

Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) podał, że w badanym przez NIK okresie liczba dorosłych hospitalizowanych z powodu sepsy wyniosła: 2015 r. – 19 053, 2016 r. – 21 522, a w pierwszej połowie 2017 r. – 10 962. W tym okresie NFZ zapłacił za leczenie sepsy w ramach kontraktów prawie 450 mln złotych.

Według NIK za wysoki poziom zakażeń odpowiada m.in. niedobór wyspecjalizowanego personelu medycznego. W 18 kontrolowanych szpitalach wprawdzie były powołane Zespoły Kontroli Zakażeń Szpitalnych, ale brakowało specjalisty chorób zakaźnych, mikrobiologii i odpowiedniej liczby pielęgniarek epidemiologicznych, a także zauważono nieprawidłowości ich pracy.

Na dzień 30 czerwca 2017 r. w Polsce było zawodowo czynnych tylko 110 lekarzy specjalistów w dziedzinie mikrobiologii, w tym 61 w wieku powyżej 55 lat. **Według NIK taka sytuacja nie daje gwarancji należytego sprawowania ciągłego i bieżącego nadzoru epidemiologicznego.**

Wśród krajów europejskich **Polska zajmuje ostatnie miejsce** pod względem praktykujących lekarzy specjalistów w dziedzinie mikrobiologia – bakteriolgia. Niewiele lepiej jest z epidemiologami. W całej Polsce pracuje ich 219, najwięcej w województwie mazowieckim – 57, najmniej w opolskim – 1.

Brakuje też pielęgniarek epidemiologicznych. Zgodnie z Ustawą o zwalczaniu zakażeń liczba pielęgniarek epidemiologicznych powinna być nie mniejsza niż 1 na 200 łóżek szpitalnych. W 6 kontrolowanych szpitalach posiadających powyżej 200 łóżek nie zapewniono ustawowej liczby takich pielęgniarek.

Odrębną sprawą jest dokumentowanie zakażeń w szpitalach. Analiza kart rejestracji wykazała, że były one sporządzane przez lekarzy nierzetelnie, często z pominięciem wielu danych. **Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia**, które gromadzi informacje z rocznych sprawozdań przesyłanych przez szpitale, wskazuje, że w 528 szpitalach stacjonarnych spośród 936 funkcjonujących w Polsce, a więc w ponad połowie, na koniec 2016 r. nie wykazano danych o pacjentach leczonych z powodu zakażenia i zgonów z tego powodu.

Zakażenie szpitalne jako bezpośrednią przyczynę zgonu wskazano w ok. 1% ogólnej liczby zgonów. Zakażenia powodują wydłużenie czasu pobytu chorego w szpitalu. Średni pobyt wynosił nieco ponad 5 i pół dnia. Zakażenie wydłużało ten czas do ponad 16 dni. Jak wynika z wyjaśnień dyrektorów szpitali, **wydłużony czas leczenia jest głównym czynnikiem wpływającym na koszty leczenia pacjenta z zakażeniem.**

Nie wszystkie szpitale realizowały zalecenia i decyzje organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w wyznaczonym terminie. Trzeba jednak przyznać, że większość podjęła działania w tym kierunku.

NIK zwraca też uwagę na **niedostateczną liczbę badań mikrobiologicznych** a to one pozwalają wcześniej wykrywać zakażenia i ustalać skuteczne antybiotyki. Średnia liczba takich badań w przeliczeniu na 1 łóżko szpitalne w danym roku była ok. dwukrotnie niższa niż w krajach Unii. W trakcie kontroli okazało się, że 3 szpitale **nie mają izolatek** co jest niezgodne z Ustawą o zwalczaniu zakażeń.

W ciepłe, wilgoci i brudzie bakterie, wirusy, grzyby znajdują znakomite warunki do przetrwania i namnażania. Dlatego tak istotną rolę w zapobieganiu zakażeniom odgrywa **czystość np. instalacji wentylacyjnych i klimatyzacji**. Niestety w 5 szpitalach, jak ustaliła NIK, nie dokonywano okresowych przeglądów takich urządzeń zgodnie z zaleceniami producenta oraz nie dokumentowano czynności serwisowych. W jednym z mazowieckich szpitali nie zapewniono skutecznej wentylacji w pomieszczeniach sanitarno-higienicznych i łazienkach dla pacjentów. Brakowało też dokumentacji z okresowych przeglądów, czyszczenia, dezynfekcji bądź napraw urządzeń wentylacyjnych.

Także w tym szpitalu powiatowy inspektor sanitarny nakazał doprowadzenie jakości wody do stosownych wymagań. **W połowie kontrolowanych szpitali w ciepłej wodzie przekroczona była dopuszczalna norma obecności pałeczek *Legionella***⁴⁹⁷.

W powyższym raporcie podano,

że koordynacja i wymiana informacji między instytucjami publicznymi pozostawia wiele do życzenia [Według danych Narodowego Funduszu Zdrowia, w okresie objętym kontrolą (od 2015 r. do końca I półrocza 2017 r.) hospitalizowanych z powodu sepsy było 51 537 pacjentów, a według danych Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny – 2640]. Czy przy takiej rozbieżności możemy mówić o jakiegokolwiek wiarygodności danych epidemiologicznych?⁴⁹⁸

W 2019 r. najczęstszymi bakteriami występującymi w szpitalach były *Clostridium difficile*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*.

„Ponad 40% zakażeń szpitalnych wywołuje bakteria *Clostridium difficile*. Powoduje ona dolegliwości układu pokarmowego, takie jak biegunki, wymioty, bóle brzucha. Bakterie bardzo łatwo się przenoszą, a w szpitalach mają idealne warunki do ekspansji – dużo ludzi, ograniczone miejsce, pacjenci mają obniżoną odporność. GIS ostrzega, że zakażenia *Clostridium difficile* mogą mieć bardzo ciężki przebieg. Leczenie jest długotrwałe, zdarzają się przypadki śmierci”⁴⁹⁹.

497 Zakażenia w szpitalach poważnym problemem, <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/zakazenia-w-szpitalach-powaznym-problemem.html> [dostęp: 5.07.2020].

498 Lurka K. 5-10% pacjentów szpitali jest zagrożonych zakażeniami, <https://www.termia.pl/mz/5-10-pacjentow-szpitali-jest-zagrozonych-zakazzeniami,31947.html> [dostęp: 5.07.2020].

499 Stachura S. Chorobę łatwo złapać... w szpitalu. Czym się można zarazić?, <https://www.medonet.pl/zdrowie/zdrowie-dla-kazdego,niebezpieczne-zakazenia-szpitalne,artykul,1734012.html> [dostęp: 5.07.2020].

W styczniu (2019 r.) w Łodzi zmarł pacjent, który złapał lekooporną bakterię *New Delhi (Klebsiella pneumoniae)*. Przyczyną śmierci trzech pacjentów z warszawskiego szpitala MSWiA był ten sam patogen. Rodziny zmarłych złożyły pozew przeciw szpitalowi – oskarżając placówkę o to, że ukrywała epidemię. W sierpniu 2019 r. zanotowano kilka przypadków zakażenia w szpitalu w Zielonej Górze.

[...] Od kilkunastu lat rośnie liczba przypadków zakażeń szpitalnych. Jak wynika z danych Głównego Inspektoratu Sanitarnego przedstawionych w raporcie „Stan sanitarny kraju”, w 2018 roku zgłoszono ponad 600 zakażeń. Dla porównania, w 2006 roku było ich nieco ponad 100. [...]⁵⁰⁰.

Jedną z najbardziej groźnych bakterii jest tzw. New Delhi – to wspomniana już *Klebsiella pneumoniae* NDM (New Delhi metallo- β -lactamase), która wytworzyła gen odpowiedzialny za oporność na większość antybiotyków. Różne inne bakterie też mogą wytwarzać taki gen i przekazywać go między sobą. Jak wykazują badania, bakteria ta może kolonizować nawet 5% ogółu społeczeństwa.

NDM-1 został zidentyfikowany w *Klebsiella pneumoniae* i *Escherichia coli* wyizolowanych w 2008 r. u pacjenta z zakażeniem układu moczowego, który był hospitalizowany w Nowym Delhi (Indie)⁵⁰¹.

New Delhi działa podstępnie – objawy zakażenia przypominają przeziębienie lub grypę. Chory skarży się na kaszel, dreszcze, gorączkę, osłabienie. New Delhi może wywołać zapalenie płuc, ale też poważne zakażenia układu moczowego, ran, kości i stawów. W wyniku infekcji może dojść do **sepsy**. *Klebsiella pneumoniae* uodporniła się na praktycznie wszystkie antybiotyki, dlatego w obliczu zakażenia, lekarze są bezradni⁵⁰².

W szpitalu można też zarazić się wirusami, zdarzają się również zakażenia grzybicze.

Eksperti twierdzą, że w ciągu najbliższych 10 lat na rynek nie trafi żaden lek antibakteryjny o innowacyjnym mechanizmie działania. A to oznacza, że wciąż będziemy przegrywać z superbakteriami, które mutują w błyskawicznym tempie i są w stanie uodpornić się na wszystkie leki. Walka z zakażeniami szpitalnymi będzie trudna, zwłaszcza że cały czas stosujemy za dużo antybiotyków. Bakterie już je [znają] i wcale się ich nie boją⁵⁰³.

Z raportu „Zapobieganie i zwalczanie zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi” opublikowanego przez Głównego Inspektora Sanitarnego (GIS) wynika, że w 2017 r. z całej Polski zgłoszono do oddziałów Państwowej Inspekcji Sanitarnej 678 **ognisk epidemicznych**

500 Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze. *Bakteria New Delhi... bez tajemnic*, <http://www.szpital.zgora.pl/891-bakteria-new-dehli-bez-tajemnic> [dostęp: 5.07.2020].

501 Dongeun Yong i wsp. *Characterization of a new metallo-beta-lactamase gene, bla_{NDM-1}, and a novel erythromycin esterase gene carried on a unique genetic structure in Klebsiella pneumoniae sequence type 14 from India*, *Antimicrobial Agents and Chemotherapy* 2009; 53 (12): 5046-5054. Doi: 10.1128/AAC.00774-09, PMID: 19770275, PMCID: PMC2786356.

502 <https://www.medonet.pl/zdrowie/zdrowie-dla-kazdego,niebezpieczne-zakazenia-szpitalne,artykul,1734012.html> [dostęp: 18.11.2020].

503 Stachura S. *Chorobę łatwo złapać... w szpitalu. Czy się można zarazić?*, <https://www.medonet.pl/zdrowie/zdrowie-dla-kazdego,niebezpieczne-zakazenia-szpitalne,artykul,1734012.html> [dostęp: 5.07.2020].

zakażeń szpitalnych – tj. o 27,4% więcej niż w 2016 r., w którym zgłoszono 532 ogniska epidemiczne. W tych ogniskach epidemicznych zakażeniu uległo 3899 pacjentów oraz 271 pracowników medycznych, razem – 4170 osób.

Podkreślano też, że o czułości nadzoru epidemiologicznego świadczy wykonywanie **odpowiedniej liczby badań mikrobiologicznych na łóżko**, co umożliwiła identyfikację rodzaju zakażenia oraz szybkie zastosowanie leczenia ukierunkowanego na dany drobnoustroj. Według europejskiej normy liczba badań mikrobiologicznych na jedno łóżko powinna wynosić 50. Z pomiarów przeprowadzonych w Polsce w 2013 r. wynika, że badań wykonano zaledwie 30.

„Największym problemem w pracy organów inspekcji sanitarnej jest fakt, że nadzór nad zakażeniami związanymi z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i drobnoustrojami alarmowymi odbywa się w trybie biernym”⁵⁰⁴. Odpowiedzialność za wykonywanie badań i zgłaszanie należy do pracowników służby zdrowia, którzy powinni być świadomi wagi problemu, znajomości zagrożeń oraz zdeterminowani do aktywności⁵⁰⁵.

Zalecenia na czas pandemii COVID-19

W okresie pandemii COVID-19 wydawane były – w krótkich okresach – kolejne szczegółowe zalecenia dla placówek i pracowników ochrony zdrowia na terenie UE i EWG w zakresie działań w obszarze profilaktyki i kontroli zakażeń podejmowanych w ramach postępowania z osobami z podejrzeniem zakażenia lub potwierdzonym zakażeniem wirusem powodującym COVID-19 w placówkach ochrony zdrowia, w tym w zakładach opieki długoterminowej, oraz zalecenia dotyczące postępowania z próbkami w laboratoriach na terenie UE i EWG⁵⁰⁶.

W sytuacji wykładniczo postępującej w marcu 2020 r. pandemii koronawirusem SARS-CoV-2 pojawiły się **adekwatne rozwiązania ustawowe**⁵⁰⁷, a zespół ekspercki pod kierunkiem konsultanta krajowego w dziedzinie chirurgii ogólnej prof. Grzegorza Wallnera 9 kwietnia 2020 r. ogłosił „**Wytuczne postępowania w oddziałach zabiegowych szpitali niejednoimiennych podczas pandemii COVID-19**”, podając, że:

504 <https://www.termedia.pl/mz/5-10-pacjentow-szpitali-jest-zagrozonych-zakazeniami,31947.html> [dostęp: 18.11.2020]

505 Stachura S. *5-10% pacjentów szpitali jest zagrożonych zakażeniami*, <https://www.termedia.pl/mz/5-10-pacjentow-szpitali-jest-zagrozonych-zakazeniami,31947.html> [dostęp: 5.07.2020].

506 *Profilaktyka i kontrola zakażeń wirusem powodującym COVID-19 w placówkach ochrony zdrowia. Raport techniczny ECDC z marca 2020 r.*, <https://www.mp.pl/covid19/covid19-kompendium/229937,profilaktyka-i-kontrola-zakazen-wirusem-powodujacym-covid-19-w-placowkach-ochrony-zdrowia-raport-techniczny-ecdc-z-032020> [dostęp: 13.04.2020]; *Infection prevention and control for COVID-19 in healthcare settings-first update*, <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/infection-prevention-and-control-covid-19-healthcare-settings> [dostęp: 13.04.2020].

507 Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych. Dz.U. 2020 r. poz. 374.

[...] będą pojawiać się pacjenci zakażeni wirusem SARS-CoV-2 z ujemnymi wynikami badań, którzy mogą stanowić zagrożenie dla innych pacjentów oraz personelu szpitali. W sytuacji, w której 17% zakażonych Polaków stanowią pracownicy ochrony zdrowia, priorytetem staje się wczesne wychwytywanie osób zakażonych celem ochrony zasobów ludzkich i zapewnienia ciągłości dostępu do opieki chirurgicznej. Sale operacyjne są obszarami wysokiego ryzyka przenoszenia zakażeń układu oddechowego, biorąc pod uwagę zaangażowanie wielu pracowników przebywających w jednym pomieszczeniu podczas wykonywania czynności o podwyższonym ryzyku. Zatem kluczowe stają się nie tylko określenie algorytmu kwalifikacji pacjentów do leczenia operacyjnego, ale także stratyfikacja ryzyka zakażenia personelu podczas operacji i adekwatna ochrona personelu. Każdy szpital może znaleźć się w sytuacji, kiedy konieczna będzie natychmiastowa operacja u pacjenta o wysokim ryzyku zakażenia SARS-CoV-2. Dlatego każdy szpital powinien być na taką ewentualność przygotowany organizacyjnie i logistycznie, łącznie z zabezpieczeniem środków ochrony indywidualnej [...].

Z tego powodu definicja przypadku kwalifikującego do badań diagnostycznych w kierunku koronawirusa SARS-CoV-2 została rozszerzona o lekarzy, pielęgniarki, ratowników i aktywnych zawodowo przedstawicieli innych zawodów medycznych mających objawy infekcji układu oddechowego (gorączkę, kaszel, duszność), a niekoniecznie potwierdzony kontakt z osobą zakażoną koronawirusem⁵⁰⁸.

W University of Chicago opracowano nowy system punktacji, który pomaga chirurgom ze wszystkich specjalizacji decydować o tym, kiedy należy wykonać niezbędne procedury chirurgiczne w obliczu ograniczeń zasobów i zwiększonego ryzyka związanego z COVID-19⁵⁰⁹.

Wobec zagrożenia koronawirusem SARS-CoV-2 wykonywanie przeszczepów narządów wymaga wzmoczonych środków ostrożności. Jakie są wytyczne dotyczące przeprowadzania transplantacji w czasie pandemii COVID-19?

U chorych, którzy mają obniżoną odporność immunologiczną, a taką grupą są pacjenci po transplantacjach, zagrożenie infekcją SARS-CoV-2 jest największe. U nich też przebieg COVID-19 jest najcięższy.

W okresie pandemii COVID-19 MZ i NFZ zachęcały do korzystania z porad lekarskich i e-recept bez wychodzenia z domu, a więc on-line⁵¹⁰, który to temat podnosiły również mass media⁵¹¹.

508 Nowe wskazania do badań w kierunku COVID-19: szybka ścieżka diagnostyczna dla kadry medycznej. *Puls Medycyny*, <https://pulsmedycyny.pl/nowe-wskazania-do-badan-w-kierunku-covid-19-szybka-sciezka-diagnostyczna-dla-kadry-medycznej-986085> [dostęp: 6.06.2020].

509 New scoring system to ethically, efficiently prioritize surgical procedures during COVID-19 pandemic, <https://www.ormanager.com/briefs/new-scoring-system-to-ethically-efficiently-prioritize-surgical-procedures-during-covid-19-pandemic/> [dostęp: 17.04.2020].

510 Porady lekarskie i e-recepty bez wychodzenia z domu, <https://pacjent.gov.pl/e-recepta/porady-lekarskie-i-e-recepty> [dostęp: 13.04.2020].

511 Efekt koronawirusa: „wizyty” lekarskie przenoszą się do sieci. Czeka nas pożegnanie ze stetoskopem?, https://krakow.wyborcza.pl/krakow/7,44425,25857167,efekt-koronawirusa-wizyty-lekarskie-przenosza-sie-do-sieci.html?utm_source=Facebook&utm_medium=MM&utm_campaign=Krakow&utm_term=wizyty_lekarskie&utm_content=MM&MM [dostęp: 13.04.2020].

Profilaktyka zakażeń szpitalnych – izolacja, higiena rąk, zdejmowanie odzieży ochronnej

Izolacja – odosobnienie zakażonych i podejrzanych o zakażenie osób w warunkach uniemożliwiających przeniesienie infekcji na osobniki wrażliwe.

Cel izolacji – stworzenie bariery zapobiegającej przenoszeniu się drobnoustrojów z zakażonej lub skolonizowanej osoby na osobę wrażliwą, u której mogą one spowodować infekcję, poprzez:

- odizolowanie źródła infekcji,
- przerwanie dróg przenoszenia zakażenia.

Procedury stosowane w izolacji:

- mycie i dezynfekcja rąk,
- stosowanie ochron osobistych (rękawice, maski, gogle) i odzieży ochronnej (fartuchy),
- dekontaminacja sprzętu (stałe wyposażenie sali, okresowe wyposażenie sali),
- postępowanie z materiałem zakaźnym (bielizna, odpady, powierzchnie skażone materiałem zakaźnym, materiał diagnostyczny),
- dekontaminacja separatki,
- dekontaminacja sal chorych,
- postępowanie z naczyniami i sztućcami,
- transport chorego,
- postępowanie ze zwłokami.

Zasady izolacji uwzględniają: I poziom – izolację standardową „S” (uniwersalne środki ostrożności zalecane wobec każdego pacjenta oraz II poziom – izolację uwzględniającą drogi przenoszenia zakażenia⁵¹².

⁵¹² Zalecenia izolacji chorych w trakcie hospitalizacji 2017. Stowarzyszenie Epidemiologii Szpitalnej, Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych, http://www.ses.edu.pl/files/download/zalecenia_isolacji_chorych_w_trakcie_hospitalizacji [dostęp: 13.04.2020].

I poziom – izolacja standardowa „S”: obejmuje rutynowe środki ostrożności stosowane wobec każdego pacjenta niezależnie od stanu jego zdrowia	
Higiena rąk	<ul style="list-style-type: none"> • wyposażenie stanowiska do mycia rąk: mydło płynne, preparat dezynfekcyjny do rąk, ręczniki jednorazowe w dozownikach • higieniczną dezynfekcję rąk przeprowadzać: • przed i po wykonaniu procedur klinicznych, zabiegów inwazyjnych, • przed założeniem i po zdjęciu rękawiczek, • po potencjalnym skażeniu rąk
Stosowanie rękawic	<p>JĄŁOWE jednorazowe stosować podczas: • zabiegów wykonywanych w warunkach aseptycznych, • manipulacji sterylnym sprzętem</p> <p>NIEJĄŁOWE jednorazowe stosować podczas: • wszystkich zabiegów, które mogą doprowadzić do kontaktu z krwią, płynami ustrojowymi, wydalninami, wydzielinami, • kontaktu z błonami śluzowymi lub uszkodzoną skórą, • gdy występuje ryzyko zakażenia pracownika, a aseptyka nie jest konieczna</p>
Stosowanie fartuchów	<p>FARTUCHY zakładać w celu ochrony odzieży i skóry przed zanieczyszczeniem materiałem potencjalnie zakaźnym</p> <p>FARTUCHY FOLIOWE jednorazowe, zawiązywane z tyłu, należy zakładać: • w celu ochrony odzieży przed zamoczeniem, • podczas wykonywania zabiegów, przy których istnieje ryzyko kontaktu z krwią, płynami ustrojowymi, wydzielinami i wydalninami</p>
Stosowanie masek	<ul style="list-style-type: none"> • stosować podczas zabiegu, gdy istnieje prawdopodobieństwo powstania aerozoli, rozprysnięcia się krwi lub płynów ustrojowych (w połączeniu z przesłoną na oczy – okulary, gogle, przyłbice) • stosować w celu zapobiegania rozsiewania mikroorganizmów z nosa i jamy ustnej podczas kaszlu, kataru i kichania • stosować w celu ochrony przed wdychaniem mikroorganizmów rozsiewanych przez innych
II poziom – izolacja uwzględniająca drogi przenoszenia zakażenia	
Izolacja kontaktowa „C”	<p>zapobiega rozprzestrzenianiu się zakażeń przenoszonych drogą kontaktu bezpośredniego i pośredniego. Zalecane w sytuacjach:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ostra biegunka o etiologii zakaźnej, pacjent w pieluchach lub z nietrzymaniem stolca, • biegunka u chorego po lub w trakcie antybiotykoterapii, • zakażenie dróg oddechowych, zwłaszcza zapalenie oskrzelików, krup u niemowląt i małych dzieci, • zakażenie lub kolonizacja wieloopornymi drobnoustrojami – zakażenia skóry, ran lub dróg moczowych u chorego ostatnio hospitalizowanego lub przebywającego w domu opieki, znanym z występowania wieloopornych drobnoustrojów, • ropień lub drenaż rany, których nie można zamknąć opatrunkiem, • wysypka pęcherzykowa
Izolacja powietrzno-kropelkowa „D”	<p>zapobiega transmisji drobnoustrojów przez cząstki aerozolu o średnicy powyżej 5 µm powstające w trakcie mówienia, kaszlu, kichania oraz zabiegów wykonywanych w obrębie dróg oddechowych zakażonego pacjenta (bronchoskopia, odsysanie, intubacja, fizykoterapia). Cząstki te, z powodu dużych rozmiarów, nie pozostają długo zawieszony w powietrzu; mogą być przeniesione na odległość do 1 m.</p> <p>Zalecane w sytuacjach: • zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, • wysypka plamista lub wybroczynowa z gorączką, • napadowy silny kaszel w okresie zachorowań na krztusiec</p>
Izolacja powietrzno-pyłowa „A”	<p>zapobiega transmisji drobnoustrojów przez jądra kondensacji lub skażone cząsteczki kurzu o średnicy mniejszej niż 5 µm; cząstki są przenoszone przez prądy powietrza na znaczne odległości i mogą utrzymywać się w powietrzu przez dłuższy czas.</p> <p>Zalecane w sytuacjach: • wysypka pęcherzykowa, • wysypka plamkowo-grudkowa z nieżytem nosa i gorączką, • kaszel, gorączka, nacieki w górnym płacie płuc, • kaszel, gorączka, naciek płucny o dowolnej lokalizacji u chorego zakażonego HIV (lub z grupy ryzyka)</p>

Wytyczne dotyczące higieny rąk w opiece zdrowotnej

Ręce stanowią najważniejszą drogę przenoszenia chorobotwórczych mikroorganizmów, dlatego też właściwa higiena rąk (mycie rąk) jest podstawową zasadą w zapobieganiu zakażeniom zakładowym/szpitalnym; niestety przestrzeganie zasad higieny rąk wśród personelu medycznego jest niewystarczające. Higienę rąk mogą poprawić ćwiczenia techniki mycia i dezynfekcji rąk⁵¹³.

Problem higieny rąk i właściwego mycia rąk przez personel medyczny jest tak ważny i pierwszorzędowy w przeciwdziałaniu zakażeniom zakładowym/szpitalnym, że zostały opracowane wytyczne WHO precyzyjnie to zagadnienie omawiające⁵¹⁴.

Istotne jest bardzo dokładne każdorazowe mycie przestrzeni międzypalcowych obu rąk.

WHO organizuje co roku 5 maja Światowy Dzień Higieny Rąk⁵¹⁵ i ogólnoświatową kampanię pod hasłem „Myj ręce – chroń życie”: „Save Lives – Clean Your Hands”⁵¹⁶. A utworzony w 1946 r. w celu zapewnienia żywności i opieki dla dzieci i matek w krajach zniszczonych podczas II wojny światowej UNICEF (Fundusz Narodów Zjednoczonych na rzecz Dzieci) – *United Nations International Children’s Emergency Found*, od 1953 r. – *United Children’s Found* – w 2008 r. ustanowił Światowy Dzień Mycia Rąk, obchodzony 15 października.

Środki ochrony indywidualnej. Prawidłowe kroki przy zdejmowaniu odzieży ochronnej

Ministerstwo Zdrowia (MZ) podaje informacje dotyczące produktów wykorzystywanych w służbie zdrowia, w tym podczas zwalczania COVID-19 (rękawice, maseczki medyczne, półmaski, kombinezony/fartuchy chirurgiczne/fartuchy dla bloków operacyjnych, ochrona oczu (gogle), ochrona nóg, płyny do dezynfekcji)⁵¹⁷.

Rękawice medyczne chronią nie tylko pacjenta, lecz i personel medyczny przed zanieczyszczeniami mikrobiologicznymi. Rękawice medyczne dzielą się, w zależności od przeznaczenia, na: 1) rękawice chirurgiczne i 2) rękawice do badań i zabiegów.

513 Denisiewicz B. *Rola dezynfekcji i mycia rąk personelu medycznego – ręce jako rezerwuuar drobnoustrojów – rola dozowników medycznych w zachowaniu higieny rąk*. Zakażenia XXI Wieku 2018; 1 (3), <http://mavipuro.pl/jourarch/Z2018022.pdf> [dostęp: 19.03.2020].

514 *Wytyczne WHO dotyczące higieny rąk w opiece zdrowotnej – podsumowanie*, <https://wsse.krakow.pl/page/wp-content/uploads/2013/06/Wytyczne-WHO-dotyczace-higieny-rak-w-opiece-zdrowotnej.pdf> [dostęp: 19.03.2020].

515 *5 maja Światowy Dzień Higieny Rąk*, <http://www.ses.edu.pl/5-maja-2019-swiatowy-dzien-higieny-rak> [dostęp: 19.03.2020].

516 *Save Lives – Clean Your Hands*, <https://www.who.int/infection-prevention/campaigns/clean-hands/5may2019/en/> [dostęp: 19.03.2020].

517 *Informacje dotyczące produktów wykorzystywanych podczas zwalczania COVID-19*, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/informacje-dotyczace-produktow-wykorzystywanych-podczas-zwalczania-covid-19> [dostęp: 6.06.2020].

Rękawice chirurgiczne muszą być sterylne i mają anatomiczny kształt. Przeznaczone są do stosowania w chirurgii inwazyjnej. Ze względu na wymaganie precyzji oraz pewności chwytu bardzo istotne jest właściwe dopasowanie rozmiaru rękawicy do ręki.

Rękawice medyczne muszą również spełniać wymaganie niewpływania negatywnie na organizm ludzki. W przypadku stosowania rękawic wykonanych z lateksu – kauczuku naturalnego może wystąpić u użytkownika podrażnienie skóry lub alergia na ten materiał.

Odzież ochronna personelu medycznego odgrywa podwójną rolę: 1) zapobiega zakażeniu pacjenta mikroorganizmami przenoszonymi z personelu medycznego na obszar pola operacyjnego podczas wykonywania zabiegów operacyjnych oraz 2) zapobiega kontaktowi powierzchniowemu mikroorganizmów, znajdujących się we krwi i innych płynach ustrojowych pacjentów, ze skórą personelu. Materiały barierowe, przeznaczone na odzież ochronną dla lekarzy i pomocniczego personelu medycznego, muszą przede wszystkim spełniać funkcję ochronną, tzn. zabezpieczać przed przenikaniem szkodliwych dla zdrowia czynników biologicznych i osiadaniem ich na skórze. Przez pojęcie barierowości, w odniesieniu do wyrobów włókienniczych, należy rozumieć zespół cech tych wyrobów, nadających im określone funkcje ochronne. Materiały włókiennicze przeznaczone na ochronną odzież medyczną, np. na fartuchy operacyjne dla chirurgów, powinny się charakteryzować przede wszystkim odpornością na: przesiąkanie krwi i innych płynów ustrojowych oraz przenikanie drobnoustrojów przenoszonych przez te płyny.

Do ochrony przed mikroorganizmami stosuje się szczelne **obuwie ochronne** w całości z gumy lub tworzywa. W zależności od potrzeb obuwie może być wyposażone w podnoski o odpowiedniej wytrzymałości na uderzenie i ściskanie, ochraniające palce stóp. Ze względów medycznych obuwie powinno odpowiadać normom higienicznym, aby mogło być poddawane rutynowemu codziennemu myciu ręcznemu lub termicznemu w maszynie myjąco-dezynfekującej, a w razie potrzeby również dezynfekcji.

Ochrona przed czynnikami biologicznymi polega na niedopuszczeniu lub ograniczeniu do minimum ich kontaktu ze skórą lub oczami, do ochrony przed cieciami, aerozolami lub parami, zawierającymi niebezpieczne czynniki biologiczne – może być stosowany sprzęt ochronny w postaci **osłon twarzy** lub **gogli**. Gogle oraz osłony twarzy powinny też spełniać wymagania dotyczące odporności na działanie środków dezynfekcyjnych, a ich konstrukcja powinna być pozbawiona elementów umożliwiających gromadzenie się aerozoli biologicznych.

W przypadku zagrożenia czynnikami biologicznymi należy pamiętać, że osłony twarzy można stosować jedynie wówczas, gdy występuje tylko zagrożenie przypadkowym narażeniem na działanie strumienia cieczy, np. podczas opróżniania zbiorników. Jeżeli jednak czynnik biologiczny występuje na stanowisku pracy również w postaci

rozpylonych w powietrzu kropel cieczy, powinien zostać zastosowany sprzęt ochrony układu oddechowego, wyposażony w odpowiednie części twarzowe (maski, kaptury)⁵¹⁸.

Prawidłowe kroki przy zakładaniu i zdejmowaniu odzieży ochronnej i środków ochrony indywidualnej

Bardzo ważne jest dokładne przestrzeganie zasad prawidłowego zakładania, a jeszcze bardziej zasad bezpiecznego zdejmowania zakażonej odzieży i środków ochrony osobistej. To są bardzo ważne czynności i jeśli te bezpieczne zasady nie będą przestrzegane, m.in. wskutek nieuwagi, to może dojść do kontaktu z drobnoustrojami i zakażenia⁵¹⁹. Dlatego tak ważne jest dokładne przestrzeganie wskazówek dotyczących zdejmowania rękawic i innych środków ochrony indywidualnej oraz skażonej odzieży ochronnej⁵²⁰.

Po zdjęciu rękawic należy zawsze zdezynfekować i umyć ręce, co pozwala na zachowanie bezpieczeństwa ze względu na możliwość mikrouszkodzeń niewidocznych gołym okiem.

Powstało wiele wysoko zaawansowanych rozwiązań technicznych, w szczególności **robotów AGV (*automated guided vehicle*)** – wykorzystywanych w szpitalach, gdzie niezwykle ważne jest izolowanie chorych zakaźnie, a tym samym bezpieczeństwo lekarzy i pielęgniarek, do dezynfekcji, pomiarów temperatury, dostarczania posiłków i wielu innych zadań. Rozwiązania te są w okresie pandemii COVID-19 nadal intensywnie rozwijane, szczególnie w Chinach⁵²¹.

Roboty mogą również pomagać w bardziej złożonych zadaniach, takich jak operacje. Zaczynają również służyć jako opiekunowie, szczególnie osób starszych, pomagając w codziennych obowiązkach i zadaniach medycznych, a także sprawdzając dobre samopoczucie i bezpieczeństwo pacjentów. Roboty medyczne mogą nawet zapewnić towarzystwo, aby zmniejszyć izolację odczuwaną przez wiele osób starszych. Roboty mogą wiele zdziałać, ale ludzie nie zawsze akceptują tego rodzaju pomoc.

Jednak większość pacjentów nadal chce mieć kontakt bezpośredni (rzeczywisty) z lekarzem, szczególnie w sytuacji wyjątkowo trudnej, np. przy otrzymywaniu

518 Gacek W., Majchrzycka K. *Środki ochrony indywidualnej*. Podstawy i Metody Oceny Środowiska Pracy 2004, nr 3 (41): 53-60, <http://yadda.icm.edu.pl/baztech/element/bwmeta1.element/baztech-7672996c-a49b-4a29-b316-c9733b829ed8> [dostęp: 9.02.2021].

519 *Zalecenia ECDC dotyczące zakładania i zdejmowania środków ochrony indywidualnej w czasie opieki nad pacjentami z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19)*, http://www.ptmsik.pl/images/pdfs/Zalecenia_COVID19_ECDC_SOI.pdf [dostęp: 6.06.2020].

520 *Prawidłowe kroki przy zdejmowaniu skażonej odzieży ochronnej i środków ochrony indywidualnej*, <https://www.icd.pl/poradnik/post/zdejmowanie-skazonego-ubioru> [dostęp: 6.06.2020]; *Informacja dotycząca środków ochrony osobistej (PPE) dla pracowników ochrony zdrowia sprawujących opiekę nad pacjentem podejrzanym o zakażenie/zakażonym wirusem Ebola (procedury zakładania oraz zdejmowania PPE)*, <https://pssekrakow.pl/files/ebola/informacja.pdf> [dostęp: 6.06.2020].

521 *Roboty na froncie walki z koronawirusem*, <https://przemysl-40.pl/index.php/2020/03/22/roboty-na-froncie-walki-z-koronawirusem/> [dostęp: 13.04.2020].

negatywnych, niepomysłnych wiadomości czy przy zabiegach wiążących się z odczuwaną przez chorego potrzebą dotyku dłoni lekarza⁵²².

Polska zajmuje ostatnie miejsce w Unii Europejskiej pod względem liczby lekarzy. Z opublikowanego w listopadzie 2019 r. raportu Eurostatu „Healthcare personnel statistics – physicians” wynika, że w naszym kraju na 1000 mieszkańców przypada średnio 2,4 lekarza⁵²³.

Wynika to zapewne z dużej emigracji z Polski lekarzy i innych fachowych pracowników służby zdrowia, głównie pielęgniarek; przez 20 lat z Polski wyjechało ponad 20 tys. lekarzy⁵²⁴. Poza tym Polska wydaje na opiekę zdrowotną stosunkowo mniej niż inne państwa UE⁵²⁵. Powoduje to coraz trudniejsze warunki pracy lekarzy i pozostałego personelu służby zdrowia – głównie z powodu przeciążenia pracą⁵²⁶.

Zamierzone samouszkodzenie/zatrucie (inaczej: samookaleczanie się, autodestrukcja, autoagresja)

W państwach cywilizacji zachodniej zjawisko to dotyczy 17-18% nastolatków populacji ogólnej i 40-80% nastolatków z zaburzeniami psychicznymi. W odróżnieniu od samobójstw, trudno jest podać ściśle dane epidemiologiczne, gdyż z powodu nieujawniania się tych osób – m.in. z powodu nierozumienia problemu i niechętnych reakcji otoczenia choćby z racji widoku krwi – wiele przypadków nie jest rejestrowanych⁵²⁷.

Samouszkodzenie zwane też samookaleczaniem się lub autodestrukcją, ale też autoagresją (w ujęciu psychologicznym i należy odróżniać je od pojęcia medycznego – chorób z autoagresji) – to wiele zachowań (od komunikatów werbalnych do prób samobójczych) wymierzonych przeciwko sobie samemu. Obecnie potwierdzono z całą pewnością, że samookaleczanie się jest krańcowo różne w intencji od samobójstwa, choć czasem prowadzi do śmierci – ale niezamierzonej. Jest wołaniem o pomoc, gdy ból duszy staje się za trudny i ulgę przynosi ból fizyczny. Należy je rozumieć jako obronę własną przed samobójstwem – dlatego zwane jest przez specjalistów „antysamobójstwem”.

522 Milner N., Rice S. *Robots are coming to a hospitale near you*, <https://www.fastcompany.com/90345453/robots-are-coming-to-a-hospital-near-you> [dostęp: 13.04.2020].

523 Puls Medycyny, <https://pulsmedycyny.pl/polska-ma-najmniej-lekarzy-w-calej-unii-europejskiej-977230> [dostęp: 19.11.2020].

524 *Premier: przez 20 lat z Polski wyjechało 20 tys. lekarzy*, <https://businessinsider.com.pl/wiadomosci/ilu-lekarzy-wyjechalo-z-polski/4y5c95k> [dostęp: 19.03.2020].

525 *State of Health in the EU Polska Profil systemu ochrony zdrowia 2017*, https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_poland_polish.pdf [dostęp: 19.03.2020].

526 *Zapaść. Przez ostatnie cztery lata zlikwidowano w Polsce 69 szpitali*, <https://www.newsweek.pl/polska/mapa-zlikwidowanych-szpitali/3jp74wx> [dostęp: 19.03.2020].

527 Fundacja Zobacz Jestem, <http://zobaczjestem.pl/> [dostęp: 18.05.2020].

Czynniki ryzyka, klasyfikacja

Do **czynników ryzyka** samookaleceń należą wcześniejsze zachowania autoagresywne, płęć żeńska, okres dojrzewania, trudności psychologiczne, rodzinne lub społeczne, objawy depresyjne, zaburzenia osobowości, a także inne zaburzenia psychiczne⁵²⁸.
Może powstać **uzależnienie od samookaleczania się** – podobnie jak w przypadku narkotyków czy seksu.

Klasyfikacja wg DSM-5 i wg ICD-10

W klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego **DSM-5** w rozdziale zawierającym opis zaburzeń wymagających dalszych badań wyodrębniono zaburzenie określone jako **samookaleczenia bez intencji samobójczych (*non-suicidal self-injury* – NSSI)**. Nie wszystkie samouszkodzenia są bezpośrednim skutkiem zaburzeń psychicznych. Objawy obejmują, zwykle powtarzające się, niezagrażające życiu samouszkodzenia, mające na celu uzyskanie ulgi, wywołanie pozytywnych emocji lub będące reakcją na trudności interpersonalne⁵²⁹.

Według ICD-10 zamierzone samouszkodzenie zawarte pomiędzy X60-X84 nie jest odrębnym schorzeniem, a traktowane jest jako objaw:

X60-X84 Zamierzone samouszkodzenie

X64 Zamierzone zatrucie przez narażenie na inne i nieokreślone leki, środki farmakologiczne i substancje biologiczne

X65 Zamierzone zatrucie przez narażenie na alkohol

X66 Zamierzone zatrucie przez narażenie na rozpuszczalniki organiczne i chlorowcowe pochodne węglowodorów i ich pary

X67 Zamierzone zatrucie przez narażenie na inne gazy i pary

X68 Zamierzone zatrucie przez narażenie na pestycydy

X69 Zamierzone zatrucie przez narażenie na inne i nieokreślone środki chemiczne i szkodliwe

X70 Zamierzone samouszkodzenie przez powieszenie, zadziergnięcie i zadławienie

X71 Zamierzone samouszkodzenie przez zanurzenie i utopienie

X72 Zamierzone samouszkodzenie przez postrzał z broni krótkiej

X73 Zamierzone samouszkodzenie przy użyciu broni wojskowej, strzelby i broni palnej długiej

X74 Zamierzone samouszkodzenie przez postrzał z innej i nieokreślonej broni

X75 Zamierzone samouszkodzenie przy użyciu materiału wybuchowego

X76 Zamierzone samouszkodzenie przez dym, ogień i płomień

X77 Zamierzone samouszkodzenie przez parę wodną, gorące pary i gorące przedmioty

X78 Zamierzone samouszkodzenie przy użyciu narzędzia ostrego

X79 Zamierzone samouszkodzenie przy użyciu narzędzia tępego

X80 Zamierzone samouszkodzenie przez skok z wysokości

528 Fundacja Zobacz Jestem, <http://zobaczjestem.pl/> [dostęp: 18.05.2020].

529 Instytut PWN. *Samookaleczenia u dzieci i młodzieży*, <http://www.instytutpwn.pl/samookaleczenia-u-dzieci-i-mlodziezy/> [dostęp: 18.05.2020].

X81 Zamierzone samouszkodzenie przez wskoczenie lub położenie się przed ruchomy przedmiot

X82 Zamierzone samouszkodzenie przez rozbicie pojazdu mechanicznego

X83 Zamierzone samouszkodzenie w inny określony sposób

X84 Zamierzone samouszkodzenie w sposób nieokreślony⁵³⁰.

Funkcje samookaleczenia się

Samookaleczenia spełniają następujące **funkcje**:

- związane z radzeniem sobie i przetrwaniem:
 1. regulacja napięcia i lęku,
 2. radzenie sobie z gniewem,
 3. unikanie;
- związane z własną osobą, tożsamością „ja”:
 1. wzmoczenie poczucia autonomii i kontroli,
 2. odzyskanie poczucia rzeczywistości,
 3. okazja do zaopiekowania się sobą;
- związane z radzeniem sobie z własnym doświadczeniem:
 1. demonstrowanie lub wyrażanie własnych doświadczeń traumatycznych,
 2. ponowne przeżywanie urazu;
- związane z karaniem własnej osoby i byciem ofiarą:
 1. karanie się,
 2. oczyszczenie,
 3. karanie prześladowcy;
- radzenie sobie z dezorientacją w sferze doznań seksualnych;
- dotyczące relacji z innymi ludźmi:
 1. komunikacja,
 2. karanie innych,
 3. wywieranie wpływu na zachowanie innych⁵³¹.

Rozładowaniu trudnych emocji (napięcia, gniewu, smutku czy poczucia winy) towarzyszy ulga po takim akcie – jest to efekt kilku procesów:

- Już samo wyrażenie tych emocji powoduje spadek napięcia, jednocześnie dochodzi do wytworzenia endorfin, które stymulują te same receptory, co opiaty. Działają one przeciwbólowo, redukują stres i napięcie, wywołując stan zbliżony do euforii. Badacze porównują te doznania do przyjemnych, jak np. seks, ale też przykrych (silny ból).

530 <https://dane-i-analazy.pl/raport/1189-zgony-powiaty-x60-x84> [dostęp: 19.11.2020].

531 Babiker G., Arnold L. *Autoagresja – mowa zranionego ciała*. Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002. Tytuł oryginalny: *The Language Of Injury* Copyright® 1997, <https://opoka.org.pl/biblioteka/Z/trans/kultura/autoagresja>, <https://docer.pl/doc/ncx80> [dostęp: 6.06.2020]; Pawłowska S. *Ostre przedmioty – samookaleczenia wśród młodzieży*. Remedium 2019; 4 (309): 15-17, ISSN 1230-7769.

- Akt autoagresji to nie tylko forma komunikowania się, demonstrowanie lub wyrażenie emocji czy wywoływanie nacisku na otoczenie, ale też nieco podobne do anoreksji zwiększanie poczucia niezależności i samokontroli.
- Jednocześnie takie zachowania umożliwiają wejście w rolę osoby uprawnionej do opieki czy troski i utrwalają wzorzec funkcjonowania jako ofiary.

Wśród osób podejmujących zachowania autodestrukcyjne zwykle występują jednocześnie wszystkie z wymienionych funkcji.

Podstawą jest zauważenie problemu i skorzystanie z pomocy psychoterapeuty. Zdarza się, że konieczne jest leczenie farmakologiczne, szczególnie że wykazano u wielu osób niedobór serotoniny, który można leczyć⁵³².

Do zachowań autoagresywnych (autodestrukcja) zaliczane są **liczne metody uszkodzenia ciała**. Według jednej z definicji jest to każde zachowanie stwarzające zagrożenie zdrowia lub życia podejmowane dobrowolnie, świadomie, ale też mniej świadomie.

Niektórzy badacze wyodrębniają trzy grupy samouszkodzeń: 1) wielkie, występujące najrzadziej (autokastracja, obcięcie kończyny itp.), dokonywane najczęściej w stanie ostrego upojenia alkoholowego, psychozach, 2) samouszkodzenia stereotypowe (np. rytmiczne uderzanie głową o ścianę), obserwowane stosunkowo rzadko, towarzyszą też autyzmowi, upośledzeniom umysłowym, psychozom, 3) samouszkodzenia powierzchowne (umiarkowane), po raz pierwszy opisane w 1969 r., występują najczęściej, mają charakter powierzchowny i zwykle nie wymagają pomocy medycznej.

Jak wspomniano, niektórzy zaliczają do zachowań autodestrukcyjnych zaburzenia łaknienia (bulimia, anoreksja, otyłość), nałogi, obgryzanie paznokci i opuszków palców, przymus uszkodzania ciała (drapanie, rozdrapywanie ran, gryzienie warg), wrywanie włosów, a czasami nawet ich zjadanie. Czasami osoby z zachowaniami autodestrukcyjnymi podświadomie szukają sytuacji czy okoliczności, w których łatwo o wypadek.

Znacznym problemem są zatrucia lekami, które mogą prowadzić do ciężkich trwałych uszkodzeń ciała (np. polekowe uszkodzenie wątroby), a czasem nawet śmierci.

Wielu autorów, w tym także z Polski, znajduje związki i wzajemne zależności samookaleczeń z tatuowaniem/piercingiem, skaryfikacją ciała, depresją, chorobą afektywną dwubiegunową, stwardnieniem rozsianym, padaczką i astmą⁵³³. Inne badania wprawdzie nie wykazały bezpośrednich zależności, ale zauważa się, że wśród osób,

532 Eckhardt A. *Autoagresja*. Wydawnictwo WAB, Warszawa 1998; Suchańska A., Wycisk J. *Samouszkodzenia. Istota, uwarunkowania, terapia*. Bogucki Wydawnictwo Naukowe, Poznań 2006; *Uzależnienia behawioralne. Przyczyny autoagresji*, <https://www.uzaleznieniabehawioralne.pl/inne-uzaleznienia/przyczyny-autoagresji> [dostęp: 18.05.2020].

533 Sokół-Szawłowska M., Święcicki Ł., Czyżak I., Zdziechowska K. *Zachowania autoagresywne u osób z zaburzeniami psychicznymi – badanie z udziałem użytkowników portalu społecznościowego*. *Psychiatr. Pol.* 2015; 49 (3): 503-516, http://www.psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_3_2015/503SokolSzawlowska_PsychiatrPol2015v49i3.pdf [dostęp: 19.11.2020].

które przynajmniej raz w życiu dokonały czynu o charakterze autoagresji, 13,4% miało tatuaże, a 17,3% piercing⁵³⁴.

Postrzeganie zaburzeń przez społeczeństwo – znaczenie Internetu, terapia

Osoba samouszkodzająca się – choćby z pociętą skórą na przedramieniu – jest postrzegana w społeczeństwie jako margines, gdyż skojarzenia z brzydotą, krwią, bliznami budzą niechęć, zażenowanie, czasem pogardę i chęć odizolowania się od takiej osoby.

Jak wskazują liczne badania – również lekarze, psychiatry, psycholodzy, terapeuci i cały personel medyczny dość często także negatywnie postrzegają takie osoby i doznają podobnych uczuć jak ludzie spoza wymienionych profesji.

Zajmujący się diagnostyką i terapią w tych przypadkach odczuwają ponadto dość często niepokój i niepewność związane m.in. z problemami właściwego rozpoznania.

Jak już podano, w odróżnieniu od samobójstw, trudno jest podać ściśle dane epidemiologiczne, gdyż wiele przypadków nie jest rejestrowanych. W Polsce temat samouszkodzeń i zamierzonych otruć jest zwykle tematem omawianym niechętnie. Osoby nieradzące sobie z tym problemem czasami ujawniają się w Internecie, pisząc o tym, jak się czują, jak są odrzucane przez środowisko, a także jak zostały potraktowane przez profesjonalistów i w efekcie już tam nie szukały pomocy.

Wiadomo jednak, że **częstość zjawiska samookaleczenia się, zwłaszcza wśród młodzieży, stale narasta**. W Anglii zauważono skalę tego problemu i powołano organizację o nazwie *National Self-Harm Network* – działającą w Internecie⁵³⁵. Jej zadaniem jest rozpowszechnianie wiedzy, edukacja społeczeństwa o przyczynach, wsparcie osób okaleczających się, organizowanie grup wsparcia dla rodzin i ludzi, którzy mają kontakt z osobami okaleczającymi się.

W Polsce działa forum internetowe *TacyJakJa.pl* prowadzone przez lekarzy⁵³⁶. Działa na zasadach znanych w krajach anglosaskich jako *GSMP (Guided Self Management Program for Patients)*⁵³⁷.

Leczenie osoby z zaburzeniami o typie autodestrukcji powinno obejmować całą rodzinę, gdyż zwykle w jej obrębie można ustalić przyczynę. Powinna być prowadzona

534 Jasek A., Kostulski A., Gmitrowicz A. *Analiza zależności samookaleczeń i tatuowania w grupie osób prezentujących obie cechy*. *Psychiatr. Psychol. Klin.* 2011; 11 (4): 224-231.

535 National Self-Harm Network. *Talk To Us. Off The Record*, <https://www.talkofftherecord.org/need-help-now/national-self-harm-network/> [dostęp: 5.04.2020].

536 *TacyJakJa.pl* – Korzystaj z rzetelnej wiedzy o zdrowiu! *Lekarze – pacjentom. Szukaj według schorzenia*, <https://tacyjakja.pl/> [dostęp: 5.04.2020].

537 Grady P.A., Gough L.L. *Self-Management: A Comprehensive Approach to Management of Chronic Conditions*. *American Journal of Public Health* 2014; 104 (8): e25-e30.

praca z psychoterapeutą. Bardzo przydatna jest terapia przez twórczość – pozwala wyrazić swoje wewnętrzne problemy, a także pokazuje postępy w procesie zdrowienia. Pomocna jest też terapia skierowana na ciało – pomaga je od nowa poznać, uczy samoakceptacji, dbałości o swoje potrzeby, a także kontaktów z ludźmi. W niektórych przypadkach niezbędna jest opieka psychiatry⁵³⁸.

Prowadzący stronę internetową „Niebieska Linia”⁵³⁹ podają, że temat autoagresji jest rzadko poruszany w mass mediach, a nawet w literaturze fachowej, chociaż zdarzają się konferencje na temat samookaleczeń u dzieci i młodzieży⁵⁴⁰. Zwracają też uwagę, że nawet zachowania powszechnie uznawane za normę (np. operacje plastyczne, sport ekstremalny), mogące prowadzić do deformacji ciała, bywają przejawem zaburzeń o typie autodestrukcji.

Zasoby własne (potencjały) → Stres a zdrowie psychofizyczne

Zdrowie (Definicja) → Zdrowie psychiczne

Zdrowie psychiczne

Definicja zdrowia według WHO

Ciągle najbardziej powszechna i uznawana jest definicja zdrowia WHO z 1946 r., według której jest to stan pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrego samopoczucia/dobrostanu (*wellbeing*), a nie tylko całkowity brak choroby (*disease*) czy niepełnosprawności (*infirmary*)⁵⁴¹.

Oprócz obszaru zdrowia fizycznego wymiarem uważanym za jeden z ważniejszych obszarów promocji zdrowia jest **zdrowie psychiczne**. W Deklaracji Zdrowia Psychicznego znajduje się teza głosząca, że zdrowie psychiczne i dobrostan psychiczny (pojęcia często używane zamiennie) mają zasadnicze znaczenie dla jakości życia,

538 Eckhardt A. *Autoagresja*. Wyd. WAB, Warszawa 1998; Linowski K., Wysocki I. *Agresja, autoagresja w przemoc w życiu człowieka. Przyczyny, przejawy, przeciwdziałanie i resocjalizacja*, Radom 2012: 92, http://www.psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_3_2015/503SokolSzawłowska_PsychiatrPol2015v49i3.pdf [dostęp: 19.11.2020].

539 Ogólnopolskie Pogotowie dla Ofiar Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia” Instytutu Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, <https://www.niebieskalinia.pl/> [dostęp: 5.04.2020].

540 Golbik-Madej E. „Zranione ciało – zraniona dusza”. *Samookaleczenia u dzieci i młodzieży*. Materiały z konferencji dla rodziców, pedagogów, psychologów i terapeutów. Gliwice 9 lutego 2019 r., <http://poradnia.gliwice.pl/wp-content/uploads/2019/03/Zranione-cia%C5%82o-%E2%80%93-zraniona-dusza.pdf> [dostęp: 5.04.2020].

541 PZH. *Zdrowie – definicja*, <https://www.pzh.gov.pl/zdrowie-definicja/WHO> <https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions> [dostęp: 21.03.2020].

umożliwiając ludziom doświadczanie życia jako sensownego, pozwalając im być twórczymi i aktywnymi obywatelami.

Zazwyczaj zdrowie psychiczne jest analizowane w trzech aspektach:

- negatywnym (brak zaburzeń psychicznych),
- funkcjonalnym (zdolność do spełniania określonych oczekiwań),
- pozytywnym, który oznacza pełny rozwój osobowości i umiejętność radzenia sobie w życiu.

Wyróżnia się w nim następujące kryteria: kontakt z rzeczywistością, poczucie autonomii, akceptacja samego siebie, rozpoznawanie swoich mocnych i słabych stron, konstruktywne kontakty z innymi (ekspresja siebie, swoich poglądów, potrzeb, emocji), radzenie sobie z trudnymi emocjami (np. złością, lękiem, napięciem) i wyzwaniem (m.in. uczenie się rozróżniania zmian koniecznych od zmian opcjonalnych) i perspektywa przyszłości (stawianie sobie celów).

Zdrowie psychiczne człowieka jest stanem dynamicznej wewnętrznej równowagi, co umożliwia wykorzystywanie jego zdolności, ale też jest w zgodzie z uniwersalnymi zasadami funkcjonowania w społeczeństwie⁵⁴². Nie istnieje jedna i bezwzględnie uniwersalna definicja zdrowia psychicznego – nie ma jednej, „oficjalnej” definicji. Według WHO różnice kulturowe, subiektywne odczucia oraz rywalizujące ze sobą, a często po prostu zachowujące jedynie odrębność myślenia profesjonalne teorie wpływają na to, jak termin ten jest rozumiany.

Jako trzeci wymiar zdrowia wymieniane jest **zdrowie społeczne** i podobnie jak dobrostan psychiczny to pojęcie złożone i różnie definiowane. Oznacza zdolność do nawiązywania, podtrzymywania i rozwijania prawidłowych relacji z innymi ludźmi. Tones i Green (2004) uważają, że osoby dojrzałe społecznie charakteryzuje niezależność – autonomia (jako cecha), a także zdolność do współpracy z innymi ludźmi (np. odczuwanie satysfakcji z pracy) oraz akceptowanie odpowiedzialności za siebie i innych. Zdrowie społeczne jest też utożsamiane z pełnieniem w życiu różnych ról i wykonywaniem zadań wyznaczonych procesami socjalizacji. Osoba zdrowa potrafi w sposób optymalny pełnić te role bez zakłóceń, choroba zaś uniemożliwia, a czasem nawet zwalnia z ich pełnienia.

Zdrowie duchowe – u niektórych ludzi jest związane z wierzeniami i praktykami religijnymi, u innych dotyczy utrzymywania wewnętrznego spokoju⁵⁴³. Jak zauważono – choćby w czasach wielkich epidemii – stanowi doskonałą bazę dla podtrzymywania zdrowia psychicznego człowieka.

542 Vaillant G.E. *Pozytywne zdrowie psychiczne: czy istnieje definicja międzykulturowa?* Postępy Psychiatrii i Neurologii. 2012; 21 (4): 229-250; Galderisi S. i wsp. *Propozycja nowej definicji zdrowia psychicznego*. Psychiatr. Pol. 2017; 51 (3): 407-411.

543 *Zrozumienie znaczenia zdrowia dla jednostki i społeczeństwa*, http://lo.krzepice.edu.pl/dokumenty/pdf/zrozumienie_znaczenia_zdrowia_dla_jednostki_i_spoleczenstwa.pdf [dostęp: 21.03.2020].

Opisywane powyżej wymiary zdrowia łączą się i przenikają nawzajem. Zakresem wspólnym dla zdrowia duchowego i społecznego jest postawa wobec innych ludzi, natomiast punktem wspólnym dla zdrowia fizycznego i psychicznego są emocje i ich fizjologiczne komponenty. Zdrowie oznacza też równowagę między poszczególnymi jego wymiarami, a zmiany w jednym obszarze wywołują zmiany w pozostałych.

Medycyna holistyczna – jedność ciała, umysłu, duszy i emocji

Holistyczne podejście do zdrowia ma swój źródłosłów w greckim *holos* ('cały, całkowity'). Termin ten odnosi się do poglądów, kierunków filozoficznych i metod ujmujących oraz wyjaśniających zjawiska w sposób całościowy.

Według medycyny holistycznej ciało, umysł, dusza i emocje stanowią jedność i gdy niedomaga jedno, zaczynają też niedomagać inne obszary. W ramach medycyny holistycznej pacjent traktowany jest jako osoba – jednostka biopsychospołeczna⁵⁴⁴ – nie jako jednostka chorobowa.

Zgodnie z takim ujęciem zdrowie jest kategorią interdyscyplinarną, nie można go zatem opisać w jednym paradygmacie medycznym, fizjologicznym czy psychologicznym⁵⁴⁵.

Systemowe podejście do człowieka jako jedności psychofizycznej, nierozzerwalnie związanej z otoczeniem społecznym, prezentuje Mandala Zdrowia – Model Ekosystemu Człowieka (mandala – pojęcie zaczerpnięte z buddyzmu). Jednostka jest przedstawiona jako zintegrowanie umysłu i ciała – system pozostający w nierozzerwalnych związkach z otoczeniem społecznym, który znajduje się w centrum wszechświata. Najbliżej człowieka jest rodzina, najdalej – biosfera i kultura. Wszystkie te systemy wzajemnie oddziałują na siebie w taki sposób, aby zachować równowagę we wszechświecie, która jest podstawą zdrowia w ujęciu holistyczno-funkcjonalnym⁵⁴⁶.

544 Tak pacjentów postrzegał – jako jeden z pierwszych lekarzy – prof. *Kornel Gibiński* (1915-2012); Kortko D. *Budda w białym fartuchu*, <https://wyborcza.pl/AkcjeSpecjalne/7,155762,21492971,budda-w-bialym-fartuchu.html> [dostęp: 12.07.2020].

545 Aleksandrowicz J., Matuszewski H. *Synteza poglądów na definicję zdrowia w aspekcie rewolucji naukowo-humanistycznej*. W: Aleksandrowicz J. (red.). *Rewolucja naukowo-humanistyczna*. Wiedza Powszechna, Warszawa 1974: 27-35.

546 *Mandala zdrowia – definicja, znaczenie, interpretacja*, <https://zdrowie.tvn.pl/a/mandala-zdrowia-definicja-znaczenie-interpretacja> [dostęp: 15.07.2020].

Poszukiwanie źródeł zdrowia, a nie choroby – salutogeneza według Antonovsky’ego

Salutogeneza (łac. *salus* – ‘zdrowie’ oraz grec. *genezea*) – według twórcy tej teorii Aarona Antonovsky’ego (1923-1994) objaśnia ona czynniki psychospołeczne determinujące stan zdrowia, a nie zajmuje się – jak dotychczas medycyna – chorobą⁵⁴⁷. Aaron Antonovsky koncentruje się na uwarunkowaniach, które stanowią niejaki constans w sytuacji, gdy organizm nie jest zagrożony. Ich siła i aktywność ujawnia się dopiero np. przy nasilonym stresie.

Według teorii salutogenezy czynnikami, od których zależy zdrowie człowieka, są:

- 1) stresory,
- 2) uogólnione zasoby odpornościowe,
- 3) poczucie koherencji, które oznacza wiarę człowieka w to, że może kontrolować daną sytuację – co daje mu dodatkową wewnętrzną siłę do radzenia sobie w sytuacjach trudnych.

Poza tym istotna jest także pozytywna otwartość człowieka na doświadczenie, tj. ciekawość i chęć uczestniczenia w życiu i wydarzeniach, połączona z wiarą w korzystne rozwiązanie sytuacji stresowej⁵⁴⁸.

Troska o zdrowie

Dla dobrej jakości życia, służącej zachowaniu zdrowia, istotne są poczucie własnej wartości i skuteczności, poczucie koherencji (wiary w skuteczność swojego działania), poziom optymizmu, umiejscowienie kontroli, umiejętność asertywnego zachowywania się, stabilność emocjonalna, ekstrawersja, sumienność, pozytywna emocjonalność, inteligencja emocjonalna, poczucie humoru, nadzieja, poczucie sensu, otwartość do dzielenia się z innymi swoimi przeżyciami, duchowość, twardość, prężność, zaangażowanie, a także wsparcie społeczne⁵⁴⁹.

Podstawą zachowań prozdrowotnych jest wiedza o skutkach zachowań ryzykownych, takich jak: brak aktywności fizycznej, nieprawidłowy sposób odżywiania się, nieadekwatne radzenie sobie ze stresem, uleganie nałogom prowadzącym do uzależnienia – ale też o zagrożeniach chorobami i metodach zabezpieczania się (świadomość

⁵⁴⁷ Piotrowicz M., Cianciara D. *Teoria salutogenezy – nowe podejście do zdrowia i choroby*. Przegl. Epidemiol. 2011; 65: 521-527.

⁵⁴⁸ Sęk Helena, https://pl.wikipedia.org/wiki/Helena_S%C4%99k [dostęp: 3.06.2020].

⁵⁴⁹ Rosińska P. *Psychologiczne wyznaczniki troski o zdrowie u rodziców małych dzieci*. Niepublikowana praca doktorska, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Wydział Filozofii Chrześcijańskiej, Warszawa 2014.

zdrowotna). Jednak bez odpowiednich predyspozycji własnych (właściwości struktury osobowości człowieka, zmienne emocjonalne, poznawcze), które warto rozwijać i umacniać, sama wiedza nie wystarcza. W tym miejscu z pomocą spieszy psychologia, której udział w utrzymywaniu zdrowia człowieka jest znaczny.

Zawyczaj te same czynniki psychologiczne, które w dużej mierze determinują zarówno zdrowie, jak i chorobę, równocześnie stanowią wyznaczniki zachowań prozdrowotnych. I tak np. wrogość poprzez drogę fizjologiczną może prowadzić do pogorszenia kondycji fizycznej i zaburzeń somatycznych osoby jej doświadczającej, a w zakresie zdrowia społecznego może wyznaczać zachowania antyzdrowotne, prowadzi do zachowań agresywnych pogarszających jakość relacji interpersonalnych (obszar dbałości o zdrowie społeczne).

Troska o zdrowie wyraża się działaniem na rzecz zachowania zdrowia. Dbając o własne zdrowie, można też oddziaływać na zachowania innych ludzi (poprzez proces zwany modelowaniem).

Edukacja prozdrowotna, psychoprewencja (higiena psychiczna)

Edukacja prozdrowotna – to edukowanie ludzi na temat zdrowia obejmujące takie obszary, jak: zdrowie środowiskowe, zdrowie fizyczne, zdrowie społeczne, zdrowie emocjonalne, zdrowie intelektualne i zdrowie duchowe, a także edukację w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego.

Psychoprewencja (higiena psychiczna, prewencja psychologiczna) jest zespołem działań zapobiegających niekorzystnym stanom w życiu człowieka, które mogą powodować zaburzenia jego zdrowia fizycznego, psychicznego i funkcjonowania społecznego.

Przykładem jest *Mental Health Awareness Week* (Tydzień Świadomości Zdrowia Psychicznego) – brytyjska kampania krajowa mająca na celu zwiększenie zrozumienia problemów zdrowia psychicznego⁵⁵⁰ czy *World Mental Health Day* (Światowy Dzień Zdrowia Psychicznego) obchodzony 10 października każdego roku, którego celem jest podnoszenie świadomości na temat problemów zdrowia psychicznego na całym świecie i mobilizowanie wysiłków na rzecz zdrowia psychicznego. Dzień ten stanowi okazję dla wszystkich zainteresowanych problemami zdrowia psychicznego, aby porozmawiać o swojej pracy oraz o tym, co należy zrobić, aby opieka zdrowotna stała się rzeczywistością dla ludzi na całym świecie⁵⁵¹.

⁵⁵⁰ Mental Health Awareness Week, <https://www.mentalhealth.org.uk/campaigns/mental-health-awareness-week> [dostęp: 14.03.2020].

⁵⁵¹ WHO. *World Mental Health Day – 10 October*, https://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/en/ [dostęp: 4.04.2020].

Elementy ważne dla rozwoju człowieka i jego zdrowia psychicznego

Dotyk, pierwszy narząd zmysłów, rozwijający się w życiu płodowym wcześniej niż np. wzrok, poznany przez ludy prymitywne, w krajach cywilizowanych doceniony w prawidłowym rozwoju dzieci dopiero w latach 70. XX w. (wtedy wprowadzono kangurowanie noworodków).

Dzień 15 maja to Światowy Dzień Kangurowania (*Kangaroo Care Awareness Day*)⁵⁵². W tym dniu w 2017 r. ruszyła w Polsce kampania „Rodzice Kangury”. Celem było propagowanie wiedzy, poprawa świadomości ludzi o znaczeniu dotyku, kontaktu „skóra do skóry” (*skin to skin*), przekonanie rodziców do przytulania dzieci, przypominanie tej wiedzy personelowi medycznemu, by umożliwiał i dbał o takie relacje dziecka z rodzicami.

Istnieją badania międzykulturowe, które wskazują, że w społeczeństwach, gdzie dzieci są noszone na rękach, tulone, karmione piersią czy masowane, wyrastają na mniej agresywnych i bardziej empatycznych dorosłych.

Według niektórych psychologów człowiek dorosły potrzebuje 30 dobrych dotknięć dziennie. O tym, jak bardzo potrzebujemy dotyku, świadczyć może choćby popularność Kampanii Darmowych Uścisków (*Free Hugs Campaign*) Juana Manna (naśladowcy na całym świecie, ponad 70 mln wyświetleń na YouTube)⁵⁵³.

Stan psychofizyczny, nazwany **głodem skóry** (*skin hunger*), nasila się szczególnie u ludzi starszych w czasie traumatycznych przeżyć lub po nich, szczególnie wyraźnie po śmierci partnera, ale też coraz częściej dotyka młodych zagubionych we współczesnym świecie.

Przy wzajemnie akceptowanym dotyku w mózgu osoby dotykającej i dotykanej uwalniają się hormony. Jednym z nich jest **oksytocyna**, zwana też hormonem miłości – wyzwala dalszą potrzebę bliskości i powoduje przywiązanie.

Potrzeba dotyku, przytulenia i bycia blisko nie zależy od wieku, towarzyszy nam nawet w chwili umierania⁵⁵⁴.

552 *Kangaroo Care during COVID19*, <https://kangaroo.care/blogs/covid-19> [dostęp: 4.04.2020].

553 *Uściski w 80 dni dookoła świata*, <https://www.national-geographic.pl/aktualnosci/usciski-w-80-dni-dookola-swiate> [dostęp: 18.03.2020]; Marcinkowski J.T., Konopielko Z., Rosińska P., Klimberg A. *Dotyk to „pieśń bez słów” – znaczenie w rozwoju, zdrowiu i seksie*. Część 1. *Dobry dotyk. Zachowania prozdrowotne jako element aktywności życiowej człowieka*. Praca zbiorowa pod redakcją dr. n. o zdr. G. Bejdy, dr hab. n. o zdr. J. Lewko, prof. dr hab. n. med. E. Krajewskiej-Kułałak. ISBN 978-83-955921-9-5. Wydanie I, Białystok 2020: 933-943.

554 Olszak T., Sowa A. *Zbawienny wpływ dotyku*, <https://www.polityka.pl/jamyoni/1736308,1,zbawienny-wplyw-dotyku.read> [dostęp: 14.03.2020]; Chochowska M., Marcinkowski J.T. *Znaczenie dotyku w medycynie – na przykładzie terapii manualnej tkanek miękkich*. Cz. II. *Dotyk jako czynnik terapeutyczny i kod kulturowy*. *Hygeia Public Health* 2013; 48 (3): 269-273.

Kolejnym elementem wzmacniającym zasoby własne człowieka, działającym prozdrowotnie, pomagającym w ciężkiej chorobie jest zalecany już w Starym Testamencie, starożytnej Grecji czy przez Indian – **uśmiech, śmiech i dobry humor**.

Badania naukowe na ten temat podjęto w drugiej połowie XIX w., stwarzając **podwaliny nauki o śmiechu nazwanej gelotologia** (gr. *gelos* – ‘śmiech’). W latach 70. XX w. realizowano badania naukowe – psychoneuroimmunologiczne nad wpływem humoru na zdrowie nie tylko psychiczne, ale też fizyczne ludzi. Utworzono pojęcie eustresu, które określa korzystne oddziaływanie dobrych emocji na organizm⁵⁵⁵.

W 1980 r. zawiązano prestiżowe, naukowe, Międzynarodowe Towarzystwo Badania Humoru (*International Society of Humor Studies*)⁵⁵⁶. Także w Polsce odbywają się konferencje dotyczące wpływu humoru na zdrowie, działają wydawnictwa dotyczące tematu i jest realizowany „Humour Research Project”⁵⁵⁷.

Od 1986 r. (USA) działają grupy „doktorów kłownów” (*Clown Care Units*)⁵⁵⁸. Pomysłodawcą był zawodowy komik – kłown Michael Christensen. Śmiechoterapię rozpowszechnił Hunter Doherty „Patch” Adams – amerykański, lekarz, klaun i aktor. W 1972 r. założył *The Gesundheit! Institute*⁵⁵⁹.

Od 1999 r. – także w Polsce – działa Fundacja „Dr Clown”, w której pracuje około 600 wolontariuszy (najczęściej psychologzy, pedagodzy, studenci medycyny – dodatkowo przeszkoleni), którzy odwiedzają rocznie ponad 60 tys. chorych w całym kraju i poprzez wywołanie uśmiechu dają im radość i relaks.

W 2011 r. powstała *European Federation of Hospital Clown Organizations* (EFHCO)⁵⁶⁰; są także w innych krajach liczne organizacje, np. *Fédération Française des Associations de Clowns Hospitaliers*⁵⁶¹ czy *Canadian Association of Therapeutic Clowns*⁵⁶².

Jak ważna jest ta akcja, świadczą wyniki licznych badań, np. w 2005 r. pediatrizy włoscy udowodnili, że spotkania z kłownami zmniejszają lęk dzieci towarzyszący

555 Berk L.S., Felten D.L., Tan S.A. i wsp. *Modulation of neuroimmune parameters during the eustress of humor-associated mirthful laughter*. *Alternative Therapies* 2001; 7 (2): 62-76.

556 International Society for Humor Studies; *International Journal of Humor Research*, <http://www.humorstudies.org/JournalCenter.htm> [dostęp: 4.04.2020].

557 Savage B.M., Lujan H.L., Thipparthi R.R. i wsp. *Humor, laughter, learning, and health! A brief review*. *Adv. Physiol. Educ.* 2017; 41 (3): 341-347. Doi: 10.1152/advan.00030.2017, indexed in Pubmed: 28679569.

558 Big Apple Circus Clown Care Unit®, <https://www.ynhh.org/childrens-hospital/services/support-services/child-life/big-apple-circus-clown-care-unit.aspx> [dostęp: 14.03.2020].

559 The Gesundheit! Institute. <https://www.patchadams.org/mission> [dostęp: 14.03.2020].

560 European Federation of Hospital Clown Organizations, <http://www.efhco.eu/european-federation-of-hospital-clowns-organizations> [dostęp: 4.04.2020].

561 Fédération Française des Associations de Clowns Hospitaliers, <https://www.ffach.fr/> [dostęp: 4.04.2020].

562 Canadian Association of Therapeutic Clowns, <https://www.lhsc.on.ca/therapeutic-clown> [dostęp: 4.04.2020].

hospitalizacji⁵⁶³ czy podczas wykonywanych zabiegów, takich jak np. zakładanie wenuflonu czy wstrzyknięcia dostawowe⁵⁶⁴.

Oddziaływanie prozdrowotne mają także **spotkania z przyjaciółmi, rozmowy czy uczestniczenie w życiu społecznym** – co jest zalecane, zwłaszcza ludziom starszym, w najnowszej piramidzie żywienia.

Sposobem wyrażenia swoich emocji, uwolnienia od złych, poprawy samopoczucia i kondycji fizycznej jest **taniec** – stosowany od prawników i intuicyjnie wykonywany już nawet przez niemowlęta.

Taniec wykorzystano jako formę terapii, która nazywa się **choreoterapia**. Jej prekursorem był m.in. Rudolf von Laban (1879-1958). Choreoterapia, wywodząc się z tańca nowoczesnego, nawiązuje do tańców szamańskich, plemiennych.

Istnieje wiele dowodów naukowych, że **bliskość intymna dorosłych**, akt seksualny połączony z czułością, dotykiem (także po jego odbyciu) wpływa korzystnie na stan psychofizyczny człowieka, poprawia zdolności poznawcze, a także funkcjonowanie w społeczeństwie, poprawiając nawet jakość jego pracy⁵⁶⁵.

Jednak we współczesnym cywilizowanym świecie obserwuje się wiele problemów świadczących o pogorszeniu życia seksualnego ludzi⁵⁶⁶.

Zaburzenia zdrowia psychicznego

Obecnie wśród chorób o największym znaczeniu epidemiologicznym w Europie, które przynoszą największe straty społeczne i gospodarcze, wymienia się:

- 1) choroby układu krążenia,
- 2) nowotwory,
- 3) zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania.

Obecnie wymienia się je w takiej kolejności, ale prognozy epidemiologiczne wskazują, że w ciągu najbliższych 10-20 lat pierwszą przyczyną zgonów staną się nowotwory, a choroby psychiczne i zaburzenia zachowania staną się drugim pod względem ponoszonych kosztów problemem zdrowotnym Europy.

563 Vagnoli L., Caprilli S., Robiglio A. i wsp. *Clown doctors as a treatment for preoperative anxiety in children: a randomized, prospective study*. *Pediatrics*. 2005; 116 (4): e563-e567. Doi: 10.1542/peds.2005-0466, indexed in Pubmed: 16199685.

564 Wołyniez I., Rimon A., Scolnik D. i wsp. *The effect of a medical clown on pain during intravenous access in the pediatric emergency department: a randomized prospective pilot study*. *Clin. Pediatr. (Phila)* 2013; 52 (12): 1168-1172. Doi: 10.1177/0009922813502257, indexed in Pubmed: 24028842.

565 *Maintaining an active sex life may lead to improved job satisfaction, engagement in work*, <https://today.oregonstate.edu/archives/2017/mar/maintaining-active-sex-life-may-lead-improved-job-satisfaction-engagement-work> [dostęp: 4.04.2020].

566 PAP – Nauka w Polsce. *Raport: jedynie 42 proc. Polaków zadowolonych z życia seksualnego*. 2017, <http://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news%2C413058%2Craport-jedynie-42-proc-polakow-zadowolonych-z-zycia-seksualnego.html> [dostęp: 17.03.2020].

Dane europejskie WHO wskazują, że aż 27% Europejczyków w wieku 18-65 lat przynajmniej raz w roku odczuwa objawy złego stanu zdrowia psychicznego.

Do tego należy dodać coraz liczniejszą grupę osób w wieku senioralnym, która jest szczególnie narażona na ryzyko zaburzeń depresyjnych i lękowych związanych ze swoim stanem zdrowia, niesamodzielnnością czy samotnością.

Zaburzenia psychiczne, ze swej natury przewlekłe i trwające z różną intensywnością często przez wiele lat, na terenie całej UE są przyczyną 22% niepełnosprawności mierzonej w latach przeżytych w niepełnosprawności (*years lived with disability* – YLD).

Coraz więcej badań populacyjnych dotyczących kondycji zdrowia psychicznego w Europie – w tym w Polsce („Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępu do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”)⁵⁶⁷ – dowodzi, że gwałtownie rośnie liczba osób cierpiących z powodu problemów psychicznych związanych z tempem życia, stresem, problemami emocjonalnymi czy finansowymi. Zwiększa się też liczba osób, które źle oceniają swoją kondycję i odporność psychiczną.

Konieczność nasilenia działań profilaktycznych w obszarze zdrowia psychicznego

Narastają wyraźnie przypadki takich chorób, jak depresja, schizofrenia czy uzależnienia od substancji psychoaktywnych, a także rośnie liczba osób, które ze względu na brak ruchu i otyłość, rosnące tempo życia i pracy oraz związany z nimi stres, problemy natury finansowej i osobistej, presję na sukces i wyniki w połączeniu z brakiem umiejętności odpoczynania, rozładowywania napięcia czy brakiem oparcia, wymagają pomocy w przechodzeniu na prozdrowotny styl życia, a w razie konieczności opieki psychiatrycznej.

Konieczność intensyfikacji działań profilaktycznych w tym obszarze zawiera Narodowy Program Zdrowia (NPZ)⁵⁶⁸, a w ramach NPZ „Priorytetowe działania w obszarze zdrowia psychicznego na lata 2016-2020”⁵⁶⁹.

567 Kiejna A., Piotrowski P., Adamowski T. i wsp. *Rozpowszechnienie wybranych zaburzeń psychicznych w populacji dorosłych Polaków z odniesieniem do płci i struktury wieku – badanie EZOP Polska*. *Psychiatr. Pol.* 2015; 49 (1): 15-27, http://psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_1_2015/15Kiejna_PsychiatrPol2015v49i1.pdf [dostęp: 5.04.2020].

568 Narodowy Program Zdrowia (NPZ), <https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowy-program-zdrowia> [dostęp: 5.04.2020].

569 MZ. *Priorytetowe działania w obszarze zdrowia psychicznego na lata 2016-2020*, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowy-program-ochrony-zdrowia-psychicznego1> [dostęp: 5.04.2020].

Zdrowie publiczne – wiedza ogólna

Według WHO

Zdrowie publiczne jest to zorganizowany wysiłek społeczny, realizowany głównie przez wspólne działania instytucji publicznych, mający na celu polepszenie, promocję, ochronę i przywracanie zdrowia ludności. Obejmuje, między innymi takie rodzaje działalności, jak: analizę sytuacji zdrowotnej, nadzór zdrowotny, promocję zdrowia, zapobieganie, zwalczanie chorób zakaźnych, ochronę środowiska i sanitację, działania przygotowawcze na wypadek katastrof i nagłych sytuacji zdrowotnych i medycynę pracy⁵⁷⁰.

Definicję można też znaleźć w słowniku epidemiologii wydany przez Międzynarodowe Towarzystwo Epidemiologiczne (*International Epidemiological Association*)⁵⁷¹.

Zadania

Zdrowie publiczne – według Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz.U. 2015 poz. 1916) – zajmuje się takimi zadaniami, jak:

1) monitorowanie i ocena stanu zdrowia społeczeństwa, zagrożeń zdrowia oraz jakości życia związanej ze zdrowiem społeczeństwa; 2) edukacja zdrowotna dostosowana do potrzeb różnych grup społeczeństwa, w szczególności dzieci, młodzieży i osób starszych; 3) promocja zdrowia; 4) profilaktyka chorób; 5) działania w celu rozpoznawania, eliminowania lub ograniczania zagrożeń i szkód dla zdrowia fizycznego i psychicznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji; 6) analiza adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa; 7) inicjowanie i prowadzenie: a) działalności naukowej w zakresie zdrowia publicznego, b) współpracy międzynarodowej dotyczącej działalności naukowej w zakresie zdrowia publicznego; 8) rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego; 9) ograniczanie nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych; 10) działania w obszarze aktywności fizycznej⁵⁷².

Funkcje ciał doradczych i opiniodawczych pełnił Wydział **Polskiej Akademii Nauk (PAN)**. W ramach Wydziału V – Nauk Medycznych – działa Komitet Zdrowia Publicznego PAN⁵⁷³, który m.in. redaguje „Biuletyn COVID-19” przedstawiający najważniejsze aktualne fakty dotyczące tej pandemii⁵⁷⁴.

570 WHO. *Health Systems Strengthening Glossary. Public Health*, https://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index8.html [dostęp: 25.04.2020].

571 *International Epidemiological Association*, <https://ieaweb.org/> [dostęp: 25.04.2020]; Porta M. *A Dictionary of Epidemiology*. Oxford University Press, Oxford 2008. ISBN 978-0-19-531449-6.

572 Ustawa o zdrowiu publicznym, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/ustawa-o-zdrowiu-publicznym> [dostęp: 24.06.2020].

573 Komitet Zdrowia Publicznego PAN, <http://www.keizp.pan.pl/> [dostęp: 4.01.2021].

574 Biuletyn COVID-19, <https://biuletyn-covid-19.blogspot.com/> [dostęp: 23.05.2020].

Zdrowie środowiskowe

Zdrowie środowiskowe – według WHO – to dziedzina zdrowia publicznego zajmująca się wpływem czynników biologicznych, chemicznych, fizycznych na zdrowie człowieka. Jest to teoria i praktyka z zakresu oceny, eliminacji i zapobiegania obecności w środowisku tych czynników, które mogą negatywnie wpływać na zdrowie ludzi i wielokrotnie w perspektywie zaburzać rozwój społeczno-gospodarczy danego państwa.

WHO definiuje środowisko jako „wszystkie fizyczne, chemiczne i biologiczne czynniki zewnętrzne w stosunku do osoby oraz wszystkie powiązane zachowania”⁵⁷⁵.

Zdrowie środowiskowe polega więc na zapobieganiu chorobom i urazom lub ich kontrolowaniu.

Niska jakość środowiska ma największy wpływ na osoby, których stan zdrowia jest już zagrożony. Dlatego zdrowie środowiskowe musi uwzględniać czynniki zarówno społeczne, jak i środowiskowe, które poprzez oddziaływanie na człowieka mogą zwiększać prawdopodobieństwo narażenia i choroby.

WHO szacuje, że aż 12,6 mln zgonów rocznie wynika z niezdrowego środowiska – co stanowi prawie co czwartą liczbę zgonów na świecie. Czynniki ryzyka zdrowotnego w środowisku, takie jak: zanieczyszczenia powietrza, wody i gleby, szkodliwości chemiczne, zmiany klimatyczne i promieniowanie ultrafioletowe – przyczyniają się do powstawania lub zaostrzania przebiegu ponad 100 chorób, są czynnikami przyczynowymi lub jednym z czynników przyczynowych w odniesieniu do szerokiego spektrum zaburzeń zdrowotnych, w tym chorób nowotworowych, układu nerwowego, chorób alergicznych, układu krążenia, układu oddechowego, a także zaburzeń endokrynologicznych czy rozwoju płodowego oraz wielu innych niekorzystnych zmian stanu zdrowia (choroby nerek, osteoporoza, zaburzenia autoimmunologiczne, ale też niepłodność).

Chociaż większość problemów zanieczyszczenia środowiska dotyczy przede wszystkim krajów szybko się rozwijających, to nie omija krajów wysoko rozwiniętych. Przyczyną jest zazwyczaj nadmierny konsumpcjonizm i związane z nim zanieczyszczenie środowiska.

W krajach biedniejszych przeważają problemy chorób spowodowanych **bakteriologicznym** skażeniem wody i żywności, ale też rozprzestrzeniającymi się m.in. drogą

⁵⁷⁵ WHO. Environment and Health, <https://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health> [dostęp: 6.08.2020].

pokarmową zakażeniami wirusowymi. Wynika to najczęściej z braku właściwych warunków sanitarnych⁵⁷⁶.

Jednak i tam narastają problemy wynikające z zanieczyszczeń chemicznych powietrza, gleby i wody, często spowodowane przywożeniem na te tereny odpadów z krajów zamożnych.

W krajach szybko rozwijających się narastają problemy związane z zanieczyszczeniami **chemicznymi powietrza, wody i gleby** (wynikające np. z niewłaściwego składowania odpadów, intensywnej działalności rolniczej lub przemysłowej), czynnikami fizycznymi środowiska (np. zanieczyszczenia elektromagnetyczne, zapylenie powietrza) oraz szybkim gromadzeniem się odpadów. Zanieczyszczenia mogą dotyczyć niewielkich terenów, najczęściej jednak mają charakter obszarowy, często transgraniczny⁵⁷⁷.

Wiele materiałów budowlanych zanieczyszcza powietrze niekorzystnymi dla zdrowia lotnymi substancjami organicznymi, a wodę metalami ciężkimi (ołów, chrom, nikiel) czy monomerami uwalnianymi ze złej jakości tworzyw sztucznych (instalacje wewnętrzne wykonane z niewłaściwie dobranych materiałów. Ludzie przebywający większość czasu w pomieszczeniach (domy, miejsca pracy) są narażeni na te wszystkie czynniki szkodliwe.

Zwiększa się liczba chorujących na alergie – wielu badaczy zauważa, że jest to przynajmniej częściowo wynik z jednej strony nadmiernego zanieczyszczenia środowiska (zwłaszcza żywności i wody pitnej), z drugiej – nadmiernej higienizacji i antybiotykoterapii (niszczenia korzystnych dla zdrowia mikroorganizmów, stanowiących barierę ochronną dla człowieka).

Obserwowane obecnie **zmiany klimatyczne**, w znacznej mierze zależne od działań człowieka, przyczyniają się do susz lub powodzi, powstawania i utrzymywania się smogu, topnienia gór lodowych czy zmniejszania się ochronnej warstwy ozonu w stratosferze.

576 NIZP – PZH. *Aktualne zagrożenia chorobami zakaźnymi w Afryce*, <https://szczepienia.pzh.gov.pl/aktualne-zagrozenia-chorobami-zakaznymi-afryce/> [dostęp: 18.11.2020].

577 Kozłowski P. *Ghana – składowisko zużytej elektroniki*, <https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/swiat/1577617,1,ghana--skladowisko-zuzytej-elektroniki.read> [dostęp: 7.06.2020]. WHO. *Europe. Closing the Health Inequalities*, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/124529/E87934.pdf [dostęp: 7.06.2020]; Kruczkowska M. *Filipiny toczą z Kanadą wojnę o śmieci*, <https://wyborcza.pl/7,75399,24806870,filipiny-tocza-z-kanada-wojne-o-smieci.html> [dostęp: 7.06.2020]; *Koniec wysyłania odpadów do krajów rozwijających się. Podpisano porozumienie ograniczające eksport tworzyw sztucznych*, <https://zmianyaziemi.pl/wiadomosc/koniec-wysylania-odpadow-do-krajow-rozwijajacych-sie-podpisano-porozumienie-ograniczajace> [dostęp: 7.06.2020].

Środowiskowe i społeczne uwarunkowania zdrowia

Według WHO środowiskowe i społeczne uwarunkowania zdrowia obejmują następujące zagadnienia⁵⁷⁸:

Zanieczyszczenie powietrza	Stanowi poważne zagrożenie dla zdrowia na całym świecie. Wiele krajów nie ma przepisów dotyczących jakości i norm dla zanieczyszczenia powietrza.
Bezpieczeństwo chemiczne	Należy zapewniać wczesne ostrzeżenie i zapobieganie szkodliwym skutkom chemikaliów, na które ludzie są coraz bardziej narażeni, oraz oceniać potencjalne zagrożenia dla zdrowia ludzi.
Zdrowie środowiskowe dzieci	Przetrawianie i rozwój dziecka zależą od podstawowych potrzeb w zakresie życia; wśród nich podstawowe znaczenie ma bezpieczne, zdrowe i czyste środowisko.
Zmiany klimatyczne, zubożenie warstwy ozonowej, utrata różnorodności biologicznej	Zmiana klimatu zagraża wielu podstawowym elementom dobrego zdrowia, jak: czyste powietrze, bezpieczna woda pitna, pożywna żywność, bezpieczne schronienie – i może podważyć dziesięciolecia postępu w globalnym zdrowiu.
Promieniowanie elektromagnetyczne	Promieniowanie elektromagnetyczne wszystkich częstotliwości stanowi jedno z najczęstszych i najszybciej rosnących zagrożeń środowiskowych, powodujących niepokój społeczny. Wszystkie populacje są obecnie narażone, a poziomy tego narażenia będą rosły wraz z postępem technologii.
Promieniowanie jonizujące	Narażenie to obejmuje: promieniowanie kosmiczne, materiały radioaktywne znajdujące się w glebie, wodzie, żywności, powietrzu, a także w ciele. Źródła tego promieniowania wytwarzane przez człowieka są szeroko stosowane w medycynie, przemyśle i badaniach.
Promieniowanie ultrafioletowe (UV)	Niewielkie ilości promieniowania UV są niezbędne do produkcji witaminy D u ludzi, ale nadmierna ekspozycja może powodować ostre i przewlekłe skutki zdrowotne dla skóry [czerniak (<i>melanoma malignum</i>), rak podstawnokomórkowy (<i>carcinoma basocellulare</i>), rak kolczystokomórkowy (<i>carcinoma spinocellulare</i>)], oczu i układu odpornościowego.
Ocena wpływu środowiska naturalnego na zdrowie	Transport, rolnictwo i mieszkalnictwo mają ogromny wpływ na zdrowie. Na przykład transport jest najczęstszą przyczyną obrażeń ciała w następstwie wypadków komunikacyjnych, a ponadto powoduje zanieczyszczenia powietrza i hałas. „Zdrowe polityki transportowe” to np. promowanie spacerów i jazdy na rowerze. W rolnictwie nawozy i pestycydy mogą zwiększyć plony, ale rozsądne stosowanie jest ważne, aby chronić pracowników rolnych i konsumentów przed nadmiernym narażeniem na chemikalia.
Kłęski żywiołowe, katastrofy i inne sytuacje kryzysowe	Ryzyko można znacznie zmniejszyć poprzez skuteczne zapobieganie oraz gotowość i zdolność do reagowania. Znaczna część obciążeń chorobowych wynikających z tych zdarzeń wynika ze środowiskowych czynników ryzyka.
Zdrowie zawodowe	Wypadki przy pracy (w tym śmiertelne) oraz choroby zawodowe utrzymują się na niedopuszczalnie wysokim poziomie i wiążą się z ogromnym i niepotrzebnym obciążeniem dla zdrowia, cierpieniem i stratami ekonomicznymi.
Spoleczne determinanty zdrowia	W szczególności istotne jest wyrównywanie nierówności w zdrowiu ⁵⁷⁹ .
Higiena sanitarna wody	Zapewnienie bezpiecznej wody, warunków sanitarnych i warunków higienicznych ma zasadnicze znaczenie dla ochrony zdrowia ludzkiego i życia, a szczególnie podczas wszystkich epidemii chorób zakaźnych.

⁵⁷⁸ WHO. *Public health, environmental and social determinants of health*, https://www.who.int/phe/health_topics/en/ [dostęp: 15.04.2020].

⁵⁷⁹ WHO. *Europe. Closing the Health Inequalities Gap: An International Perspective*, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/124529/E87934.pdf [dostęp: 15.04.2020].

Bezpieczeństwo powietrza, wody, gleby, budynków, żywności, gospodarka odpadami

BEZPIECZEŃSTWO ZDROWOTNE POWIETRZA ATMOSFERYCZNEGO

Zanieczyszczenia powietrza są głównymi przyczynami globalnych zagrożeń środowiska⁵⁸⁰. Pomimo poprawiającej się sytuacji w zakresie jakości powietrza w Europie, w Polsce narażenie na zanieczyszczenie powietrza jest nadal poważnym problemem zdrowia publicznego z powodu wysokich stężeń zanieczyszczeń, zwłaszcza notowanych w sezonie jesienno-zimowym⁵⁸¹.

Monitoring jakości powietrza – w skali całego świata jest to *World's Air Pollution: Real-time Air Quality Index*⁵⁸², a dla Polski *Air Pollution in Poland: Real-time Air Quality Index Visual Map*⁵⁸³. W Polsce Główny Inspektorat Ochrony Środowiska prowadzi: 1) portal jakości powietrza⁵⁸⁴ i 2) badania stanu warstwy ozonowej nad Polską oraz pomiary natężenia promieniowania UV.

BEZPIECZEŃSTWO ZDROWOTNE WODY

Według WHO codziennie z powodu chorób związanych z niedostatkami wody pitnej umiera około 6 tys. dzieci, co oznacza, że co 15 sekund umiera z tego powodu jedno dziecko. Przewiduje się, że do 2025 r. około jedna trzecia ludzkości nie będzie miała dostępu do wystarczającej ilości wody pitnej.

Z 1,2 mld ludzi mających utrudniony dostęp do wody 63% zamieszkuje kraje Azji, 28% Afryki, 7% Ameryki Południowej i 2% Europy. W krajach Ameryki Północnej i Australii nikt nie ma ograniczonego dostępu do wody. Tylko kilkanaście krajów ma tzw. nadwyżki wody, jak np. Norwegia.

Polska to jeden z najuboższych w wodę krajów europejskich.

Podczas gdy średnio w Europie na jednego człowieka przypada 5,1 tys. m³ wody pitnej rocznie – w Polsce mamy najniższe zasoby wody pitnej przypadające na jednego mieszkańca – 1,7 tys. m³. Polska jest w grupie państw, którym grozi deficyt wody⁵⁸⁵.

580 WHO. *How air pollution is destroying our health*, <https://www.who.int/airpollution/news-and-events/how-air-pollution-is-destroying-our-health> [dostęp: 24.03.2020].

581 Polska Izba Ekologii. *Wpływ zanieczyszczeń powietrza na zdrowie*, http://www.pie.pl/materialy/_upload/Konf_wpL_zan_pow_2017/mat_pokonf_wplyw_zan_pow_na_zdrowie_2017.pdf [dostęp: 22.03.2020].

582 *World's Air Pollution: Real-time Air Quality Index*, <https://waqi.info/> [dostęp: 24.03.2020].

583 *Air Pollution in Poland: Real-time Air Quality Index Visual Map*, <https://aqicn.org/map/poland/> [dostęp: 24.03.2020].

584 *Mapa jakości powietrza w Polsce – bieżące dane pomiarowe*, <http://powietrze.gios.gov.pl/pjp/current> [dostęp: 24.03.2020].

585 Global Compact – Network Poland. *Zasoby wodne w Polsce*, <https://ungc.org.pl/info/zasoby-wodne-polsce/> [dostęp: 30.03.2020].

Państwowy Monitoring Środowiska prowadzi m.in. badania i oceny stanu jednolitych części wód powierzchniowych (JCWP) – rzecznych, w tym zbiorników zaporowych, jeziornych, przejściowych i przybrzeżnych – i podziemnych, na jakie podzielona została sieć hydrograficzna naszego kraju, zgodnie z wymaganiami Ramowej Dyrektywy Wodnej.

Problemy związane z deficytem zasobów wodnych

Zwiększające się deficyty wód podziemnych wynikają z okresów suszy, przyczyn naturalnych, związanych z globalnym ociepleniem klimatu, ale też z działań ludzi (brak świadomości problemu, niekontrolowane zużycie, projektowanie i budowa miast z uszczelnianiem powierzchni ziemi, co zwiększa parowanie wody deszczowej)⁵⁸⁶.

W dokumencie „Polityka ekologiczna państwa 2030 – strategia rozwoju w obszarze środowiska i gospodarki wodnej” podkreśla się, że szczególnie zagrożone suszą są tereny położone w centralnej Polsce, m.in. w województwie łódzkim, w którym już zaczynają się tworzyć strefy pustynne. Poważne zagrożenie zauważa się także na Kujawach, Pojezierzu Dobrzyńskim i Pojezierzu Chełmińskim⁵⁸⁷.

Już teraz należy realizować plany skutecznej retencji wody opadowej (nieobetonowane zbiorniki), odbudowywać skuteczną meliorację i ją utrzymywać. Równie ważne są inwestycje, takie jak zbieranie wody deszczowej – także indywidualne – i wszelkie działania w zakresie tzw. błękitnej i zielonej infrastruktury, czyli w dużym uproszczeniu: „złap wodę i ją zatrzymaj”⁵⁸⁸.

Światowy Dzień Wody (*World Water Day*) – święto ustanowione przez Zgromadzenie Ogólne ONZ rezolucją z 22 grudnia 1992 r., obchodzone corocznie 22 marca. Powodem ustanowienia było to, że ponad miliard ludzi na świecie cierpi z powodu braku dostępu do czystej wody pitnej. Ideą obchodów jest uświadomienie państwom członkowskim i społeczeństwom wpływu prawidłowej gospodarki wodnej na ich kondycję gospodarczą i społeczną.

Zarządzanie bezpieczeństwem wody pozwoliło znacznie zminimalizować wiele zagrożeń.

⁵⁸⁶ Kępińska-Kasprzak M. *Susze w Polsce – podsumowanie*. Instytut Meteorologii i Gospodarki Wodnej – Państwowy Instytut Badawczy, 2018, www.imgw.pl/2018/07/13/susze-w-polsce-podsumowanie/ [dostęp: 30.03.2020].

⁵⁸⁷ *Polityka ekologiczna państwa 2030 – strategia rozwoju w obszarze środowiska i gospodarki wodnej*, <https://bip.mos.gov.pl/strategie-plany-programy/polityka-ekologiczna-panstwa-2030-strategia-rozwoju-w-obszarze-srodowiska-i-gospodarki-wodnej/> [dostęp: 30.03.2020].

⁵⁸⁸ Państwowy Instytut Geologiczny. Państwowy Instytut Badawczy. *Czy przez suszę zabraknie wody pitnej? Ekspert odpowiada*, <https://www.pgi.gov.pl/aktualnosci/display/11567-czy-przez-upaly-i-susze-zabraknie-wody-pitnej-ekspert-odpowiada.html> [dostęp: 30.03.2020].

Bezpieczeństwo wody pitnej. Wytyczne WHO, uregulowania prawne w UE i w Polsce
Problemy związane z normami mikrobiologicznymi wody pitnej, sposobem badania podano szczegółowo na stronie Głównego Inspektoratu Sanitarnego (GIS)⁵⁸⁹.

Szczegółowe informacje dotyczące bezpieczeństwa wody pitnej podano także na stronie Głównego Inspektoratu Sanitarnego (GIS)⁵⁹⁰.

Informacje na temat **aktualnych norm prawnych dotyczących jakości wody pitnej oraz instytucji odpowiedzialnych za kontrolę i podejmowanie odpowiednich działań w przypadku zauważonych nieprawidłowości** są zamieszczane na stronach internetowych Głównego Inspektora Sanitarnego, a także wojewódzkich i powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych⁵⁹¹. Dane są aktualizowane w zależności od aktualnych badań⁵⁹².

W **wytycznych WHO** podano:

Zdecydowana większość rzeczywistych problemów zdrowotnych związanych z wodą jest wynikiem mikrobiologicznego (bakteryjnego, wirusowego, pochodzącego od pierwotniaków lub innego biologicznego) skażenia⁵⁹³.

Znaczenie bezpieczeństwa zdrowotnego wody jest na tyle istotne, iż zagadnienie to zostało uregulowane na gruncie prawa wspólnotowego poprzez wydanie kluczowych dla bezpieczeństwa zdrowotnego konsumentów dyrektyw:

- dyrektywy Rady 98/83/WE z dnia 3 listopada 1998 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi,
- dyrektywy Komisji (UE) 2015/1787 z dnia 6 października 2015 r. zmieniającej załączniki II oraz III do dyrektywy Rady 98/83/WE w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi,
- dyrektywy Rady 2013/51/EURATOM z dnia 22 października 2013 r. określającej wymogi dotyczące ochrony zdrowia ludności w odniesieniu do substancji promieniotwórczych w wodzie przeznaczonej do spożycia przez ludzi. [...]

Nadzór nad jakością wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi sprawowany jest przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej na podstawie Ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz.U. z 2015 r. poz. 1412 z późn. zm.) jak również na podstawie:

589 <https://gis.gov.pl/wp-content/uploads/2018/04/Og%C3%B3lna-liczba-mikroorganizm%C3%B3w-w-22C-w-wodzie-przeznaczonej-do-spo%C5%BCycia-przez-ludzi.pdf> [dostęp: 18.11.2020].

590 Kamińska A., Strzemieczna A. (red.). *Woda przeznaczona do spożycia przez ludzi. Kompendium*. Główny Inspektorat Sanitarny, Warszawa wrzesień 2018. ISBN 978-83-950847-0-6. <https://www.kzgw.gov.pl/files/Pliki%20do%20pobrania/Kompendium%20Woda.pdf> [dostęp: 18.11.2020].

591 GIS. Stan Sanitarny Kraju. *Jakość wody przeznaczonej do spożycia*, <https://stansanitarny.gis.gov.pl/index.php/rozdzial/woda> [dostęp: 15.07.2020]; Kamińska A., Strzemieczna A. (red.). *Woda przeznaczona do spożycia przez ludzi. Kompendium*. Główny Inspektorat Sanitarny, Warszawa, wrzesień 2018 r., <https://www.kzgw.gov.pl/files/Pliki%20do%20pobrania/Kompendium%20Woda.pdf> [dostęp: 15.07.2020].

592 *Wytyczne WHO dotyczące jakości wody do picia*. Pierwsze uzupełnienie do wydania czwartego. Główny Inspektorat Sanitarny, Warszawa, <https://gis.gov.pl/zywnosc-i-woda/wytyczne-who-d-otyczace-jakosci-wody-do-picia-pierwsze-uzupelnienie-do-wydania-czwartego/> [dostęp: 15.07.2020].

593 *Wytyczne dotyczące jakości wody do picia*. Wydanie czwarte. Bydgoszcz 2014 (Guidelines for Drinking-water Quality – 4th Edition, World Health Organization 2011): 7; Stan Sanitarny Kraju w 2016 r. *Jakość wody przeznaczonej do spożycia*, <https://stansanitarny.gis.gov.pl/index.php/rozdzial/woda> [dostęp: 16.07.2020].

- Ustawy z dnia 7 czerwca 2001 r. o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków (Dz.U. z 2017 r. poz. 328),
- Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 listopada 2015 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz.U. poz. 1989). [. . .]

Jakość wody przeznaczonej do spożycia powinna odpowiadać wymaganiom określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi. Zakres badań obejmuje zarówno badania mikrobiologiczne, fizykochemiczne, organoleptyczne oraz badania stężeń promieniotwórczości w wodzie. Badania jakości wody do spożycia wykonują laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej lub inne laboratoria o udokumentowanym systemie jakości badań zatwierdzonym przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, stosownie do ustawy o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków.

Podstawę zapewnienia konsumentom bezpiecznej wody do spożycia stanowią zarówno badania realizowane w ramach nadzoru organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, jak i badania wykonywane przez producentów wody w ramach kontroli wewnętrznej. W przypadku przekroczeń dopuszczalnych parametrów mikrobiologicznych lub fizykochemicznych producenci wody mieli obowiązek podjęcia działań naprawczych w celu poprawy jakości wody. Każdorazowo po stwierdzeniu, że jakość uległa zmianie i odbiega od wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia, formułowane były komunikaty o jakości wody o zasadach użytkowania wody do spożycia. Komunikaty przekazywane były właściwym samorządom odpowiedzialnym za zbiorowe zaopatrzenie w wodę do spożycia w celu podania ich do publicznej wiadomości konsumentów, a także umieszczane są na stronach internetowych właściwych stacji sanitarno-epidemiologicznych [. . .].

Ryzyko zdrowotne spowodowane związkami chemicznymi zawartymi w wodzie do spożycia różni się od zagrożenia spowodowanego zanieczyszczeniami mikrobiologicznymi, głównie z uwagi na fakt, że zanieczyszczenia chemiczne na ogół nie wywołują natychmiastowych skutków. Ponadto, istnieje niewiele składników chemicznych wód, które mogą prowadzić do wystąpienia problemów zdrowotnych. Woda jest bezpieczna dla zdrowia ludzkiego jeżeli jest wolna od mikroorganizmów chorobotwórczych i pasożytów oraz wszelkich substancji w stężeniach stanowiących potencjalne zagrożenia dla zdrowia ludzkiego. Z tego określenia nie wynika, że woda ma być czysta w znaczeniu chemicznym czy organoleptycznym. [. . .]

Substancje promieniotwórcze w wodzie przeznaczonej do spożycia przez ludzi

Polska implementowała przepisy dyrektywy Rady 2013/51/Euratom z dnia 22 października 2013 r. określającej wymogi dotyczące ochrony zdrowia ludności w odniesieniu do substancji promieniotwórczych w wodzie przeznaczonej do spożycia przez ludzi przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 listopada 2015 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz.U. poz. 1989)⁵⁹⁴.

Ustawa z dnia 20 lipca 2017 r. Prawo wodne (Dz.U. 2017 poz. 1566; t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 310, 284, 695, 782, 875) zawiera m.in. definicję **kąpieliska**, rozumienie klasyfikacji wody w kąpielisku oraz zanieczyszczeń wody w kąpielisku i miejscu okazjonalnie wykorzystywanym do kąpeli (obecność skażenia mikrobiologicznego lub innych organizmów, odpadów czy substancji niekorzystnie wpływających na jakość wody

⁵⁹⁴ Stan Sanitarny Kraju w 2016 r. *Jakość wody przeznaczonej do spożycia*, <https://stansanitarny.gis.gov.pl/index.php/rozdzial/woda> [dostęp: 16.07.2020].

i stanowiących zagrożenie dla zdrowia kąpiących się; art. 16 pkt 76), a także zasady przeprowadzania kontroli przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej⁵⁹⁵.

Dane dotyczące stanu sanitarnego kąpielisk i pływalni, aktualizowane na bieżąco, są podawane na stronach internetowych Głównego Inspektoratu Sanitarnego oraz wojewódzkich i powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych⁵⁹⁶.

Stałe monitorowanie stanu wody w kąpieliskach zabezpiecza użytkowników. Stacje sanitarno-epidemiologiczne decydują o okresowym zamykaniu kąpielisk⁵⁹⁷ i warto śledzić zalecenia podawane w mediach, można dowiadywać się też na stronie Głównego Inspektoratu Sanitarnego lub ze specjalnej mapy⁵⁹⁸.

BEZPIECZEŃSTWO ZDROWOTNE GLEBY

Międzynarodowa Unia Towarzystw Gleboznawczych (*International Union of Soil Sciences* – IUSS) w 2002 r. ustanowiła Światowy Dzień Gleby (*World Soil Day*⁵⁹⁹), którego coroczne obchody 5 grudnia od 2012 r. organizowane są przez FAO (*Food and Agriculture Organization of the United Nations*⁶⁰⁰) i Globalne Partnerstwo dla Gleb (*Global Soil Partnership* – GSP).

Rolnictwo przemysłowe funkcjonuje na zasadzie masowego wykorzystania toksycznych środków ochrony roślin (pestycydów) i nawozów sztucznych, które zaburzają równowagę składników gleby i wody oraz zatruwają te środowiska. Wysokie w Polsce już wcześniej zużycie nawozów sztucznych⁶⁰¹ oraz pestycydów od okresu integracji z UE nadal dynamicznie wzrasta⁶⁰².

595 Główny Inspektorat Sanitarny. *Pobieranie próbek wody z kąpielisk i miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpeli*, <https://gis.gov.pl/wypoczynek/pobieranie-probek-wody-z-kapielisk-i-miejsc-okazjonalnie-wykorzystywanych-do-kapieli/> [dostęp: 19.07.2020].

596 Główny Inspektorat Sanitarny. *Kąpieliska*, <https://gis.gov.pl/zywnosc-i-woda/kapieliska-podstawowe-akty-prawne/> [dostęp: 19.07.2020]; Główny Inspektorat Sanitarny. *Kąpieliska i pływalnie*, <https://gis.gov.pl/kategoria/wypoczynek/formy-wypoczynku/kapieliska-i-plywalnie/> [dostęp: 19.07.2020]; Główny Inspektorat Sanitarny. *Serwis kąpieliskowy*, <https://sk.gis.gov.pl/> [dostęp: 19.07.2020].

597 *Wprowadzenie zakazu kąpeli. Prawo wodne – art. 346*, <https://sip.lex.pl/akty-prawne/dzuziennik-ustaw/prawo-wodne-18625895/art-346> [dostęp: 20.07.2020].

598 Główny Inspektorat Sanitarny. *Kąpieliska*, <https://sk.gis.gov.pl/index.php/strona/content/7> [dostęp: 20.07.2020].

599 *World Soil Day – 5 December*, <https://www.un.org/en/observances/world-soil-day> [dostęp: 22.03.2020].

600 Food and Agriculture Organization of the United Nations, <http://www.fao.org/home/en/> [dostęp: 22.03.2020].

601 GUS. *Nawozy*, <https://stat.gov.pl/wyszukiwarka/?query=tag:nawozy> [dostęp: 22.03.2020].

602 GUS. *Srodki produkcji w rolnictwie*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rolnictwo-lesnictwo/rolnictwo/srodki-produkcji-w-rolnictwie-w-roku-gospodarczym-20182019,6,16.html> [dostęp: 22.03.2020].

BEZPIECZEŃSTWO ZDROWOTNE BUDYNKÓW

Środowisko życia całej populacji to nie tylko warunki przyrodnicze, ale także miejsca zamieszkania i pracy. Większość ludzi najwięcej czasu spędza w pomieszczeniach. Wiele materiałów budowlanych zanieczyszcza powietrze we wnętrzach niekorzystnymi dla zdrowia lotnymi substancjami organicznymi, a wodę metalami ciężkimi (ołów, chrom, nikiel) czy monomerami uwalnianymi ze złej jakości tworzyw sztucznych (instalacje wewnętrzne wykonane z niewłaściwie dobranych materiałów).

BEZPIECZEŃSTWO ŻYWNOŚCIOWE, PROBLEM WYRZUCANIA ŻYWNOŚCI I GŁODU NA ŚWIECIE

Problem jest tak istotny, że niedawno podano, iż przeprowadzono „Trzy wielkie bitwy o globalną politykę żywnościową”⁶⁰³. W czasie obrad Światowego Szczytu Żywności (*World Food Summit 2020 – Better Food for More People*) skupiono się nad pytaniami, w jaki sposób handel stwarza zarówno wyzwania, jak i możliwości, w jaki sposób krajowe i globalne systemy żywnościowe mogą reagować na Cele Zrównoważonego Rozwoju ONZ⁶⁰⁴.

Problem głodu na świecie i wyrzucania żywności

Aż 95% żywności pochodzi z gleby, jednak 1/3 tej żywności trafia do kosza, podczas gdy 815 mln ludzi znajduje się w niepewnej sytuacji żywieniowej, a 2 mld ludzi nie ma bezpieczeństwa żywnościowego.

BEZPIECZEŃSTWO ZDROWOTNE OTOCZENIA – GOSPODAROWANIE ODPADAMI

Higiena komunalna zajmuje się bezpieczeństwem zdrowotnym otoczenia człowieka w zakresie czynników środowiska zurbanizowanego, zaopatrzeniem osiedli i miast w wodę odpowiadającą potrzebom fizjologicznym człowieka, usuwaniem odpadów i nieczystości, zwalczaniem zanieczyszczenia powietrza i nadmiernego hałasu, planowaniem zabudowy i zagospodarowaniem terenu zgodnym z potrzebami zdrowotnymi i innymi.

Odpady – według stopnia szczególnego zagrożenia – dzieli się na:

- odpady grożące zakażeniem – zawierające drobnoustroje chorobotwórcze, jaja pasożytów itp.,
- odpady grożące skażeniem – zawierające substancje promieniotwórcze,

⁶⁰³ *Three Big Battles for Global Food Policy Looming*, <https://www.etcgroup.org/content/three-big-battles-global-food-policy-looming> [dostęp: 21.03.2020].

⁶⁰⁴ *World Food Summit 2020 – Better Food for More People*, <https://bfmp.dk/themes/> [dostęp: 21.03.2020].

- odpady szczególnie szkodliwe dla środowiska – zawierające substancje uznane przez ministra zdrowia za trucizny lub środki szkodliwe,
- surowe produkty i inne materiały uznane za nieprzydatne do wykorzystania gospodarczego.

Przez **odpady medyczne** rozumie się odpady powstające w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oraz prowadzeniem badań i doświadczeń naukowych w zakresie medycyny⁶⁰⁵.

Obszar bezpieczeństwa zdrowotnego otoczenia jest bardzo szeroki, o czym można się przekonać, studiując Ustawę z dnia 13 września 1996 r. o utrzymaniu czystości i porządku w gminach (Dz.U. 1996 Nr 132, poz. 622). Ważne znaczenie w tym obszarze (z przyczyn sanitarno-epidemiologicznych) ma także Ustawa z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz.U. 1959 Nr 11, poz. 62).

Według raportu Banku Światowego w 2016 r. na całym świecie wytworzono ponad 2 mld ton **odpadów**. Bez podjęcia pilnych działań do 2050 r. ilość odpadów wytwarzanych na świecie wzrośnie – w porównaniu z obecnym poziomem – o 70%.

W krajach o wysokich dochodach, gdzie zamieszkuje 1/5 ludności świata, wytwarza się 1/3 odpadów całego świata. Jednak obserwuje się w nich **korzystny trend recyklingu** i kompostowania. Bank Światowy prognozuje, że do 2050 roku ilość odpadów w krajach o wysokim dochodzie spadnie o 20%, ale w krajach o średnim lub niskim dochodzie wzrośnie o 40%.

Najważniejszym problemem jest faza zbiórki śmieci. W krajach Afryki Subsaharyjskiej odbiera się 44% śmieci, podczas gdy w Europie Środkowej, Azji i Ameryce Północnej zbiera się co najmniej 90% śmieci. W skali całego świata ok. 37% wysypuje się na legalnych składowiskach, 33% trafia na nielegalne, 19% poddaje się recyklingowi, a 11% jest spalane⁶⁰⁶.

Promieniowanie elektromagnetyczne

Ostatnie postępy technologiczne spowodowały, że naturalne środowisko elektromagnetyczne zostało dotknięte przez **sztuczne źródła pól elektromagnetycznych**. Ludzie są narażeni na sztuczne pola elektromagnetyczne zarówno w środowisku zawodowym, jak i w życiu codziennym.

Najczęściej promieniowanie elektromagnetyczne (PEM) związane z technologią obejmują PEM o częstotliwości radiowej (RF), tj. fale radiowe i mikrofałe (100 kHz-300 GHz) oraz częstotliwość EMF częstotliwości (50, 60 Hz). Urządzenia

605 Ustawa z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach. Dz.U. 2013 poz. 21.

606 Aleteia. *Niedługo utoniemy w śmieciach. Co się dzieje z odpadami, które produkujemy?*, <https://pl.aleteia.org/2018/11/06/niedlugo-utoniemy-w-smieciach-co-sie-dzieje-z-odpadami-ktore-produkujemy/> [dostęp: 21.03.2020].

emitujące RF są szeroko stosowane w przemyśle (spawarki, grzejniki indukcyjne), telekomunikacji (stacje telewizyjne i radiowe), medycynie (NMR⁶⁰⁷, diatermia) oraz w życiu codziennym (kuchenki mikrofalowe, telefony komórkowe i 5G – najnowszej generacji komunikacja mobilna).

Skutki zdrowotne związane z oddziaływaniem PEM są intensywnie badane od wielu dekad, jednak nadal istnieją duże rozbieżności w środowisku naukowym co do wpływu PEM na organizm człowieka. Chociaż nie można jednoznacznie potwierdzić negatywnego wpływu ekspozycji na PEM na ludzki organizm, to sensowne wydaje się sformułowanie zasady podobnej do zasady ALARA („As Low As Reasonably Achievable”) stosowanej w przypadku promieniowania jonizującego.

Nadwrażliwość elektromagnetyczna (EHS – *Electromagnetic HyperSensitivity*, czasem również: „elektrowrażliwość”) jest uznawana za schorzenie idiopatyczne, tzn. takie, którego przyczyny są nieznane i które wywołane jest przez bliżej nieokreślone czynniki. Jest ona związana z całą gamą objawów niespecyficznych, które trudno czasem poddać obiektywnej ocenie: np. nasilone zmęczenie, osłabienie, ból głowy, szum w uszach, bezsenność, zaburzenia pamięci, bóle w różnych częściach ciała, dysfunkcje kardiologiczne, odczucie ciepła, nudności, zawroty głowy itp.⁶⁰⁸

Obserwowany na świecie dramatyczny wzrost korzystania z **telefonów komórkowych**, a zwłaszcza szybkiej ewolucji technologii (pojawienie się 5G), wywołał poważne obawy o potencjalne negatywne skutki PEM dla zdrowia – nie tylko wśród użytkowników telefonów komórkowych (smartfonów)⁶⁰⁹ i osób mieszkających w pobliżu **stacji bazowych**, ale także wśród rządowych i pozarządowych organizacji odpowiedzialnych za zdrowie publiczne.

Chociaż narażenia na oddziaływanie PEM związane z korzystaniem z telefonów komórkowych mieszczą się w obecnych standardach bezpieczeństwa, należy zauważyć, że normy te zostały oparte wyłącznie na oczekiwanych efektach cieplnych PEM, z pominięciem wszelkich możliwych efektów innych niż termiczne. Najpewniejsze dowody na możliwe skutki zdrowotne narażenia na PEM mogą dostarczyć badania epidemiologiczne – jednak pomimo wielkiej liczby wysokiej jakości badań na temat ryzyka zachorowalności na choroby nowotworowe, zwłaszcza mózgu, głowy i okolic szyi wskutek zwiększonego narażenia na pole elektromagnetyczne, nie udało się dowieść wzrostu tego ryzyka. Ocena długoterminowa związku ekspozycji na PEM emitowane

607 NMR – *nuclear magnetic resonance* – tomografia komputerowa.

608 Ministerstwo Cyfryzacji. *Pole elektromagnetyczne a człowiek. O fizyce, biologii, medycynie, normach i sieci 5G*, file:///C:/Users/win7/Downloads/Bia%C5%82a_Ksi%C4%99ga_-_Pole_elektromagnetyczne_a_cz%C5%82owiek.pdf [dostęp: 20.04.2020].

609 Schoeni A., Roser K., Rössli M. *Memory performance, wireless communication and exposure to radiofrequency electromagnetic fields: A prospective cohort study in adolescents*. *Environ. Int.* 2015 Dec; 85: 343-351. Doi: 10.1016/j.envint.2015.09.025. Epub 2015 Oct 30.

przez stacje bazowe z objawami subiektywnymi wymaga lepszych metodologicznych badań obserwacyjnych niż większość dotychczas opublikowanych danych⁶¹⁰.

W badaniach epidemiologicznych i metanalizach dotyczących korelacji między nowotworami a PEM, szczególnie w odniesieniu do telefonów komórkowych, wciąż identyfikuje się obszary niepewności, które należy zbadać, a liczba badań nad efektami nienowotworowymi rośnie, co sugeruje możliwość nowych zagrożeń. Scenariusze, które zostaną otwarte w ramach próby 5G, prawdopodobnie zmienią ogólny poziom narażenia populacji w wyniku poważnych zmian w architekturze sieci. Dlatego ważne jest, aby przyjąć zdecydowane zapobiegawcze podejście. Biorąc pod uwagę poważne obawy ludności, właściwe instytucje powinny wdrażać programy informacyjne i uświadamiające poprzez odpowiednią komunikację na temat ryzyka⁶¹¹.

Zespół dziecka maltretowanego

Według WHO maltretowanie dzieci to:

każde zamierzone lub niezamierzone działanie na osobie poniżej 18 roku życia, które ujemnie wpływa na obecne lub przyszłe zdrowie, przeżycie, rozwój fizyczny i psychospołeczny dziecka⁶¹².

Przemoc wobec dzieci to nie tylko najczęściej komentowana i znana przemoc seksualna. Mogą to być też różne zachowania rodziców, dorosłych czy rówieśników, które powodują wpływ na stan i rozwój dziecka. Wyróżnia się więc odrzucenie, przemoc fizyczną, emocjonalną, seksualną, ale też doświadczaną przez innych domowników, która przez dziecko jest odbierana odpowiednio dla takiego wieku – często czuje się nie tylko ofiarą, ale też współwinne.

Ponieważ dziecko nie potrafi wyrazić albo się boi czy wstydzi opowiedzieć o tym, czego doznaje i co czuje, przemoc bardzo często pozostaje niezauważana. Zwykle dopiero po wielu latach, a nawet dziesięcioleciach zostaje przez osobę, która jej doznała, uświadomiona i wyrażona. Przez ten okres często zaburzone są relacje z bliskimi, społeczne, skłonność do depresji czy zachowań ryzykownych, których prąźródło psychoterapeuta znajduje często w traumie wczesnego dzieciństwa.

Każdy człowiek, rodzic, nauczyciel, a także osoba postronna, ale przed wszystkim pracownik służby zdrowia, zwłaszcza lekarz, musi umieć rozpoznać krzywdę dotykającą

610 Bortkiewicz A. *Health effects of Radiofrequency Electromagnetic Fields (RF EMF)*. *Industrial Health* 2019; 57: 403-405.

611 Miligi L. *[Radiofrequency electromagnetic fields, mobile phones, and health effects: where are we now?]*. *Epidemiol. Prev.* 2019 Sep-Dec; 43 (5-6): 374-379. Doi: 10.19191/EP19.5-6.P374.107.

612 WHO. *Child Maltreatment*, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/> [dostęp: 20.07.2020].

osobę słabszą, zwłaszcza dziecko. Ofiary molestowania seksualnego w dzieciństwie czasem mówią o tym po dziesiątkach lat.

Obowiązkiem lekarza jest rozpoznać zagrożenia i umiejętnie oraz szybko i skutecznie zareagować.

Klasyfikacja wg ICD-10, historia zauważania problemu

Obecnie zespół dziecka maltretowanego, według ICD-10, wyróżniony jest pod kodem T74, zawierając w sobie:

T74.0 – Zaniedbanie i porzucenie

T74.1 – Nadużycie fizyczne (zespół maltretowanego dziecka lub małżonka)

T74.2 – Nadużycie seksualne

T74.3 – Nadużycie psychiczne

T74.8 – Inne zespoły maltretowania (formy złożone)

T74.9 – Zespół maltretowania, nieokreślony (skutkiem są: nadużycia dorosłego lub nadużycia dziecka)⁶¹³.

Historia

Pierwsze opisy dzieci będących ofiarami przemocy zostały opublikowane w XIX w. przez francuskiego medyka sądowego Ambroise'a Tardieu. Zarówno ten opis, jak i kolejne prace przedstawiające zmiany w obrębie układu kostnego i mózgu u dzieci maltretowanych, nie wzbudziły uwagi środowisk medycznych.

Przełomem dla właściwego zdefiniowania i rozpowszechnienia informacji o tym problemie była konferencja Akademii Pediatrii zorganizowana w 1961 r. przez pediatrę Charlsa H. Kempego. „Zespół dziecka bitego” jako jednostka chorobowa został opisany w 1962 r. na łamach czasopisma „The Journal of the American Medical Association”.

Rodzinne czynniki ryzyka

Niezwykle przydatna jest dla właściwego rozpoznania zespołu dziecka maltretowanego analiza **czynników ryzyka**. **Przed wszystkim konieczny jest dokładny wywiad rodzinny**.

1. Przemoc częściej występuje w rodzinach, w których nadużywany jest alkohol, kiedy opiekunowie/rodzice/rodzeństwo uzależnieni są od narkotyków, przebywali lub

⁶¹³ Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, <http://icd10.com.pl/> [dostęp: 20.07.2020].

- przebywają w placówkach opiekuńczo-wychowawczych lub zakładach karnych, doświadczyli przemocy w domu rodzinnym; gdzie panuje bezrobocie.
2. Oprócz czynników zewnętrznych należy również ocenić czynniki ryzyka związane z maltretowanym dzieckiem, takie jak:
 - 2.1. ciąża była nieplanowana/nieakceptowana przez oboje partnerów,
 - 2.2. rodzice rozczarowani płcią dziecka lub
 - 2.3. niepełnosprawnością,
 - 2.4. rodzice/opiekunowie mający problemy w opiece nad tym dzieckiem.
 3. **Należy pamiętać, że maltretowanie dziecka zdarza się nie tylko w rodzinach biednych, ale również w gospodarstwach domowych o wysokim statusie socjo-ekonomicznym, gdzie bardzo często jest to bardzo skutecznie kamuflowane – także przez innych domowników, których łączą nie tylko związki pokrewieństwa, ale też często zależności finansowe!**

Objawy u dziecka, które mogą wskazywać na maltretowanie

Poza wyraźnymi objawami widocznymi także przez osoby postronne, jak np. samotne przebywanie dziecka na ulicy, zaniedbanie, wychudzenie, wyziębienie, kradzieże u dziecka maltretowanego, można zauważyć także inne, jak np.:

- opóźnienie rozwoju psychoruchowego dziecka w odniesieniu do przyjętych norm dla wieku i płci,
- niechęć, apatia, dziwne zachowania,
- częste oddawanie moczu,
- wtórne moczenie się,
- popuszczanie stolca,
- zmniejszony apetyt, zaburzenia odżywiania,
- zaburzenia snu,
- izolacja, problemy z nawiązywaniem kontaktów międzyludzkich wśród dzieci starszych,
- zachowania autodestrukcyjne (próby samobójcze, próby samookaleczenia się),
- stany depresyjne, zaburzenia psychiczne,
- uzależnienia,
- zachowania ryzykowne,
- nadmierne zainteresowanie seksualnością,
- wielokrotne hospitalizacje dziecka,
- rozbieżności między stanem klinicznym a wywiadem lekarskim.

Dziecko maltretowane może demonstrować wszystkie wymienione powyżej objawy, do których należą też ucieczki z domu. Jednocześnie gdy w rodzinie występuje przemoc, dziecko boi się powrotu do domu, ale też jest związane emocjonalnie z rodzicami, akceptuje ich zachowanie, uważając, że tak musi być, że to naturalne. Zwykle taki model wychowania przenosi na swoje rodziny, a zachowania na środowisko społeczne. Dziecko maltretowane zwykle boi się o rodzeństwo i wykazuje nadopiekuńczość, co powinno zwrócić uwagę osobom postronnym, by pomyślały o przemoc, która jest obecna w domu⁶¹⁴.

Zaniedbanie (przemoc pasywna) i odrzucenie

Jeżeli rodzice/opiekunowie dziecka mają odpowiednie warunki bytowe czy możliwości intelektualne, zaniedbywanie dziecka (określane też jako **przemoc pasywna**) to brak zapewnienia dostępu do opieki medycznej, do wykształcenia, wyżywienia, bezpiecznego mieszkania czy właściwego rozwoju emocjonalnego.

Objawy odrzucenia

Czasem dziecko odrzucone jest zauważane jak samotnie błąka się na ulicach wielkiego miasta, bez opiekunów, czasem jest przywożone do ośrodków przez osoby dorosłe, które nie potrafią wyjaśnić przyczyny lub udzielają wyjaśnień nieadekwatnych do stanu dziecka. Poniżej wymienione objawy nie zawsze świadczą o odrzuceniu, ale powinny dać sygnał osobom postronnym do zastanowienia się nad przyczynami takiego stanu oraz stanowić powód udzielenia pomocy.

Objawy fizykalne u dziecka:

1. głodne,
2. przemarznięte i wychłodzone,
3. wychudzone,
4. z widocznymi nieleczonymi schorzeniami.

Objawy behawioralne u dziecka:

1. zmęczenie,
2. otępienie,
3. trudności w kontakcie,
4. utrata poczucia własnej wartości,
5. żebranie,
6. kradzież na zlecenie,
7. zabieranie cudzych rzeczy.

614 Krajowy Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na lata 2014-2020, <https://www.arch.ms.gov.pl/pl/dzialalnosc/przeciwdzialanie-przemocy> [dostęp: 24.05.2020].

Odrzucenie emocjonalne przez środowisko ma wpływ na rozwój emocjonalny, fizyczny i zachowanie. Odrzucenie jest silnie stresujące i nie powinno być tolerowane w żadnym środowisku, także szkolnym.

Rodzice powinni natychmiast reagować, powiadamiać psychologa szkolnego. Nie wolno samemu w afekcie kontaktować się z rodzicami dziecka agresywnego.

Dziecko odrzucane emocjonalnie przez środowisko może zachowywać się tak jak wymieniono powyżej, ale też demonstrować:

1. nagle trudności w mówieniu,
2. zapach środków odurzających,
3. senność,
4. przygryzanie ust ze skaleczeniami,
5. zabrudzenia,
6. przemoczenia,
7. słabe relacje z rówieśnikami.

Ponadto wskaźnikami mogą być zachowania behawioralne, takie jak:

1. zachowania neurotyczne jak np. ssanie palców,
2. kołysanie się,
3. kręcenie włosów,
4. niechęć powrotu do szkoły.

Przemoc domowa

Dziecko może demonstrować wszystkie wymienione poniżej objawy dotyczące różnych form molestowania. Ponadto takie dziecko z jednej strony ma obawy przed powrotem do domu rodzicielskiego, a z drugiej, związane emocjonalnie z rodzicami, akceptuje ich zachowanie jako naturalne. Dziecko maltretowane zwykle boi się o rodzeństwo i wykazuje nadopiekuńczość, na co warto zwrócić uwagę. Zwykle taki model wychowania przenosi na swoje rodziny i środowisko⁶¹⁵.

Maltretowanie fizyczne

Dzieci ze wspomnianymi objawami odrzucenia lub bez nich, ale z urazami na ciele, zwłaszcza gdy świadczyć mogą o innym niż podawane przez dziecko, opiekunów albo przez osoby „przygodne” mechanizmie – powinny być szczegółowo rozpatrywane pod kątem przemocy fizycznej, która oznacza umyślne zadawanie dziecku urazów cieleśnych (szczypanie, oparzenia, duszenie, topienie, bicie, popychanie, odpychanie etc.).

⁶¹⁵ Krajowy Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na lata 2014-2020, <https://www.arch.ms.gov.pl/pl/dzialalnosc/przeciwdzialanie-przemocy> [dostęp: 24.05.2020].

W takich przypadkach nierzadko starsze dziecko lub opiekun na pytanie „Czy ktoś cię uderzył?” może zaprzeczać lub podawać niejasne przyczyny powstania widocznych objawów uszkodzenia, jak zadrapania, otarcia, oparzenia, złamania. Tak się często dzieje także wtedy, gdy są nawrotowe – o czym świadczą np. blizny, ślady widocznych nieleczonych ran, wiązań, ugryzień czy łysin.

Objawy behawioralne przemocy fizycznej:

1. niechęć dziecka do fizycznego kontaktu,
 2. tendencje do samookaleczeń, ucieczki,
 3. obawa przed powrotem do domu,
 4. odzież nieadekwatna do pogody,
 5. zachowanie agresywne lub
 6. wycofanie się.
- Objawy mogą być zróżnicowane w zależności od użytej siły, ale czasem też nakładające się na obraz urazów wcześniejszych.
 - Charakterystyczne jest współwystępowanie różnych objawów, które często są symetryczne, obustronne, pojawiające się w różnym czasie.
 - Istotna jest ocena obrażeń w powiązaniu z możliwościami dziecka związanymi np. z wiekiem.
 - Dodatkowo rodzice czy opiekunowie dziecka często nie są w stanie wyjaśnić okoliczności, w których doszło do wystąpienia obrażeń.
 - Jeżeli istnieje możliwość, warto także zbadać rodzeństwo, aby wykluczyć ewentualne objawy znęcania się nad pozostałymi dziećmi w rodzinie.

Zmiany w obrębie, skóry, kości i tkanek miękkich, które mogą świadczyć o fizycznym krzywdzeniu dziecka:

1. otarcia naskórka,
2. ślady palców, rąk, ściskania, duszenia, szczypania,
3. odciski zębów,
4. wybroczyny krwawe w okolicy oczu, narządów płciowych lub pośladków,
5. wszelkie ślady oparzeń,
6. odciski różnego rodzaju przedmiotów codziennego użytku (pas, lina, skakanka, wieszak itp.),
7. stany zapalne narządów płciowych (zaczerwienienie, swędzenie),
8. infekcje dróg moczowo-płciowych,
9. choroby przenoszone drogą płciową.

Kryteria pomocne przy ustalaniu oparzenia nieprzypadkowego:

1. ślady oparzeń, których stadium gojenia nie zgadza się z datą i okolicznościami powstania oparzenia zgłaszanymi przez rodziców,
2. brak świadków poparzenia,
3. oparzenie spowodowane przez rodzeństwo lub inne dziecko, a wizyta u lekarza z dzieckiem następuje z inicjatywy krewnych lub znajomych dziecka (nie rodziców),
4. wcześniejsze przypadki poparzeń odnotowanych w danej rodzinie.

Złamania kostne nieprzypadkowe:

1. Najczęściej obserwuje się u dzieci poniżej 2.-3. roku życia.
2. Dotyczą one przynasad kości długich, żeber, kości obręczy barkowej, mostka i kręgów, kości czaszki (liczne złamania, których średnica przekracza 5 mm) oraz kości palców stóp u dzieci jeszcze niechodzących.
3. Na złamania z udziałem innych osób może wskazywać:
 - 3.1. wiek dziecka poniżej 3. roku życia,
 - 3.2. liczne złamania w różnym okresie gojenia,
 - 3.3. brak zgodności między obrazem radiologicznym a informacjami podawanymi przez opiekunów dziecka.

U dzieci powyżej 5. roku życia złamania najczęściej występują w wyniku wypadku. Urazy fizyczne u dziecka maltretowanego często dotyczą głowy; są to krwiaki podtwardówkowe i obrzęk mózgu z niedotlenieniem, co może skutkować ciężkim i trwałym uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego.

W obrębie narządów jamy brzusznej najczęściej dochodzi do powstania krwiaków, stłuczenia bądź pęknięcia dwunastnicy czy śledziony.

Badania obrazowe – zalecenia:

1. U niemowląt podejrzenie występowania zmian w wyniku urazu nieprzypadkowego zawsze stanowi wskazanie do wykonania badań obrazowych całego ciała.
2. U dzieci powyżej 2. roku życia badanie takie powinno być uzależnione od oceny stanu klinicznego dziecka.
3. Kiedy obraz radiologiczny danej okolicy ciała wskazuje na zmiany pourazowe, zasadne jest powtórzenie badania w innej projekcji.
4. Jeżeli lekarz podejrzewa wystąpienie urazu nieprzypadkowego, natomiast badania obrazowe nie wykazują nieprawidłowości, należy powtórzyć badanie układu kostnego po upływie 7-10 dni.

Zespół dziecka potrząsanego (*shaken baby syndrome* – SBS)

Wśród form przemocy fizycznej na odrębną uwagę zasługuje: zespół dziecka potrząsanego (*shaken baby syndrome* – SBS) gdyż:

1. Szacuje się, że ponad połowa zgonów dzieci maltretowanych wynika z SBS.
2. Najczęściej dotyczy dzieci w drugim półroczu życia.
3. Przy gwałtownym potrząsaniu niemowlęciem lub małym dzieckiem do 18. miesiąca życia, dochodzi do uszkodzenia tkanki mózgowej, które może prowadzić do trwałej niepełnosprawności bądź śmierci.
4. Uszkodzenia ciała zależą od użytej siły, czasu trwania oraz intensywności potrząsania.
5. Do mniej nasilonych objawów zespołu należą: ospałość, wymioty czy drażliwość dziecka.
6. Poważniejsze uszkodzenia mózgu mogą prowadzić do wystąpienia napadów drgawkowych, śpiączki, ale też zgonu.
7. Charakterystyczne dla SBS są: obrzęk mózgu, krwiaki podtwardówkowe oraz krwotoki do siatkówki oka⁶¹⁶.

Psychiczne krzywdzenie dziecka

Oprócz krzywdzenia fizycznego dziecko może być krzywdzone psychicznie (emocjonalnie), co jest określane niekiedy jako „przemoc w białych rękawiczkach”, to różnorodne, niewłaściwe zachowania upokarzające i znieważające dziecko, wykształcające brak poczucia własnej wartości, np. stała krytyka, wyzwiska, wyśmiewanie, lekceważenie, zawstydzanie, a nawet wmawianie dziecku choroby psychicznej.

Ta forma krzywdzenia polega na:

1. konsekwentnym działaniu osoby dorosłej godzącym w rozwój osobowości,
2. niszczeniu umiejętności prawidłowego funkcjonowania społecznego,
3. uniemożliwianiu zaspokajania podstawowych potrzeb, takich jak:
 - 3.1. stałego kontaktu ze zrównoważonym opiekunem czy
 - 3.2. poczucia własnej godności.
4. Krzywdzenie psychiczne to też nieustanny atak na dobre samopoczucie dziecka, krytykowanie i brak rozmowy, co sprawia, że czuje się ono niekochane, nic niewarte, zagrożone. A wytykanie wad zamiast cech dobrych może sprawić, że rośnie w niepewności siebie, może mieć nieprawidłowe postrzeżenie swojego ciała prowadzące

616 <https://web.archive.org/web/20061017000035/http://www.cdc.gov/ncipc/factsheets/cmfacts.htm> [dostęp: 19.11.2020].

do anoreksji/bulimii. Dorastające dziecko krzywdzone od wczesnych lat życia może mieć tendencję zachowań autodestrukcyjnych (samookaleczania się), poszukuje akceptacji rówieśników często z nieodpowiednich środowisk, zdarza się, że „ucieka w świat uzależnień”. W życiu dorosłym takie dziecko poszukuje miłości często bezskutecznie, gdyż używa metod przeniesionych z dzieciństwa używanych przez rodziców. Wzorce zachowań rodziców przenosi na następne pokolenia.

Wykorzystywanie seksualne dziecka

Zgodnie z definicją proponowaną przez WHO:

Wykorzystanie seksualne dziecka to włączanie dziecka w aktywność seksualną, której nie jest ono w stanie w pełni zrozumieć i udzielić na nią świadomej zgody i/lub na którą nie jest dojrzałe rozwojowo i nie może zgodzić się w ważny prawnie sposób i/lub która jest niezgodna z normami prawnymi lub obyczajowymi danego społeczeństwa. Z wykorzystaniem seksualnym mamy do czynienia, gdy taka aktywność wystąpi między dzieckiem a dorosłym lub dzieckiem a innym dzieckiem, jeśli te osoby ze względu na wiek bądź stopień rozwoju pozostają w relacji opieki, zależności, władzy. Celem takiej aktywności jest zaspokojenie potrzeb innej osoby⁶¹⁷.

1. Zgodnie z polskim prawem kontakty seksualne z osobą poniżej 15. roku życia, nawet jeżeli ta osoba wyrazi zgodę, są przestępstwem uregulowanym w art. 200* i 204 Kodeksu karnego.
2. Dotyczy to zarówno zachowań seksualnych:
 - 2.1. z bezpośrednim kontaktem fizycznym (odbycie stosunku płciowego),
 - 2.2. dotykania intymnych części ciała dziecka lub sprawcy,
 - 2.3. całowania o charakterze seksualnym, jak i
 - 2.4. bez kontaktu fizycznego
 - 2.4.1. np. ekshibicjonizm,
 - 2.4.2. zaangażowanie dziecka w produkcję filmów pornograficznych,
 - 2.4.3. oglądanie filmów o charakterze pornograficznym,
 - 2.4.4. zmuszanie do uprawiania prostytucji,
 - 2.4.5. werbalne molestowanie dziecka lub
 - 2.4.6. grooming, czyli uwodzenie dziecka poprzez Internet w celu nawiązania kontaktów seksualnych w sieci lub poza nią.

* Zgodnie z art. 200 k.k.:

⁶¹⁷ Beisert M., Izdebska A. *Wykorzystanie seksualne dzieci*. Dziecko krzywdzone 2012; 2 (39): 48-66.

Kto obcuje płciowo z małoletnim poniżej lat 15 lub dopuszcza się wobec takiej osoby innej czynności seksualnej lub doprowadza ją do poddania się takim czynnościom albo do ich wykonania, podlega karze pozbawienia wolności od lat 2 do 12. Tej samej karze podlega, kto w celu zaspokojenia seksualnego prezentuje małoletniemu poniżej lat 15 wykonanie czynności seksualnej.

Została wprowadzona do art. 197 § 3 k.k.:

kwalfikowana postać zgwałcenia, czyli zgwałcenie małoletniego poniżej 15 roku życia i zgwałcenie kazirodcze, tj. wobec wstępnego, zstępного, przysposobionego, przysposabiającego, brata lub siostry, które podlega karze pozbawienia wolności na czas nie krótszy od lat 3⁶¹⁸.

W Kodeksie karnym pojawia się zupełnie nowy rodzaj przestępstwa w art. 200a k.k. – tzw. grooming, czyli uwodzenie przez Internet⁶¹⁹.

Kto składa małoletniemu poniżej 15 lat za pośrednictwem systemu teleinformatycznego lub sieci telekomunikacyjnej już samą propozycję obcowania płciowego, poddania się lub wykonywania innej czynności seksualnej lub udziału w produkowaniu lub utrwalaniu treści pornograficznych i zmierza do jej realizacji podlega wówczas grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

W Kodeksie karnym pojawia się jeszcze jeden nowy rodzaj przestępstwa w art. 200b, który uregulował publiczne nawoływanie do pedofilii. „Kto publicznie propaguje lub pochwała zachowania o charakterze pedofilskim, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2”.

Objawy u dziecka, które mogą sugerować przemoc seksualną i najczęstszy sprawcy

W nieodległym czasie od stosowania przemocy lub w okresie jej trwania u dziecka mogą występować następujące objawy:

1. bóle brzucha,
2. bóle głowy,
3. trudności w chodzeniu i siadaniu,
4. nawroty moczenia się.

Można też zauważyć:

1. podartą bieliznę,
2. poplamioną bieliznę,
3. otarcia w okolicach genitaliów czy ud,
4. otarcia w obrębie jamy ustnej,
5. otarcia w okolicy odbytu.

618 Art. 200. [Seksualne wykorzystanie małoletniego] Kodeks karny, <https://sip.lex.pl/akty-prawne/dzu-dziennik-ustaw/kodeks-karny-16798683/art-200> [dostęp: 10.08.2020].

619 INFOR Prawo. *Czym jest grooming*, <https://www.infor.pl/prawo/dziecko-i-prawo/przemoc-i-molestowanie/261061,Czym-jest-grooming.html> [dostęp: 10.08.2020].

Ponadto mogą występować nawracające zakażenia układu moczowego, a czasem pierwszym zauważonym objawem jest ciąża osoby niepełnoletniej.

Często pojawiają się objawy behawioralne:

1. niespokojny sen i marzy senne,
2. utrata pewności siebie, poczucia własnej wartości,
3. niewyjaśnione poczucie winy,
4. obawa przed ciemnością,
5. skłonności samobójcze,
6. depresja,
7. używanie zwrotów i języka nieodpowiedniego do wieku,
8. wyrażenia wulgarne,
9. nadopiekuńczość nad rodzeństwem.

Niestety, dopiero od niedawna mówi się głośno o ofiarach molestowania seksualnego, które nawet po kilkudziesięciu latach same opowiadają o swoim trudnym dalszym życiu, o próbach odzyskania spokoju, nieudanych relacjach z bliskimi. Skutki to nie tylko możliwe uszkodzenia fizyczne podczas samego aktu, ale przede wszystkim trwałe ślady w psychice: zaburzenia lękowe, depresje, zespół stresu pourazowego, próby samobójcze, uzależnienia, problemy zdrowotne, jak zaburzenia odżywiania, trudności w uczeniu się, depresja, niepokój, strach, wycofanie społeczne i problemy behawioralne.

Rozmiar zjawiska jest znaczny. Doświadczalo go w dzieciństwie około 20-25% kobiet i 5-15% mężczyzn. W około 30% sprawcami byli krewni dziecka (najczęściej ojcowie, ojczymowie, wujowie), ok. 60% to znajomi (przyjaciele rodziny, osoby opiekujące się, sąsiedzi), w 10% były to osoby obce. Odrębnym problemem jest wykorzystywanie seksualne dzieci przez księży oraz wychowawców. Tu łączą się elementy zależności, władzy, ale też bliskości, fascynacji, wyobrażania sobie przez dziecko wspólnego uczestnictwa w „misterium”⁶²⁰.

Zastępczy (przeniesiony) zespół Münchhausena (*Münchhausen syndrome by proxy* – MSBP)

Zastępczy zespół Münchhausena to zaburzenie zachowania osoby dorosłej polegające na poszukiwaniu przez nią (zwykle dotyczy rodzica – najczęściej matki lub opiekuna) pomocy medycznej dla swojego dziecka, u którego ta osoba celowo wywołała objawy chorobowe.

620 CBOS. *Komunikat z badań. Molestowanie seksualne*, https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2018/K_098_18.PDF [dostęp: 19.11.2020]; Włodarczyk J., Sajkowska M. i wsp. *Wykorzystywanie seksualne. W: Ogólnopolska Diagnoza Problemu Przemocy Wobec Dzieci. Wyniki badania*. Fundacja Dzieci Niczyje, https://fdcs.pl/wp-content/uploads/2016/05/Ogolnopolska_diagnoza_problemu_przemocy [dostęp: 19.11.2020].

1. Zespół ten dotyczy najczęściej rodzica/opiekuna dzieci do 6. roku życia, zarówno dziewczynek, jak i chłopców.
2. Śmiertelność dzieci w wyniku tych działań szacowana jest na 9%.
3. Wśród sposobów indukowania objawów chorobowych wyróżniono:
 - 3.1. wprowadzanie w błąd lekarza przeprowadzającego wywiad lekarski,
 - 3.2. przemoc fizyczną (np. duszenie),
 - 3.3. zatrucie lub nadużywanie leków lub substancji innych niż leki,
 - 3.4. manipulacje sprzętem medycznym, użycie rekwizytów,
 - 3.5. stosowanie restrykcyjnej diety,
 - 3.6. fałszowanie materiału biologicznego przeznaczonego do badań lekarskich,
 - 3.7. pozorowanie krwawienia,
 - 3.8. zakażenie ran,
 - 3.9. umieszczanie ciał obcych w ciele dziecka.
4. Zespół ten może też się przejawiać w zaniechaniu leczenia mimo wskazań lekarskich. Zachowania rodzica zwykle dotyczą dziecka w wieku 0-6 lat, kiedy jest zbyt małe, by ujawnić swoją sytuację i najczęściej mają objawy takie jak np.: niezdolność ruchowa, patologiczna senność na skutek podawania dzieciom dużych dawek barbituranów, uporczywe wymioty na skutek mechanicznej prowokacji, hipoglikemia po podaniu insuliny, zakażenia wywołane wstrzykiwaniem zanieczyszczonych substancji i wiele innych będących objawami różnych chorób.

Objawy choroby są uporczywe, niemożliwe do wytłumaczenia medycznie, nie ustępują pomimo pomocy lekarskiej. Opiekun nie jest w stanie racjonalnie wytłumaczyć przyczyn złego stanu dziecka ani braku poprawy.

Ostre objawy ustępują, jeśli dziecko zostanie oddzielone od opiekuna. Stan dziecka poprawia się w szpitalu i gwałtownie pogarsza po powrocie do domu⁶²¹.

Zastępczy zespół Münchhausena częściej dotyka osoby o wykształceniu medycznym, interesujące się medycyną, z zaburzonymi relacjami w rodzinie, z konfliktem pomiędzy ojcem a matką dziecka, a także z doświadczeniami z własnego dzieciństwa.

W USA rocznie wykrywa się ponad 1200 przypadków takich matek (rzadziej ojców), w Instytucie Pediatrii – Centrum Zdrowia Dziecka – kilka przypadków rocznie, a w całym kraju około 3 dzieci na 100 000⁶²².

Opisywane przypadki ilustrują, jak uważnie trzeba oceniać całość obrazu klinicznego – w przypadku dzieci także zwracając pilną uwagę na ich rodziców – aby

621 Brown P., Tierney C., Serwint J.R. *Munchausen Syndrome by Proxy*. *Pediatrics in Review* 2009; 30 (10): 414-415, <https://doi.org/10.1542/pir.30-10-414> [dostęp: 19.11.2020].

622 Zespół Münchhausena. *Dlaczego matki dręczą swoje dzieci?*, <https://www.focus.pl/artykul/zesp-mnchhausena-czyli-dlaczego-matki-drcz-swoje-dzieci> [dostęp: 26.07.2020].

prawidłowo diagnozować, ale też wyciągać stosowne wnioski odnośnie do działań medycznych i profilaktycznych w tym obszarze⁶²³.

Następstwa zespołu dziecka maltretowanego. Zasady postępowania w przypadku podejrzenia/stwierdzenia, że dziecko jest ofiarą

Niezależnie od formy maltretowanie dziecka może powodować długotrwałe, wieloletnie następstwa, zaburzające prawidłowe funkcjonowanie dziecka jako osoby dorosłej.

1. Do najpoważniejszych następstw maltretowania dziecka należy kalectwo fizyczne, upośledzenie umysłowe, zaburzenia psychiczne i emocjonalne.
2. Przemoc wobec dziecka może skutkować stanami depresyjnymi, próbami samobójczymi, zaburzeniami odżywiania, uzależnieniami, ryzykownymi zachowaniami seksualnymi z nieplanowaną ciążą małoletnich czy próbami samobójczymi.
3. Dzieci krzywdzone fizycznie gorzej funkcjonują w społeczeństwie, mają zaburzone relacje interpersonalne. Często są agresywne w stosunku do rówieśników.
4. Dzieci maltretowane w przyszłości częściej krzywdzą własne dzieci.

Zasady postępowania w przypadku podejrzenia/stwierdzenia, że dziecko jest ofiarą przemocy. Obowiązki lekarza:

1. Jeżeli stan dziecka nie wymaga szybkiej interwencji medycznej, w każdym przypadku należy zebrać dokładny wywiad od dziecka i osoby towarzyszącej. Powinno się to odbywać w spokoju, bez sugerowania swoich podejrzeń i komentowania tych zeznań, a jedynie je notować lub – jak zapewne dzieje się to teraz – nagrywać.
2. Po dokładnym zbadaniu dziecka i ewentualnym wykonaniu badań dodatkowych oraz postawieniu rozpoznania należy ponownie rozmawiać z opiekunem, by zwerfikować własne ustalenia z podawanymi przyczynami urazu.
 - 2.1. W trakcie rozmowy nie należy sugerować swych podejrzeń czy komentować podawanych faktów, lecz je notować, by wyrobić sobie opinię⁶²⁴.
 - 2.2. Nie mówić osobie towarzyszącej dziecku (może być to sprawca, o czym nie wiemy) o swym podejrzeniu, bo może on obmyśleć inną wersję niż przy pierwszym zgłoszeniu.

623 Squires J.E., Squires R.H. *A review of Munchausen syndrome by proxy*. *Pediatric Annals* 2013; 42 (4): 67-71, <https://www.mp.pl/pediatrica/artykuly-wytyczne/artykuly-przegladowe/95191,z-esp0l-mnchhausena-per-procuram-rozpoznawanie-i-postepowanie> [dostęp: 26.07.2020]; *Zastępczy (przeniesiony) zespół Munchausena (ang. Munchausen Syndrome by Proxy – MSBP)*, https://fdds.pl/baza_wiedzy/zastepczy-przeniesiony-zespol-munchausena-ang-munchausen-syndrome-by-proxy-msbp/ [dostęp: 26.07.2020].

624 Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20051801493/U/D20051493Lj.pdf> [dostęp: 19.11.2020].

3. Nie wolno samemu przeprowadzać dochodzenia.
4. Należy powiadomić przełożonego albo zgłosić się na policję.

W Europie Zachodniej i USA są wyznaczone doświadczone osoby, którym należy to zgłaszać. One same podejmują proces wyjaśnień. Jeśli ich nie ma, podejrzenie powinno być zgłoszone do wydziału do spraw nieletnich w najbliższej Komendzie Policji⁶²⁵.

Kodeks karny (k.k.) w art. 207 jednoznacznie określa zakres kar za znęcanie się fizyczne lub psychiczne nad osobą najbliższą lub nad inną osobą pozostającą w stałym lub przemijającym stosunku zależności od sprawcy, albo nad małoletnim lub osobą nieporadną ze względu na jej stan psychiczny lub fizyczny.

W przypadku podejrzenia/stwierdzenia zespołu dziecka krzywdzonego (maltretowanego):

1. Należy wypełnić kartę postępowania diagnostycznego, która jest przekazywana do pełnomocnika ds. praw pacjenta (kopia pozostaje), a ten wszczyna postępowanie (powiadamia Sąd Rodzinny, wypełnia formularz „Niebieska karta A”).
2. Ponadto lekarz pierwszego kontaktu lub szpitalnego oddziału ratunkowego (SOR) musi telefonicznie powiadomić komisariat policji lub prokuratora. Obowiązek ten wynika z art. 304 Kodeksu postępowania karnego, który określa, że
3. „każdy dowiedziawszy się o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu ma społeczny obowiązek zawiadomić o tym prokuratora lub policję. Jest to moralny obowiązek każdego praworządnego człowieka”. Mówi o tym także art. 12.1 Ustawy o przeciwdziałaniu przemocy:

osoby, które w związku z wykonywaniem swoich obowiązków służbowych lub zawodowych powzięły podejrzenie o popełnieniu ściganego z urzędu przestępstwa z użyciem przemocy w rodzinie, niezwłocznie zawiadamiają o tym policję lub prokuratora.

Trzeba jednak podkreślić, że odpowiedzialne sformułowanie rozpoznania wymaga ostrożności. Mylne rozpoznanie czy podejrzenie Zespołu Dziecka Maltretowanego może skrzywdzić rodziców/opiekunów i zachwiać układ rodziny⁶²⁶.

Telefon Zaufania dla Dzieci i Młodzieży

Od 1 marca 2020 roku Telefon Zaufania dla Dzieci i Młodzieży 116 111, prowadzony od 11 lat przez Fundację Dajemy Dzieciom Siłę, będzie działał całą dobę. Linia uzupełnia istotną lukę w polskim systemie pomocy dzieciom, które nie mają dostępu do profesjonalnej opieki w swoim otoczeniu. Dzwoniąc pod 116 111 młodzi ludzie znajdą wsparcie przez

⁶²⁵ Milanowski L. na podstawie: UNCRC United Nations Convention of Rights of the Child (UK 1999/10).

⁶²⁶ Turska M., Raban M., Grochowski C., Kulik-Rechberger B. *Child Abuse Syndrome*. Journal of Education. Health and Sport 2017; 7 (8): 1452-1460. eISSN 2391-8306. Doi: <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.1064474>, <http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/5051> [dostęp: 19.11.2020].

24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu. Z początkiem marca 2020 roku Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę uruchamia całodobowe działanie Telefonu Zaufania 116 111. Jest to możliwe dzięki sponsorom – głównie Kulczyk Foundation i Fundacji Drzewo i Jutro – indywidualnym darczyńcom, w tym zbiorce Szymona Hołowni [...] ⁶²⁷.

Zespół Münchhausena → Hipochondria

Zespół Münchhausena przeniesiony → Zespół dziecka maltretowanego

Zespół stresu pourazowego (PTSD) → Stres a zdrowie psychofizyczne człowieka

Zespół stresu pourazowego po zgwałceniu (PTSD) → Zgwałcenie

Zgony → Długość życia

Zgwałcenie

Już w latach 70. XX w. opisywano syndrom traumy gwałtu (Burgess i Holstrom) ⁶²⁸. Gwałt jest wyrazem przemocy, siły i agresji, związanym z upokorzeniem, a także uprzedmiotowieniem ofiary.

Następstwa psychiczne zgwałcenia, pomoc ofiarom

Powszechnie się uważa, że problem dotyczy zgwałconych kobiet, ale w jednakowym stopniu dotyczy mężczyzn, choć rzadziej zgłaszają takie akty na nich dokonane. Następstwa psychiczne zgwałcenia bywają różne.

Bezpośrednio – przerażenie, strach przed sprawcą, ale też niewiara w to, co się stało, odrętwienie, tendencja do obwiniania się za zaistniałą sytuację, poczucie własnej bezradności, wstyd, upokorzenie. Czasem ofiary są nienaturalnie spokojne lub beztroskie – zachowują się tak, jakby nic się nie stało. Stan ten może trwać od kilku godzin do dwóch tygodni.

Faza druga – dezorientacji – stany lękowe, depresyjne, narasta niepewność, poczucie, że został podważony dotychczasowy porządek życia. Pojawiają się pytania – jak teraz

627 Ogólnopolskie Pogotowie dla Ofiar Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia” Instytutu Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, <https://www.niebieskalinia.pl/edukacja/serwis-informacyjny/6692-od-1-marca-br-telefon-zaufania-dla-dzieci-i-mlodziezy-116-111-bedzie-dzialal-cala-dobe> [dostęp: 24.05.2020].

628 Cebella A., Łucka I. *Zespół stresu pourazowego – rozumienie i leczenie*. Psychiatria 2007; 4 (3), https://www.academia.edu/30465108/Zesp%C3%B3%C5%82_stresu_pourazowego_rozumienie_i_leczenie [dostęp: 18.11.2020].

żyć, czy można komuś zaufać. Ofiary zamykają się w sobie, zaczynają unikać kontaktów z ludźmi. Próbują zapomnieć i nie wspominać. W tym czasie narasta ryzyko samobójstwa, nadużywania alkoholu, używek czy leków. Faza ta może trwać miesiącami.

Kolejna faza, która może trwać nawet latami, to tzw. reorganizacja, czyli stopniowego powrotu do równowagi – ofiara próbuje powrócić do poprzedniego trybu życia, powracają marzenia o bliskości z drugim człowiekiem, choć nieufność do osobników płci, od której doznała gwałtu, pozostaje zwykle na całe życie.

Skracanie lub minimalizowanie przedstawionych faz w znacznej mierze zależy od reakcji rodziny czy też partnera osoby zgwałconej.

Osoby bliskie także przeżywają wstrząs, zwykle nie potrafią sobie poradzić ze złością, frustracją i bólem – są bezradne, nie wiedzą, jak pomóc, w jaki sposób rozmawiać z ofiarą, odczuwają obawę przed poruszeniem bolesnego tematu. Ponadto zmagają się z poczuciem winy – że nikt nie przewidział, nie zapobiegł, a czasami obwiniają osobę poszkodowaną za to, że nie przewidziała zdarzenia. Zdarza się też, że osoby bliskie nie przyjmują tego do wiadomości czy wręcz zaprzeczają. Jest to niewątpliwie powodem pogarszania samopoczucia osoby zgwałconej – izolacji i zagubienia.

Bez profesjonalnej pomocy i mądrego wsparcia bliskich, powrót do równowagi bywa trudny lub wręcz niemożliwy.

Zgwałcona osoba bezpośrednio po zdarzeniu może otrzymać **pomoc na pogotowiu, policji albo w ośrodku interwencji kryzysowej**.

- System badania lekarskiego powinien uwzględniać lęk ofiary przed powrotem sprawy w niedługim czasie.
- Jeśli ofiara była płci żeńskiej, lepiej, gdy bada ją lekarz kobieta, w dodatku w sposób cierpliwy, pełen empatii.
- Niezbędne jest wyjaśnienie procedury postępowania, wysłuchanie przedstawionej przez ofiarę wersji wydarzeń, ewentualnie zadawanie prostych, jasnych pytań, zapewnienie, że jest bezpieczna i że nie jest winna, a sprawca ponosi całą odpowiedzialność za ten czyn, ponieważ to czyn przestępczy.
- Badanie polega na zabezpieczeniu ewentualnych śladów dokonanego czynu, w przypadku ofiary kobiety obejmuje też wykluczenie ciąży oraz zakażeń przenoszonych drogą płciową.
- Gdy ofiara przejawia znaczny niepokój i strach, powinna pozostawać w miejscu badania tak długo, jak zechce.
- Równocześnie należy wspólnie zaplanować dalsze formy wsparcia, udzielić informacji o pomocy prawnej i psychologicznej.
- W przypadku, kiedy osoba zgwałcona nie radzi sobie z tym traumatycznym wydarzeniem, które ją dotknęło, albo nie otrzyma w porę właściwego wsparcia rodziny i psychologów, może się u niej rozwinąć pełnoobjawowy stres pourazowy ze

wszystkimi możliwymi konsekwencjami wspomnianymi w rozdziale o przewlekłym stresie pourazowym (PTSD⁶²⁹.

Decyzję o podjęciu kroków prawnych musi podjąć ofiara samodzielnie. W tym przypadku kroki prawne mogą się rozpocząć w różnym, nawet odległym czasie od zdarzenia. Terapeuta musi wcześniej przedstawić ofierze procedury sądowe i – co bardzo ważne – poinformować, że w sądzie będą wymagane szczegółowe relacje dotyczące okoliczności gwałtu. Ofiara musi wiedzieć, że może być atakowana przez obrońcę oskarżonego, a nawet ośmieszana czy oskarżana o to, że sama sprowokowała zdarzenie. Bywa, że sam proces jest równie traumatyczny jak gwałt. Niewątpliwie jednak pomaga w szybszym powrocie do równowagi. Wspierająca obecność bliskich na sali sądowej i towarzyszenie jej stanowią podstawy do powrotu do zdrowia⁶³⁰.

PTSD po zgwałceniu

Dotyka 80% osób zgwałconych i może się pojawiać po pewnym czasie od traumy. Występują objawy – powtórne przeżywanie stresującego wydarzenia: natarczywe wspomnienia, powracające koszmarne sny o wydarzeniu, doświadczanie uczucia, że zdarzyło się ponownie, silne napięcie wywołane każdym wspomnieniem czy przedmiotem, który się z nim kojarzy. Jednocześnie próba unikania myśli czy uczuć, miejsc i sytuacji związanych z gwałtem, unikanie sytuacji, które mogą przypominać te, które się wtedy wydarzyły. Czasami pojawia się ogólna utrata wrażliwości na bodźce, uczucie obojętności lub chłodu emocjonalnego, ale też niepamięć wydarzenia.

Dochodzi do utraty zainteresowań ważnymi czynnościami, np. szkołą czy pracą. Dominuje uczucie braku perspektyw na przyszłość. Mogą też występować objawy zwiększonego pobudzenia, trudności z zasypianiem lub snem, drażliwość, wybuchy gniewu, trudności w koncentrowaniu się, nadmierna czujność, przesadna reakcja na zwykłe bodźce.

Jeżeli objawy te utrzymują się przez przynajmniej jeden miesiąc, można je nazwać PTSD. Należy je traktować jako normalny adaptacyjny proces reakcji na nienormalną sytuację. Terapia PTSD powinna być prowadzona przez odpowiedni zespół specjalistów.

629 Kluczyńska S. *Stan po gwałcie*. Niebieska Linia 2002, <http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/59-niebieska-linia/477-psychologiczne-konsekwencje-gwaltu.html> [dostęp: 19.11.2020].

630 Mufson S., Kranz R. *Gwałt na randce*. Wyd. Elma Books, Warszawa 1996; O'Toole L., Schiffman J. *Przemoc. Uraz psychiczny i powrót do równowagi*. Wyd. GWP, Gdańsk 1999; Starowicz Z.L. *Przemoc seksualna*. Wyd. Jacek Santorski & CO Agencja Wydawnicza, Warszawa 1992; *Poznaj swoje prawa... jeśli jesteś ofiarą gwałtu*. W: *Poradnik prawny dla kobiet*. Wyd. Centrum Praw Kobiet, Warszawa 1999.

Pigułka gwałtu

Pomimo powszechnej wiedzy na temat pigułki gwałtu coraz częściej jest używana w klubach na całym świecie (w USA nazywana jest „*date-rape-drug*”, czyli narkotyk towarzyszący gwałtom podczas randek), także w Polsce, a liczba ofiar rośnie, choć wiele z nich nie zgłasza tego policji. Jednym z powodów jest to, że podanie pigułki gwałtu jest nieomal zbrodnią doskonałą, gdyż po bardzo krótkim czasie nie można wykryć w ciele ofiary nawet jej śladu (we krwi można wykryć do 8 godzin od spożycia, w moczu do 12 godzin), a ofiara nic nie pamięta.

Jedynym sposobem profilaktyki jest znajomość problemu nie tylko wśród młodych – także osób zamożnych, ale też właścicieli klubów, lekarzy, policjantów. **W USA problem jest uznawany za bardzo ważny. Na cele edukacyjne National Institute on Drug Abuse wydaje rocznie ponad 50 mln dolarów (dane z 2006 r.)⁶³¹.**

Pigułka gwałtu jest podawana najczęściej do drinków, ale też do butelek z wodą – kobietom, by wykorzystać je seksualnie, a mężczyznom, by „wyczyścić” ich konto bankowe (ciekawe, że po spożyciu tej tabletki sami ofiarowują swoją kartę i podają PIN).

Pierwsze **objawy** to dobry humor i oszołomienie, chęć do zabawy, podniecenie seksualne – w odróżnieniu od upojenia alkoholowego osoba, którą jej podano, nie zatacza się. Zaburzenia pamięci trwają do około 8 godzin, a ofiara, nie wiedząc co robi i co się z nią dzieje, bezwładnie wykonuje czyjeś polecenie i dlatego po gwałcie nie ma na ciele śladów walki (zadrapania, siniaki).

Tolerancja na pigułkę gwałtu jest osobniczo różna i też zależna od aktualnego stanu zdrowia czy przyjmowanych leków i napojów oraz przy przedawkowaniu – występują mdłości, zdarzają się wymioty ze śmiertelnym zakrztuszeniem się, drgawki, a nawet bezdech i zatrzymanie akcji serca również prowadzące do zejścia śmiertelnego.

Zachowania profilaktyczne. Działania prawne w Polsce

Warte przypomnienia są zachowania profilaktyczne w odniesieniu do pigułki gwałtu:

1. Nie wolno pić niczego, co oferuje nieznana osoba (nie tylko w klubie, ale też w pociągu czy autobusie).
2. Pić wolno tylko z otwartej przez siebie butelki czy puszki i nie należy jej nigdzie zostawiać.
3. Pozostawiając swój napój choćby na chwilę, po powrocie nie dopijać.
4. Na imprezy wychodzić w gronie znajomych, ale też być uważnym – ustalić wcześniej ze wszystkimi, że jeśli jeden ze znajomych zaczyna się zachowywać dziwnie,

⁶³¹ *Pigułka gwałtu: objawy. Działanie GHB*, <https://www.poradnikzdrowie.pl/sprawdz-sie/objawy/pigułka-gwaltu-objawy-dzialanie-ghb-aa-jUWK-oQae-fiwi.html> [dostęp: 14.03.2020].

- np. wszystkim dookoła funduje drinki – powinno się podejrzewać, że ktoś mu podał pigułkę gwałtu.
5. W razie jakichkolwiek podejrzeń, że ktoś zachowuje się tak, jak opisano powyżej – wezwać karetkę.

Ż

Żywnie

Piramidy żywienia

W Polsce

Już w 1992 r. w Instytucie Żywności i Żywnienia (IŻŻ) założonym w 1984 r. powstała pierwsza polska piramida żywienia wzorowana na amerykańskiej, wywodzącej się z pierwszej myśli o programowaniu zdrowego żywienia, podanej w 1894 r. i stale aktualizowanej w miarę postępu wiedzy medycznej⁶³².

W ramach działań zawartych w Narodowym Programie Zdrowia (NPZ) na lata 2016-2020 zespół IŻŻ wprowadził do dotychczas upowszechnianych Piramid Żywnienia zmiany uwzględniające zalecenia dla poszczególnych grup wiekowych. Przewiduje się dalsze modyfikacje zaleceń opracowanych na podstawie opinii ekspertów, gdyż świat nauki dostarcza nieustannie nowych informacji, zmienia się też styl życia społeczeństw.

W 2018 r. po raz pierwszy opracowano i opublikowano piramidy żywienia i zalecenia **dla osób starszych**. W 2019 r. dokonano kolejnej modyfikacji piramidy **dla dzieci i młodzieży**, zmieniając także jej nazwę na Piramida Zdrowego Żywnienia i Stylu Życia Dzieci i Młodzieży⁶³³.

W piramidach dla wszystkich grup wiekowych zawarta jest aktywność fizyczna, a wśród produktów spożywczych pierwsze miejsce zajmują **warzywa i owoce**⁶³⁴.

632 Wilkowska M. *Zmiany Piramidy Żywnienia na przestrzeni lat*, <https://dietetycy.org.pl/zmiany-piramidy-zywnienia-na-przestrzeni-lat/> [dostęp: 26.04.2020].

633 Jarosz M., Rychlik E. *Piramida Zdrowego Żywnienia i Aktywności Fizycznej*. W: Ślisz D., Marnicz A. (red.). *Medycyna stylu życia*. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2018: 103-117.

634 Oyebo O., Gordon-Dseagu V., Walker A., Mindell J.S. *Fruit and vegetable consumption and all-cause, cancer and CVD mortality: analysis of Health Survey for England data*. *J. Epidemiol. Community Health* 2014; 68 (9): 856-862. Doi: 10.1136/jech-2013-203500.

Według zaleceń WHO należy spożywać je codziennie – jak najwięcej, przynajmniej 400 g/dzień, najlepiej dzieląc je na kilka dziennych porcji i pomimo jednakowych korzyści zdrowotnych warto, by większość stanowiły warzywa – zawierają mniej fruktozy, której niekorzystny wpływ na metabolizm został udowodniony⁶³⁵, a więcej błonnika niż owoce.

Obecnie podkreśla się **korzyści ze spożywania orzechów i nasion**⁶³⁶. Po raz pierwszy do piramid wprowadzono **zioła i inne przyprawy**⁶³⁷. **Zaleca się picie herbaty i kawy** (jeśli jest dobrze tolerowana) **osobom dorosłym** – także starszym⁶³⁸.

Po raz pierwszy w piramidzie adresowanej **do osób starszych** zamieszczono zalecenia dotyczące **całorocznej suplementacji witaminy D**, wskazano na znaczenie dla zachowania zdrowia szczególnie w tym wieku nie tylko aktywności fizycznej i odpowiedniej diety, ale **zaangażowania w życie rodzinne i działalność społeczną**⁶³⁹.

W najnowszej piramidzie i zaleceniach **dla dzieci i młodzieży** po raz pierwszy zawarto elementy stylu życia istotne dla zdrowia i prawidłowego rozwoju. Zwrócono też uwagę na dbałość o higienę jamy ustnej, zapewnienie odpowiedniej ilości snu, ograniczenie korzystania z urządzeń elektronicznych oraz regularną kontrolę wysokości i masy ciała⁶⁴⁰.

635 Stanhope K.L., Schwarz J.M., Havel P.J. *Adverse effects of dietary fructose: results from recent epidemiological, clinical and mechanistic studies*. *Curr. Opin. Lipidol.* 2013; 24: 198-206; Morenga L.A., Howatson A.J., Jones R.M., Mann J. *Dietary sugars and cardiometabolic risk: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of the effects on blood pressure and lipids*. *Am. J. Clin. Nutr.* 2014; 100: 65-79; Stanhope K.L., Schwarz J.M., Havel P.J. *Adverse effects of dietary fructose: results from recent epidemiological, clinical and mechanistic studies*. *Curr. Opin. Lipidol.* 2013; 24: 198-206.

636 Grosso G., Yang J., Marventano S. i wsp. *Nut consumption on all-cause, cardiovascular, and cancer mortality risk: a systematic review and meta-analysis of epidemiologic studies*. *Am. J. Clin. Nutr.* 2015; 101 (4): 783-793. Doi: 10.3945/ajcn.114.099515.

637 Rakhi N.K., Tuwani R., Mukherjee J., Bagler G. *Data-driven analysis of biomedical literature suggests broad-spectrum benefits of culinary herbs and spices*. *PLoS One* 2018; 13 (5): e0198030. Doi: 10.1371/journal.pone.0198030.

638 Di Lorenzo A., Curti V., Tenore G.C. i wsp. *Effects of tea and coffee consumption on cardiovascular diseases and relative risk factors: an update*. *Curr. Pharm. Des.* 2017; 23 (17): 2474-2487. Doi: 10.2174/1381612823666170215145855; Palacios N., Gao X., McCullough M.L. i wsp. *Caffeine and risk of Parkinson's disease in a large cohort of men and women*. *Mov. Disord.* 2012; 27 (10): 1276-1282. Doi: 10.1002/mds.25076.

639 Jarosz M. (red.). *Żywność i styl życia osób w wieku starszym*. Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa 2018.

640 Jarosz M. *Piramida Zdrowego Żywienia i Stylu Życia Dzieci i Młodzieży*. Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa 2019; Jarosz M., Rychlik E. *Piramidy Zdrowego Żywienia i Aktywności Fizycznej i zalecenia żywieniowe – co uwzględniono w nowelizacji?*, <http://www.izz.waw.pl/attachments/article/645/Piramidy%20Zdrowego%20Żywienia%20i%20Aktywności%20Fizycznej%20i%20zalecenia%20żywieniowe%20-%20~.pdf> [dostęp: 26.04.2020]; *Zasady odnoszące się do piramid zdrowego żywienia i aktywności fizycznej*, <http://www.izz.waw.pl/attachments/article/7/Piramida%20Zdrowego%20Żywienia%20i%20Aktywności%20Fizycznej%20Broszura.pdf> [dostęp: 26.04.2020].

Obecnie stosuje się też inne formy obrazowania zaleceń dietetycznych, jak: *MyPlate*, *Healthy Eating Plate*⁶⁴¹ czy *Chińska Pagoda Dietetyczna*⁶⁴².

Indeks glikemiczny (IG) i indeks sytości (IS)

Pojęcie indeksu glikemicznego (IG) wprowadzono w 1981 r.⁶⁴³ Oceniano poposiłkową glikemię 62 produktów spożywczych zawierających węglowodany, podawanych w porcji 50-gramowej i w zależności od wyników w odniesieniu do indeksu glikemicznego glukozy (ale też białego pieczywa) przyjętego za 100% podzielono je na 3 grupy. Ponad 20 lat później – w 2008 r. – podsumowano wyniki międzynarodowych badań wielu innych produktów, zawierając je w niezmiennych do tej pory tabelach.

Indeks glikemiczny jest także wykorzystywany w badaniach naukowych, a także praktycznej technologii przemysłu spożywczego. Wyodrębnia się trzy grupy produktów w zależności od IG⁶⁴⁴.

Tabele produktów z podaniem indeksu glikemicznego można znaleźć na wielu stronach internetowych, m.in. Redakcja Medycyny Praktycznej w wydaniu dla pacjentów podaje zasady wyliczania IG oraz tabele⁶⁴⁵.

Na IG mają wpływ jeszcze inne czynniki, co warto uwzględnić przy układaniu diety⁶⁴⁶. Dla ułatwienia układania diety wprowadzono **pojęcie ładunku glikemicznego**, który dostarcza informacji na temat jakości i ilości spożywanych węglowodanów.

Na podstawie obserwacji, że produkty spożywcze o tej samej wartości kalorycznej, a nawet IG dają w różnym czasie uczucie sytości (też związane z przyjemnością jedzenia), zaproponowano tzw. indeks sytości (IS)⁶⁴⁷.

641 Grajek M., Wanat G. *Skuteczność przekazu zdrowotnego na przykładzie edukacji żywieniowej uczniów z użyciem piramidy żywieniowej*, Journal of Ecology Health 2013; 17, 3.

642 EDA: *Nowe chińskie rekomendacje żywieniowe stanowią szansę dla świata mleczarskiego*, <https://www.portalspozywczy.pl/mleko/wiadomosci/eda-nowe-chinskie-rekomendacje-zywieniowe-standowia-szanse-dla-swiata-mleczarskiego,160370.html> [dostęp: 26.04.2020].

643 Jenkis D.J., Wolver T.M., Taylor R.H. *Glycemic index of foods: a physiological basis for carbohydrates exchange*. Am. J. Clin. Nutr. 1981; 35: 362-366.

644 FAO Food and Nutrition Paper 66: Carbohydrates in human nutrition, report of a Joint FAO/WHO expert consultation, Rome 14-18 April 1997, FAO Rome 1998.

645 Ostrowska L. *Indeks glikemiczny*, <https://www.mp.pl/pacjent/dieta/zasady/68179,indeks-glikemiczny> [dostęp: 4.01.2021].

646 Gugała-Mirosz S. *Indeks glikemiczny – niski, średni, wysoki – który lepszy?*, <https://ncez.pl/abc-zywienia-/zasady-zdrowego-zywienia/indeks-glikemiczny----niski--sredni--wysoki----ktory-lepszy-> [dostęp: 20.11.2020].

647 Holt S.H., Miller J.C., Petocz P., Farmakalidis E. *A satiety index of common foods*. Eur. J. Clin. Nutr. 1995; 49, 9: 675; Gugała-Mirosz S. *Indeks glikemiczny – niski, średni, wysoki – który lepszy?*, <https://ncez.pl/abc-zywienia-/zasady-zdrowego-zywienia/indeks-glikemiczny----niski--sredni--wysoki----ktory-lepszy-> [dostęp: 2.05.2020]; Skotnicka M. i wsp. *Rola składników odżywczych w regulacji sytości organizmu*. Ann. Acad. Med. Gedan. 2015; 45: 79-87.

Diety

Coraz bardziej powszechny **wegetarianizm** czy **weganizm** przy niewątpliwych korzyściach także dla higieny środowiska, często bywa dietą niedoborową, a stosowanie takiego żywienia wymaga znacznej wiedzy dotyczącej zapotrzebowania ustroju na wszystkie elementy niezbędne dla życia, rozwoju, a także w określonych sytuacjach, jak np. ciąża.

Alternatywą dla decydujących się na bezwzględnie zmienioną dietę – zwykle zgodną z zasadami etycznymi jak wegetarianizm czy weganizm – ale odczuwających czasem potrzebę spożycia mięsa, mającą ponadto znaczenie w zabezpieczeniu w sposób naturalny potrzebnych dla zdrowia substancji odżywczych zawartych w mięsie, jest coraz bardziej popularny na świecie **fleksitarianizm**⁶⁴⁸.

Ostatnio na podstawie badań amerykańskich potwierdzono utrzymujący się od lat pogląd, że w 2020 r. najzdrowszą dietą jest **dieta śródziemnomorska**, a także opracowana przed 6 laty – dieta DASH⁶⁴⁹. Do diet najbardziej niezdrowych – najgorszych – zaliczono dietę Dukana, dietę ketogeniczną i dietę *Whole 30*. Jedną z diet – tzw. *Body Rest* – zniknęła z tej listy⁶⁵⁰.

Interesująca dla młodzieży wydaje się **dieta paleo** (dieta paleolityczna, dieta człowieka epoki kamiennej) – nieco zbliżona do diety DASH. Nie tylko w nazwie nawiązuje do pradawnego stylu życia naszych przodków, ale też – uzupełniona lub w pewnej modyfikacji – jest dietą uważaną za zdrową i modną⁶⁵¹.

Dieta sirtfood to nowy, opracowany w 2016 r. modny sposób odżywiania się i – jak uważa się powszechnie – dieta odchudzająca (choć nie udowodniono tego naukowo)⁶⁵².

648 Derbyshire E.J. *Flexitarian Diets and Health: A Review of the Evidence – Based Literature*. Front. Nutr. 2016; 3: 55; WHO. *Monographs evaluate consumption of red meat and processed meat and cancer risk*. Int Agency Res. Cancer 2015; Forestell C.A. *Flexitarian Diet and Weight Control: Healthy or Risky Eating Behavior?* Front. Nutr. 2018; 5: 59.

649 *Best diets 2020*, <https://health.usnews.com/best-diet> [dostęp: 26.04.2020].

650 *Dietary Guidelines for Americans, 2015-2020*, <https://health.gov/our-work/food-nutrition/2015-2020-dietary-guidelines/guidelines/> [dostęp: 26.04.2020].

651 Kowalski Ł.M., Bujko J. *Ocena potencjału biologicznego i klinicznego diety paleolitycznej*. Roczn. Państw. Zakł. Hig. 2012; 1: 9-15; http://wydawnictwa.pzh.gov.pl/roczniki_pzh/ocena-potencjalu-biologicznego-i-Trzykliniknego-diety [dostęp: 26.04.2020].

652 Glen M., Aidan G. *Dieta SIRT. Przełom w dziedzinie zdrowego stylu życia i odchudzania*. Laurum 2017; Siedlecka K., Bogusławski W. *Sirtuiny*. Gerontologia Polska 2005; 13, 3: 147-152, ISSN 1425-4956; Preyat N., Leo O. *Sirtuin deacylases: a molecular link between metabolism and immunity*. Journal of Leukocyte Biology 2013; 93 (5): 669-680. Doi: 10.1189/jlb.1112557, PMID: 23325925; Satoh A., Brace C.S., Ben-Josef G. i wsp. *SIRT1 Promotes the Central Adaptive Response to Diet Restriction through Activation of the Dorsomedial and Lateral Nuclei of the Hypothalamus*. Journal of Neuroscience 28 July 2010; 30 (30): 1022010232. Doi: <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.1385-10.2010>; Żyłowska-Mazgaj A. *Dieta sirtfood – odmładza i odchudza. Na czym polega dieta bogata w polifenole?*, <https://www.poradnikzdrowie.pl/diety-i-zywnie/odchudzanie/dieta-sirtfood-odmładza-i-odchudza-na-czym-polega-dieta-bogata-aa-3326-8H5X-oQCg.html> [dostęp: 20.11.2020].

Nieprawidłowe odżywianie się

Znane od lat jako żywnienie niezdrowe są **fast foody**, choć ten model zaczyna się zmieniać i coraz częściej zaliczane są do niego serwowane surówki⁶⁵³. Produkty są smaczne, pobudzają apetyt, nie wymagają własnego wysiłku w przygotowaniu, ale zawierają duży ładunek kaloryczny, dużo tłuszczów (w tym kwasy tłuszczowe typu trans), cukru i soli, zagęstników oraz glutaminian sodu. Nadmiar tych składników, a także niska zawartość błonnika może prowadzić do otyłości i związanych z nią chorób, w tym: otyłości, cukrzycy, nadciśnienia tętniczego, chorób serca i naczyń krwionośnych oraz nowotworów (szczególnie przewodu pokarmowego).

Istotnym problemem jest to, że głównymi odbiorcami takich produktów są dzieci i warto służyć przykładem, dbając o ich właściwe żywienie⁶⁵⁴.

W badaniach w Polsce ustalono statystycznie istotne związki między spożywaniem napojów energetyzujących (tzw. **energizerów**)⁶⁵⁵ i używaniem innych środków o potencjale psychoaktywnym, zarówno legalnych, jak i podlegających sankcjom prawnym⁶⁵⁶.

Warto zauważyć, że czasami badania naukowe nad żywnością nie spełniają określonych norm, podajemy tylko odnośniki do odpowiednich pozycji piśmiennictwa, gdyż temat jest interesujący, wart uwagi, ale przekracza ramy tego kompendium⁶⁵⁷.

653 NCEŻ – IŻŻ. Wojda B. *Fast food – czy szybko znaczy zdrowo?*, <https://ncez.pl/abc-zywienia-/zasady-zdrowego-zywienia/fast-food----czy-szybko-znaczy-zdrowo-> [dostęp: 26.04.2020].

654 Na podstawie analizy informacji o wartości energetycznej produktów oferowanych przez wybrane sieci barów szybkiej obsługi w Polsce (McDonalds, KFC, Burger King).

655 Kieś K. *Napoje energetyczne na (bardzo) cenzurowanym*, <https://gadzetomania.pl/15709,napoje-energetyczne-na-bardzo-cenzurowanym> [dostęp: 20.06.2020].

656 Motyka M. *Od napojów energetyzujących do narkotyków. Nowe wyzwania polityki prewencyjnej*. UR Journal of Humanities and Social Sciences 2019; 3 (12): 139-158; Bradshaw P.T., Sagiv S.K., Kabat G.C. i wsp. *Consumption of sweet foods and breast cancer risk: a case-control study of women on Long Island*. Cancer Causes & Control, New York 2009; 20 (8): 1509-1515; Tappy L. Q&A: 'toxic' effects of sugar: should we be afraid of fructose? BMC Biology 2012; 10: 42, <https://bmcbiol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1741-7007-10-42> [dostęp: 4.01.2021]; Khan T.A., Sievenpiper J.L. *Controversies about sugars: results from systematic reviews and meta-analyses on obesity, cardiometabolic disease and diabetes*. European Journal of Nutrition 2016; 55 (supl. 2): 25-43.

657 Ioannidis J.P.A. *Neglecting Major Health Problems and Broadcasting Minor, Uncertain Issues in Lifestyle Science*. JAMA. 2019; 322 (21): 2069-2070. Doi: 10.1001/jama.2019.17576; Johnston B.C., Zeraatkar D., Han M.A. i wsp. *Unprocessed Red Meat and Processed Meat Consumption: Dietary Guideline Recommendations From the Nutritional Recommendations (NutriRECS) Consortium*. Ann Intern. Med. 2019 Oct 1. Doi: 10.7326/M19-1621; Zeraatkar D., Johnston B.C., Bartoszko J. i wsp. *Effect of Lower Versus Higher Red Meat Intake on Cardiometabolic and Cancer Outcomes: A Systematic Review of Randomized Trials*. Ann. Intern. Med. 2019 Oct 1. Doi: 10.7326/M19-0622; Valli C., Rabassa M., Johnston B.C. i wsp. *NutriRECS Working Group: Health-Related Values and Preferences Regarding Meat Consumption: A Mixed-Methods Systematic Review*. Ann. Intern. Med. 2019 Oct 1. Doi: 10.7326/M19-1326; Vernooij R.W.M., Zeraatkar D., Han M.A. i wsp. *Patterns of Red and Processed Meat Consumption and Risk for Cardiometabolic and Cancer Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis of Cohort Studies*. Ann. Intern. Med. 2019 Oct 1. Doi: 10.7326/M19-1583; Han M.A., Zeraatkar D., Guyatt G.H. i wsp. *Reduction of Red and Processed Meat Intake and Cancer Mortality and Incidence: A Systematic*

W celu poprawy świadomości społeczeństwa na temat odpowiednich diet oraz korzyści z podejmowania regularnej aktywności fizycznej w celu zapobiegania chorobom cywilizacyjnym opracowano *Narodowy Program Zdrowia (NPZ)* na lata 2016-2020⁶⁵⁸.

W 2018 r. powołano wiarygodne źródło informacji, dostępne w Internecie – Narodowe Centrum Edukacji Żywnieniowej (NCEŻ)⁶⁵⁹. **Utworzono aplikacje dostępne w systemie Android i iOS, jak: „Asystent Zdrowego Żywienia”, „Zdrowa Mama”, istnieją kalkulatory** oparte na aktualnych normach oraz tabelach składu i wartości odżywczej żywności. Przeprowadzane są **wywiady z ekspertami NCEŻ, a także porady dla kobiet w ciąży i po porodzie w formie nagrania video. Inną formą edukacji żywnieniowej prowadzonej przez NCEŻ są quizy pozwalające sprawdzić własną wiedzę i skorygować błędne informacje**⁶⁶⁰.

Review and Meta-analysis of Cohort Studies. Ann. Intern. Med. 2019 Oct 1. Doi: 10.7326/M19-0699; Zeraatkar D., Han M.A., Guyatt G.H. i wsp. *Red and Processed Meat Consumption and Risk for All-Cause Mortality and Cardiometabolic Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis of Cohort Studies*. Ann. Intern. Med. 2019 Oct 1. Doi: 10.7326/M19-0655.

658 *Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020*, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowy-program-zdrowia-na-lata-2016-2020> [dostęp: 26.04.2020].

659 Narodowe Centrum Edukacji Żywnieniowej, <https://ncez.pl/> [dostęp: 18.04.2020].

660 Narodowe Centrum Edukacji Żywnieniowej – *źródło rzetelnej wiedzy na temat żywności, żywienia i zdrowego stylu życia*, http://www.zdrowie.gov.pl/aktualnosc-50-2909-narodowe_centrum_educacji_zywnieniowej.html [dostęp: 18.04.2020]; NCEŻ. *Zapobieganie nadwadze i otyłości u dzieci – krajowe programy edukacyjne i regulacje prawne*, <https://ncez.pl/abc-zywienia-/zasady-zdrowego-zywienia/zapobieganie-nadwadze-i-otylosci-u-dzieci----krajowe-programy-edukacyjne-i-regulacje-prawne> [dostęp: 18.04.2020].

Spis rzeczowy

Symbole

5G 219, 220

A

AA (alcoholics anonymous, anonimowi

alkoholicy) 115

aceton 151

ADHD 30

Maternal Smoking During Pregnancy 33

MSDP 34

agresja 96, 163

PTSD 130

tłumiona 175

akroleina 151

aktywność fizyczna 13, 14, 16, 86, 87, 166, 169,

202, 208, 239, 243

konieczne warunki 15

styl życia 131

zalecenia dietetyczne 240

alergia 104, 192

alergie 128

alkohol 28, 29, 33, 102, 105-113, 115, 130, 132,

154, 159, 195, 221, 235

bezsensowność 168

ciąża 26-31

fazy rozwoju uzależnienia 112

kierowca 115

konsekwencje społeczne 112

mechanizmy uzależnienia 112

nadciśnienie tętnicze 114

picie kontrolowane 115

picie ryzykowne 106

plód 27, 28

predyspozycje genetyczne 111

przemoc 115

przemoc domowa 107, 108

przemysł 107

przyczyny zgonów 107

redukowanie dyskomfortu 107

reklama 107

rodzina 107

słodka żywność 99

sprzedaż niepełnoletnim 107

standardowe porcje alkoholu 106

terapia uzależnionych kobiet 106

uzależnienie 111

wypadki 115

wypadki drogowe 107

wypalenie zawodowe 165

zgłaszanie do lekarza 113

alkoholizm 29, 105, 106, 112, 113, 115, 157

typy alkoholizmu 112

alkoreksja 172, 178

amfetamina 159

amoniak 146

anoreksja 21, 96, 172-176, 179, 197, 228

alkoholowa 178

ciąża 178

predyspozycje 175

śmiertelność 174

aplikacje na smartfony 43, 149

architektura 180

atrakcyjność seksualna 54

AUDIT 111

autoagresja 128, 194, 196-199

autodestrukcja 197

autonomia 106, 196

w działaniu 82

autyzm 31

B

badania

eksperymentalne 41

obserwacyjne 40

przeglądowe 40

badania mikrobiologiczne 182

NIK 185

zakażenia zakładowe/szpitalne 187

badania profilaktyczne 132

badania profilaktyczne pracowników 60

kontrolne 61

końcowe 61

okresowe 60

wstępne 60

bariatria 17, 99

bariery architektoniczne 82

behawioralne czynniki ryzyka 117

benzodiazepiny 159

bezpieczeństwo

zdrowotne 213

żywnościowe 217
wody 211
bezrobocie 222
alkohol 107
bezsensowność 168-170
leki nasenne 168
bigoreksja 22, 23, 144
biomonitoring 68
biopsychospołeczna jednostka 201
bioterroryzm 52
błędy medyczne 84
błonnik 97, 242
niedobory w diecie 97
BMI 85, 88, 89, 91, 92, 171, 175
chirurgia bariatryczna 39
ciąża 177
botox 57
powtarzane zabiegi 59
przeciwdziałanie starzeniu 59
botulina 56
bulimia 96, 171-176, 179, 197, 228
alkoholowa 178

C
CAGE 111
CBOS 107, 140, 157
CDC 54, 67
Centers for Disease Control and Prevention 54, 67
Centralny Instytut Ochrony Pracy 65
Chińska Pagoda Dietetyczna 240
chipowanie ludzi 43
chirurgia
bariatryczna 99
plastyczna 138
cholera 53, 66
choreoterapia 206
choroba
Alzheimera 91, 125
niedokrwienna serca 25, 64
parazawodowa 63
Parkinsona 125
zawodowa 61-66
chorobowość 37-39, 70
choroby
neurodegeneracyjne 125
nowotworowe 13, 25
odzwierzęce 68
przewlekłe 118
układu krążenia 24, 25, 64, 147, 164, 206
aktywność fizyczna 16
choroby zakaźne 25, 38, 41, 42, 44, 63, 66, 70, 106, 134-136, 181, 208, 211

chowanie zmarłych 218
chrom 210, 217
chrystianofobia 76
ciąża 26, 32, 33, 35, 177, 235, 243
alkohol 27, 28, 30-32
BMI 177
narkotyki 34
nikotynizm 32
palenie tytoniu 33, 34
substancje psychoaktywne 32, 35
Clostridium botulinum 56
difficile 185
cmentarze 218
COVID-19 43, 44, 51, 52, 65-67, 187, 188, 191, 193, 208, 211
zakażenia zakładowe/szpitalne 187
cukier 97-99, 242
uzależnienie 98
cukrzyca 67, 86, 90, 100, 242
aktywność fizyczna 13, 16
cyberchondria 48
cyberprzemoc 122
cyjanowodór 146
czerwonka bakteryjna 53

Ć
ćwiczenia fizyczne
badania lekarskie 16
kwalifikacja do ćwiczeń 16
kwalifikowanie przez lekarza 16

D
definicja zdrowia 199, 200
dekontaminacja 189
depresanty 159
depresja 22, 23, 47, 91, 109, 118, 128, 156, 164, 173, 178, 197, 207, 230
aktywność fizyczna 13
poporodowa 13
PTSD 130
dermatillomania 19
determinanty zdrowia 131
dezynfekcja rąk 189
dieta 23, 97, 98, 166, 173, 174, 231, 241
aktywność fizyczna 97
DASH 241
indeks glikemiczny 240
ładunek glikemiczny 240
modyfikacja stylu życia 97
paleo 241
produkty typu light 97
sirtfood 241
śródziemnomorska 241

- diety niedoborowe 241
długość życia 24, 25, 70
 poziom wykształcenia 117
 życia w zdrowiu 24
długowieczność 25, 123
dobrostan (wellbeing) 64, 199
 psychiczny 199, 200
dobry wygląd 55
dochodzenie epidemiologiczne 43
doktorzy clowni 205
domy dziecka
 domy starości 126
domy starości
 domy dziecka 126
dopalacze 133, 153, 156, 160
dorosłe dzieci alkoholików (DDA) 108
dostęp do opieki zdrowotnej 118
dotyk 204
drunkoreksja 144, 172, 178, 179
DSM 47, 109, 110, 129, 175, 195
DSM-4 175
DSM-5 46, 47, 110, 175, 195
dur brzuszny 53
dysmorfofobia 19, 22, 23, 58
dzieci nieszczepione
 odra 137
dziecko
 maltretowane 224
 matki z pregoreksją 178
 odrzućcane emocjonalnie 224
 odrzućcone 223
dziedziczność
 cukier, nadmierne spożycie 98
 substancje psychoaktywne 98
dżuma 53, 66
- E**
EBM 37
edukacja żywieniowa 240
ekstrawersja 202
emigracja 194
 lekarze 119
 pielęgniarki 119
empatia 235
 rodziny wielopokoleniowe 126
energizery 242
e-papierosy 132, 149-152
epidemiologia 36
 kliniczna 37
e-recepty 188
estetologia medyczna 55
estetoreksja 59
eugenika 125
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) 69
Europejski Dzień Wiedzy o Antybiotykach 182
Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) 153
Europejski Kodeks Walki z Rakiem 147
Eurostat 119, 194
 samobójstwa 121
eustress 205
- F**
Facebook 67
fale radiowe 218
FAO 216
FAS (fetal alcohol syndrome) 26-29
FASD (fetal alcohol spectrum disorder) 28-32
fast food 87
Fetal Tobacco Syndrome (FTS) 33
fleksitarianizm 241
Food and Drug Administration (FDA) 140
food craving 98
formaldehyd 146, 151
Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę 122, 234
 samobójstwa 121
- G**
gelotologia 205
geriatria 125
gerontofobia 125
gerontologia 125, 126
 geriatria 126
GHT 237
gleba 53, 209, 210, 216, 217
 niewłaściwe składowanie odpadów 210
glukoza 86, 240
glutaminian sodu 242
głód skóry 204
Główny Inspektor/Inspektorat Sanitarny 42,
 134, 152, 160, 161, 214, 216
 zakażenia zakładowe/szpitalne 186
gogle 192
grooming 75, 228, 229
gruźlica 66, 69, 182
grypa 41, 68, 69, 71
GUS
 starzenie się populacji 124
gwałt 237
- H**
halucynogeny 159

hałas 62, 211, 217
warunki pracy 163
hartowanie ciała 133
haszysz 159
hazard 144
hejter 77, 78
hejterzy 78
hejt w Internecie 79
herbata 239
higiena 45, 65, 190, 191, 211
komunalna 217
psychiczna 203
rąk 191
osobista 133
hipochondria 46-48
HIV 69, 71, 182, 190
holistyczne podejście do zdrowia 201
hospitalizacje 49, 93, 118, 189, 206
odczyn poszczepienny 136
humor 82, 166, 202, 205
Hygeia 23, 109, 204

I

ICD 36, 37, 41, 109, 110, 129, 130, 221
ICD-10 21, 37, 41, 47, 129, 144, 171, 172, 195, 221
ICD-11 18, 37, 47, 110, 144, 171, 172
indeks
glikemiczny (IG) 240
sytości 240
inhalanty 159
Inspekcja Weterynaryjna 66
Inspektorat Ochrony Środowiska 212
instalacje wentylacyjne
zakażenia zakładowe/szpitalne 185
Instytut Żywności i Żywnienia 15, 16, 238
interaktywna mapa Świata 44
Internet
uzależnienie 144
intymne zdjęcia 122
IQOS 149, 151, 152
islamofobia 76
izolacja 158, 189, 190
izolatki 185

J

jad kielbasiany 56
jadłowstręt psychiczny 171, 172
jakość wody 214-215
a odpady 215
pitnej 214

jakość życia 71, 72, 92, 124, 154, 199, 202, 208, 209
aktywność fizyczna 13

K

kalendarz szczepień 134
Kampania Darmowych Uścisków 204
kampanie antynikotynowe 145, 146
kannabinoidy 159
karboksyhemoglobina 146
karcinogenne nitrozaminy 151
Karta Ottawska 116
katastrofy 50-52, 153
kawa 239
kąpieliska 215, 216
klasyfikacja wody
w kąpielisku 215
Klebsiella pneumoniae 184-186
kleśki żywnościowe 80
klimat 25
klimatyzacja
zakażenia zakładowe/szpitalne 185
kodeina 159
Kodeks karny 74, 75, 79, 229, 233
Kodeks pracy 60, 63
kokaina 154, 159
kolczykowania 104
kolczykowanie 101, 104
alergie 103
choroby przewlekłe 103
cukrzyca 103
jama ustna 103
powikłania 104
przeciwwskazania lekarskie 103
w zębie 104
Komenda Główna Policji
samobójstwa 121
kontakty seksualne 228
kordon ochronny 135
koronawirus 67, 188
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii 162
kriolipoliza 57
krwotoczne zapalenie jelit 53
kryzys
tożsamości 82
utruty sprawności 82
krzywdzenie psychiczne (emocjonalne)
dziecka 227
ksenofobia 76
kult ciała 20, 22
kulturystyka 22

- kwwarantanna 43
kwasy tłuszczowe 242
- L**
Legionella 185
lekarze 16, 46, 49, 72, 82, 84, 119, 120, 135, 182,
194, 221, 226, 231
liczba praktykujących 119
zgłaszanie NOP 137
leptyna 89
liczba zgonów 39, 40, 117
lipolifting 57
ciąża 58
cukrzyca 58
nadciśnienie tętnicze 58
przeciwwskazania 58
lipotransfer 58
- M**
malaria 66
mandala zdrowia 201
marihuana 102, 153, 359
materiał zakaźny 189
Medline 37
medycyna
estetyczna 55, 57
botox 57
holistyczna 46, 201
katastrof 53
kliniczna (naprawcza) 65
oparta na faktach 37
profilaktyczna 64, 72
ratunkowa 53
metadon 154
metamfetamina 159
mierniki stanu zdrowia 37, 38
Międzynarodowa Książeczka Szczepień 135
Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja
Chorób i Problemów Zdrowotnych 36
mięso 241, 242
przetworzone 97
mikrofałe 218
mikroklimat 62
mikrourazy
sport 15
Ministerstwo Zdrowia 26, 32, 71, 100, 134, 191
otyłość 100
mobbing 73, 74, 163
modele matematyczne rozprzestrzeniania się
chorób 53
molestowanie seksualne 73, 74, 130, 230
monitoring jakości powietrza 212
morfina 159
mowa nienawiści 73, 75-78
MSDP (Maternal Smoking During Pregnan-
cy) 33, 34
mycie rąk 190, 191
MyPlate 240
- N**
nadciśnienie tętnicze 13, 64, 87, 88, 94, 110,
128, 164, 242
aktywność fizyczna 16
u dzieci 88
nadumieralność mężczyzn 24
nadużycia seksualne 47
nadwaga 86-89, 94, 97
nagła utrata 80
sprawności 80
najwięksi zabójcy
choroby nowotworowe 118
choroby układu krążenia 118
najwyższe dopuszczalne stężenie 61
nałóg 147
napoje energetyzujące 242
narkomania 144, 153
narkotyki 133, 152-161, 195, 221
detoksykacja 162
rehabilitacja 162
słodka żywność 99
Narodowe Centrum Edukacji Żywnościowej
(NCEŻ) 100
Narodowy Fundusz Zdrowia 152, 184
zakażenia zakładowe/szpitalne 185
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego –
Państwowy Zakład Higieny (NIZP-PZH)
39, 69, 70, 134, 137
Narodowy Program Ochrony Antybiotyków
182
Narodowy Program Zdrowia (NPZ) 71, 207,
243
nasiona 239
nastrój 95
nawozy sztuczne 216
nieczystości
usuwanie 217
niedobór pracowników medycznych 119
niepełnosprawność 67, 76, 80, 81, 118, 126,
199, 207, 227
zakażenia zakładowe/szpitalne 181
nieuleczalna choroba 80
NIK 181, 184
badania mikrobiologiczne 185
dzieci szkolne 122
zakażenia zakładowe/szpitalne 180, 185
nikiel 146, 210, 217

nikotyna 145, 149-151
nikotynizm
aktywność fizyczna 16
ciąża 32
wypalenie zawodowe 165
nikotynowa terapia zastępcza 149
NOP 135-137
monitorowanie występowania 137
niepożądany odczyn poszczepienny
135-137
nowotwory 21, 72, 91, 106
zanieczyszczenie środowiska 209
złośliwe 25, 70, 72
żywienie 242
NPZ (Narodowy Program Zdrowia) 71, 100,
207, 238, 243
NSP (nowe środki psychoaktywne) 153,
155-157, 160

O

obowiązek zgłaszania NOP 136
obraz własnej osoby 82
obturacyjny bezdech senny 94
obuwie ochronne 192
ochrona zdrowia
wydatki z budżetu 118
ochrony osobiste 189
OCT 160
odczyn poszczepienny 136
odpady 189, 218
gromadzenie 210
grożące skażeniem 217
grożące zakażeniem 217
import z krajów zamożnych 210
jaja pasożytów 217
jakość wody 215
medyczne 218
niewłaściwe składowanie 210
substancje promieniotwórcze 217
trucizny 218
usuwanie 217
odporność grupowa 135
odporność populacyjna 135
odra
dzieci nieszczepione 137
odzież ochronna 65, 189, 192, 193
ofiary molestowania seksualnego 230
oksytocyna 204
ołów 210, 217
One Health 68
ONZ 66, 213, 217
opalenie się 21
opieka długoterminowa 118, 187

opioidy 159
orthorexia nervosa 172, 173
ortoreksja 144, 172-174
test 173
orzechy 239
osłony twarzy 192
ospa prawdziwa 53, 66
ośrodek interwencji kryzysowej 235
OTC (over-the-counter drug) 160
otępienie 125, 223
otyłość 13, 67, 85-90, 92, 94-97, 100, 117, 197,
207, 242
alkohol 114
bariatria 99
brak akceptacji środowiska 96
grupy wsparcia 100
Narodowy Program Zdrowia 100
otyłość trzewna (OT, brzuszna) 89, 90

P

palenie bierne 146
palenie tytoniu 132, 146, 147
bierne 145
ciąża 33, 34
czynne 145
ryzyko zgonu 117
pandemia 43, 44, 51, 65-67, 187, 188, 193, 208
Państwowa Inspekcja Pracy (PIP) 74
Państwowa Inspekcja Sanitarna 41, 65, 185,
186, 214-216
państwowy powiatowy inspektor sanitarny
136
papierosy 145
PARPA (Państwowa Agencja Rozwiązywania
Problemów Alkoholowych) 106, 110, 114
patogeny alarmowe 101, 183
pedofilia 75, 229
PEM 218-220
pestycydy 195, 211, 216
pica (spożywanie produktów niejadalnych)
172
picie alkoholu
kontrolowane 115
ryzykowne 108
szkodliwe 108, 110
pieczywo 240
pielęgniarki 119, 165, 184, 193, 194
epidemiologiczne 184
liczba pielęgniarek 184
liczba praktykujących 119
wiek 119
wskaźniki 119

- piercing 101, 103, 139, 198
 HIV 104, 105
 infekcje 104
 jama ustna 103
 język 104
 miejsca intymne 104
 narkotyki 102
 nawracające infekcje 104
 powikłania 103, 104
 próby samobójcze 102
 przeciwwskazania lekarskie 103
 styl bycia 102
 substancje psychoaktywne 102
 WZW 104, 105
 zachowania ryzykowne 102
 zachowania seksualne 102
- pigułka gwałtu 237
- piramidy żywienia
 historia 238
 aktualnie 238
- piwo 26
 standardowe porcje alkoholu 106
- płodowy zespół tytoniowy 33
- pływalnie 216
- pobieranie próbek wody 216
- POChP 148, 151
- poczucie autonomii 200
- polon 146
- Polska Akademia Nauk (PAN) 208
- Polskie Towarzystwo Higieniczne (PTH) 72
- Polskie Towarzystwo Suicydologiczne 121
- Polskie Towarzystwo Zakażeń Szpitalnych 180
- poprawianie urody 54
- poradnie antynikotynowe 149
- powiększanie piersi
 dla własnego lepszego samopoczucia 56
- poziom wykształcenia
 długość życia 117
- pozwy sądowe
 o odszkodowania 84
 przeciwko lekarzom 84
- prawa osób starszych 126
- Prawo wodne 215
- pregoreksja 144, 177, 178
- profilaktyka uzależnień 161
- programy
 polityki zdrowotnej 71
 terapeutyczno-profilaktyczne 162
- promieniowanie
 elektromagnetyczne (PEM) 218
 ultrafioletowe (UV) 22, 209, 211, 212
- promocja zdrowia 67, 70, 116, 199, 208
- promowanie chudości ciała 176
- prozdrowotny styl życia 131
- próby samobójcze 194, 222, 230
- przemoc 47, 66, 74, 75, 77, 102, 168, 221-225,
 227, 229, 230, 232-234, 236
 alkohol 107, 108, 115
 domowa 128, 158, 163
 fizyczna 74, 224-227
 objawy u dzieci 225, 226
 otyłość 96
 samobójstwa 121, 122
 pasywna 223
 seksualna 220
- przestępczość narkotykowa 156, 157
- przestępstwa z nienawiści 76
- przeszczep
 tkanki tłuszczowej 58
- przyczyny zgonów 25, 37, 107, 118, 146, 206
 aktywność fizyczna 16
- przytulania 204
- Pseudomonas aeruginosa 185
- psychoprofilaktyka 203
- psychoterapia 109
- PTSD (posttraumatic stress disorder)
 129-131, 236
 po gwałcie, po wykorzystywaniu seksual-
 nym w dzieciństwie 236
- PubMed 37
- R**
- rak jelita grubego 241
- rasizm 76
- recepty 49, 160, 188
 szczepionki 134
- recykling 218
- relacje interpersonalne 203
- relaks 205
- rękawice
 chirurgiczne 191
 medyczne 191, 192
- roboty 193
- roboty medyczne AGV 193
- rodzina 29, 107, 108, 155, 158, 175, 223, 224,
 230, 233, 235
 alkohol 107
- rozpuszczalniki 154, 159, 195
- rozwód 128
- ruchy antyszczepionkowe 137
- ryzyko zawodowe 60
- rzucenie palenia tytoniu 149

S

salutogeneza 202
 samobadanie 132
 samobójstwa 18, 77, 120, 121, 128, 194, 198, 235
 alkohol 113
 dokonane 121
 dzieci i młodzieży 121
 profilaktyka 123
 przemoc 121
 PTSD 130
 samokontrola zdrowia 132
 samookaleczanie 194, 195, 228
 SARS 188, 193
 SARS-CoV-2 188
 seks 144, 195, 196
 seksapil, sex appeal 54
 seksoholizm 144
 seksualne wykorzystywanie dzieci 230
 sen 133, 167-171
 aktywność fizyczna 168
 długość snu 169
 dziennik snu 170
 fizjologia 167
 nadmierna senność w ciągu dnia 168
 nastrój 167
 piramidy żywienia 239
 styl życia 131
 substancje psychoaktywne 168
 zaburzenia snu i czuwania 168
 sepsa 184-186
 serwis kąpieliskowy 216
 siedzący tryb życia 87
 siłownie 21, 22
 sirtuiny 241
 skażenie mikrobiologiczne
 w kąpielisku 215
 skóra do skóry 204
 słodcyce 97, 98
 służba medycyny pracy 59, 60
 smartfon 43, 219
 solarium 20, 21
 uzależnienie 20
 sól 97, 242
 spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych
 FASD 31
 społeczność terapeutyczna 161
 sposobu żywienia
 modyfikacja 97
 spożycie alkoholu 117
 sprawność fizyczna
 utrata 80

stacje sanitarno-epidemiologiczne 214-216
 starość 123, 125, 126
 podstawowe cechy 124
 starzenie się populacji 124
 WHO 124
 stres
 alkohol 127
 depresja 127
 styl
 prozdrowotny 131
 życia 25, 87, 88, 166, 207, 238, 239
 żywienia 173
 stymulanty 159
 substancje
 psychoaktywne 25, 32, 34, 35, 107, 108, 130, 132, 133, 154-156, 158-161, 168, 207
 wypalenie zawodowe 165
 rakotwórcze 146
 suplementy 22
 syllogomania 19
 szczepienia ochronne 42, 134, 135
 bezpłatne (tzw. obowiązkowe) 134
 dzieci 118
 odpłatne (tzw. zalecane) 134
 sztuczne substancje słodzące 98

Ś

śmiech 205
 śmierć 62, 125, 185, 194, 197, 204, 227
 aktywność fizyczna 15, 16
 brata lub siostry 129
 dziecka 129
 katastrofy 51
 matki lub ojca 129
 nagła 16
 przyjaciółki/przyjaciela 129
 współmałżonka 128, 129
 zakażenia zakładowe/szpitalne 186
 zdarzenie medyczne 84
 śmiertelność 37, 38, 40, 89, 160, 231
 anoreksja 174
 środki
 ochrony osobistej 193
 psychoaktywne 152-155, 157, 159
 środowisko pracy 63
 świadomość zdrowotna 203
 Światowy Dzień
 AIDS 67
 bez Tytoniu 67
 Gleby 216
 Gruźlicy 67
 Higieny Rąk 191

- Kangurowania 204
 Malarii 67
 Nadciśnienia Tętniczego 94
 Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc 148
 Rzucania Palenia 152
 Wirusowego Zapalenia Wątroby 67
 Wody 213
 Zapobiegania Samobójstwom 123
 Zdrowia 67
 Zdrowia Psychicznego 203
 Światowy Szczyt Żywności 217
 Światowy Tydzień Szczepień 67
 Światowy Tydzień Wiedzy o Antybiotykach 67, 182
- T**
- taniec 206
 tanoreksja 20, 21, 144
 tatuaże 138, 140
 alergie 141
 arsen 141
 benzopiren 141
 epidemiologia 139
 feministyczne 139
 HBV 142
 HCV 142
 HIV 142
 kadm 141
 kolorowe 141
 metale ciężkie 141
 narkotyki 139
 ołów 141
 piercing 139
 przeciwwskazania lekarskie 103
 przepisy UE 142
 styl bycia 102
 zachowania ryzykowne 102
 zdrowie psychiczne 139
 tatuaż moko 138
 technologia rozpoznawania twarzy 43
 telefony komórkowe 219, 220
 Telefon Zaufania dla Dzieci i Młodzieży 122, 233
 telemedycyna 142
 terapia
 behawioralna 97
 uzależnień 115
 tlenek węgla 146, 149, 151
 tłuszcze 90
 toksyny 52, 53
 troska o zdrowie 203
 trucizny 52, 57
 odpady 218
 Tydzień Świadomości Zdrowia Psychicznego 203
- U**
- udary mózgu 25
 UE 54, 69, 121, 152, 194, 207
 umieralność 24, 37-40, 66
 UNICEF 191
 Unijna Dyrektywa Kosmetyczna 141
 uniwersytety trzeciego wieku 124
 utrata pracy 74, 129
 uwarunkowania zdrowia 211
 uzależnienia behawioralne 142-144
 diagnoza 144
 uzależnienie 20, 21, 109, 153, 154
 fizyczne 154, 158
 od alkoholu 108, 111
 od cukru 98, 99
 od gier 144
 od jedzenia 144
 od komputera i Internetu 144
 od pracy 144
 od samookaleczania się 195
 od seksu 144
 od zakupów 144
 psychiczne 154
 społeczne 154
- W**
- warstwa ozonowa 211, 212
 warsztaty kulinarne 100
 warzywa 87
 warzywa i owoce 87
 piramidy żywienia 238
 weganizm 241
 wegetarianizm 241
 węglowodany 90, 98
 ładunek glikemiczny 240
 WhatsApp 67
 WHO (Światowa Organizacja Zdrowia) 21, 25, 36, 44, 45, 66, 67, 85, 86, 105, 106, 109, 110, 120, 123, 136, 153, 159, 160, 162, 182, 191, 199, 200, 207, 211, 212
 aktywność fizyczna, rekomendacje 14
 piramidy żywienia 239
 starzenie się populacji 124
 zapobieganie samobójstwom 123
 WHR (waist to height ratio) 89
 wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne 151

- więzienia 129, 139
- wirus Ebola 193
- woda
 - pitna 210-213
- wojna
 - biologiczna 52
 - hybrydowa 137
- Worldometer 44
- wsparcie społeczne 115, 131, 202
- współczynnik chorobowości 38
- współzależnienie 29, 108
 - rodzina 108
- wydajność pracy 107
- wydatki na ochronę zdrowia
 - aktywność fizyczna 14
- wykorzystywanie seksualne 122
- wymagania sanitarno-epidemiologiczne 180
- wypadek przy pracy 62
- wypadki drogowe
 - alkohol 107
- wypadkowość 107
 - alkohol 113
- wypalenie zawodowe 162-166
 - przeciwdziałanie 166
 - szkolenia 166
 - terapia 166
- WZW 181

- Y**
- Yellow Book 135
- YFAS (Yale Food Addiction Scale) 99

- Z**
- zaburzenia
 - gospodarki lipidowej (a aktywność fizyczna) 16
 - obsesyjno-kompulsywne 18, 19, 47, 48
 - snu i czuwania 128, 164, 167, 169, 222
 - PTSD 130
 - zdrowia psychicznego 206
 - żywienia i odżywiania 21, 171-173, 176, 177, 179
- zachorowalność 38
- zachorowania masowe 42, 43
- zachowania agresywne 203
- zachowania prozdrowotne 202, 203
- zachowania ryzykowne 81
- zachowania seksualne 228
- zagrożenia środowiskowe 70
- zakażenia zakładowe/szpitalne 83, 181, 182, 191
- zanieczyszczenia powietrza 209, 211, 212, 217
- zanieczyszczenia wody
 - w kąpielisku 215
- zanieczyszczenie środowiska
 - nowotwory 209
 - przedwczesne zgony 209
- zaniedbywanie dziecka 223
- zapadalność 37-39
- zawał serca
 - aktywność fizyczna 17
- zdarzenie medyczne 84
- zdrowa dieta 174
- zdrowie
 - duchowe 200, 201, 203
 - emocjonalne 203
 - fizyczne 144, 203
 - intelektualne 203
 - populacji 36, 38, 40, 65, 68, 69, 105
 - picie ryzykowne 106
 - psychiczne 71, 131, 199, 200, 203, 207
 - aktywność fizyczna 13
 - publiczne 69, 208
 - społeczne 200, 203
 - środowiskowe 203, 209, 211
 - WHO 209
- zespół
 - abstynencyjny 110
 - dziecka maltretowanego 220, 221, 223, 232, 233
 - dziecka potrząsanego 227
 - Münchhausena 49
 - per procuram 230
 - niespokojnych nóg 168
 - stresu pourazowego 129, 234
- zgłaszanie NOP 136
- zgony
 - niezdrowe środowisko 209
- zioła i przyprawy 239
- zmiany klimatyczne 54, 209, 210

- Ż**
- żółta księżeczka 135
- życie seksualne 206
- żywność
 - emulgatory 97
 - zagęstniki 97